



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

# Sistema di sorveglianza Passi

## Rapporto aziendale 2007-2008

### ASL Napoli 1 - Centro



*Da alcuni decenni, in tutto il mondo, il quadro epidemiologico è mutato: attualmente la gran parte di sofferenze, disabilità e morte prematura è causata da pochi gruppi di malattie cronico-degenerative (malattie cardiovascolari, cancro, diabete, malattie respiratorie) e dai traumi.*

*Circa la metà degli anni di vita persi “in buona salute”, a causa di queste malattie, è legata a pochi e ben conosciuti rischi “modificabili”: consumo di sigarette ed alcol, dieta povera di frutta e vegetali ma ricca di alimenti calorici, obesità, sedentarietà, ipertensione, ipercolesterolemia, scarso uso dei dispositivi di sicurezza.*

*Per promuovere stili di vita sani e, conseguentemente, ridurre la diffusione dei comportamenti “a rischio” che favoriscono l’insorgenza o l’aggravarsi di queste malattie, il Sistema sanitario nazionale ha messo a punto sistemi informativi e di sorveglianza che forniscono informazioni aggiornate sui determinanti dello stato di salute: il Sistema sanitario della Regione Campania, con le sue Aziende Sanitarie Locali, dispone di una rete di Dipartimenti di Prevenzione con professionisti che hanno sviluppato competenze adeguate per condurre la sorveglianza sui rischi per la salute in modo efficiente.*

*Così oggi disponiamo di dati aggiornati sui principali rischi tra gli adulti ed i bambini.*

*Questo rapporto, sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Campania (PASSI), parla ai cittadini e, soprattutto, ai loro rappresentanti: ciascuno può ricavarne indicazioni per l’azione.*

*Appare evidente che, in Campania e a Napoli, area metropolitana fortemente urbanizzata, scontiamo rischi maggiori, rispetto al resto del Paese, per quanto riguarda la sedentarietà, il fumo, il fumo passivo e l’eccesso di peso e, su questi comportamenti, l’attenzione degli operatori sanitari non appare adeguata. L’uso dei mezzi di protezione in caso di incidente stradale (casco e cinture di sicurezza), inoltre, è ancora minore di quanto ci saremmo aspettati mentre l’offerta degli screening di provata efficacia è inferiore ai livelli minimi desiderabili.*

*Su questi rischi è doveroso richiamare tutti gli operatori ad un impegno maggiore per promuovere il benessere e la salute della popolazione.*

*Non possiamo limitarci ad erogare livelli adeguati di assistenza per le malattie respiratorie croniche ed il cancro del polmone, per le quali registriamo tassi tra i più alti in Italia, senza vigilare e pretendere la piena applicazione delle leggi sul divieto di fumo (anche all’interno delle nostre strutture), attuare programmi contro l’iniziazione tra i pre-adolescenti e favorire la cessazione dell’abitudine.*

*Non possiamo ignorare che la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina e della mammella è praticata solo dalla metà delle donne che ne avrebbero bisogno e la diagnosi precoce del cancro del colon retto è praticata da un’esigua minoranza dei possibili beneficiari.*

*Si tratta di livelli essenziali di assistenza e dobbiamo riconoscere che è necessario razionalizzare e migliorare l’offerta.*

*PASSI ci consentirà di vigilare e misurare i nostri progressi in tutti questi campi.*



#### **A cura di:**

Luigi Esposito °  
Dirigente Medico - Coordinatore Aziendale del Sistema di sorveglianza P.A.S.S.I.

Anna Cutillo ° - Assistente sanitaria

Emma Sandomenico ° - Infermiera professionale

Andrea Simonetti ° - Direttore Medico del Servizio di Epidemiologia e Prevenzione - A.S.L. Napoli 1 Centro

° Servizio di Epidemiologia e Prevenzione - A.S.L. Napoli 1 Centro

#### **Hanno contribuito alla realizzazione dello studio**

##### **- a livello nazionale:**

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

##### **- a livello regionale:**

Mario Vasco - Dirigente Area Generale di coordinamento Assistenza Sanitaria - Assessorato alla Sanità - Regione Campania

Renato Pizzuti - Referente Regionale del Sistema di sorveglianza P.A.S.S.I.

Angelo D'Argenzio - Coordinatore Regionale del Sistema di sorveglianza P.A.S.S.I.

##### **- a livello aziendale: Intervistatori**

Anna Cutillo, Luisa D'Anna, Elena Di Mauro, Emma Sandomenico

***Si ringraziano il Direttore Generale ed il Direttore Sanitario della ASL Napoli 1 Centro, il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, i Medici di Medicina Generale, il Sindaco del Comune di Napoli ed il Presidente della Giunta Regionale della Campania per la preziosa collaborazione fornita.***

***Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.***

# INDICE

INDICE .....	3
Premessa .....	5
Obiettivi .....	6
Obiettivo generale .....	6
Sintesi del rapporto regionale .....	9
Tabella riassuntiva .....	11
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451) .....	21
Sesso .....	24
L'abitudine al fumo .....	29
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451) .....	51
Totale .....	51
Classi di età .....	51
Sesso .....	51
Istruzione .....	51
Totale .....	58
Classi di età .....	58
Sesso .....	58
Istruzione .....	58
Totale .....	60
Classi di età .....	60
Sesso .....	61
Istruzione .....	61
Consumo di alcol .....	67
Totale .....	67
Classi di età .....	67
Sesso .....	67
Totale .....	70
Classi di età .....	70
Sesso .....	70
Sicurezza stradale .....	93
Vaccinazione antinfluenzale .....	98
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=124) .....	98
Totale .....	98
Classi di età .....	98
Istruzione .....	98
Difficoltà economiche .....	98
Vaccinazione antirosolia .....	101
Totale .....	104
Classi di età .....	104
Sesso .....	104
Istruzione .....	104
Totale .....	105
Classi di età .....	105
Sesso .....	105

<b>Istruzione</b> .....	105
Diabete .....	112
Diagnosi precoce.....	130
delle neoplasie della mammella .....	130
Diagnosi precoce.....	136
delle neoplasie del colon-retto .....	136
APPENDICE 1. Monitoraggio.....	30
APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura.....	34
Appendice 3. Metodi.....	36
Bibliografia .....	39

# Premessa

---

È un dato di fatto che, in tutto il mondo, i sistemi sanitari investono una modestissima quota della spesa sanitaria nella prevenzione, rispetto alle spese di assistenza: solo il 3%, secondo le stime dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). È altrettanto noto che le malattie cronico degenerative (cardiovascolari e tumori, per prime) assorbono fette sempre più rilevanti della spesa sanitaria e che la frequenza di queste patologie continua ad aumentare con l'allungamento della vita media. In Italia, la proporzione di popolazione con più di 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni, e ora rappresenta circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune Regioni.

Cosa si può fare in un quadro di cifre che sembrano destinate ad aumentare ineluttabilmente con il tempo? Cifre che, peraltro, paradossalmente sono legate in modo direttamente proporzionale al miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria. Continuare a investire solo in assistenza non è più sostenibile. Una parte dell'attenzione deve essere quindi focalizzata, in modo non rimandabile, sulla prevenzione. Circa il 60% dell'onere della spesa sanitaria in Europa è rappresentato dalla cura di patologie attribuibili a soli sette fattori principali: ipertensione, fumo, alcol, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

In questo contesto diviene essenziale monitorare i comportamenti e gli stili di vita delle persone, per rilevare il grado di conoscenza e adesione alle offerte di prevenzione. Il sistema di sorveglianza PASSI risponde a questa esigenza: con una serie di interviste telefoniche effettuate direttamente dalle ASL, va a cogliere l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute e dei comportamenti a rischio nella nostra popolazione. Grazie alle risposte dei cittadini, si ottiene così una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni.

Non solo. PASSI è uno strumento innovativo per la sanità pubblica italiana, condiviso a livello nazionale e inserito in un network internazionale: in Europa, infatti, solo pochi Paesi hanno attivato un'effettiva sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali. E inoltre raccolta, analisi e diffusione dei dati avvengono a livello locale. Una caratteristica che agevola l'utilizzo dei risultati direttamente da parte delle nostre ASL e Regioni, fornendo informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione a livello locale, nell'ottica delle strategie di sanità pubblica previste dal Piano Nazionale della Prevenzione.

Con PASSI, le iniziative su temi di interesse nazionale possono essere monitorate nel tempo, e il loro grado di "penetrazione" (conoscenza, atteggiamento e pratica) confrontato. Si tratta di un sistema di sorveglianza che favorisce la crescita professionale del personale sanitario e consente di valutare i progressi nell'ambito della prevenzione, aggiustando il tiro per una migliore sinergia con le altre realtà del Paese.

# Obiettivi

---

## Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione campana 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

- valutazione della qualità del sistema di sorveglianza attraverso indicatori di monitoraggio (tasso di risposta, di sostituzione, di rifiuto, di non reperibilità, di eleggibilità, distribuzione dei motivi di non eleggibilità e modalità di reperimento del numero telefonico);
- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni con i fattori di rischio indagati.

### 2. Salute e qualità di vita percepita

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

### 3. Attività fisica

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

### 4. Abitudine al fumo

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

### 5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione;
- valutare la percezione relativa alla correttezza della propria alimentazione;
- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che hanno tentato di perdere o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo;

- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica.

#### **6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura**

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

#### **7. Consumo di alcol**

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

#### **8. Sicurezza stradale**

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

#### **9. Infortuni domestici**

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

#### **10. Vaccinazione antinfluenzale**

- stimare la prevalenza di persone di età 18-64 vaccinate contro l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale;
- stimare la prevalenza di persone di 18-64 anni affetti da almeno una patologia cronica che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale raccomandata.

#### **11. Vaccinazione antirosolia**

- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) vaccinate verso la rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) che si sono sottoposte al rubeo-test;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) immuni alla rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) potenzialmente suscettibili all'infezione da rosolia.

#### **12. Fattori di rischio cardiovascolare**

- stimare la proporzione di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica);
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da diabete
- stimare la prevalenza di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare da parte di un medico utilizzando la carta del rischio di recente introduzione.

#### **13. Diagnosi precoci delle neoplasie**

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno del programma di screening (2 anni per il Pap test e 3 anni per la mammografia);
- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni e di donne 50-69 anni, rispettivamente per il Pap test e per la mammografia, che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione del Pap test o della mammografia;
- stimare la prevalenza di persone  $\geq 50$  anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'ultima effettuazione e se è stato fatto all'interno di un programma di screening;
- stimare la prevalenza di persone  $\geq 50$  anni che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia.

#### **14. Sintomi di depressione**

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

---

# Sintesi del rapporto regionale

---

## **Quali sono i risultati principali?**

**Descrizione del campione aziendale:** nella ASL Napoli 1 Centro è stato intervistato un campione casuale di 451 persone, selezionato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria dell'ASL. Il 53% degli intervistati è rappresentato da donne e il 47% da uomini. L'età media è di 43 anni. Il 56% del c. ha un livello di istruzione alto ed il 58% ha un lavoro regolare.

**Percezione dello stato di salute:** il 58% delle persone intervistate considera positivamente il proprio stato di salute; tra coloro che sono affetti da una patologia severa la percezione positiva scende al 30%

**Attività fisica:** è completamente sedentario il 42% del campione e solo il 25% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Nel 30% dei casi i medici si informano e nel 27% dei casi consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

**Abitudine al fumo:** il 40% si dichiara fumatore e il 22% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e appena l'1% dichiara di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario (servizi ASL). Il 55% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 46% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (12%) o in "alcune zone" (34%).

**Situazione nutrizionale e abitudini alimentari:** il 31% del campione napoletano è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 15%. L'eccesso ponderale è trattato nel 33% dei casi con dieta e solo nel 53% con la pratica di attività fisica regolare. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 6% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-49 anni, negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.

**Consumo di alcol:** si stima che circa la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 7% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 4% beve fuori pasto, il 3% è bevitore "binge" e l'2% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

**Sicurezza stradale:** l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: l'84% delle persone intervistate, se conduttori di motocicli, dichiara di utilizzare il casco sempre, il 66% degli intervistati dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 9% degli intervistati. L'8% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista, mentre il 6% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

**Infortuni domestici:** nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, a Napoli come nell'intera Campania, non è elevata: il 93% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici, da medici o altri operatori sanitari, è limitata al 19%: tra questi, solo il 27% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

**Vaccinazione antinfluenzale:** in media, solo il 21% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata lo scorso anno.

**Vaccinazione antirosolia:** il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 56%.

**Rischio cardiovascolare:** si stima che sia iperteso un quarto della popolazione napoletana, tra i 18 e 69 anni; il 68% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. All'8% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Circa un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (26%) e, tra questi, il 26% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Circa una persona su sette (14%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. L'8% delle persone intervistate, inoltre, ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 6% degli ultraquarantenni intervistati riferisce che gli è stato valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

**Sintomi di depressione:** nella città di Napoli il 14% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive, nei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne e le persone con un livello d'istruzione basso, con difficoltà economiche o senza lavoro o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

**Screening neoplasia del collo dell'utero:** il 69% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un Pap test nella vita, ma soltanto il 57% l'ha eseguito negli ultimi tre anni, come raccomandato.

**Screening neoplasia della mammella:** il 73% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (54%) l'ha eseguita negli ultimi due anni.

**Screening tumore del colon retto:** appena il 5% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la diagnosi precoce del tumore del colon retto (ricerca del sangue occulto nelle feci o sigmoidoscopia/colonscopia a scopo preventivo).

# Tabella riassuntiva

## Sistema di sorveglianza PASSI 2007-2008

ASL Napoli 1 Centro

### Che cos'è il sistema di sorveglianza PASSI?

Nel 2006 il Ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità (CNESPS) il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia). L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione.

Tutte le 21 Regioni o Province autonome hanno aderito al progetto: dall'aprile 2007 è partita la rilevazione dei dati in 20 Regioni. Un campione di residenti di 18-69 anni, rappresentativo della popolazione, viene estratto con metodo casuale stratificato dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle ASL, specificamente formato, effettua mensilmente interviste telefoniche con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

Per maggiori informazioni: [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi).

### Risultati 2007-2008

#### Descrizione del campione

	ASL Napoli 1 Centro	Pool PASSI
Numerosità	451	30.408
Uomini	47 %	49,5 %
Donne	53 %	50,5 %
Età media	43 anni	44 anni
18-34	33 %	29,1 %
35-49	33 %	34,0 %
50-69	34 %	36,8 %
Titolo di studio		
nessuno/elementare	16 %	13,2 %
media inferiore	28 %	30,6 %
media superiore	40 %	43,2 %
laurea	16 %	13,0 %
Livello di istruzione		
alto <sup>1</sup>	55,7 %	56,1 %
basso <sup>2</sup>	44,3 %	43,9 %
Stato civile		
Coniugati/conviventi	65 %	61,6 %
celibi/nubili	28,4 %	30,8 %
vedovi/e	2,4 %	3,0 %
separati/divorziati	4,2 %	4,6 %
Vive		
da solo	6,6 %	7,5 %
con altri	93,4 %	92,5 %
Cittadinanza straniera	0,4 %	2,4 %
Lavoro continuativo (tempo pieno o part-time) <sup>3</sup>	57,9 %	63,8 %

<sup>1</sup> licenza media superiore o laurea

<sup>2</sup> licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

<sup>3</sup> riferito alla fascia di 18-65 anni

Difficoltà economiche			
<i>nessuna</i>	26,8 %		44,0 %
<i>qualche</i>	42 %		41,4 %
<i>molte</i>	31 %		14,6 %

**Percezione dello stato di salute (% , IC95%)**

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	57,6	52,9-62,2	64,7	64,0-65,4
Numero di giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività				
<i>0 giorni</i>	81,3		77,0	
<i>1-13 giorni</i>	15,8		18,5	
<i>14+ giorni</i>	3,6		4,5	

**Attività fisica (% , IC95%)**

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Livello di attività fisica				
<i>attivo</i> <sup>4</sup>	24,7	20,8-29,0	32,6	31,9-33,2
<i>parzialmente attivo</i> <sup>5</sup>	33,6	29,2-38,2	38,8	38,1-39,6
<i>sedentario</i> <sup>6</sup>	41,8	37,2-46,5	28,6	27,9-29,3
Riferisce che medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica <sup>7</sup>	29,6	25,3-34,2	32,5	31,7-33,4
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica <sup>7</sup>	27,2	23,1-31,7	29,5	28,7-30,3
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	9,0		25,4	

**Abitudine al fumo (% , IC95%)**

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Abitudine al fumo				
<i>fumatori</i> <sup>8</sup>	39,9	35,4-44,6	30,3	29,6-31,0
<i>uomini</i>	44,3		34,9	
<i>donne</i>	36,1		25,8	
<i>ex fumatori</i> <sup>9</sup>	22,0	18,3-26,1	19,0	18,4-19,5
<i>non fumatori</i> <sup>10</sup>	38,1	33,7-42,8	50,7	50,0-51,4
Classi di età				
<i>18-24</i>	28,0		36,0	
<i>25-34</i>	45,9		35,6	
<i>35-49</i>	47,3		31,6	
<i>50-69</i>	32,7		24,2	
Livello di istruzione				
<i>basso</i>	47,0		31,9	
<i>alto</i>	34,3		29,1	
Difficoltà economiche				
<i>si</i>	44,5		33,4	

<sup>4</sup> lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni)

<sup>5</sup> non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

<sup>6</sup> non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

<sup>7</sup> vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

<sup>8</sup> più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi

<sup>9</sup> più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

<sup>10</sup> meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato

<i>no</i>	27,1		26,4	
Numero medio di sigarette	16,3		13	
Chiesto da un medico operatore sanitario se fuma <sup>7</sup>				
<i>a tutto il campione</i>	49,5	44,7-54,3	41,4	40,5-42,2
<i>ai fumatori</i>	71,8	63,1-78,8	65,5	64,1-67,0
Consigliato da un medico operatore sanitario di smettere di fumare (ai fumatori) <sup>7</sup>	70,6	62,9-77,6	60,8	59,2-62,3
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	40,6	33,2-48,2	40,1	
Ex-fumatori che hanno smesso da soli	99,0	94,5-100	95,8	
Rispetto del divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi) sempre o quasi sempre	74,8	68,7-80,2	85,4	84,6-86,1
Rispetto divieto di fumo nei luoghi pubblici sempre o quasi sempre	65,5	60,8-70,0	85,0	84,3-85,6

### Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (% , IC95%)

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Popolazione con eccesso ponderale				
<i>sovrappeso</i>	31,0	26,8-35,6	32,0	31,3-32,7
<i>obeso</i>	14,6	11,6-18,3	10,8	10,3-11,3
<i>sovrappeso/obeso</i>	45,7	41,0-50,4	42,8	42,1-43,5
Consigliato di perdere peso da un medico operatore sanitario <sup>11</sup>				
<i>sovrappeso</i>	51,1		47,9	
<i>obesi</i>	82,3		81,5	
<i>sovrappeso/obeso</i>	60,8	53,7-67,6	56,9	55,6-58,1
Consigliato di fare attività fisica da un medico operatore sanitario <sup>11</sup>				
<i>sovrappeso</i>	30,1		32,5	
<i>obesi</i>	34,9		43,5	
<i>sovrappeso/obeso</i>	31,6	25,2-38,6	35,4	34,2-36,7
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	5,8	3,9-8,4	10,4	10,0-10,9

### Consumo di alcol (% , IC95%)

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>12</sup>	50,1	45,4-54,8	61,1	60,4-61,8
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	3,8	2,3-6,1	8,3	8,0-8,7
Bevitori binge <sup>13</sup>	3,1	1,8-5,3	7,0	6,7-7,4
Forti bevitori <sup>14</sup>	2,4	1,3-4,5	3,8	3,6-4,1
Bevitori a rischio <sup>15</sup>	7,5	5,4-10,5	15,7	15,2-16,2
Chiesto da un medico operatore sanitario sul consumo <sup>11</sup>	16,0	12,7-20,0	15,6	15,0-16,2
Consigliato di ridurre il consumo ai bevitori a rischio <sup>11</sup>	12,5		8,0	

### Sicurezza stradale (% , IC95%)

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza <sup>16</sup>				
<i>casco sempre</i>	84,4	78,9-89,0	91,7	90,8-92,6
<i>cintura anteriore sempre</i>	66,1	61,5-70,4	81,7	81,1-82,3
<i>cintura posteriore sempre</i>	9,2	6,7-12,5	18,9	18,3-19,5

<sup>11</sup> solo tra chi è andato dal medico nell'ultimo anno; non so/non ricordo codificato come no

<sup>12</sup> una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

<sup>13</sup> nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

<sup>14</sup> più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne

<sup>15</sup> Bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori

<sup>16</sup> calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile

Guida sotto effetto dell'alcol <sup>17</sup>	7,7	4,4-12,1	12,9	12,3-13,5
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	5,7	3,8-8,3	9,1	

**Sicurezza domestica (% , IC95%)**

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	92,7	89,8-94,8	91,6	91,2-92,0
Hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive <sup>18</sup>	26,9	16,8-39,1	29,1	27,7-31,7
Dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	19,3	15,8-23,3	27,9	27,2-28,6
Fonti di informazione:				
opuscoli	13,5	10,6-17,1	14,1	
mass media	8,2	5,9-11,6	14,9	
tecnici	0,9	0,3-2,4	3,0	
medico/altro operatore sanitario	1,8	0,8-3,6	1,9	
parenti/amici	1,1	0,4-2,7	1,2	

**Ipertensione arteriosa (% , IC95%)**

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Persone che riferiscono di essere ipertese	26,2	22,0-30,7	21,4	20,8-22,0
Misurazione di pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	85,8	82,2-88,8	82,6	82,1-83,2

**Colesterolemia (% , IC95%)**

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche	26,4	22,2-31,2	24,9	24,2-25,7
Misurazione del colesterolo almeno una volta	85,6	81,9-88,6	76,4	76,4-77,6

**Punteggio di rischio cardiovascolare ( $\geq 35$  anni) (% , IC95%)**

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare <sup>19</sup>	5,8	3,3-9,2	6,4	6,0-6,9

**Vaccinazione antinfluenzale (% , IC95%)**

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Vaccinati 18-65 (campagna antinfluenzale 2007-08)	7,3	3,4-13,3	12,4	11,4-13,4
Vaccinati 18-65 con almeno una patologia	21,1	6,1-45,6	28,8	25,8-31,9

**Vaccinazione antirosolia (% , IC95%)**

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Donne vaccinate (18-49 anni)	14,7	12,3-17,2	32,5	31,3-33,6
Donne suscettibili <sup>20</sup> (18-49 anni)	56,8	53,3-60,4	44,8	43,1-45,7

**Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni) (% , IC95%)**

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni	54,4	51,0-57,9	74,0	73,0-75,1
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	27,1	24,2-30,0	56,1	55,1-57,0
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	52,2	48,9-55,6	58,8	57,6-59,9
Donne che hanno visto una campagna informativa	66,8	63,5-70,0	66,6	(?)
Influenza positiva (molta/abbastanza) di				

<sup>17</sup> aver guidato entro un ora dall'aver bevuto  $\geq 2$  unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 gg

<sup>18</sup> calcolata solo su coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

<sup>19</sup> Calcolato su tutte le persone >34 anni, senza patologie cardiovascolari

<sup>20</sup> Donna suscettibile = non è stata vaccinata o non ha effettuato mai il rubeotest

lettera dell'ASL	62,4	54,7-70,1	65,2	(?)
consiglio dell'operatore sanitario	87,5	83,9-91,2	77,3	(?)
campagna informativa	70,1	65,3-74,9	63,0	(?)
Donne che hanno effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni in funzione degli interventi di promozione (lettera dell'ASL, consiglio, campagna informativa)				
0 interventi	21,2		42,2	
1 intervento	49,7		65,4	
2 interventi	69,0		82,0	
tutti e 3 gli interventi	72,1		87,5	

### Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (donne 50-69 anni) (% , IC95%)

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Effettuata una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	47,1	41,4-52,7	68,2	66,7-69,8
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	29,0	24,2-33,8	61,8	60,3-63,3
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	52,0	46,6-57,4	60,2	58,5-61,8
Donne che hanno visto una campagna informativa	57,8	52,3-63,3	72,9	(?)
Influenza positiva (molta/abbastanza) di				
lettera dell'AUSL	77,1	65,7-88,4	73,7	(?)
consiglio dell'operatore sanitario	95,0	91,0-98,4	82,3	(?)
campagna comunicativa	73,3	65,1-81,6	68,0	(?)
Donne che hanno effettuato una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni in funzione degli interventi di promozione (lettera dell'AUSL, consiglio, campagna informativa)				
0 interventi	17,5		29,1	
1 intervento	42,5		53,9	
2 interventi	61,1		73,1	
tutti e 3 gli interventi	72,0		81,9	

### Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50 - 69 anni) (% , IC95%)

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Eseguito un test per la ricerca di Sangue occulto a scopo preventivo nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	6,3	4,7-8,0	19,4	18,7-20,1
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	4,8	3,1-6,6	9,1	8,4-9,8
Ha ricevuto la lettera dell'ASL	3,4	2,4-4,5	21,4	21,8-22,9
Ha ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	14,8	12,3-17,3	23,2	22,2-24,1
Ha visto una campagna informativa	24,1	20,9-27,2	41,7	(?)
Individui che hanno eseguito un test per la ricerca di Sangue occulto o una Colonscopia a scopo preventivo, nei tempi raccomandati, in funzione degli interventi di promozione (lettera dell'AUSL, consiglio, campagna informativa)				
0 interventi	2,4		5,1	
1 intervento	21,2		29,5	
2 interventi	51,6		64,8	
tutti e 3 gli interventi	58,1		77,3	

### Sintomi di depressione (% , IC95%)

	ASL Napoli 1 Centro		Pool PASSI	
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane <sup>21</sup>	9,0	7,7-10,4	8,9	8,5-9,4
donne	11,4	9,2-13,5	12,3	11,5-13,0
uomini	6,6	4,8-8,3	5,6	5,1-6,1
Classi di età				
18-34	6,8		6,5	

<sup>21</sup> score calcolato sulla base al numero di giorni nelle ultime 2 settimane con poco interesse o piacere nel fare le cose o giù di morale, depresso/a o senza speranza

35-49	8,5	8,5
50-69	12,2	11,6
Con almeno 1 patologia	21,6	17,8
Ha cercato aiuto da qualcuno	54,0	53,1
Figure di ricorso per sintomi di depressione		
nessuno	46,0	46,9
medico/operatore sanitario	26,9	33,6
famiglia/amici	22,0	13,7
entrambi	5,1	5,8

### **Regioni e Province Autonome partecipanti al Pool PASSI 2007**

- 18 su 21 (rappresentate nella figura sottoriportata)
- per la Basilicata ha contribuito solo l'ASL di Matera
- per la Puglia hanno contribuito le ASL di Bari, Brindisi, Lecce, Taranto
- per il Veneto l'ASL di Rovigo non è stata considerata, in quanto poco rappresentata nel campione regionale.
- la Sardegna non ha raggiunto nel 2007 una numerosità ed una rappresentatività sufficienti per poter produrre stime attendibili
- la Lombardia e la Calabria non hanno raccolto alcuna intervista nel 2007; la prima ha iniziato a raccogliere dati nel gennaio 2008, mentre la seconda ha avviato la fase di formazione del personale.

### **Sistema di pesature per dato di pool PASSI 2007**

I pesi sono stati calcolati per ricostruire un'Italia teorica (illustrata in figura), integrando i dati delle zone con un numero consistente di interviste con quelli delle zone in cui erano disponibili un numero meno rilevante di interviste, ma comunque interessanti e da valutare.

Il peso è stato calcolato in base alla rappresentatività della singola ASL sul totale della popolazione italiana (sempre strato-specifico), escludendo le ASL che non hanno partecipato o non sono rientrate nel gruppo utilizzato per insufficiente numerosità.



# Descrizione del campione regionale

La popolazione in studio è costituita da 702.295 residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2007 nelle liste delle anagrafi sanitarie della ASL Napoli 1 Centro.

Dall'avvio del sistema di sorveglianza PASSI nell'aprile 2007 al dicembre del 2008, sono state intervistate 451 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 34 persone campionate non erano eleggibili ( 13 nel 2007 e 21 nel 2008 ); il tasso di risposta<sup>22</sup> è risultato del 91,3%, il tasso di sostituzione<sup>23</sup> dell'8,7 % e quello di rifiuto<sup>24</sup> del 6,2% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in Appendice).

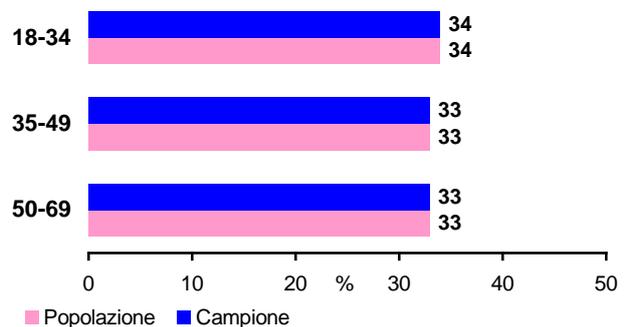
## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

### L'età e il sesso

- Nella ASL NA 1 Centro, il campione intervistato (451 persone) è risultato composto in maniera sovrapponibile da donne e uomini (46,6%); l'età media complessiva è di 43 anni.
- Il campione è risultato costituito per:
  - il 33% da persone nella fascia 18-34 anni
  - il 33% da persone nella fascia 35-49 anni
  - il 34% da persone nella fascia 50-69 anni.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.
- La distribuzione per sesso ed età è risultata simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale.

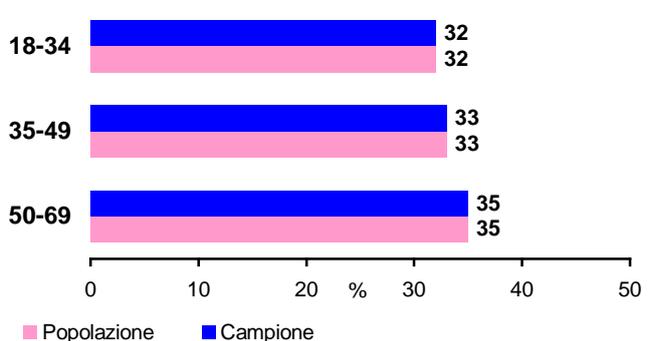
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)



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

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)



<sup>22</sup> Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

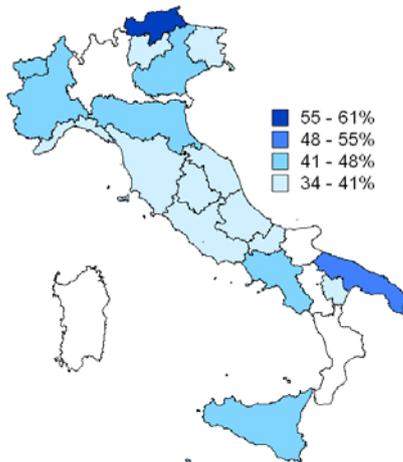
<sup>23</sup> Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

<sup>24</sup> Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

## Il titolo di studio

- Nella ASL NA 1 Centro il 16% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 28% la licenza media inferiore, il 40% la licenza media superiore e il 16% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, anche se questa differenza non raggiunge la significatività statistica.
- L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (*regressione logistica*).

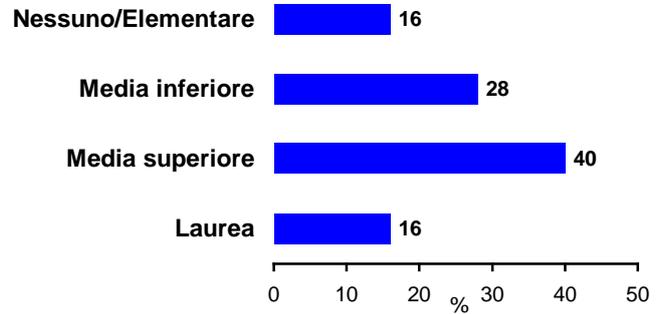
Prevalenza di scolarità medio-bassa  
Pool PASSI 2008



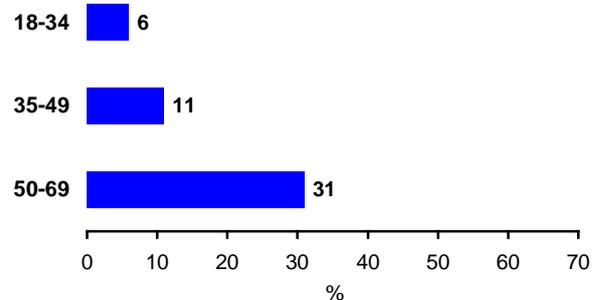
## Lo stato civile

- Nella ASL NA 1 Centro i coniugati / conviventi rappresentano il 65% del campione, i celibi / nubili il 28%, i separati / divorziati il 4% ed i vedovi il 3%.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, queste percentuali sono rispettivamente del 61%, 31%, 5% e 3%.

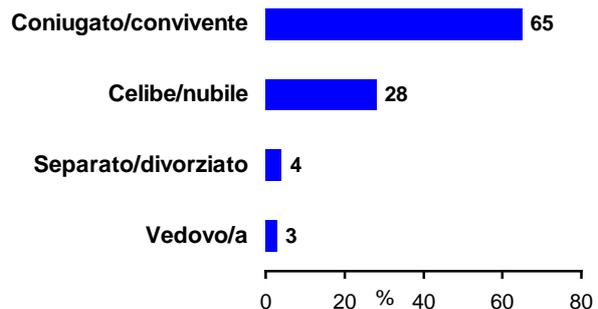
Campione per titolo di studio  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)



Prevalenza di scolarità bassa  
(nessuna/licenza elementare) per classi di età  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)



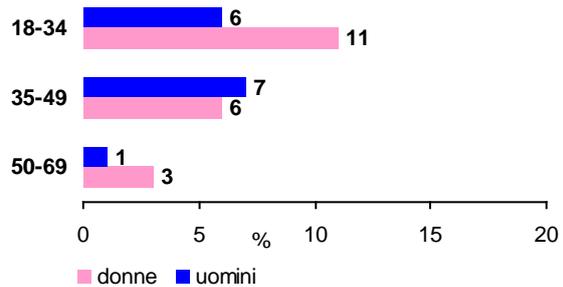
Campione per categorie stato civile  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)



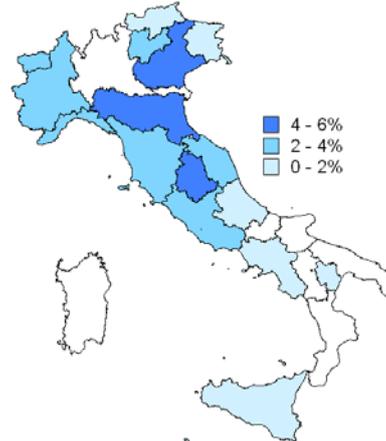
## Cittadinanza

- Nella ASL NA 1 Centro la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa il 7% della popolazione. Nel campione meno dell' 1% degli intervistati ha cittadinanza straniera. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nella fascia 18-34 anni l'11% delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, le persone con cittadinanza straniera hanno rappresentato il 2% degli intervistati con differenze territoriali.

% di stranieri per sesso e classi di età  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008



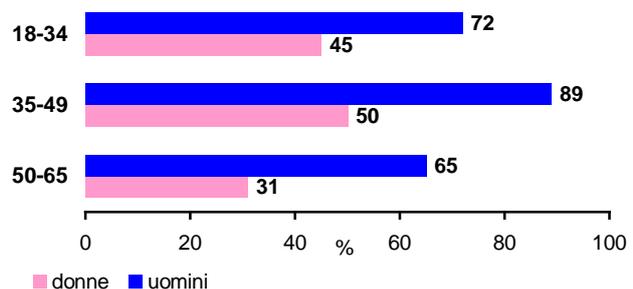
% di stranieri  
Pool PASSI 2008



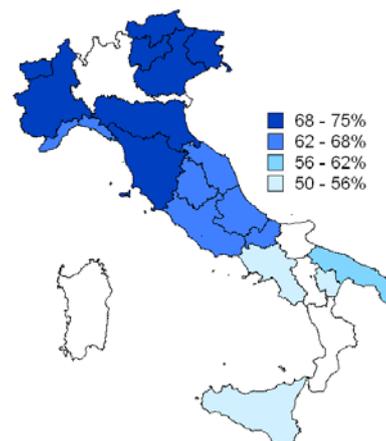
## Il lavoro

- Nella ASL NA 1 Centro il 58% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (42% contro 76%). Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 64% degli intervistati, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008



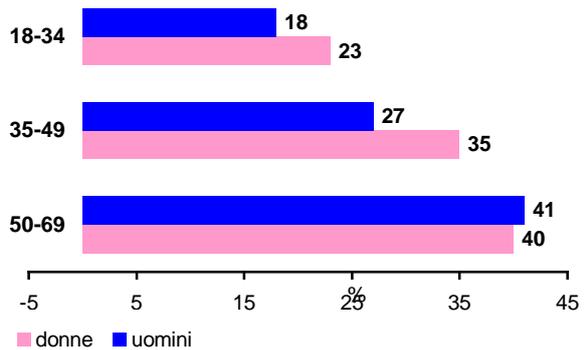
% di lavoratori regolari  
Pool PASSI 2008



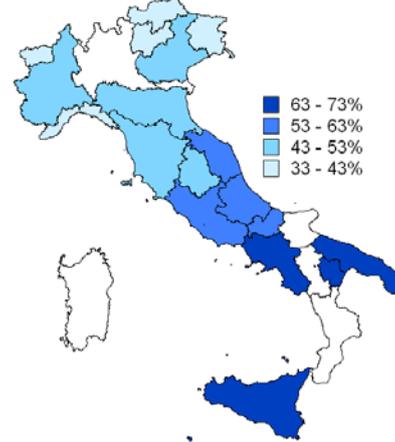
## Difficoltà economiche

- Nella ASL:
  - il 27% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
  - il 42% qualche difficoltà
  - il 31% molte difficoltà economiche.
- Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (57% contro 43%), in particolare la classe 35-49 anni. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale
  - il 45% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
  - il 41% qualche difficoltà
  - il 14% molte difficoltà economiche.
 La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008



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



## Conclusioni

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

Nella ASL NA 1 Centro il confronto del campione con la popolazione di riferimento indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione del territorio della ASL.

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

# Percezione dello stato di salute

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

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

## Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nella ASL NA 1 Centro il 58% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 34% ha riferito di sentirsi discretamente e solo l'8% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con un grado medio d'istruzione
  - le persone senza difficoltà economiche
  - le persone senza patologie severe.

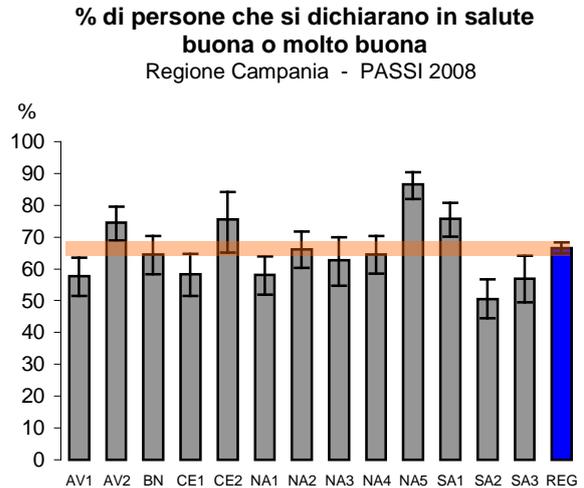
**Stato di salute percepito positivamente°**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)

Caratteristiche	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>57,6</b>	52,9-62,2
<b>Età</b>		
18 - 34	74,3	
35 - 49	59,3	
50 - 69	39,9	
<b>Sesso</b>		
uomini	67,6	
donne	49,0	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	33,8	
media inferiore	61,9	
media superiore	65,4	
laurea	55,6	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	38,6	
qualcuna	64,7	
nessuna	68,6	
<b>Patologie severe°°</b>		
almeno una	30,2	
assente	65,1	

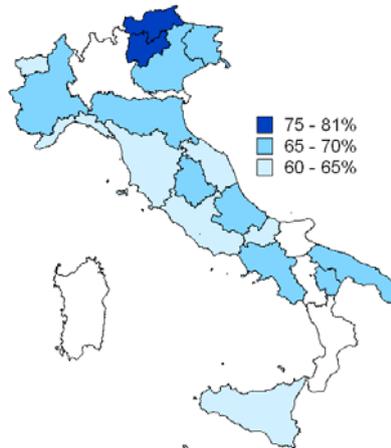
° persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

°° almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale; solo i valori delle ASL AV 1, CE 1, NA 1, SA 2 e SA 3 si mostrano inferiori a quelli regionali e quelli delle ASL AV 2, NA 5 e SA 1 superiori in modo statisticamente significativo (range dal 51% dell'ASL SA 2 all'87% della NA 5).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 65% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute (68% nel Nord-Est Italia).



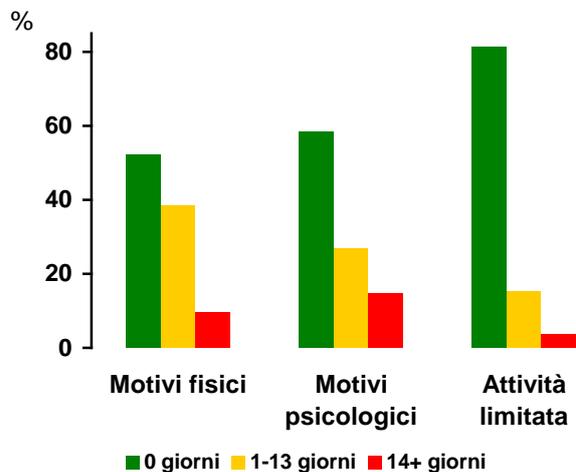
**% di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona**  
Pool PASSI 2008



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

- Nella ASL Na 1 Centro la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (52% in buona salute fisica, 58% in buona salute psicologica e 81% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (9%), per motivi psicologici (15%) e con limitazioni alle attività abituali (4%).

**Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008



**Giorni percepiti in cattiva salute al mese**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)

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

<sup>o</sup> almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 4 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per 2 giorni al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e presenza di patologie severe.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici è inoltre maggiore nella fascia d'età 50-69 anni (con associata anche una maggiore limitazione nelle attività abituali) e nelle persone con basso livello d'istruzione.

## **Conclusioni e raccomandazioni**

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

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

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

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

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

# Attività fisica

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

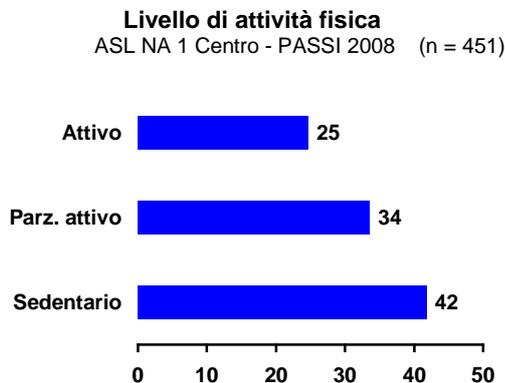
Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

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

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

## Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

- Nella ASL NA 1 Centro il 25% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo : conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 34% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 42% è completamente sedentario.

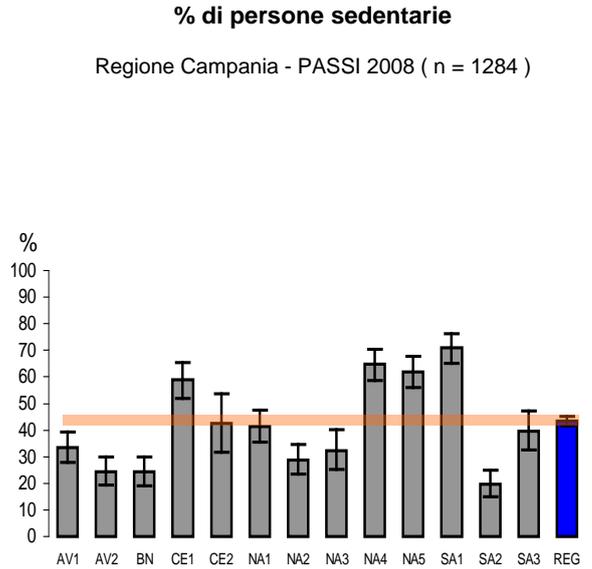


**Sedentari**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n = 188)

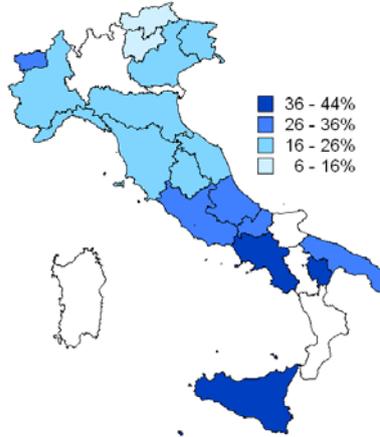
Caratteristiche	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>41,8</b>	<b>37,2-46,5</b>
<b>Classi di età</b>		
18-34	38,5	
35-49	39,3	
50-69	47,4	
<b>Sesso</b>		
uomini	41,9	
donne	41,7	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	60,3	
media inferiore	48,4	
media superiore	34,6	
laurea	29,2	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	51,4	
qualche	34,4	
nessuna	42,1*	

- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze tra uomini e donne.

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica: le ASL AV 1, AV 2, BN, NA 2, NA 3 e SA 2 mostrano valori inferiori e le ASL CE 1, NA 4, NA 5 e SA 1 mostrano valori superiori rispetto a quelli regionali (range dal 19.7% di Salerno 2 al 70.9% della Salerno 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 28% del campione, con un evidente gradiente territoriale.



**% di persone sedentarie**  
Pool PASSI 2008



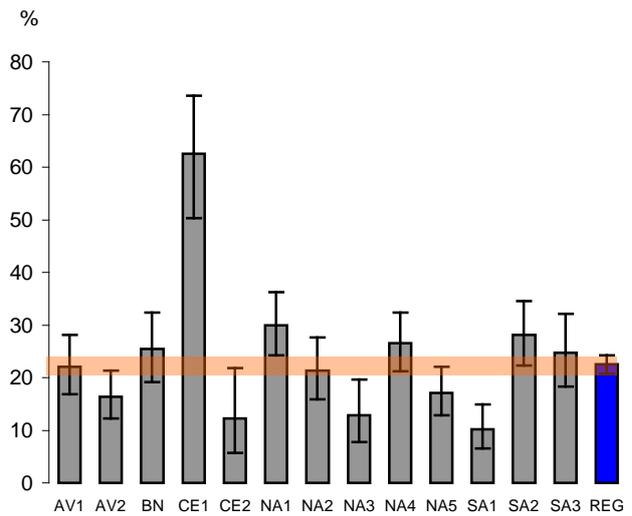
**Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?**

- Nella ASL NA 1 Centro solo il 30% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 27% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

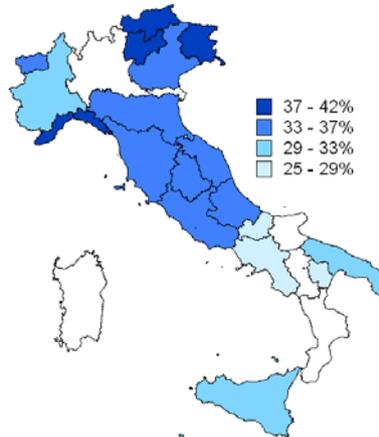


- Nelle 13 ASL della Regione, con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte del medico, eccetto per le ASL CE 1 e NA 1 che mostrano un valore superiore e le ASL NA 3 e SA 1 che mostrano un valore inferiore rispetto a quello regionale ( range dal 10,2% della SA 1 al 62,5% della CE 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è risultata del 30%, con un evidente gradiente territoriale.

**% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica**  
Regione Campania - PASSI 2008



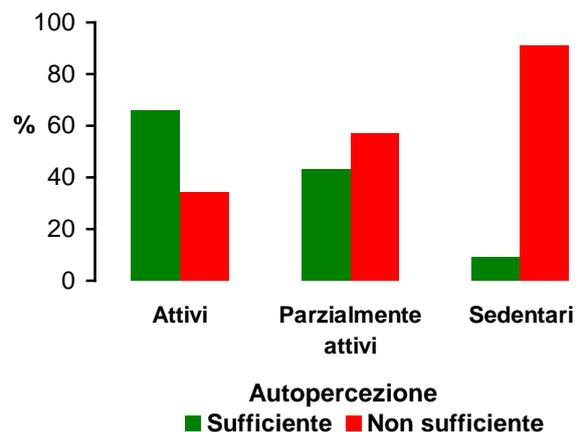
**% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica**  
Pool PASSI 2008



## Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 34% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 43% delle persone parzialmente attive ed il 9% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati aziendali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale.

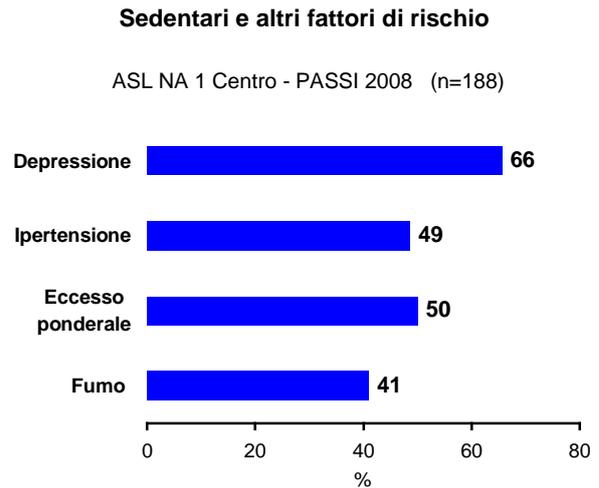
**Autopercezione e livello di attività fisica praticata**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=294)





## Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
  - il 66% delle persone depresse;
  - il 49% degli ipertesi;
  - il 50% delle persone in eccesso ponderale;
  - Il 41% dei fumatori.



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NA 1 Centro si stima che solo una persona adulta su quattro (25%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 42% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una discreta percezione consapevole dell'attività fisica praticata: solo il 9% dei sedentari ritiene di praticare sufficiente movimento.

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

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

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

# L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

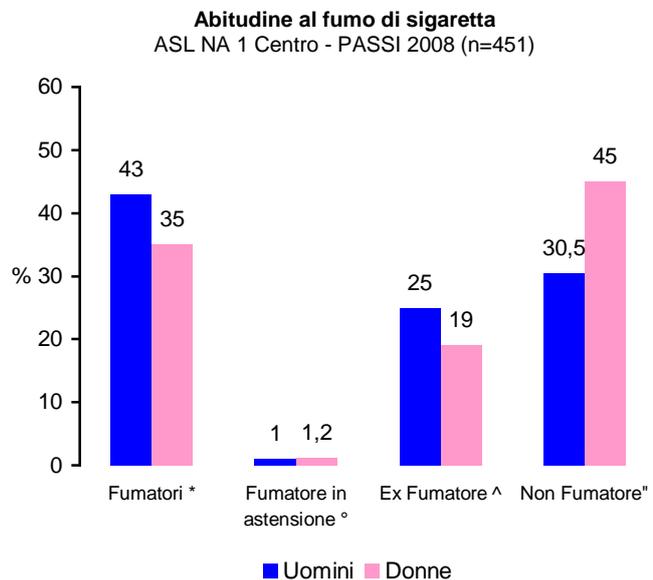
L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente più elevata, si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in preoccupante aumento la percentuale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

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. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici, che completa quella relativa al divieto di fumare nei luoghi di lavoro, è un evidente segnale dell'attenzione al problema e si è dimostrata efficace nel ridurre l'esposizione al fumo passivo.

## Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta nella ASL NA 1 Centro :
  - il 38% degli intervistati ha riferito di non fumare
  - il 39% di essere fumatore
  - il 22% di essere un ex fumatore.
 L'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "*fumatori in astensione*", ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne (43% versus 35%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (45% versus 30%).



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

° *Fumatore in astensione*: soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

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

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

## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

### Fumatori

- Nella ASL NA 1 Centro si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
  - tra le persone sotto ai 50 anni (soprattutto nella fascia 35-49 anni)
  - tra gli uomini
  - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore
  - tra le persone con difficoltà economiche.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 16 sigarette al giorno; tra questi, il 15% fuma oltre 20 sigarette al dì ("forte fumatore").

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)

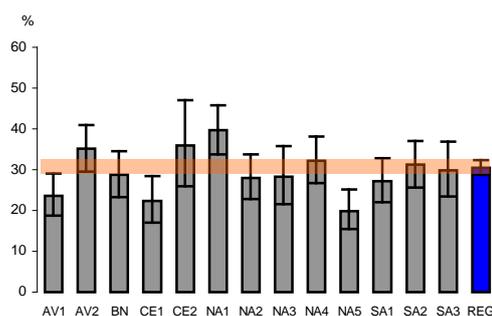
Caratteristiche	Fumatori° % (IC95%)
<b>Totale</b>	<b>39,9</b> 35,4-44,6
<b>Classi di età</b>	
18 - 24	28,0
25 - 34	45,9
35 - 49	47,3
50 - 69	32,7
<b>Sesso</b>	
uomini	44,3
donne	36,1
<b>Istruzione</b>	
nessuna/elementare	45,9
media inferiore	47,6
media superiore	38,5
laurea	23,6
<b>Difficoltà economiche</b>	
molte	55,0
qualcuna	36,8
nessuna	27,3

°Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100

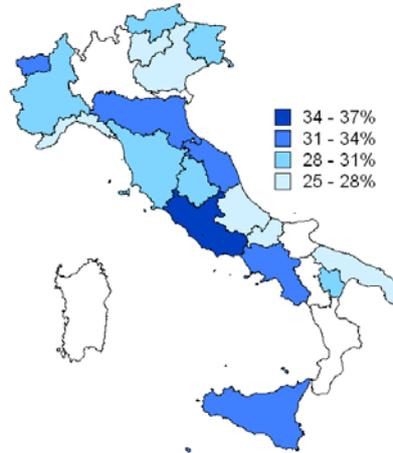
- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori, eccetto che per le ASL CE 1 e NA 5 che mostrano valori inferiori e la ASL NA 1 che mostra valori superiori a quelli regionali (range dal 19,9% della ASL NA 5 al 39,9% della ASL NA 1).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 31%, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 50% (nel Nord-Est Italia i valori sono rispettivamente pari a 27%, 23% e 50%).

### % di fumatori

Regione Campania - PASSI 2008 (n=3.121)



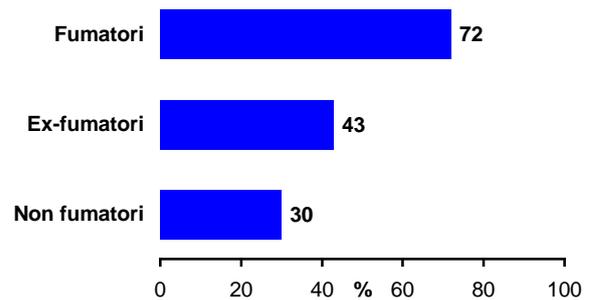
**% di fumatori**  
Pool PASSI 2008



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

- Nella ASL NA 1 Centro circa il 49% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo:
  - il 72% dei fumatori
  - il 43% degli ex fumatori
  - il 30% dei non fumatori.

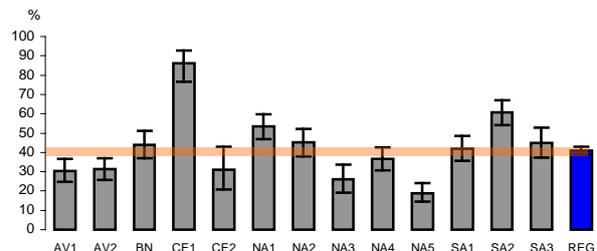
**% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=432)\*



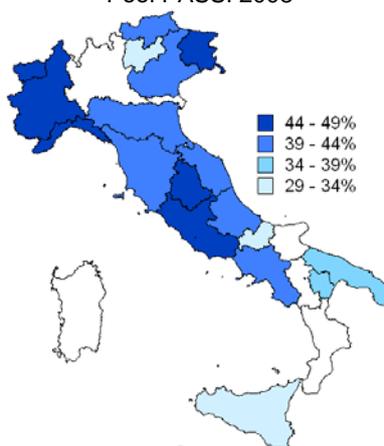
\*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Tra le ASL della Regione Campania emergono alcune differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: rispetto al valore regionale la percentuale di persone interpellate è più bassa nelle ASL AV 1, AV 2, NA 3 e NA 5 più alta nella ASL CE 1, NA 1 e SA 2.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 42% degli intervistati (43% Nord-Est Italia).

**% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo per ASL**  
Regione Campania - PASSI 2008 (n=2.660)



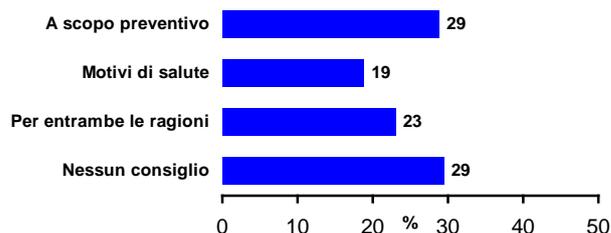
**% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo**  
Pool PASSI 2008



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

- Tra i fumatori, nell'ambito del territorio dell' ASL NA 1 Centro, il 71% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (29%).

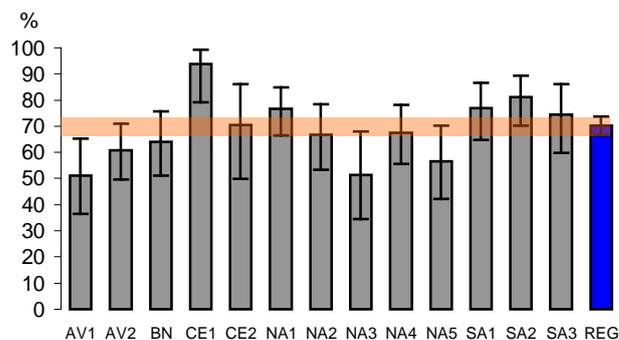
**Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione**  
ASL NA 1 Centro - Passi 2008 (n=160)\*



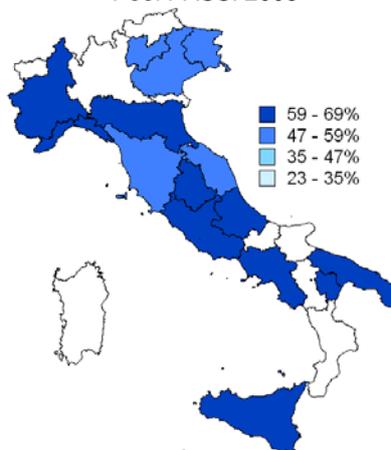
\* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Nelle 13 ASL della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare, eccetto che per l'ASL AV 1 che mostra valori inferiori rispetto a quelli regionali e la ASL CE 1 che mostra valori superiori (range dal 51% della ASL AV 1 all'93,8% della ASL CE 1).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di fumatori che hanno riferito di aver ricevuto consiglio di smettere è risultata pari al 60% (58% Nord-Est Italia).

**% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare**  
Regione Campania - PASSI 2008 (n=760)



**% di fumatori a cui è stato consigliato  
da un operatore sanitario di smettere di fumare**  
Pool PASSI 2008

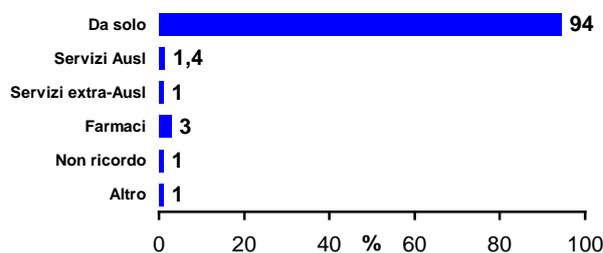


## Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Fra gli ex fumatori, ben il 94% ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; solo l'1% ha riferito di aver fruito di servizi dell'ASL.
- I valori rilevati sono in linea col dato delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale: il 96% degli ex fumatori ha riferito di aver smesso da solo.
- Fra i fumatori, il 41% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (41% a livello nazionale).

**% delle diverse modalità di smettere di fumare  
negli ex fumatori**

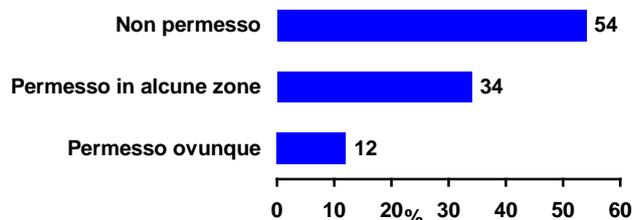
ASL NA 1 Centro - Passi 2008 (n=99)



## L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione:
  - il 54% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa
  - il 34% che si fuma in alcuni luoghi
  - l' 12% che si fuma ovunque.

**% delle diverse regole  
sul permesso di fumare a casa**  
ASL NA 1 Centro - Passi 2008 (n=451)

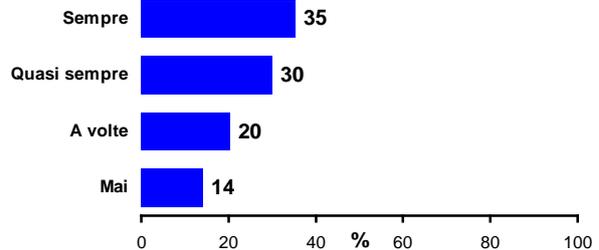


## La percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Il 65% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (35%) o quasi sempre (30%).
- Il 35% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (14%) o lo è raramente (20%).
- Tra le ASL regionali, NA 3 e NA 4 hanno mostrato una differenza statisticamente significativa per quanto concerne la percentuale di persone che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici, con valori inferiori ai valori regionali, AV 2, CE 2 e NA 5 con valori superiori (range dal 61,8% dell'ASL NA 3 all' 88,7% dell'ASL AV 2).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'84% dei casi (93% Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

### Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici

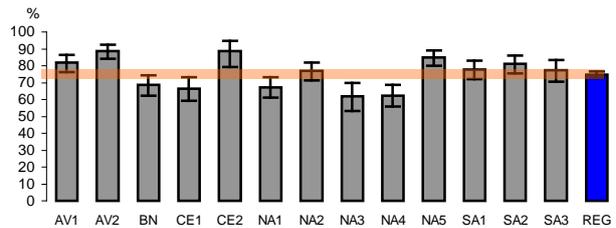
ASL NA 1 Centro - Passi 2008\* (n=429)



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

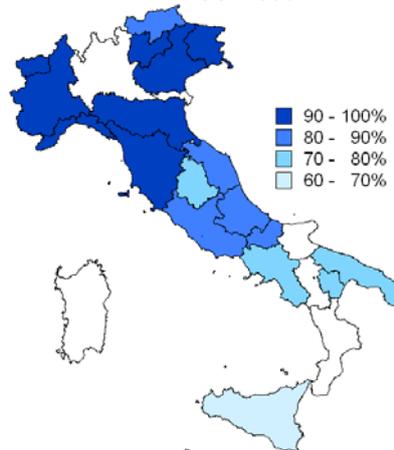
### % di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici

Regione - PASSI 2008 (n=2.811)



### % di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici

Pool PASSI 2008

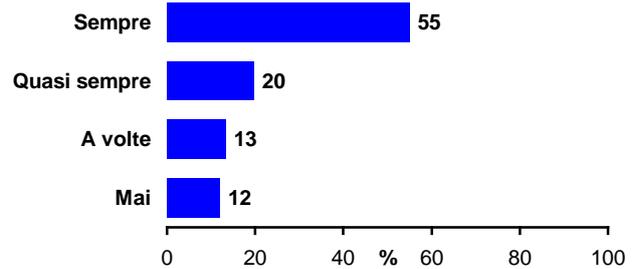


## Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati, il 75% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (55%) o quasi sempre (20%).
- Il 25% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (12%) o lo è raramente (13%).

### Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

ASL NA 1 Centro - Passi 2008 (n= 234)\*



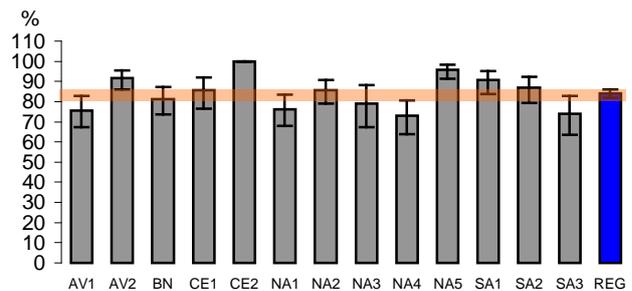
\*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

Nelle 13 ASL della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro, eccetto che per l'ASL NA 4 con valori inferiori e le ASL CE 2 e NA 5 con valori superiori a quelli regionali (range dal 72,9% della ASL NA 4 al 100.0% della ASL CE 2).

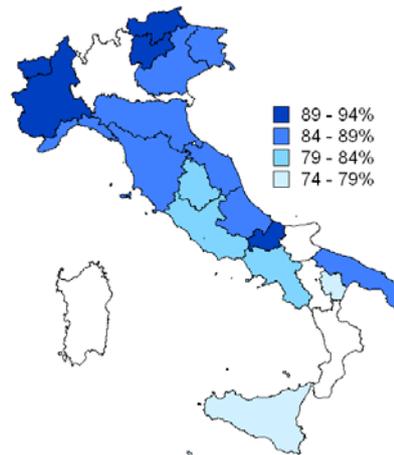
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'85% dei casi (88% nel Nord-Est), con un evidente gradiente territoriale.

### % di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro

Regione Campania - PASSI 2008 (n=1.481)



% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro  
Pool PASSI 2008



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nella ASL NA 1 Centro, come a livello nazionale, si stima che circa una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni.

Quasi tre fumatori su quattro hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

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

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

---

## Stato nutrizionale e abitudini alimentari

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.

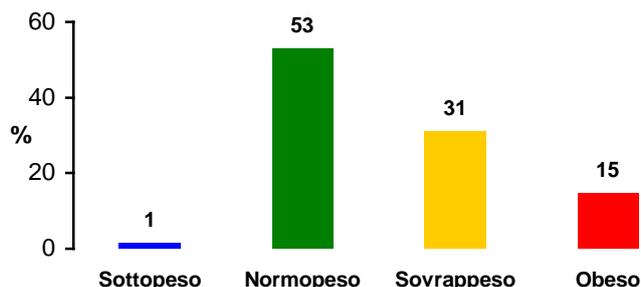
Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (*Body Mass Index* o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

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

### Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL NA 1 Centro l'1% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 53% normopeso, il 31% sovrappeso e l'15% obeso.
- Complessivamente si stima che il 46% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

Situazione nutrizionale della popolazione  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)



### Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

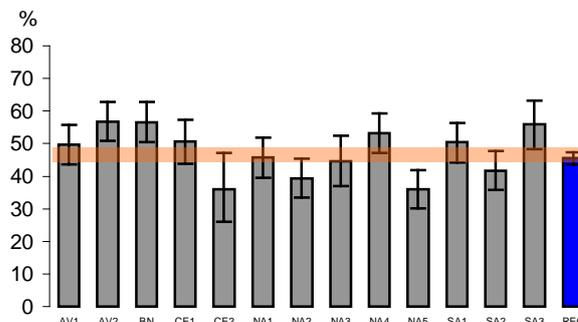
- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
  - col crescere dell'età
  - negli uomini (50% vs 35%)
  - nelle persone con basso livello di istruzione
- Paradossalmente le maggiori difficoltà economiche risultano correlate sia all'eccesso ponderale che all'obesità.

Popolazione con eccesso ponderale  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)

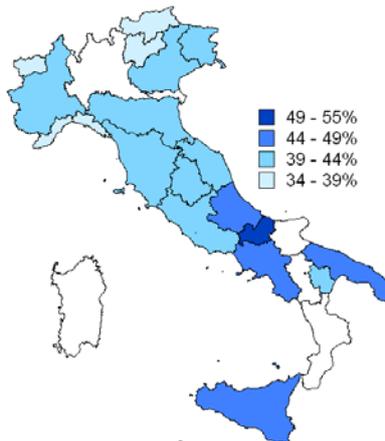
Caratteristiche	Sovrappeso % (IC95%)		Obesi % (IC95%)	
	<b>Totale</b>	<b>31,0</b>	26,8-35,6	<b>14,6</b>
<b>Classi di età</b>				
18 - 34	27,7		6,1	
35 - 49	28,0		18,0	
50 - 69	37,3		19,6	
<b>Sesso</b>				
uomini	39,0		16,2	
donne	24,1		13,3	
<b>Istruzione</b>				
nessuna/elementare	31,1		27,0	
media inferiore	38,9*		13,5	

- Nelle 13 ASL della Regione le ASL AV 2, BN, e SA 3 mostrano valori superiori, mentre le ASL NA 2 e NA 5 mostrano valori inferiori a quelli regionali (range dal 35.9% della ASL NA 5 al 56.8% della ASL AV 2).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 43% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32% in sovrappeso e 11% obesi), nel Nord-Est Italia il 40% (30% in sovrappeso e 10% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.

**% persone in eccesso ponderale**  
Regione Campania - PASSI 2008



**% persone in eccesso ponderale**  
Pool PASSI 2008



media superiore	29,6	10,6
laurea	20,8	13,9
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	42,1	15,7
qualche	25,8	16,3
nessuna	26,4	10,7

***Come considerano il proprio peso le persone intervistate?***

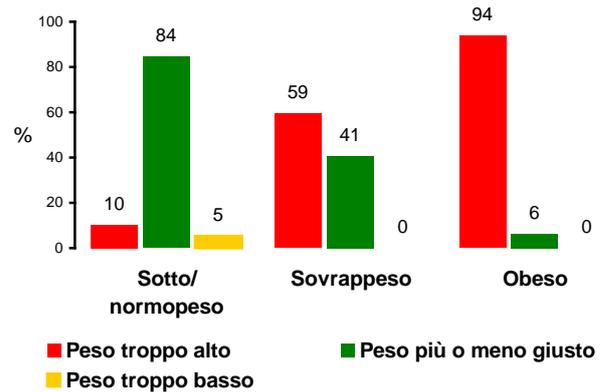
- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di

**Percezione della proprio peso**

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=450)

peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella ASL NA 1 Centro si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (94%) e nei normopeso (84%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 41% ritiene il proprio peso giusto.

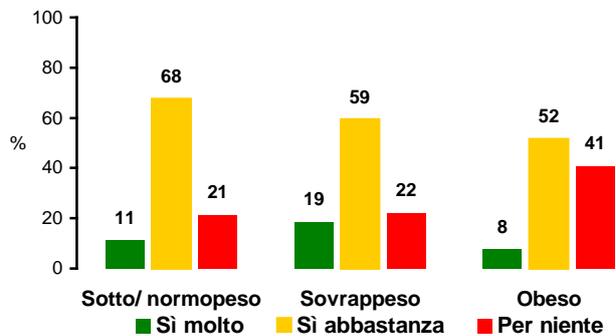
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'81% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 90% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 24% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 52% degli uomini.



### Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL NA 1 Centro il 76% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare:
  - il 79% delle persone sottopeso/normo - peso
  - il 78% dei sovrappeso
  - il 59% degli obesi.

Quello che mangia fa bene alla sua salute?  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=450)

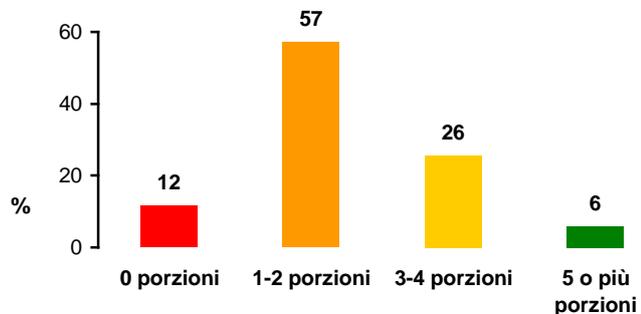


### Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura

al giorno ("five a day")?

- Nella ASL NA 1 Centro l'89% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 26% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 6% le 5 porzioni raccomandate.
- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
  - nelle persone sopra ai 50 anni
  - nelle donne (6%)
  - nelle persone con alto livello d'istruzione (10%)

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)



Consumo di frutta e verdura  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)

Caratteristiche	Adesione al "5 a day" % (IC95%)	
Totale	5,8	3,9-8,4
Classi di età		

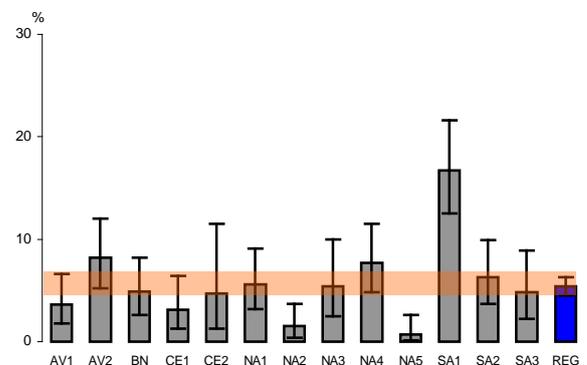
- nelle persone in sovrappeso (8%). Non emergono differenze legate alla condizione economica.	<b>Sesso</b>	18 - 34	4,1	
		35 - 49	5,3*	
		50 - 69	7,8	
	<b>Istruzione</b>	uomini	5,2	
		donne	6,2	
	<b>Difficoltà economiche</b>	nessuna/elementare	2,7	
		media inferiore	4,0	
		media superiore	6,7	
		laurea	9,7	
	<b>Stato nutrizionale</b>	molte	5,7	
		qualche	5,8	
		nessuna	5,8	
			sotto/normopeso	4,9
			sovrappeso	7,9
			obeso	4,5

\* Consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day", eccetto che per la ASL SA 1 che mostra valori superiori e le ASL NA 5 e NA 2 che mostrano valori inferiori rispetto a quelli regionali (range dall'0,7% della ASL NA 5 al 16.7% della ASL SA 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al "five a day" il 10% del campione (13% nel Nord-Est Italia).

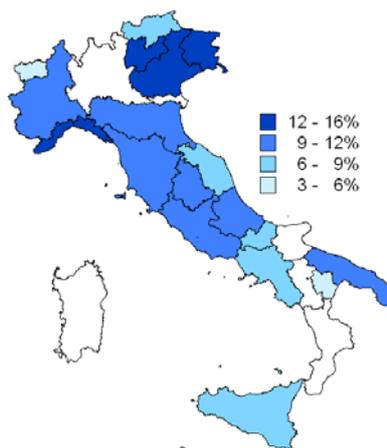
### % persone che aderiscono al "five a day"

Regione Campania - PASSI 2008



### % persone che aderiscono al "five a day"

Pool PASSI 2008

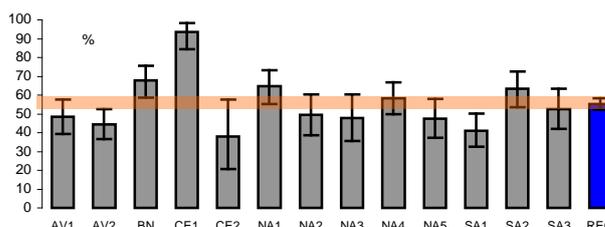


**Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?**

- Nella ASL NA 1 Centro il 61% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 51% delle persone in sovrappeso e l'82% delle persone obese.
- Nelle 13 ASL della Regione emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario: i valori delle ASL CE 1 e BN si mostrano superiori e quelli della SA 1 inferiori rispetto a quelli regionali (range dal 37,9% della ASL CE 2 al 93,5% dell'ASL CE 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 57% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 48% delle persone in sovrappeso e l'81% delle persone obese); nel Nord-Est Italia i valori sono rispettivamente 55%, 45% e 82%.

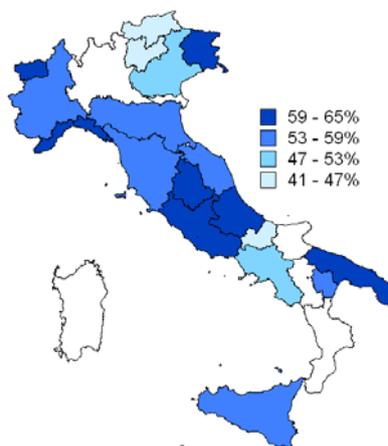
**% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario**

Regione Campania - PASSI 2008



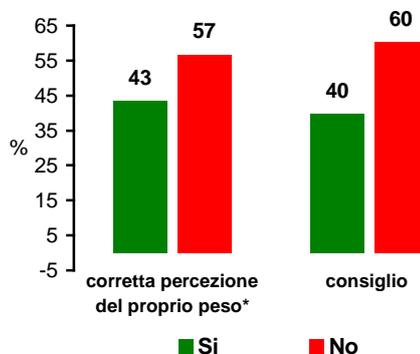
**% di persone in sovrappeso/obese  
che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso  
da un operatore sanitario**

Pool PASSI 2008



- Il 33% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (32% nei sovrappeso e 35% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
  - nelle donne (41% vs 27% negli uomini)
  - negli obesi (35% vs 32% nei sovrappeso)
  - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (43%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (16%)
  - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (40% vs 26%).

**Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari tra le persone in eccesso ponderale**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=206)



\* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=140)

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

- Nella ASL NA 1 Centro il 50% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (48% nei sovrappeso e 54% negli obesi). Il 32% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver

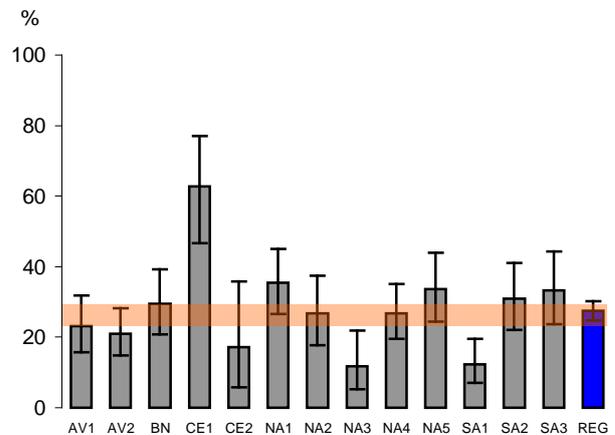
ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 30% delle persone in sovrappeso e il 35% di quelle obese.

- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 53% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 47% di chi non l'ha ricevuto.

- Nelle 13 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso / obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, eccetto che per le ASL CE 1 che mostra valori superiori e le ASL NA 3 e SA 1 che mostrano valori inferiori ( range dall' 11,8% della ASL NA 3 al 62,8% della ASL CE 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 37% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 33% delle persone in sovrappeso e il 45% degli obesi; nel Nord-Est Italia i valori sono rispettivamente 39%, 35% e 48%.

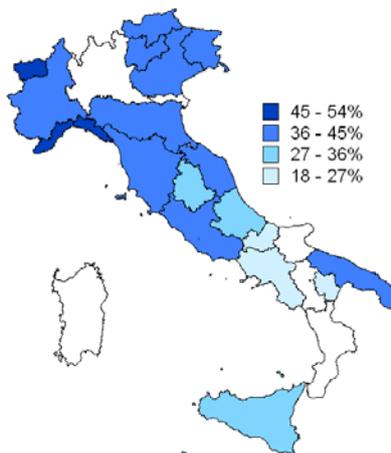
**% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica**

Regione Campania - PASSI 2008

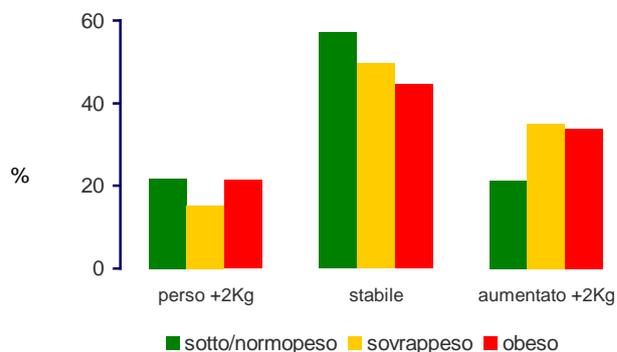


**% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto****il consiglio di fare attività fisica**

Pool PASSI 2008

***Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?***

- Nella ASL NA 1 Centro il 27% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
  - nella fascia 18-34 anni (35% vs 28% 35-49 anni e 20% 50-69 anni)
  - nelle persone già in eccesso ponderale (35% obesi e il 34% sovrappeso vs 21% normopeso).
- Sono emerse differenze rilevanti tra donne (32%) e uomini (22%).

**Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi**  
NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=446)***Conclusioni e raccomandazioni***

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza

PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nella ASL NA 1 Centro quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

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

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 33% delle persone in eccesso ponderale, mentre è relativamente più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (49%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

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

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

---

# Consumo di alcol

Nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo, il problema alcol rimane attualmente sottostimato: all'accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale che spesso copre i messaggi della prevenzione.

In Europa si stima che l'alcol uccida circa 115.000 persone l'anno e 25.000 in Italia: cirrosi epatica e incidenti stradali sono le principali cause di morte alcol-correlate.

L'alcol è una sostanza tossica dannosa per l'organismo: non è fissato un livello soglia di "non pericolosità" e studi recenti confutano la considerazione diffusa che un consumo leggero di alcolici sia benefico per la salute e protegga il cuore. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza); il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività.

Si stima che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute si propone di coordinare tutte le attività di prevenzione per ridurre i danni causati dall'alcol. L'emergere infatti di nuove culture del bere (dallo sballo del fine settimana alla moda degli aperitivi) sollecita la realizzazione di sistemi di monitoraggio adeguati a orientare le azioni, per contribuire in maniera efficace alla riduzione del rischio alcol-correlato sia nella popolazione generale sia nei sottogruppi target più vulnerabili.

Secondo la definizione dell'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle 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). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

## Quante persone consumano alcol?

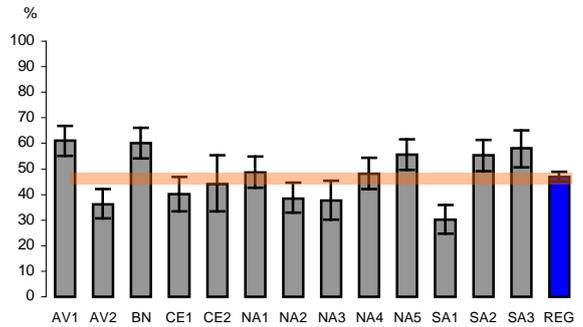
- Nella ASL NA 1 Centro la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 50%.
- Si sono osservate percentuali più alte di consumo:
  - nella fascia 50-69 anni
  - negli uomini
  - nelle persone con livello di istruzione alto e con qualche o senza difficoltà economiche.
- Il 52% degli intervistati ha riferito di consumare alcol durante tutta la settimana, mentre il 48% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese)		
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)		
Caratteristiche	Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica° % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>50,1</b>	<b>45,4-54,8</b>
<b>Classi di età</b>		
	18 - 24	44,0
	25 - 34	50,0
	35 - 49	48,0
	50 - 69	54,2
<b>Sesso</b>		
	Uomini	61,4
	Donne	40,2
<b>Istruzione</b>		
	nessuna/elementare	37,8
	media inferiore	47,6
	media superiore	53,1
	laurea	59,7
<b>Difficoltà economiche</b>		
	molte	44,3
	qualche	53,2
	nessuna	52,1

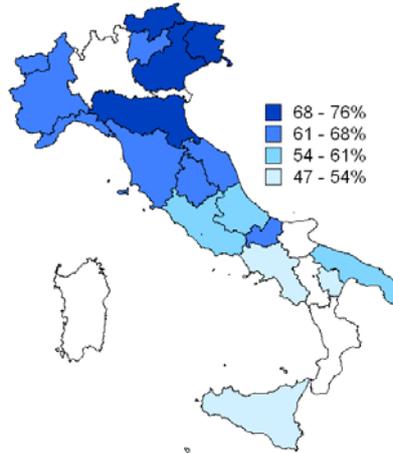
°una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, emergono differenze stati - sticamente significative: i valori delle ASL AV 1, BN, NA 5, SA 2 e SA 3 si mostrano superiori e quelli della ASL AV 2, NA 2, NA 3 e SA 1 inferiori al valore regionale (range dal 30.2% della ASL SA 1 al 61.0% della ASL AV 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori è del 61%, mentre nel Nord-Est Italia sale al 70%; è presente un evidente gradiente territoriale.

**Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese**  
Regione Campania - PASSI 2008 (n=3.097)



**Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese**  
Pool PASSI 2008

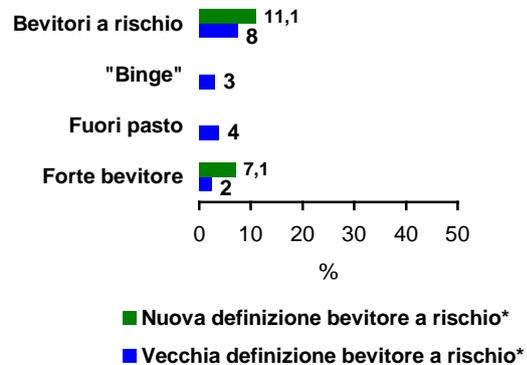


## Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 7,5% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore "binge").
  - il 3% può essere considerato un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
  - il 4% ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
  - il 2% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

**Bevitori a rischio\* per categorie**

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)



\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)

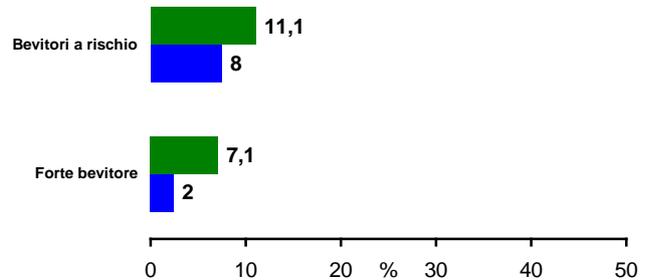
**Bevitori a rischio e forti bevitori**

- Sulla base della nuova definizione INRAN di "forte bevitore" (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne) la percentuale di bevitori a rischio è dell'11%, mentre quella di forte bevitore è del 7%.

**Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN**

**di "forte bevitore"**

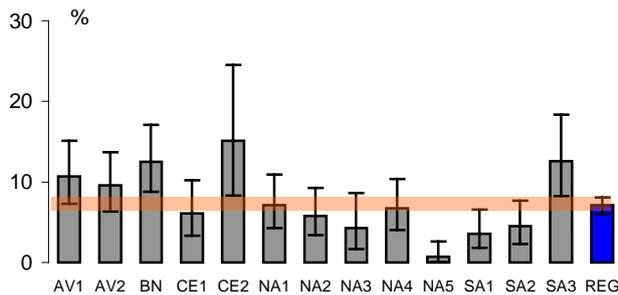
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)



N.B.: la barra verde nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della nuova definizione INRAN di bevitore a rischio (>2 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >1 unità alcolica/giorno per le donne). La barra blu nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della vecchia definizione INRAN di bevitore a rischio (>3 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >2 unità alcolica/giorno per le donne).

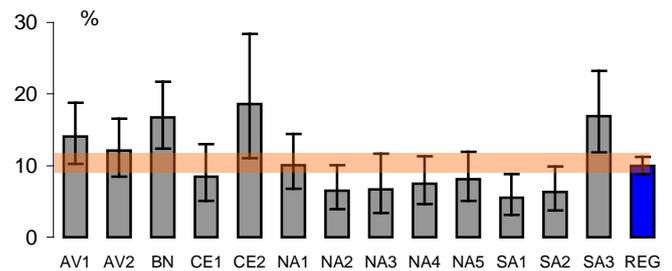
- Nelle 13 ASL regionali sono emerse differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio : i valori dell'ASL BN e SA 3 sono superiori a quelli del valore medio regionale ( range dal 5,5% dell'ASL SA 1 al 18,6% dell'ASL CE 2, secondo la nuova classificazione ).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 16% (4% consumo forte, 7% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale. Nel Nord-Est Italia si sale al 22% (6% consumo forte, 11% consumo binge, 12% consumo fuori pasto).

**Percentuale di bevitori a rischio**  
**Vecchia definizione INRAN di "forte bevitore"**  
 Campania - PASSI 2008 (n=3.076)

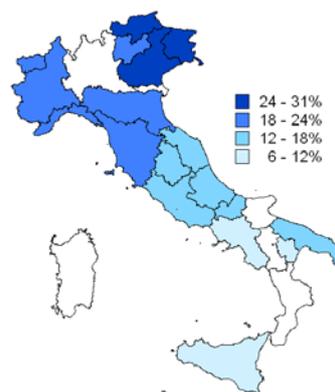
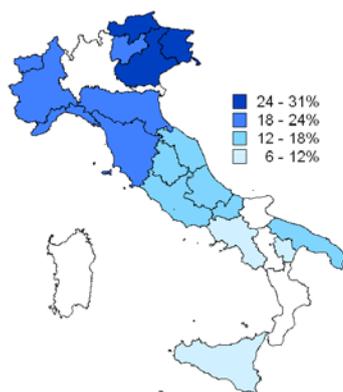


**Percentuale di bevitori a rischio**  
**Vecchia definizione INRAN di "forte bevitore"**  
 Pool PASSI 2008

**Percentuale di bevitori a rischio**  
**Nuova definizione INRAN di "forte bevitore"**  
 Campania - PASSI 2008 (n=3.080)



**Percentuale di bevitori a rischio**  
**Nuova definizione INRAN di "forte bevitore"**  
 Pool PASSI 2008



### Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda il 3% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso:
  - tra i più giovani nella fascia di 18-24 anni (6%)
  - negli uomini (4% vs 2% nelle donne).

Si rileva un aumento del consumo sia al crescere del livello di istruzione che al crescere delle difficoltà economiche.

#### Consumo "binge"° (ultimo mese)

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)

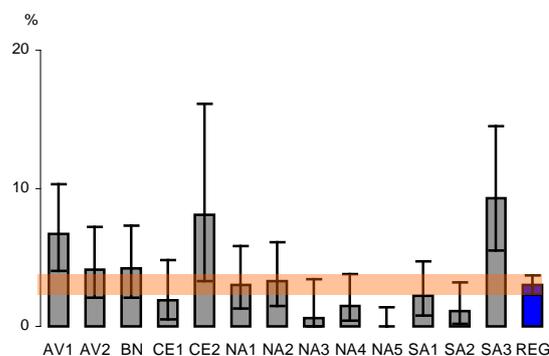
Caratteristiche	bevitori "binge"° % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>3,1</b>	<b>1,8-5,3</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	6,0	
25 - 34	2,0	
35 - 49	3,3	
50 - 69	2,6	
<b>Sesso</b>		
uomini	4,3	
donne	2,1	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	1,4	
media inferiore	2,4	
media superiore	3,4	
laurea	5,6	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	3,6	
qualche	3,7	
nessuna	1,7	

°consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

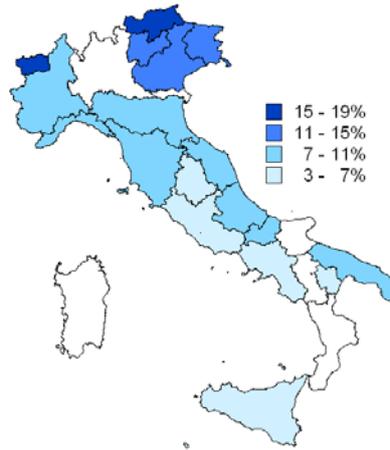
- Nelle 13 ASL regionali la percentuale di bevitori "binge" mostra differenze statisticamente significative : i valori dell'ASL AV 1e SA 3 sono superiori al valore medio regionale (range dal 0,6% dell'ASL NA 3 al 9,3% dell'ASL SA 3 ).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori binge è risultata del 7% (11% nel Nord-Est Italia).

#### Percentuale di bevitori "binge"

Regione Campania - PASSI 2008 (n=3.071)



**Percentuale di bevitori "binge"**  
Pool PASSI 2008

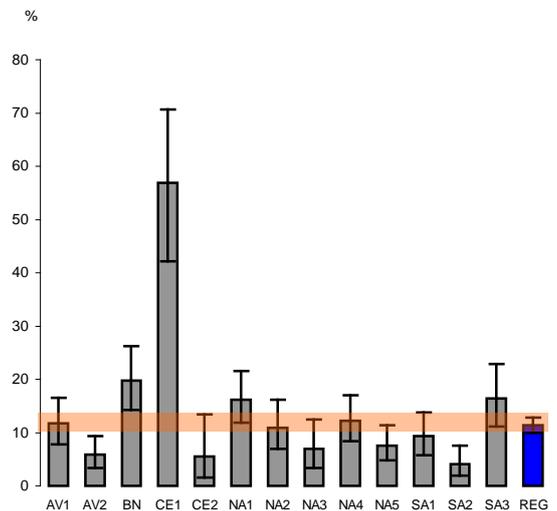


**A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?**

- Nella ASL NA 1 Centro solo il 16% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra le 13 ASL della Regione, le ASL BN e CE 1 hanno mostrato una percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol significativamente superiore rispetto al valore regionale (range dal 4% della ASL SA 2 al 57% della ASL CE 1).
- Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, il 16% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 9% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

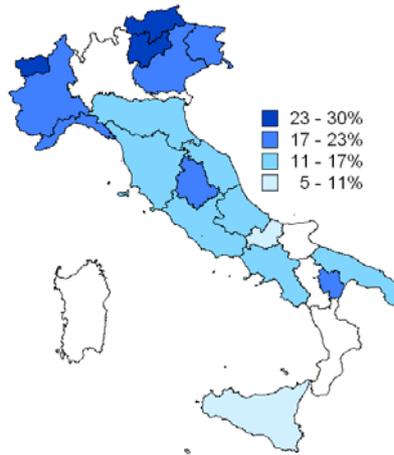
**Percentuale di persone a cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol**

Regione Campania - PASSI 2008 (n=2.524)



**Percentuale di persone a cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol**

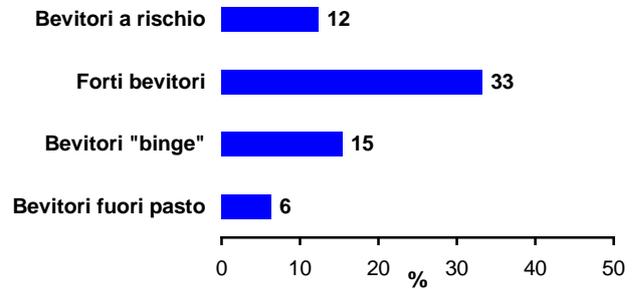
Pool PASSI 2008



- Il 6% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno; tra i bevitori a rischio questa percentuale è del 12%. In particolare:
  - 33% nei forti bevitori,
  - 15% nei bevitori "binge"
  - 6% nei bevitori fuori pasto

**% bevitori a rischio\* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario°**

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=424)



\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)

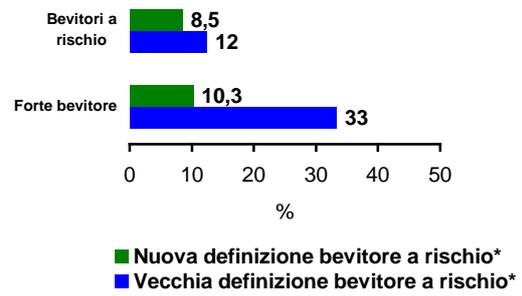
° al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

**% bevitori a rischio\* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario°**

**Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN**

### di “forte bevitore”

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=424)



\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)

° al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

---

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL NA 1 Centro si stima che circa due persone su quattro di 18-69 anni consumino bevande alcoliche e una su tredici abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione.

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale - aumentandone il livello di informazione e consapevolezza - sia negli operatori sanitari che raramente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e pure raramente consigliano di moderarne l'uso nei bevitori a rischio.

Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nell'ambito delle attività di informazione / educazione (con il coinvolgimento di famiglia, scuola e società) supportate dai mass-media. Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della sicurezza (es. limite dei 0,5 gr/litro di alcolemia per la guida) e dall'altro all'offerta di sostegno efficace per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

# Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni.

L'obiettivo dell'Unione Europea è dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2000.

Nel 2006 in Italia sono stati registrati oltre 238.000 incidenti stradali con circa 5.670 morti e 330.000 feriti; agli incidenti stradali sono inoltre imputabili annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso e 20.000 casi di invalidità.

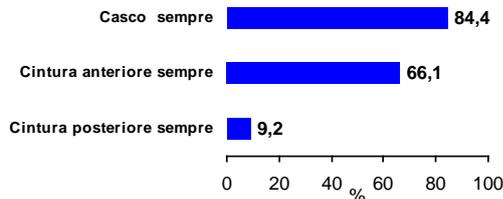
In Campania nel 2006 gli incidenti stradali sono stati 10.968, con 324 morti e 16.455 feriti.

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

## L'uso dei dispositivi di sicurezza

### Uso dei dispositivi di sicurezza\*

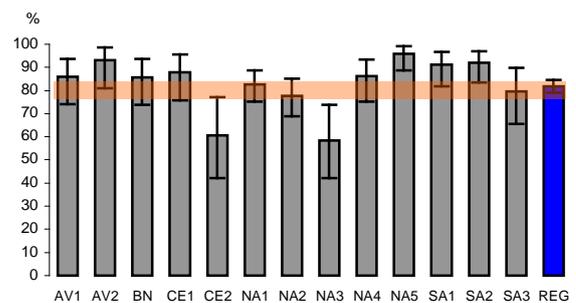
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=448)



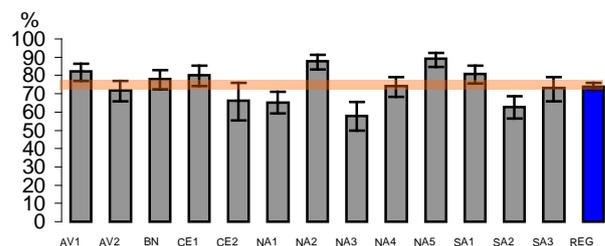
\*tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

- Nella ASL NA 1 Centro la percentuale di intervistati che ha riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari al:
  - 84% per l'uso del casco
  - 66% per la cintura anteriore di sicurezza
  - 9% per l'uso della cintura posteriore.
- L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza ha mostrato alcune differenze a livello aziendale:
  - per il casco il range varia dal 58% della ASL NA 3 al 96% dell'ASL NA 5.
  - per la cintura anteriore è significativamente inferiore nell'ASL NA 3 (range dal 58% dell'ASL NA 3 al 89% dell'ASL NA 5).
  - per la cintura posteriore è significativa -

### Percentuale di persone che usano il casco sempre Regione Campania - PASSI 2008 (n=857)



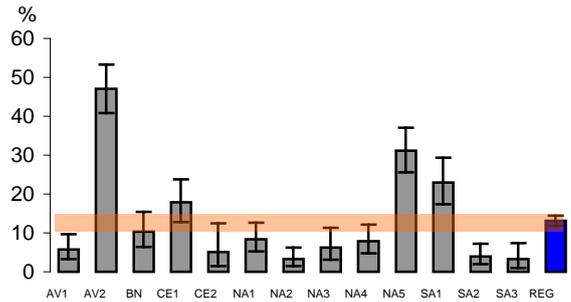
### Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre Regione Campania - PASSI 2008 (n=3.090)



### Percentuale di persone che usano

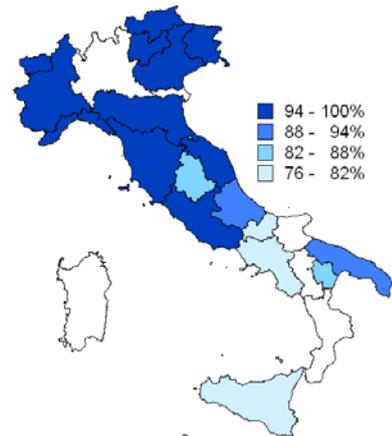
la cintura posteriore sempre  
Regione Campania - PASSI 2008 (n=2.750)

mente inferiore nelle ASL NA 2 e SA 3 (range dal 3% delle ASL NA 2 e SA 3 al 47% dell'ASL AV 2), ma l'uso è molto basso in tutte le ASL.

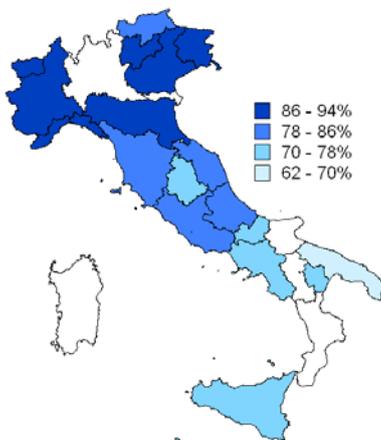


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che si stima utilizzare i diversi dispositivi di sicurezza è risultata superiore al dato regionale campano : 92% per il casco, 82% per la cintura anteriore e 19% per la cintura posteriore; nel Nord-Est Italia si sono registrati valori sovrapponibili a quelli regionali (97%, 89%, 29%). Nell'utilizzo di tutti i tipi di dispositivi di sicurezza è presente un evidente gradiente territoriale decrescente dal nord al sud Italia.

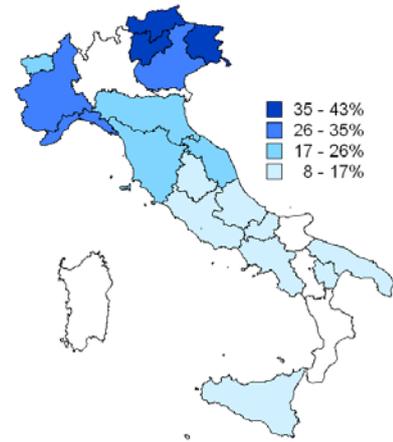
**Percentuale di persone che usano il casco sempre**  
Pool PASSI 2008



**Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre**  
Pool PASSI 2008



**Percentuale di persone che usano  
la cintura posteriore sempre**  
Pool PASSI 2008



***Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?***

*(coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto almeno 2 unità di bevanda alcolica)*

- Il 3,5% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale all' 8%.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più diffusa nelle classi di età giovanili, è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne (con differenze statisticamente significative) e tra le persone con qualche o nessuna difficoltà economica.
- Il 6% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol (10% a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale).

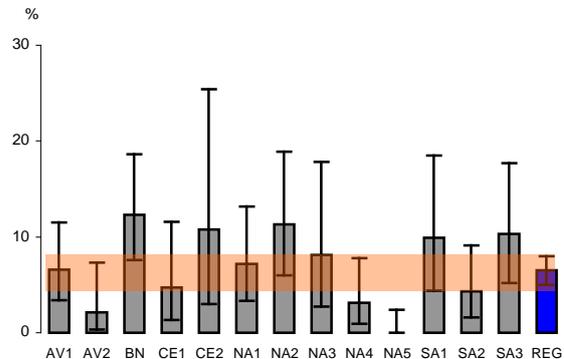
<b>Guida sotto l'effetto dell'alcol<sup>°</sup></b>		
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)		
<b>Caratteristiche</b>	<b>persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol<sup>°°</sup></b>	
	<b>% (IC95%)</b>	
<b>Totale</b>	<b>3,5</b>	<b>2,1-5,8</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	13,6	
25 - 34	10,9	
35 - 49	2,9	
50 - 69	8,3	
<b>Sesso</b>		
uomini	11,2	
donne	2,4	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	4,2	
media inferiore	3,5	
media superiore	8,1	
laurea	14,3	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	5,7	
qualche	7,4	
nessuna	9,8	

<sup>°</sup> il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

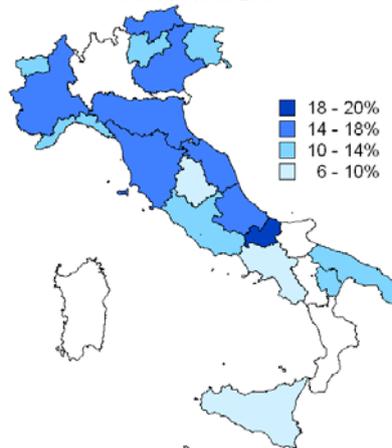
<sup>°°</sup> coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

- Tra le ASL regionali, non sono emerse differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol (range dal 2% della ASL AV 2 al 12% dell'ASL BN).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è stata del 13% (16% nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale decrescente dal nord al sud Italia.

**Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**  
Regione Campania - PASSI 2008 (n=1.440)



**Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**  
Pool PASSI 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

L'uso dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. Nella ASL NA 1 Centro si registra un livello insoddisfacente dell'uso del casco e della cintura anteriore, mentre solo una persona su dieci utilizza la cintura di sicurezza posteriore.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è associata ad un terzo delle morti sulla strada. Nella ASL NA 1 Centro il problema è piuttosto circoscritto (circa un guidatore su sei è classificabile come guidatore con comportamento a rischio per l'alcol), con coinvolgimento non solo delle classi d'età più giovani.

In letteratura risultano maggiormente studiati gli interventi rivolti ai giovani; quelli di migliore efficacia sono gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività di controllo delle forze dell'ordine sia per il rispetto dei limiti consentiti dell'alcolemia sia per l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza.

I comportamenti personali sono fattori di primaria rilevanza nella sicurezza stradale e sono decisivi per ridurre la gravità degli incidenti, ma occorre non dimenticare che per migliorare la sicurezza stradale rimangono importanti anche gli interventi strutturali ed ambientali.

# Vaccinazione antinfluenzale

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

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

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

## Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale?

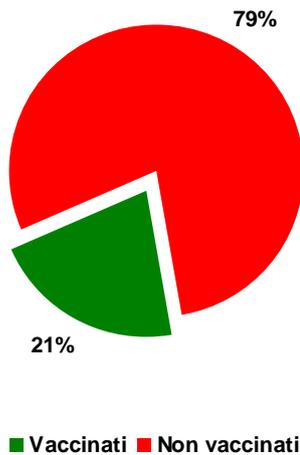
- Nella ASL NA 1 Centro il 7% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2007-2008.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 21%, valore ancora molto inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata significativamente più elevata:
  - nella fascia 50-64 anni (12%)
  - nelle persone con basso livello d'istruzione
  - nelle persone con almeno una patologia cronica (21%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica vaccinate contro l'influenza è risultata del 30%.

**Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni)**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=124)

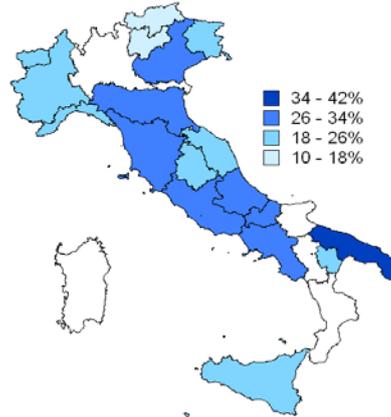
Caratteristiche	Vaccinati % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>7,3</b>	<b>3,4-13,3</b>
<b>Classi di età</b>		
18-34	11,9	
35-49	0,0	
50-64	12,1	
<b>Sesso</b>		
uomini	9,5	
donne	4,9	
<b>Istruzione</b>		
bassa	8,8	
alta	6,0*	
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	6,8	
no	8,3	
<b>Patologie severe°</b>		
almeno una	21,1	
assente	4,8	

°almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

**Vaccinazione antinfluenzale 2007- 08 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=171)

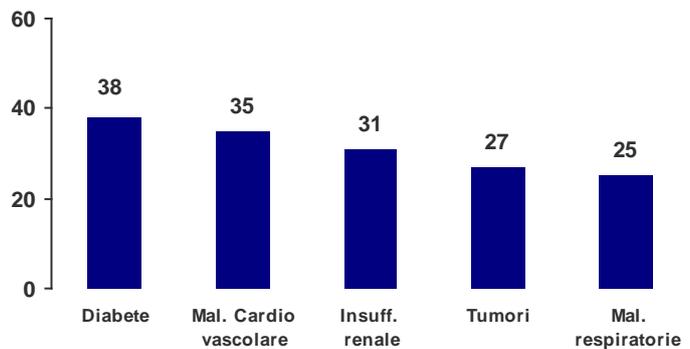


**Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica**  
Pool PASSI 2008



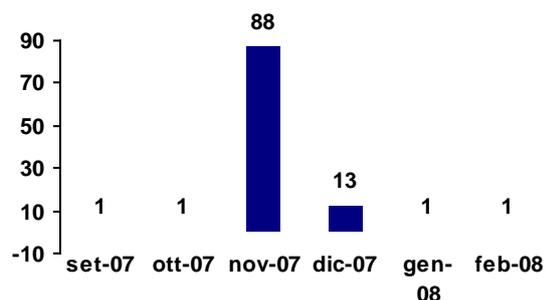
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:
  - basse coperture tra gli ammalati di tumore (27%) e di patologie respiratorie croniche (25%)
  - poco più elevati i valori tra le persone affette da insufficienza renale (31%), malattie cardiovascolari (35%) e diabete (38%).

**Copertura vaccinale in persone (18-64 anni) per patologia cronica (%)**  
Pool PASSI 2007



- Nella ASL Napoli 1 Centro la maggior parte (87%) degli intervistati ha riferito di essere stato vaccinato durante il mese di Novembre (dato sovrappo - nibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).

**% di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese**  
ASL NA 1 Centro - Passi 2008 (n=8)



### Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute e le strategie vaccinali adottate nella Regione Campania stanno favorendo l'incremento progressivo della quota di persone da raggiungere sopra ai 65 anni: sulla base dei registri vaccinali, infatti, a livello regionale il valore di copertura è prossimo al 73% in questa fascia di popolazione, durante la campagna 2006/07. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla

proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale e potranno essere migliorati con l'attivazione di programmi di offerta attiva ai gruppi target con la collaborazione dei medici specialisti e di altre istituzioni territoriali.

I dati PASSI mostrano come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulta ancora largamente insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che meno di una persona su tre si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio. Pertanto la copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere ancora migliorata attraverso una strategia di interventi integrati

---

# Vaccinazione antirosolia

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

Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, quindi, della rosolia congenita.

La vaccinazione antirosolia costituisce un'azione preventiva di provata efficacia, finalizzata all'eliminazione dei casi di rosolia congenita; per raggiungere questo obiettivo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita è necessario immunizzare almeno il 95% delle donne in età fertile.

La strategia vaccinale che si è mostrata, a livello internazionale, più efficace per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel 2° anno di età e nell'individuare, attraverso un semplice esame del sangue ( il rubeotest ,) le donne in età fertile, ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino antirosolia.

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ASL Napoli 1 Centro il 17% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne:
  - più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (37,4%)
  - con alto livello d'istruzione
  - senza difficoltà economiche.

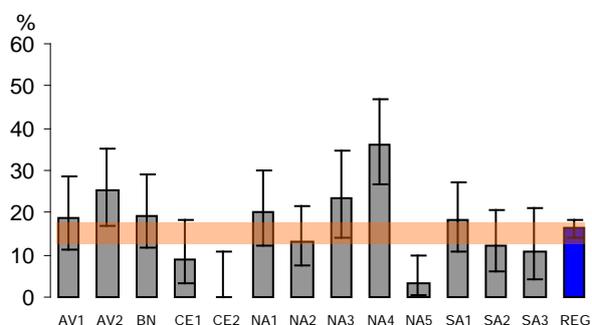
### Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)

ASL NA 1 Centro Passi, 2008 (n=148)

Caratteristiche	Vaccinate % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>17,2</b>	8,3-26,8
<b>Classi di età</b>		
18-24	37,4	
25-34	19,2	
35-49	9,8	
<b>Istruzione</b>		
Bassa	17,8	
Alta	20,9	
<b>Difficoltà Economiche</b>		
molte	11,4	
alcune	21,3	
nessuna	24,6	

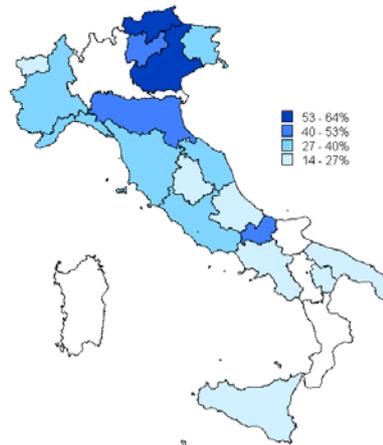
- Nelle 13 ASL della Campania con campione rappresentativo emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate: le donne dell' ASL NA 5 hanno riferito con una frequenza minore di aver praticato il vaccino mentre le donne della ASL NA 4 con una frequenza maggiore ( range dal 3,5% della ASL NA 5 al 36,2% della ASL NA 4).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 32% (51% Nord-Est Italia).

### Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia Regione Campania - PASSI 2008



### Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia

Pool PASSI 2008



### Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- Nella ASL NA 1Centro il 44% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
  - ha effettuato la vaccinazione (17%)
  - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (27%).
- Il 4% è risultata suscettibile in quanto: non ha effettuato la vaccinazione e ha riferito un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 50% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.

#### Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) - % (IC95%)

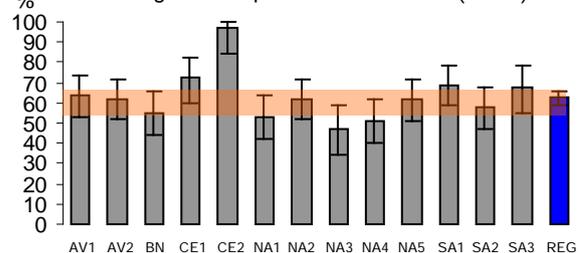
ASL NA 1 Centro - Passi 2008 (n=148)

Caratteristiche	%	IC95%
<b>Immuni</b>	<b>44,2</b>	<b>34,3-55,3</b>
Vaccinate	17,4	
Non vaccinate con rubeotest positivo	26,8	
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	<b>55,8</b>	<b>44,6-66,2</b>
Non vaccinate; rubeotest negativo	5,9	
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	3,1	
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	46,8	

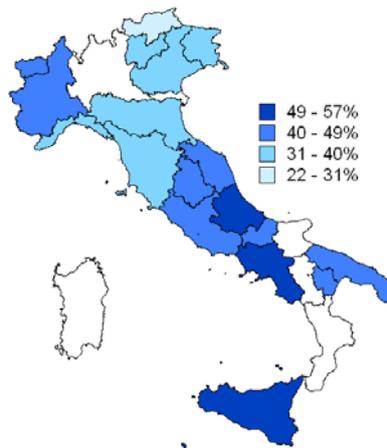
- Tra le 13 ASL della Campania con campione rappresentativo, la più alta percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia è nella ASL CE 2 (97%), la più bassa nella ASL NA 3 (47%), in linea con i valori di copertura vaccinale.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione è pari al 44% (34% Nord-Est Italia).

#### Donne 18-49 anni suscettibili alla Rosolia (%)

Regione Campania - PASSI 2008 (n=479)



**Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia**  
Pool PASSI 2008



### **Conclusioni e raccomandazioni**

A livello regionale si stima che circa due donne in età fertile su tre siano ancora suscettibile alla rosolia; è pertanto necessario migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini in età adulta attraverso un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali "più vicine" alla popolazione a rischio (Medici di Medicina Generale, ginecologi ed ostetriche).

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

---

# Rischio cardiovascolare

Nel mondo occidentale le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte: in Italia in particolare sono responsabili del 44% di tutte le morti.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa): la probabilità di sviluppare malattia dipende dalla rilevanza dei singoli fattori di rischio e dalla loro combinazione.

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione specifici maggiormente a rischio.

In questa sezione si forniscono i risultati dell'indagine relativi alla diffusione di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia nonché quelli riguardanti l'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare.

## Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso che si correla con malattie rilevanti quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale.

Il costo dell'ipertensione sia in termini di salute sia dal punto di vista economico è assai rilevante e pertanto la prevenzione e il trattamento adeguato di questa condizione sono fondamentali: trattare le complicanze dell'ipertensione costa, oltre tutto, circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi.

### A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

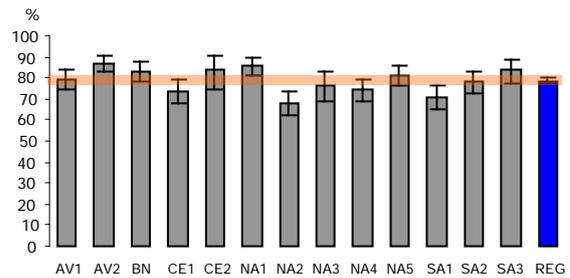
- Nella ASL NA 1 Centro l'86% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 6% più di 2 anni fa, mentre il restante 8% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:
  - nelle fasce d'età più avanzate
  - nelle persone con livello istruzione più elevato ( laurea)
  - nelle persone con molte difficoltà economiche

**Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni**  
ASL NA 1 Centro PASSI 2008 (n= 451)

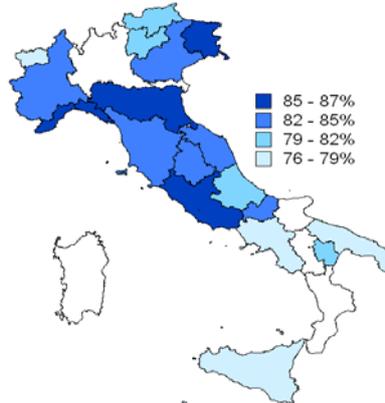
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni % (IC95%)
<b>Totale</b>	<b>86,0</b> 82,2-88,8
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	74,3
35 - 49	88,7
50 - 69	94,1
<b>Sesso</b>	
uomini	81,9
donne	89,2
<b>Istruzione</b>	
nessuna/elementare	86,5
media	84,9
superiore	82,7
laurea	94,4
<b>Difficoltà economiche</b>	
molte	92,1
qualche	83,2
nessuna	82,6

- Tra le 13 ASL della Campania con campione rappresentativo, le ASL NA2 e SA 1 presentano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni, con valori inferiori a quelli regionali e le ASL AV 2 e NA 1 con valori superiori (range dal 68% dell'ASL NA 2 all'87% dell'ASL AV 2).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83% (85% Nord-Est Italia); è presente un evidente gradiente territoriale.

**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)**  
Regione Campania - PASSI 2008



**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)**  
Pool PASSI 2008



## Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL NA 1 Centro il 26% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
  - al crescere dell'età (46% nella fascia 50-69 anni)
  - nelle persone con livello istruzione molto basso
  - nelle persone con molte difficoltà economiche
  - nelle persone con eccesso ponderale.

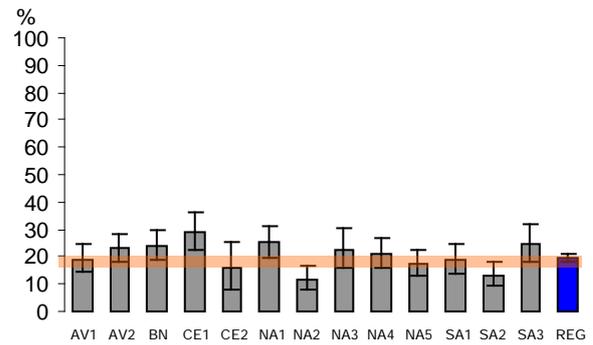
**Persone con diagnosi riferita di ipertensione\***  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n= 413)

Caratteristiche	Ipertesi % (IC95%)
<b>Totale</b>	<b>26,2</b> 22,0-30,7
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	7,4
35 - 49	21,1
50 - 69	46,0
<b>Sesso</b>	
uomini	29,2
donne	23,7
<b>Istruzione</b>	
nessuna/elementare	45,6
media inferiore	25,5
media superiore	18,3
laurea	26,8
<b>Difficoltà economiche</b>	
molte	32,8
qualcuna	22,7
nessuna	23,6
<b>Stato nutrizionale</b>	
sotto/normopeso	15,5
sovrappeso/obeso	38,1

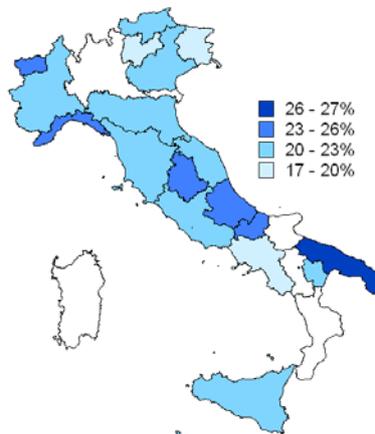
\* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa

- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi, eccetto che per l'ASL CE 1 che mostra valori superiori a quelli regionali e la ASL NA 2 che mostra valori inferiori (range dal 12% dell'ASL NA 2 al 29% della ASL CE 1).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 22% (21% Nord-Est Italia).

**Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)**  
Regione Campania - PASSI 2008



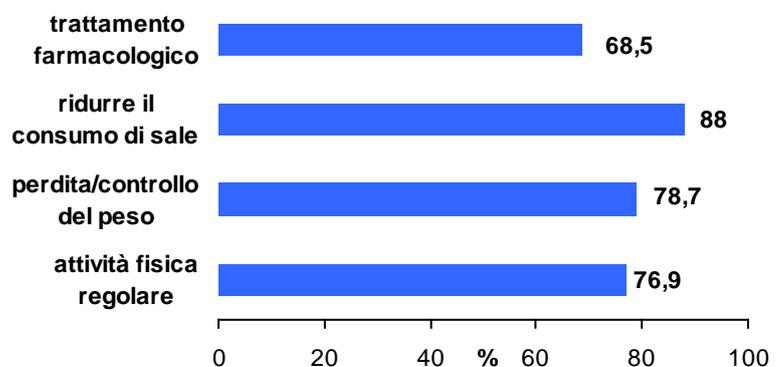
**Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)**  
Pool PASSI 2008



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

- Nella ASL NA 1 Centro il 68 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dalla assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
  - ridurre il consumo di sale (88%)
  - ridurre o mantenere il peso corporeo (79%)
  - svolgere regolare attività fisica (77%).

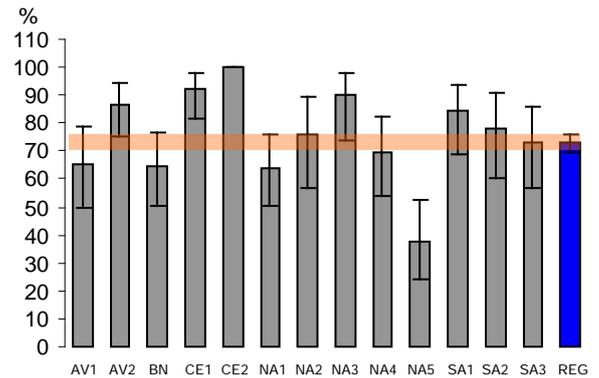
**Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico \***  
ASL NA 1 Centro PASSI, 2008 (n=451)



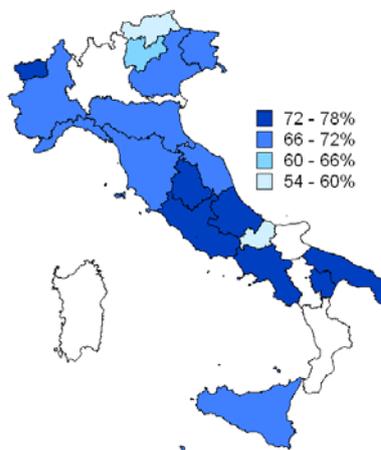
\* ogni variabile considerata indipendentemente

- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo le ASL CE 1 e CE 2 presentano differenze statistiche significative, per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci, con valori superiori a quelli regionali e l'ASL NA 5 con valori inferiori (range dal 37% dell'ASL NA 5 al 100% dell'ASL CE 2).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 71% (70% Nord-Est Italia).

**Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci**  
Regione Campania - PASSI 2008



**Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci**  
Pool PASSI 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL NA 1 Centro, nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino a una persona su due al di sopra dei 50 anni.

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

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

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

# Colesterolo

Una concentrazione elevata di colesterolo nel sangue rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica. Nella maggior parte dei casi l'ipercolesterolemia è legata a una non corretta alimentazione, a sovrappeso, fumo, sedentarietà e diabete, raramente è dovuta ad un'alterazione genetica. La compresenza di fattori di rischio accresce il rischio cardiovascolare.

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

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

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

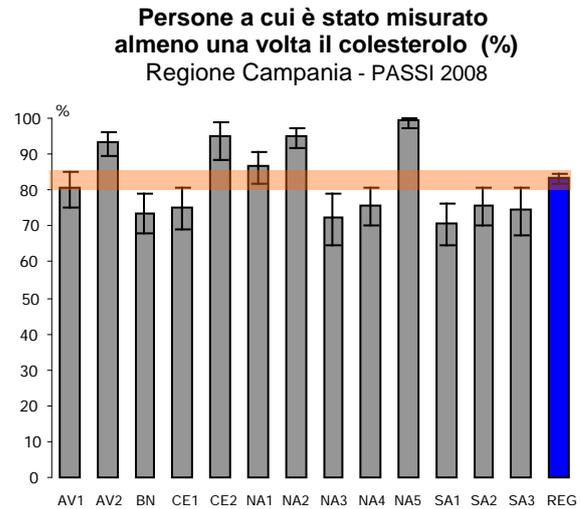
- Nella ASL NA 1 Centro l'86% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
  - il 65 % nel corso dell'ultimo anno
  - il 13 % tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
  - l' 8 % da oltre 2 anni.

Il 14 % non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.
- La misurazione del colesterolo è più frequente:
  - al crescere dell'età (dal 70 % della fascia 18-34 anni al 95% di quella 50-69 anni)
  - nelle donne
  - nelle persone con livello di istruzione molto basso e molto elevato
  - nelle persone con molte difficoltà economiche.

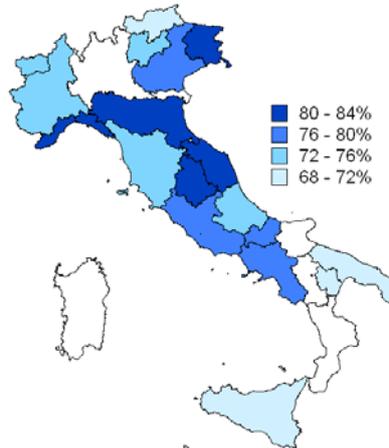
**Colesterolo misurato almeno una volta nella vita**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n= 451)

Caratteristiche	Colesterolo misurato % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>85,6</b>	<b>81,9-88,6</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	69,6	
35 - 49	91,3	
50 - 69	95,4	
<b>Sesso</b>		
uomini	82,9	
donne	88,0	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	87,8	
media	84,1	
superiore	84,4	
laurea	88,9	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	89,3	
qualche	83,7	
nessuna	84,3	

- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo: le ASL BN, CE 1, NA 3, NA 4, SA 1, SA 2 e SA 3 mostrano valori inferiori e le ASL AV 2, CE 2, NA 2 e NA 5 valori superiori a quelli regionali (range dal 71% dell'ASL SA 1 al 99% dell'ASL NA 5).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 77% (80% Nord-Est Italia); è presente un evidente gradiente territoriale.



**Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)**  
Pool PASSI 2008



### Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

**Ipercolesterolemia riferita\***  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n= 386)

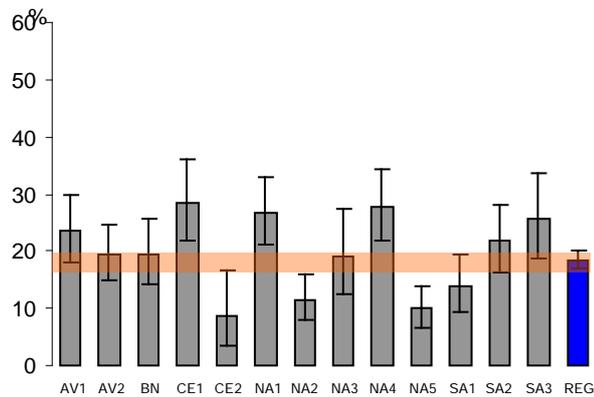
- Nella ASL NA 1 Centro il 26% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
  - nelle classi d'età più avanzate
  - nelle persone con livello di istruzione più elevato ( laurea ).
  - nelle persone con qualche e nessuna difficoltà economica.
  - nelle persone in sovrappeso ed obese.

Caratteristiche	Ipercolesterolemia	
	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>22,2-31,2</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	14,6	
35 - 49	21,9	
50 - 69	39,0	
<b>Sesso</b>		
uomini	33,3	
donne	20,8	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	27,7	
media	20,8*	
superiore	27,8	
laurea	31,3*	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	23,2	
qualche	27,7	
nessuna	28,4	
<b>Stato nutrizionale</b>		
sotto/normopeso	22,4	
sovrappeso/obeso	30,5	

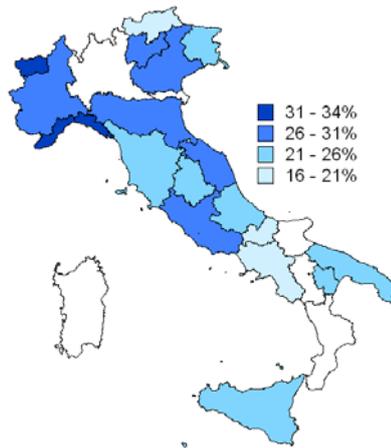
\* Tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia, per le ASL CE 2, NA 2 e NA 5 che mostrano valori inferiori a quelli regionali e le ASL CE 1, NA 1 e NA 4 che mostrano valori superiori (range dal - l'8% della ASL CE 2 al 29% dell'ASL CE 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 25% (28% Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

**Persone con ipercolesterolemia riferita (%)**  
Regione Campania - PASSI 2008



**Persone con ipercolesterolemia riferita (%)**  
Pool PASSI 2008

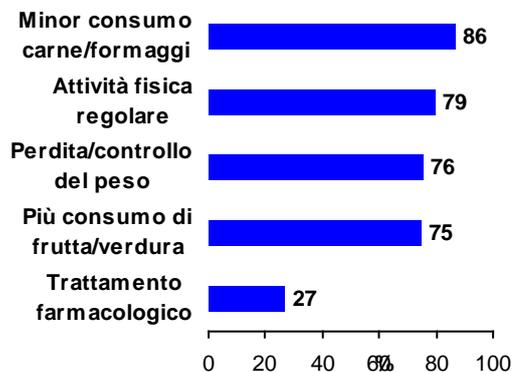


## Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nella ASL NA 1 Centro il 26,5 % delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
  - ridurre il consumo di carne e formaggi (86%)
  - svolgere regolare attività fisica (79%)
  - ridurre o controllare il proprio peso (75%)
  - aumentare il consumo di frutta e verdura (75%).

### Treatments of hypercholesterolemia recommended by the doctor\*

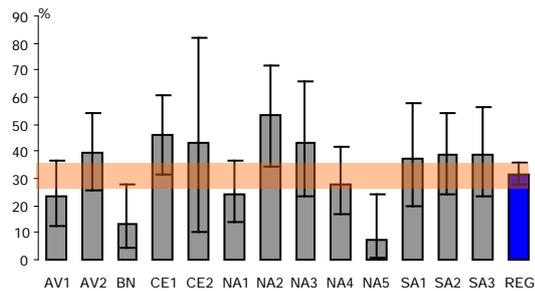
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=102)



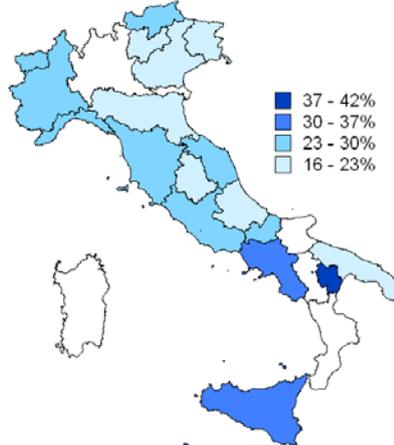
\* ogni variabile considerata indipendentemente

- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci tranne per l'ASL NA 5 con valori inferiori a quelli regionali, (range dall'7% dell'ASL NA 5 al 53% dell'ASL NA 2).
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 25% (22% Nord-Est Italia).

**Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)**  
Regione Campania - PASSI 2008



**Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)**  
Pool PASSI 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL NA 1 Centro, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre una persona su tre sopra ai 50 anni. L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: circa una persona su sei non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

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

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia stimata tra il 60 e l'80% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali; variabilità rilevata relativa ai consigli suggerisce l'opportunità di ricorrere ad un approccio di consiglio maggiormente strutturato.

# Diabete

Il diabete mellito è una malattia cronica ampiamente diffusa in tutto il mondo; rappresenta la quarta causa di morte e si ritiene sia destinato ad aumentare la propria diffusione in rapporto al progressivo invecchiamento della popolazione.

In Italia si stima una prevalenza di diabete diagnosticato di circa il 4%, di cui il 90% dei casi è costituito dal diabete di tipo 2 ed il 10% dal diabete di tipo 1 o forma infanto-giovanile, insulina dipendente.

Il diabete è una patologia particolarmente rilevante per le numerose complicanze, tra le quali la retinopatia diabetica ( maggiore causa di cecità fra gli adulti ) e la nefropatia diabetica ( principale causa di insufficienza renale cronica e di ricorso alla dialisi ).

Il diabete si associa inoltre ad un notevole aumento del rischio di malattia cardiovascolare : i tassi di mortalità da cardiopatia ischemica nei diabetici sono almeno tre volte superiori a quelli rilevati nella popolazione generale.

Il diabete è una patologia che determina un costo sociale molto elevato : si stima infatti che il 7% dell'intera spesa sanitaria nazionale sia assorbito dalla popolazione diabetica; ai costi sociali si aggiunge una riduzione della qualità della vita del paziente diabetico ed una perdita in termini di anni di vita ( mediamente 5-10 anni rispetto ai non diabetici ).

Recentemente sono stati realizzati importanti progressi nel trattamento del diabete e nella prevenzione delle sue complicanze; a tale riguardo l'adesione degli operatori sanitari è estremamente importante, anche per favorire il riconoscimento precoce della malattia : si stima infatti che circa il 50% dei diabetici non sia a conoscenza della propria condizione.

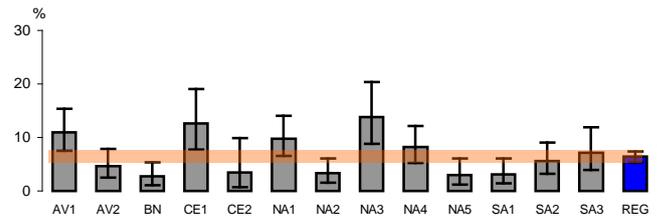
## Qual è la prevalenza di diabetici?

- Nella ASL NA 1 Centro l'8% delle persone intervistate ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico.
- In particolare il diabete è più diffuso: più diffusi:
  - al crescere dell'età ( 10% di prevalenza nella classe 50-69 anni )
  - negli uomini
  - nelle persone con basso livello d'istruzione
  - nelle persone con difficoltà economiche
  - nelle persone in eccesso ponderale (soprattutto negli obesi).
- Tra le ASL regionali, la percentuale di persone che hanno riferito diagnosi di diabete è significativamente più alta nell'ASL AV 1, CE 1, e NA 3 (range dal 2,7% dell'ASL BN al 13,8% della ASL NA3).

Prevalenza di diabete		
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=725)		
Caratteristiche	Diabete °	% (IC95%)
<b>Totale</b>	<b>8,1</b>	<b>6,3-10,4</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	1,7	
35 - 49	1,2	
50 - 69	21,7	
<b>Sesso</b>		
uomini	7,9	
donne	8,3	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	24,3	
media inferiore	8,0	
media superiore	4,1	
laurea	3,4	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	14,6	
qualche	6,6	
nessuna	4,8	
<b>Stato nutrizionale</b>		
sotto/normopeso	4,6	
soprappeso	6,1	
obeso	26,0	

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito diagnosi di diabete è risultata del 5% (4% nel Nord-Est Italia).

% di persone che hanno riferito diagnosi di diabete  
Regione Campania - PASSI 2008 (n=2943)



## Conclusioni e raccomandazioni

La prevalenza del diabete è elevata nel territorio dell'ASL napoletana, come pure in tutta l'area regionale, tende ad aumentare nettamente al di sopra dei 50 anni, nelle persone con basso livello d'istruzione, con molte difficoltà economiche e con eccesso ponderale, soprattutto negli obesi. I risultati del Sistema di Sorveglianza PASSI evidenziano sottogruppi di popolazione a rischio maggiore, nei confronti dei quali occorre mirare gli interventi di prevenzione sia dell'insorgenza della malattia sia delle sue complicanze.

# Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

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

- Nella ASL NA 1 Centro solo il 6% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:
  - nelle classi d'età più elevate
  - nelle donne
  - nelle persone che non hanno alcun fattore di rischio cardiovascolare.

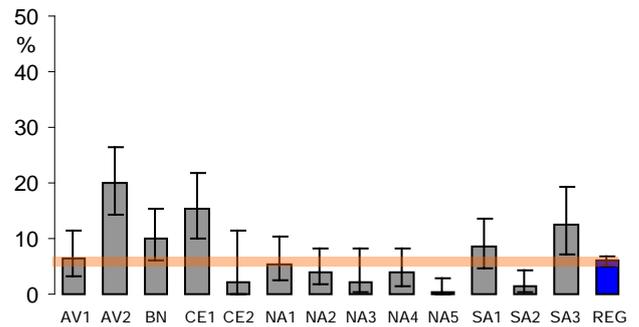
**Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=276)

Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>5,8</b>	3,3-9,2
<b>Classi di età</b>		
35 - 39	4,4	
40 - 49	6,0	
50 - 59	5,6	
60 - 69	6,7	
<b>Sesso</b>		
uomini	4,0	
donne	7,3	
<b>Istruzione</b>		
bassa	6,0	
alta	5,6	
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	5,6	
no	6,3	
<b>Almeno un fattore di rischio cardiovascolare*</b>		
sì	5,3	
no	8,0	

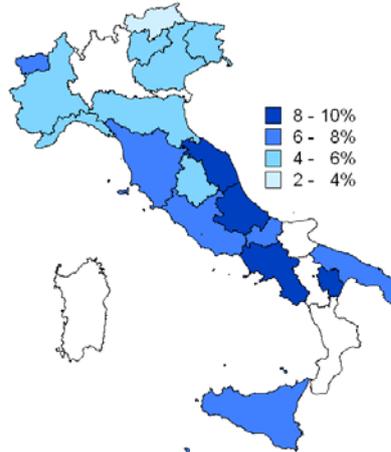
\* Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare: i valori delle ASL NA 5 e SA 2 sono inferiori a quelli regionali, quelli delle ASL AV 2, CE 1 e SA 3 sono superiori (range dall'1% dell'ASL NA 5 al 15% dell'ASL CE 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 7% (5% nel Nord-Est Italia).

**Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)**  
Regione Campania - PASSI 2008



**Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)**  
Pool PASSI 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

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

Nella ASL NA 1 Centro, come pure in ambito regionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti già in corso di attuazione sul territorio regionale.

## Sicurezza domestica

Il tema degli incidenti domestici è divenuto importante dal punto di vista epidemiologico solo negli ultimi anni ed è ancora poco indagato; nonostante sia riconosciuto come un problema di sanità pubblica rilevante, non sono disponibili molte informazioni riguardo all'incidenza né alle misure di prevenzione adottate, in particolare al livello locale.

In Italia si stimano ogni anno circa un 1.7 milioni di accessi al Pronto Soccorso, 130 mila ricoveri e 7.000 decessi da incidente domestico.

In Campania si stima che oltre il 5% della popolazione sia vittima di un incidente domestico con accesso al Pronto Soccorso.

I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini e anziani, in particolare sopra gli 80 anni; il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano.

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

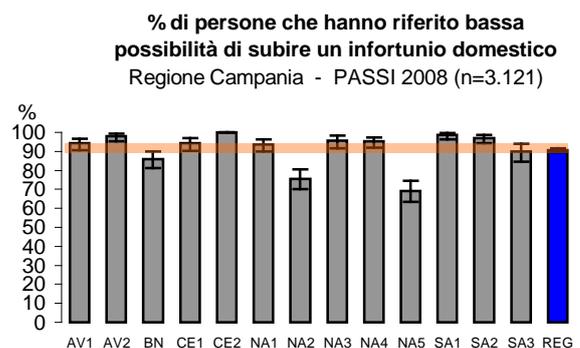
- Nella ASL NA 1 Centro la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 93% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio:
  - gli uomini
  - le persone senza difficoltà economiche
- La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare paradossalmente riduce la percezione del rischio di infortunio domestico.
- Nelle varie ASL della Regione Campania con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative rispetto alla bassa percezione del rischio di infortunio domestico, i valori delle ASL NA 2 e NA 5 si mostrano inferiori e quelli delle ASL AV 2, CE 2, NA 4, SA 1 e SA 2 superiori (range dal 69,% delle ASL NA 5 al 100% delle ASL CE 2).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 91% (91% anche nel Nord-Est Italia).

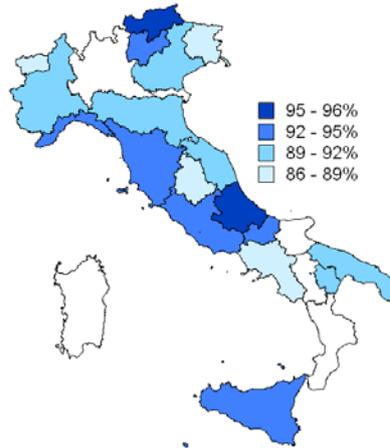
<b>Bassa percezione del rischio infortunio domestico</b> ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico° % (IC95%)</b>
<b>Totale</b>	<b>92,7</b> 5,2-10,2
<b>Età</b>	
18 - 34	93,9
35 - 49	89,3
50 - 69	94,8
<b>Sesso</b>	
uomini	97,1
donne	88,8
<b>Istruzione</b>	
nessuna/elementare	83,8
media inferiore	96,8
media superiore	93,3
laurea	93,1
<b>Difficoltà economiche</b>	
molte	88,6
qualche	94,7
nessuna	94,2
<b>Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio<sup>oo</sup></b>	
si	94,0
no	91,5

° possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

<sup>oo</sup> presenza di anziani e/o bambini



**% di persone che hanno riferito bassa  
possibilità di subire un infortunio domestico**  
Pool PASSI 2008



**Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?**

- Nella ASL NA 1 Centro il 19% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- In particolare la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto informazioni è più elevata:
  - nella classe di età 50-69 anni ;
  - nelle persone con livello d'istruzione medio - alta.

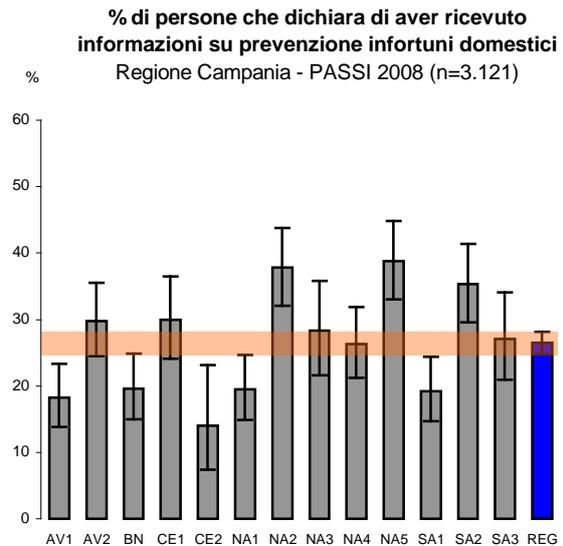
**Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi**

ASL NA 1 Centro PASSI 2008 (n=451)

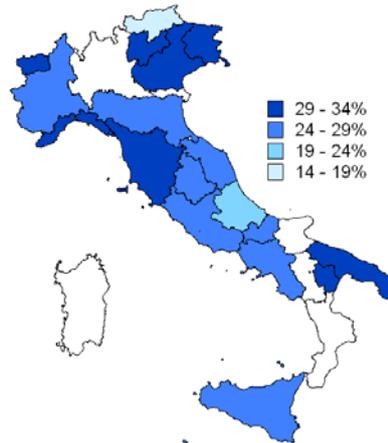
Caratteristiche	persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	
	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>19,3</b>	15,8-23,3
<b>Età</b>		
18 - 34	10,8	
35 - 49	21,3	
50 - 69	25,5	
<b>Sesso</b>		
uomini	20,0	
donne	18,7	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	9,5	
media inferiore	23,8	
media superiore	18,4	
laurea	23,6	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	17,1	
qualche	22,6	
nessuna	16,5	
<b>Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio<sup>o</sup></b>		
si	16,3	
no	22,0	
<b>Percezione del rischio</b>		
alta	12,1	
bassa	19,9	

<sup>o</sup> presenza di anziani e/o bambini

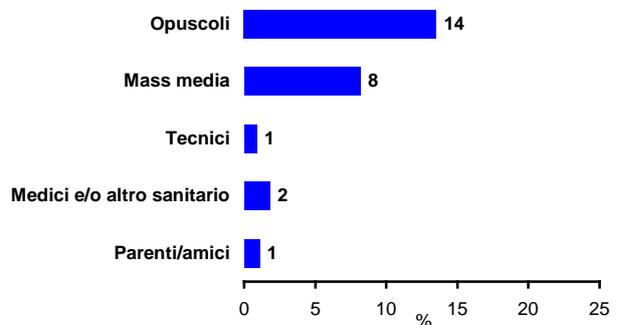
- Nelle ASL della regione, con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi: i valori delle ASL AV 1, CE 2, NA 1 e SA 1 mostrano valori inferiori e quelli delle ASL NA 2, NA 5 e SA 2 valori superiori a quelli regionali (range dal 14% della ASL CE 2 al 39% della ASL NA 5).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito di aver ricevuto le informazioni è pari al 28% (29% nel Nord-Est Italia).



**% di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici**  
 Pool PASSI 2008



**Fonti di informazione**  
 ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=451)



- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono risultate gli opuscoli ed i mass media (22%); valori molto bassi sono riportati per personale sanitario o tecnici.

## Chi ha riferito di aver ricevuto informazioni, ha adottato misure per rendere l'abitazione più sicura?

- Il 27% delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive è risultata maggiore tra le persone con un'alta percezione del rischio di incidente domestico.

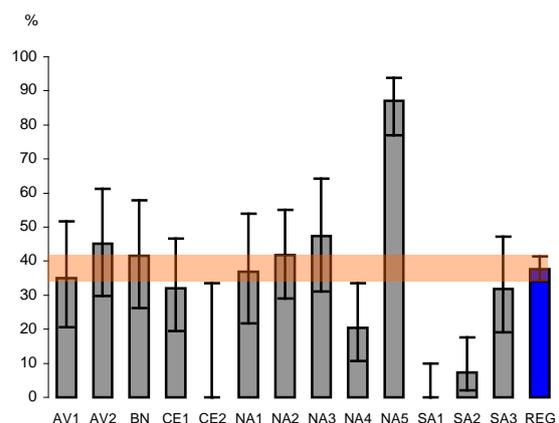
### Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=67)

Caratteristiche	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>26,9</b>	16,8-39,1
<b>Età</b>		
18 - 34	21,4	
35 - 49	40,9	
50 - 69	19,4	
<b>Sesso</b>		
uomini	35,5	
donne	19,4	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	33,3	
media inferiore	30,0	
media superiore	19,2	
laurea	33,3	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	21,1	
qualche	30,3	
nessuna	26,7	
<b>Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio<sup>o</sup></b>		
si	36,0	
no	21,4	
<b>Percezione del rischio</b>		
alta	50,0	
bassa	25,4*	

<sup>o</sup> presenza di anziani e/o bambini

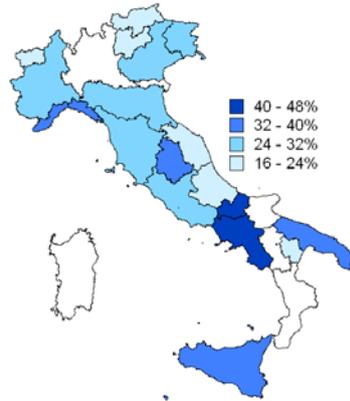
- Nelle ASL della regione, con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza negli ultimi 12 mesi, i valori delle ASL CE 2, NA 4, SA 1 e SA 2 risultano inferiori a quello regionale e quelli delle ASL NA 5 superiori ( range dal 7% dell'ASL SA 2 all' 87% dell'ASL NA 5 ).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30% (28% Nord-Est Italia).

### % di persone che dichiara di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni) Regione Campania - PASSI 2008 ( n=579)



**% di persone che dichiara di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni)**

Pool PASSI 2008



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, i risultati del Sistema di Sorveglianza mostrano che la maggior parte delle persone ha una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti. Si stima infatti che solo una persona su quattro ne abbia ricevute. Prevalentemente le informazioni sono mediate da opuscoli e mass media, solo in minima parte da operatori sanitari e tecnici.

Circa un quarto delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema. Si evidenzia pertanto la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici, come previsto dal Piano di Prevenzione Regionale recentemente approvato, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive per migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni in particolare tra i gruppi di popolazione più vulnerabili. Va sostenuta, inoltre, l'attivazione di un sistema di sorveglianza continuo che valuti l'efficacia di tali interventi ed a tale proposito va considerata la validità del Sistema di Sorveglianza PASSI per rispondere a quest'ultima esigenza, in quanto in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

# Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità.

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

Il libro verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia per la salute mentale per l'Unione Europea" stima che ben un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una malattia mentale. Il costo socio-sanitario stimato delle malattie mentali è notevole, pari al 3-4% del Prodotto Interno Lordo.

Nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi:

- 1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose
- 2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi sono poi sommati e classificati in base ad un punteggio da 0 a 6; coloro che ottengono un punteggio uguale o maggiore di 3 sono individuati come "persone con sintomi di depressione"; la diagnosi effettiva di depressione richiede ovviamente una valutazione clinica individuale approfondita.

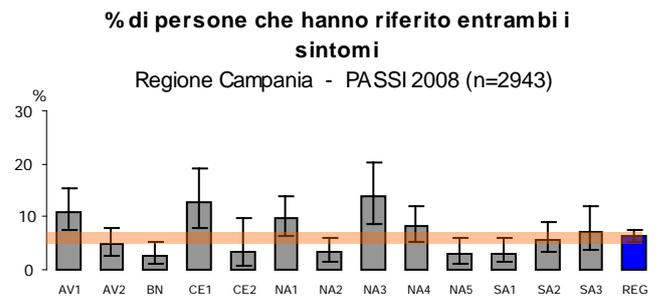
## Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Nella ASL NA 1 Centro circa il 14% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
  - nelle fasce d'età più avanzate,
  - nelle donne;
  - nelle persone con basso livello d'istruzione;
  - nelle persone con difficoltà economiche ;
  - nelle persone senza un lavoro continuativo;
  - nelle persone con almeno una patologia ; severa.

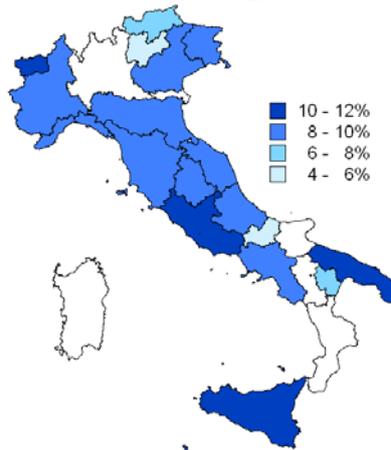
<b>Sintomi di depressione</b>		
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=447)		
<b>Caratteristiche</b>	<b>Persone con i sintomi di depressione ° % (IC95%)</b>	
<b>Totale</b>	<b>13,6</b>	<b>10,7-17,3</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	12,9	
35 - 49	9,3	
50 - 69	18,7	
<b>Sesso</b>		
uomini	11,0	
donne	16,0	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	26,0	
media inferiore	15,1	
media superiore	9,1	
laurea	9,7	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	23,9	
qualche	11,1	
nessuna	5,8	
<b>Stato lavorativo</b>		
lavora	11,3	
non lavora	16,5	
<b>Patologie severe</b>		
almeno una	31,9	
nessuna	8,8	

°Punteggio PHQ-2 uguale o maggiore di 3

- Tra le ASL regionali, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione è significativamente più alta nell'ASL AV 1, CE 1, e NA 3 (range dal 2,7% dell'ASL BN al 13,8% della ASL NA3).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 9% (8% nel Nord-Est Italia).



**Persone con sintomi di depressione (%)**  
 Pool PASSI 2008



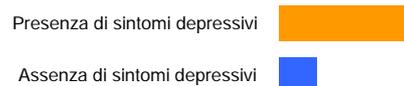
## Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

- Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
  - il 31% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 62% delle persone che non hanno riferito i sintomi
  - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

### Qualità di vita percepita e sintomi di depressione

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=447)

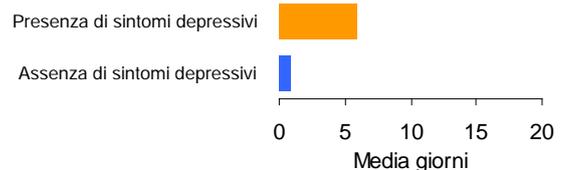
#### Giorni in cattiva salute fisica



#### Giorni in cattiva salute mentale



#### Giorni con limitazione di attività

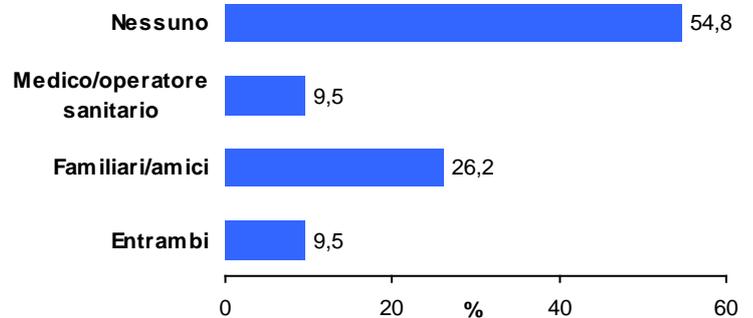


## A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

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

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=42)

- Il 45% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (9,5%), a familiari/amici (26%) o ad entrambi (9,5%).



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NA 1 Centro si stima che circa 1 persona su 10 abbia sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

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

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

## Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. Nei Paesi con programmi di screening organizzati si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza della neoplasia e della mortalità.

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (corrispondenti ad un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi annui; sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante.

In Campania il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel periodo 1997-2003 è stato di 11 casi ogni 100.000 donne residenti; nel 2006 si sono stimati 210 nuovi casi. La mortalità per tutti i tumori dell'utero (corpo e collo) è in diminuzione: da 10 decessi su 100.000 donne residenti nel 1994, si è passati a 8 nel 2004. Nel 2005 i decessi attribuibili al tumore del collo dell'utero sono stati 80. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 68% (66% a livello nazionale).

Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

In Campania il programma di screening non è ancora a regime nelle diverse ASL, nonostante sia stato avviato tra il 1996 ed il 1999 e coinvolge il 55% della popolazione femminile, pari a circa 1.200.000 donne.

La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

### Quante donne hanno eseguito un Pap-test in accordo alle linee guida?

- Nella ASL NA 1 Centro, circa il 57% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La copertura stimata è al di sotto sia del livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) sia del livello "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.

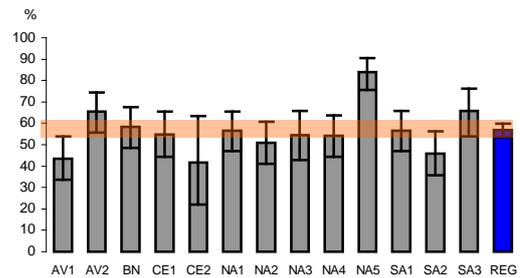
- In particolare l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
  - nella fascia 35-49 anni
  - con alto livello d'istruzione
  - senza rilevanti difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=193)		
Caratteristiche	donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni° % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>57,0</b>	49,7 - 64,1
<b>Classi di età</b>		
25 - 34	52,0	
35 - 49	67,1	
50 - 64	48,4	
<b>Stato civile</b>		
coniugata	57,9	
non coniugata	54,7	
<b>Convivenza</b>		
convivente	56,8	
non convivente	57,4	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	35,0	
media inferiore	58,7	
media superiore	63,9	
laurea	65,7	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	50,0	
qualche	64,6	
nessuna	54,3	

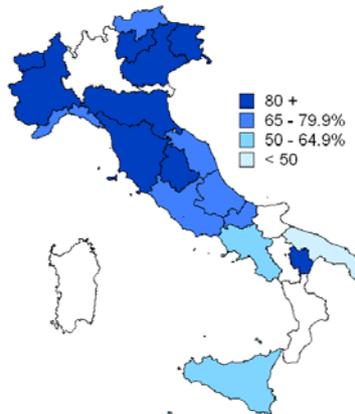
° in assenza di segni o sintomi

- Nelle ASL regionali la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni è al di sotto del livello di copertura "accettabile", salvo la ASL NA 5 (range dal 41,7% della ASL CE 2 all'84 % dell'ASL NA 5).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 73% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni (85% nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)**  
 Regione Campania - PASSI 2008 (n=1.244)



**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)**  
 Pool PASSI 2008



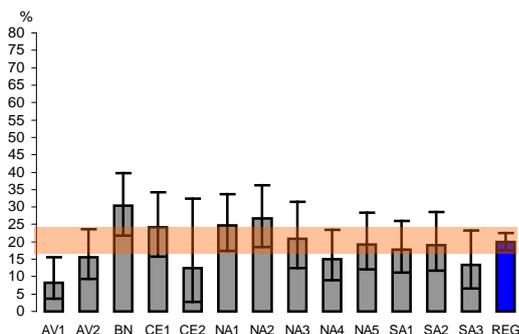
**Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?**

Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una Pap-test negli ultimi tre anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

Tra le donne intervistate di 25-64 anni nella ASL NA 1 Centro, il 24% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 33% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

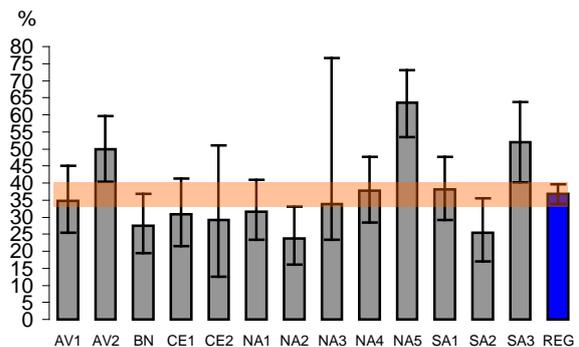
**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato (%)**

Regione Campania - PASSI 2008 (n=1.218)



**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test come prevenzione individuale (%)**

Regione Campania - PASSI 2008 (1.218)

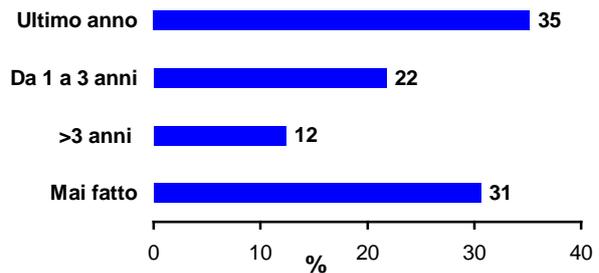


- Nelle 13 ASL campane non si sono rilevate differenze statisticamente significative rispetto al valore regionale ( 20% ) nella percentuale di donne che hanno effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, con un range che oscilla dall'8% dell' ASL AV 1 al 30% dell' ASL BN.
- Nelle ASL campane la percentuale di donne che hanno effettuato il Pap-test come prevenzione individuale risulta superiore nelle ASL AV 2, NA 5 e SA 3 ed inferiore nell'ASL NA 2, con differenze statisticamente significative.

### Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
  - il 35% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 22% da uno a tre anni
  - il 12% da più di tre anni
- Il 31% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.

**Pap-test e periodicità\***  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=193)



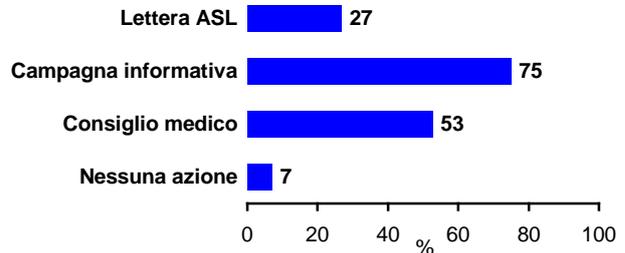
\* La campagna di screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni 3 anni per le donne nella fascia d'età di 25 -64 anni.

### Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

Nella ASL NA 1 Centro:

- Il 27% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
- il 75 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test
- il 53% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.

**Promozione del Pap-test\***  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=192)

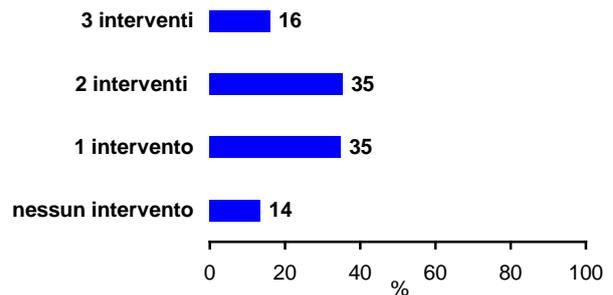


\*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

- Nelle ASL regionali non si sono rilevate differenze statisticamente significative relative a:
  - lettera d'invito (range dal 4% dell'ASL CE 2 al 64% dell'ASL BN, val. reg. : 30% );
  - consiglio dell'operatore sanitario (range dal 38% dell'ASL AV 1 al 94% dell'ASL NA 5, val. reg. : 59%);
  - campagna informativa (range dal 41% dell'ASL SA 1 al 90% dell'ASL NA 5, val. reg.: 67%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 66% ha visto una campagna informativa.

- Il 16% delle donne è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 35% da due interventi ed il 35% da un solo intervento; il 14% delle donne non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono pari rispettivamente al 32%, 36%, 24% e 8%.

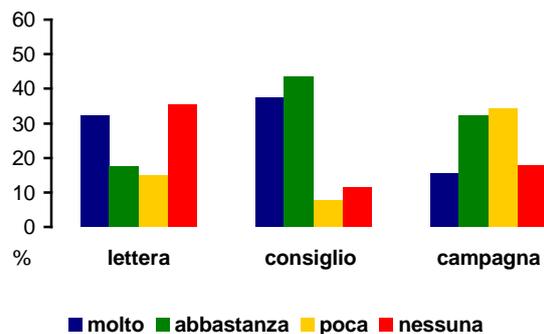
#### Interventi di Promozione dell'ultimo Pap-test ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=192)



### Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test?

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'ASL:
  - il 50% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (32% molta e 18% abbastanza)
  - il 15% poca influenza
  - il 35% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione dell'influenza positiva della lettera varia dal 29% dell'ASL AV 1 all'89% dell'ASL NA 5.

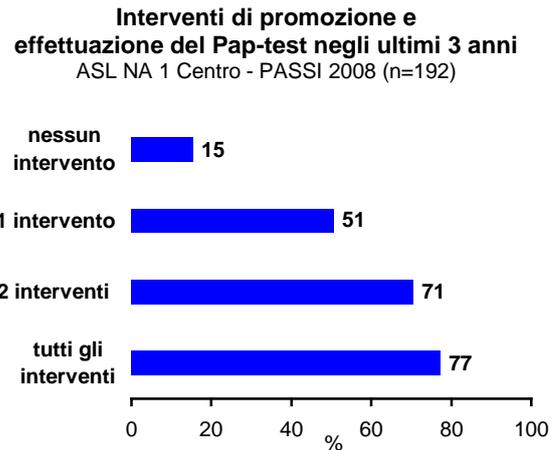
#### Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test ASL NA 1 Centro - PASSI 2008



- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
  - l'81% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (37% molta e 44% abbastanza)
  - l'8% poca influenza
  - l'11% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza del consiglio varia dal 59% dell'ASL AV 1 al 100% dell'ASL NA 5.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
  - 65% per la lettera di invito
  - 77% per il consiglio dell'operatore sanitario
  - 62% per la campagna informativa.
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
  - il 48% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (16% molta e 32% abbastanza)
  - il 34% poca influenza
  - il 18% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della campagna informativa varia dal 47% dell'ASL NA 1 al 100% della ASL NA 5.

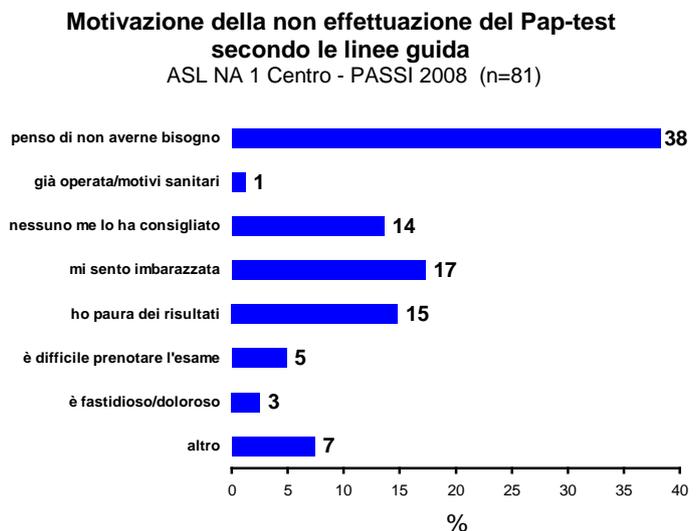
## Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- Nella ASL NA 1 Centro la percentuale di donne di 25-64 che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, è solo del 15% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 77% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.



## Perché non è stato effettuato il Pap-test a scopo preventivo?

- Nella ASL NA 1 Centro il 43% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (31%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (12%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 38% ritiene infatti di non averne bisogno.



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (2,4%)

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NA 1 Centro la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (57%) non raggiunge i valori consigliati; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (24%) sia della quota rilevante di adesione spontanea (33%).

La sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (58%) rappresenta una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

I programmi organizzati sono al momento correlati ad una bassa adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: la metà delle donne li giudica infatti molto importanti per l'esecuzione del Pap-test e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo determinante.

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (una su tre); esiste pertanto una quota di donne che effettua l'esame con frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovracopertura"), verosimilmente per consigli inappropriati degli operatori sanitari.

---

# Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Nei Paesi industrializzati il carcinoma mammario è al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile sia per incidenza sia per mortalità.

In Italia rappresenta la neoplasia più frequente nelle donne, con oltre 36.000 nuovi casi all'anno (pari ad un tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno.

In Campania si stimano circa 2.800 nuovi casi di neoplasia della mammella all'anno (corrispondenti a 155 casi per 100.000 donne), quasi un terzo di tutti nuovi casi di tumore nelle donne e circa 800 morti (22 per 100.000 donne) pari al 16% delle morti per tumore nelle donne. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari all'80%. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni (beneficio di comunità); a livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50%.

Nel 2006 in Italia l'estensione dei programmi di screening mammografico è pari al 57% della popolazione interessata. Nelle ASL della Regione Campania i programmi di screening organizzato sono stati attivati tra il 2000 ed il 2001.

La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate, residenti e domiciliate, e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

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

- Nella ASL NA 1 Centro circa l'54% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La copertura stimata è inferiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%) sia al livello "desiderabile" (75%).

- In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

- nella fascia 50-59 anni
- con qualche o molte difficoltà economiche.

- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 47 anni.

Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 53% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 40 anni.

### Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni)

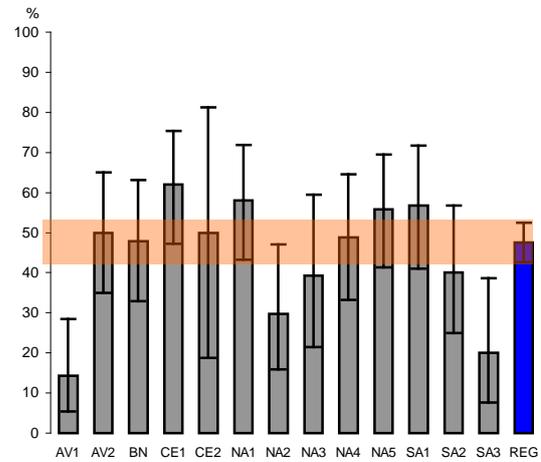
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=81)

Caratteristiche	donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni <sup>o</sup> % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>54,3</b>	42,9-65,4
<b>Classi di età</b>		
50- 59	73,2	
60 -69	35,0	
<b>Stato civile</b>		
coniugata	58,9	
non coniugata	44,0	
<b>Convivenza</b>		
convivente	59,3	
non convivente	44,4	
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	42,9	
media inferiore	63,6	
media superiore	66,7	
laurea	50,0	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	52,9	
qualche	63,3	
nessuna	41,2	

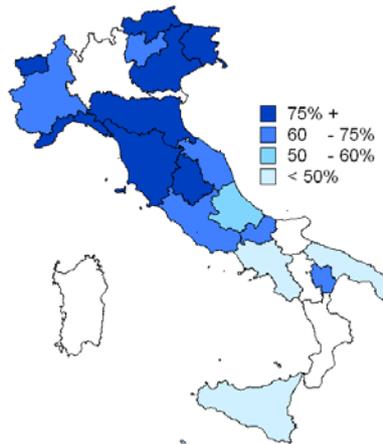
<sup>o</sup> in assenza di segni o sintomi

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni non è alta e tale aspetto è comune a tutte le ASL, non emergono differenze statisticamente significative rispetto al valore di riferimento regionale eccetto le ASL AV 1 e SA 3 con valori inferiori a quello regionale (range che va dal 14% dell'ASL AV 1 al 62% dell'ASL CE 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (81% nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

**Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi 2 anni (%)**  
 Regione Campania - PASSI 2008 ( n=518)



**Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi 2 anni (%)**  
 Pool PASSI 2008

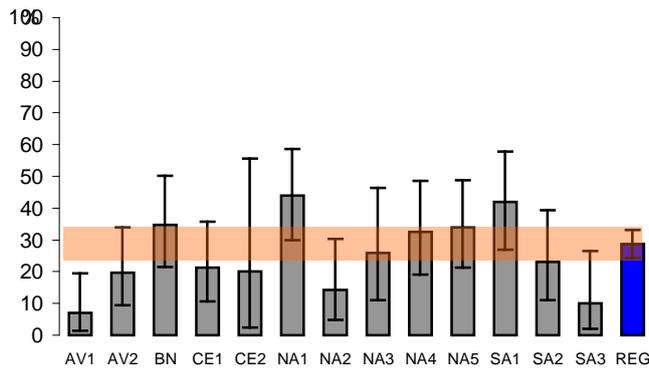


## Quante donne hanno effettuato la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

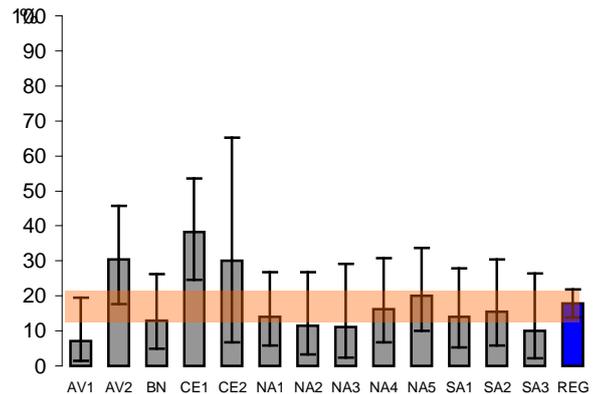
Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una mammografia negli ultimi due anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato una mammografia negli ultimi due anni pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

Tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 44% ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 10% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

**Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia all'interno di un programma di screening organizzato (%)**  
Regione Campania - PASSI 2008



**Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia come prevenzione individuale (%)**  
Regione Campania - PASSI 2008

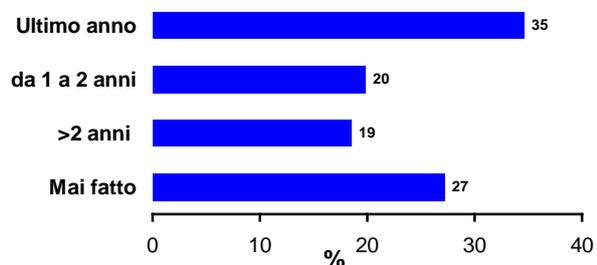


- Nelle diverse ASL si rileva una differenza statisticamente significativa rispetto al valore regionale nella percentuale di donne che hanno effettuato la Mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, per l' ASL AV 1 che registra un valore inferiore a quello regionale ( range dal 7% al 44%).
- Non emergono differenze tra AUSL nella percentuale di donne che hanno effettuato la Mammografia come prevenzione individuale, salvo per l'ASL CE 1 che registra un valore superiore a quello regionale ( range dal 7% al 38% ).

## Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia\*?

- Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:
  - il 35% delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 20% da uno a due anni
  - il 18,5% da più di due anni
- Il 27% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

**Periodicità di esecuzione della Mammografia**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=81)

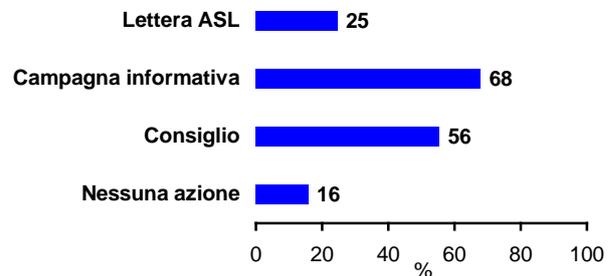


\* La campagna di screening prevede la Mammografia ogni 2 anni per le donne nella fascia d'età di 50 -69 anni.

## Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- Nella ASL NA 1 Centro :
  - il 25% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
  - il 68 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 56% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.

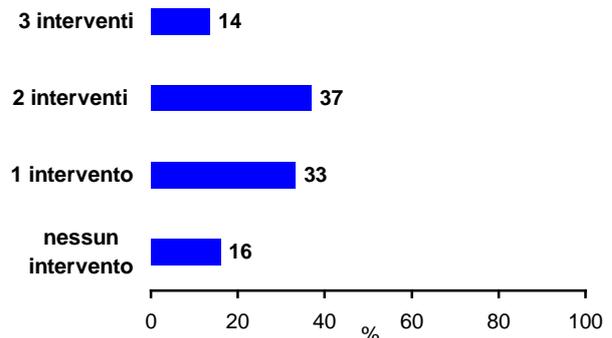
**Promozione della Mammografia**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=81)



- Nelle ASL regionali non si sono rilevate differenze statisticamente significative relative a:
  - lettera d'invito (range dal 6% dell'ASL AV 2 al 53% dell'ASL SA 1)
  - consiglio dell'operatore sanitario (range dal 24% dell'ASL AV 1 all' 85% dell'ASL NA 5)
  - campagna informativa (range dal 27% dell'ASL CE 2 al 73% dell'ASL NA 5).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 59% il consiglio dell'operatore sanitario e il 74% ha visto o sentito una campagna informativa.

- Il 14% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 37% da due interventi ed il 33% da uno solo; il 16% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 26%, 37%, 27% e 10%.

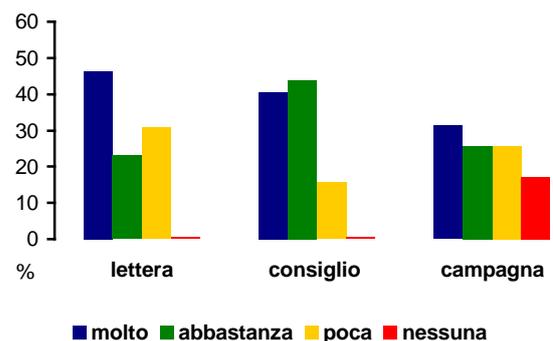
**Interventi di Promozione dell'ultima Mammografia**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=81)



## Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia?

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL:
  - il 69% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (46% molta e 23% abbastanza)
  - il 31% poca influenza
  - lo 0% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della lettera varia dal 40% dell'ASL BN all'85% dell'ASL SA 1.

**Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008

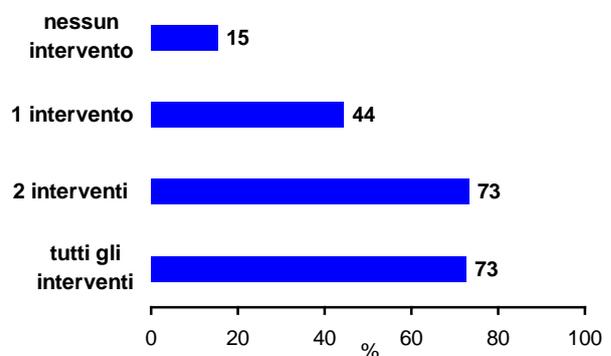


- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
  - L' 84% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (41% molta e 44% abbastanza)
  - il 16% poca influenza
  - lo 0% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza del consiglio varia dal 73% dell'ASL SA 2 al 100% dell'ASL NA 5.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
  - 72% per la lettera di invito
  - 81% per il consiglio dell'operatore sanitario
  - 67% per la campagna informativa.
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
  - il 57% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (31% molta e 26% abbastanza)
  - il 26% poca influenza
  - il 17% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della campagna informativa varia dal 57% dell'ASL NA 1 al 100% dell'ASL NA 5.

### Quale efficacia degli interventi di promozione della Mammografia?

- Nella ASL NA 1 Centro la percentuale di donne di 50-69 che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni è solo del 15% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 73% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

Interventi di promozione e  
effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni  
ASL NA 1 - PASSI 2008



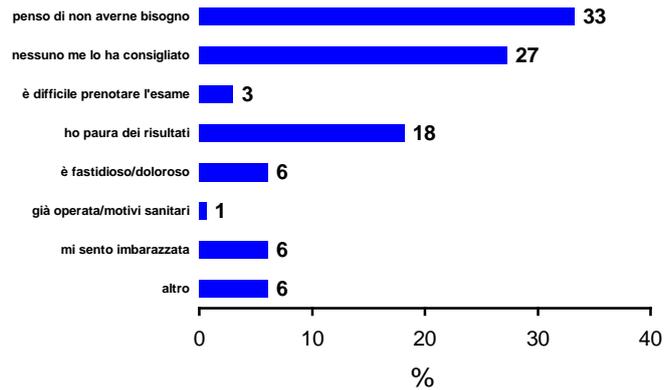
### Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventivo?

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo  
le linee guida

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=81)\*

- Nella ASL NA 1 Centro il 46% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuato la Mammografia (27%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (18%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di

fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 33% ritiene infatti di non averne bisogno.



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (11%)

### Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NA 1 Centro la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della Mammografia (54%) non raggiunge i valori consigliati (livello di copertura "accettabile" : 60% ; livello di copertura "desiderabile" : 75% ); il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva in questa popolazione, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (44%) sia della quota di adesione spontanea (10%), in questo screening molto meno rilevante rispetto a quello della cervice uterina.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative, ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening, sono gli strumenti più efficaci: la metà delle donne li giudica molto importanti per l'esecuzione della Mammografia e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

Tra le donne di 50-69 anni che hanno riferito di essersi sottoposte alla mammografia nei due anni precedenti, il 44% ha riferito di aver eseguito l'esame all'interno del programma di screening, ma l'81% ha sostenuto l'esame in forma del tutto gratuita, il 14% si è sottoposta al test pagando il ticket ed il 5% lo ha effettuato sostenendone l'intero costo.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale.

Circa una donna su tre ha riferito di aver eseguito la Mammografia nel corso dell'ultimo anno, meno di quanto accettabile e/o desiderabile (vista la periodicità biennale dell'esame).

L'età media della prima Mammografia rilevata è di 47 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni, età a cui le linee guida internazionali suggeriscono di avviare i controlli periodici.

## Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) sia nelle donne (12%) e sono a livello europeo in costante aumento. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti. In Campania la stima relativa al 2006 è di circa 2.700 nuovi casi di tumore (tassi d'incidenza stimati di 89 casi ogni 100.000 uomini e 73 ogni 100.000 donne) e circa 1.400 decessi pari al 12% dei decessi oncologici (tassi di mortalità 39 morti ogni 100.000 uomini e 32 ogni 100.000 donne). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 54% negli uomini e 56% nelle donne.

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie coloretali la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone nella fascia 50-69 anni con frequenza biennale. Nel 2006 in Italia le persone di 50-69 anni inserite nel programma di screening coloretale sono state circa 6 milioni (44% della popolazione target); l'estensione dei programmi mostra un evidente gradiente decrescente Nord-Sud.

Nella ASL Napoli 1 Centro il programma di screening per le neoplasie del colon-retto è stato avviato dal 2005 e coinvolge oltre trecentomila persone (circa il 30% della popolazione adulta). Il programma di screening regionale prevede la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-74 anni, la colonscopia nei familiari di primo grado dei casi riscontrati e la promozione della colonscopia per le persone di età 70-74 anni che non l'abbiano eseguita nei dieci anni precedenti.

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

- Nella ASL NA 1 Centro circa il 5% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- La copertura stimata è di molto inferiore sia al livello di copertura "accettabile" (45%) sia a quello "desiderabile" (65%).
- Lo 0% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni.
- Il 5% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nella classe 60-69 anni.

#### Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni)

ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=153)

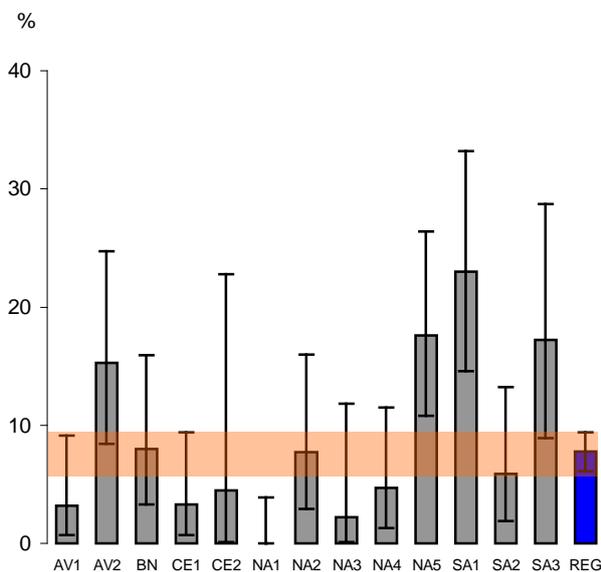
Caratteristiche	Sangue occulto fecale° % (IC95%)	Colonscopia° % (IC95%)
<b>Totale</b>	<b>0,0</b>	<b>4,6</b> 1,9-9,2
<b>Classi di età</b>		
50 - 59	0,0	1,2
60 - 69	0,0	8,5
<b>Sesso</b>		
uomini	0,0	4,3
donne	0,0	4,8
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	0,0	2,1
media inferiore	0,0	0,0
media superiore	0,0	4,0
laurea	0,0	19,0
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	0,0	3,2
qualche	0,0	5,4
nessuna	0,0	5,7

° in assenza di segni o sintomi

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni non mostra differenze statisticamente significative, eccetto che per le ASL NA 5 e SA 1 con valori superiori a quelli regionali (range dall'2,2% dell'ASL NA 3 al 23% dell'ASL SA 1). Il numero di soggetti che ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto nella ASL NA 1 Centro è pari a 0.
- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni non mostra differenze statisticamente significative, eccetto che per la ASL BN con valori superiori a quelli regionali (range dall'1,1% dell'ASL SA 1 all' 11,2% dell'ASL BN).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 19% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'8% la colonscopia (rispettivamente 53% e 10% nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

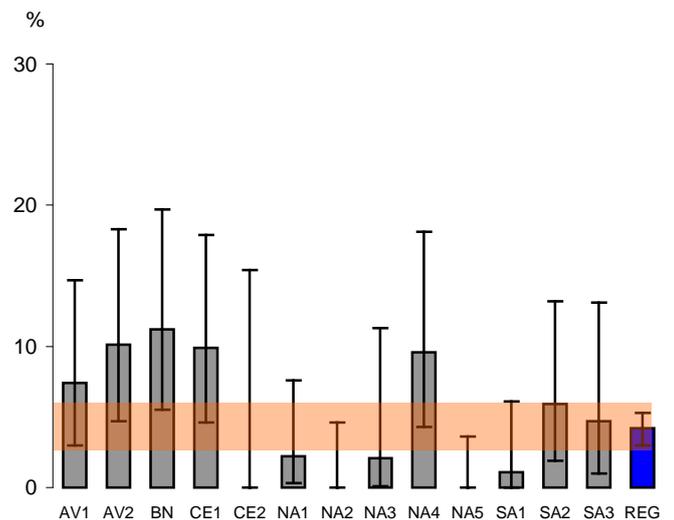
**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)**

Regione Campania - PASSI 2008 (n=92)



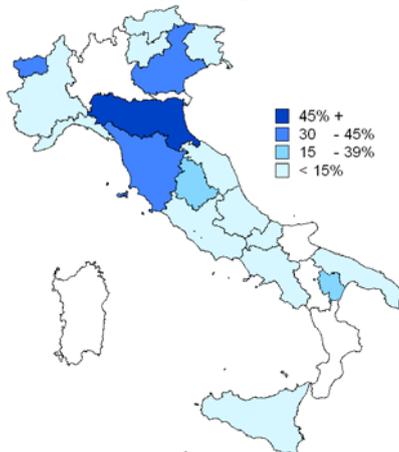
**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)**

Regione Campania - PASSI 2008 (n=55)



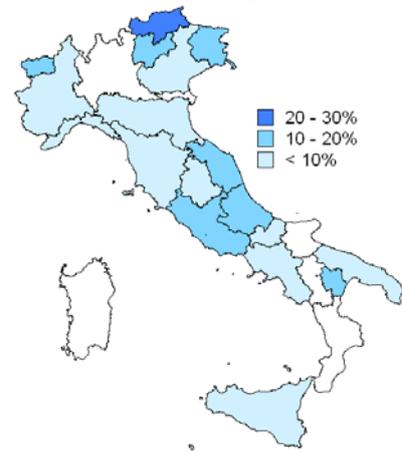
**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)**

Pool PASSI 2008



**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)**

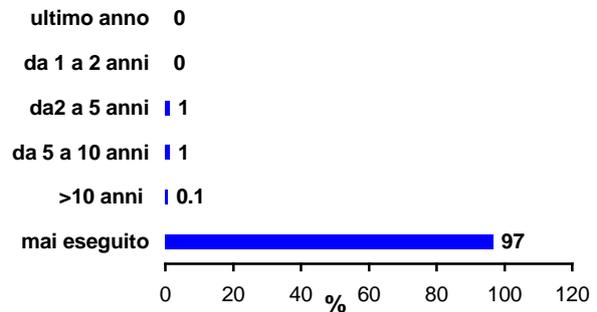
Pool PASSI 2008



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

- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
  - lo 0% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - lo 0% da uno a due anni
  - l'1,3% da due a cinque anni
  - l'1,3% da cinque a dieci anni
  - lo 0,7% da più di dieci anni
- Il 97% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

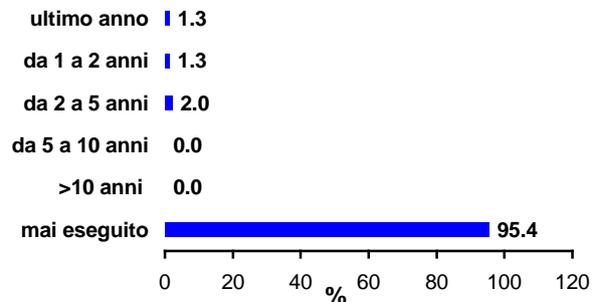
**Sangue occulto e periodicità\***  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=152)



\* La campagna di screening prevede l'esecuzione del test per la ricerca di sangue occulto ogni 2 anni nella fascia d'età di 50 -74 anni.

- Rispetto all'ultima colonscopia:
  - l'1,3% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - l'1,3% da uno a due anni
  - il 2% da due a cinque anni
  - lo 0% da cinque a dieci anni
  - lo 0% da più di dieci anni.
- Il 95% ha riferito di non aver mai eseguito il test.

**Colonscopia e periodicità\***  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=153)

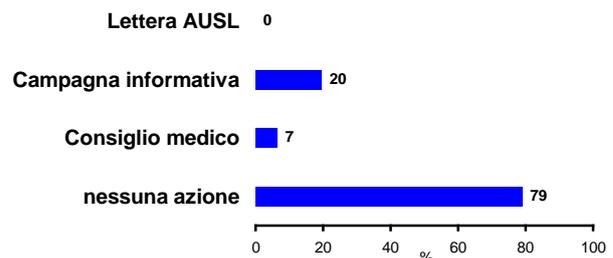


\* La campagna di screening prevede l'esecuzione della colonscopia ogni 5 anni nella fascia d'età di 50 -69 anni.

## Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori colorettali?

- Nella ASL NA 1 Centro:
  - lo 0% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
  - il 20% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 6,5% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening colorettale.

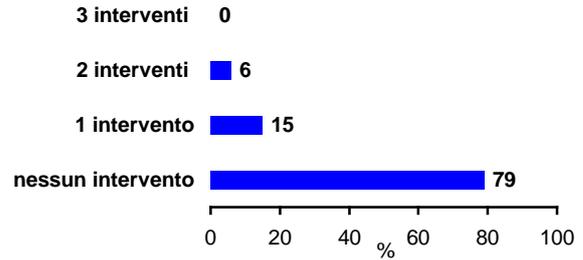
**Promozione dello screening colorettale**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=153)



- Nelle ASL regionali:
  - per la lettera d'invito si sono rilevati valori significativamente più bassi nell'ASL AV 1, NA 1, NA 4 e SA 2 rispetto a quelli regionali e più alti nell'ASL AV 2, SA 1e SA 3.
  - per il consiglio dell'operatore sanitario il range varia dal 4,5% dell'ASL CE 2 al 28% dell'ASL SA 3.
  - per aver visto o sentito una campagna informativa il range varia dal 2,9% dell'ASL NA 5 al 43,5% dell'ASL CE 1.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 22% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42% ha visto una campagna informativa.

- Lo 0% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening colorettales considerati (lettera, consiglio o campagna), il 6% da due interventi di promozione ed il 15% da un solo intervento; il 79% non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 6%, 18%, 32% e 44%.

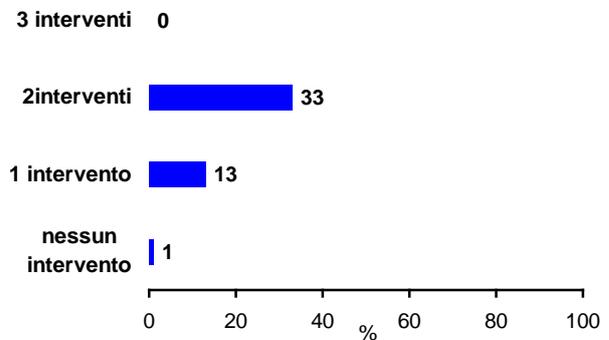
**Interventi di promozione dell'ultimo screening colorettales**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=153)



### Quale efficacia degli interventi di promozione dello screening colorettales?

- Nella ASL NA 1 Centro la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening colorettales, nei tempi raccomandati, è lo 0% per le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; così pure nessuna persona è stata raggiunta da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si rileva lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

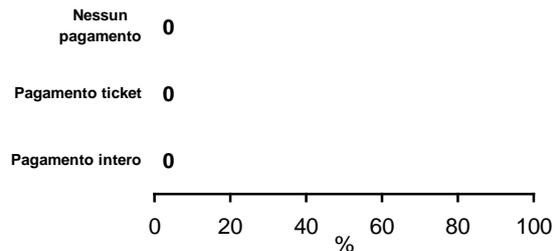
**Interventi di promozione ed effettuazione dello screening colorettales nei tempi raccomandati**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=7)



### Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

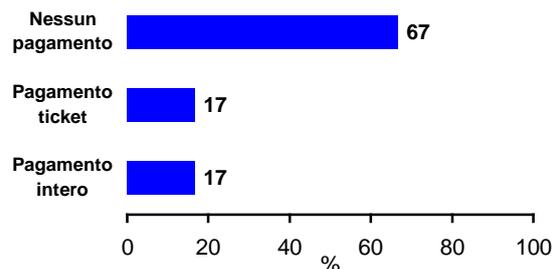
- Nella ASL NA 1 Centro nessuna persona ha riferito di aver praticato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 5 anni.

**Costi della ricerca di Sangue occulto**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=0)



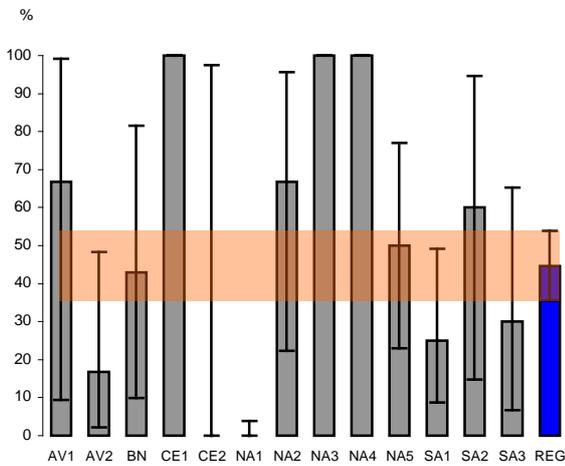
- il 67% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 17% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 17% l'intero costo dell'esame.

**Costi della Colonscopia**  
ASL NA 1 Centro - PASSI 2008 (n=7)

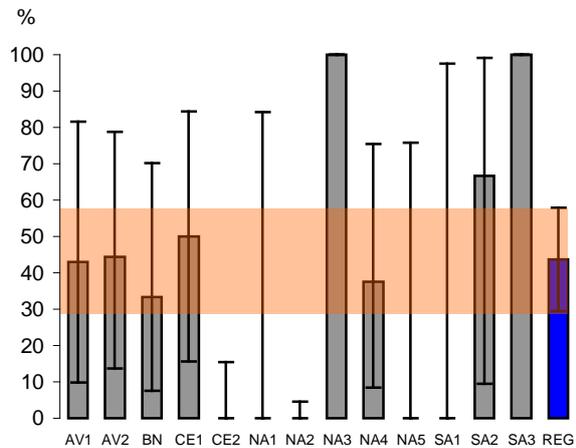


- L'esiguità del numero di persone intervistate in regione che hanno dichiarato di aver effettuato una ricerca di sangue occulto "preventiva", pagando il ticket o il costo completo dell'esame (n°=86), non permette di trarre conclusioni attendibili sulle differenze rilevate nelle diverse ASL della Regione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 19% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto a pagamento.
- L'esiguità del numero di persone intervistate in regione che hanno dichiarato di aver effettuato una colonscopia "preventiva", pagando il ticket o il costo completo dell'esame (n°=51), non permette di trarre conclusioni attendibili sulle differenze rilevate nelle diverse ASL della Regione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 53% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la colonscopia a pagamento.

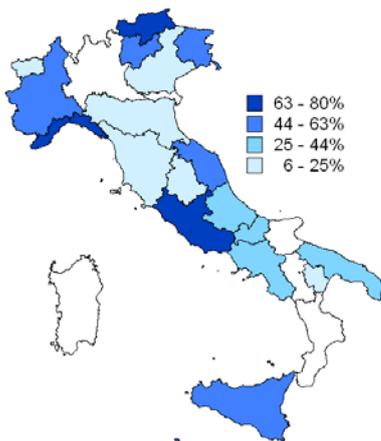
**Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la ricerca di Sangue occulto (%)**  
 Regione Campania - PASSI 2008 ( n=86 )



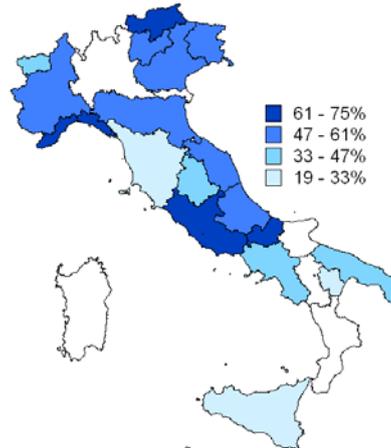
**Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la Colonscopia preventiva (%)**  
 Regione Campania - PASSI 2008 ( n=51 )



**Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la ricerca di Sangue occulto (%)**  
 Pool PASSI 2008

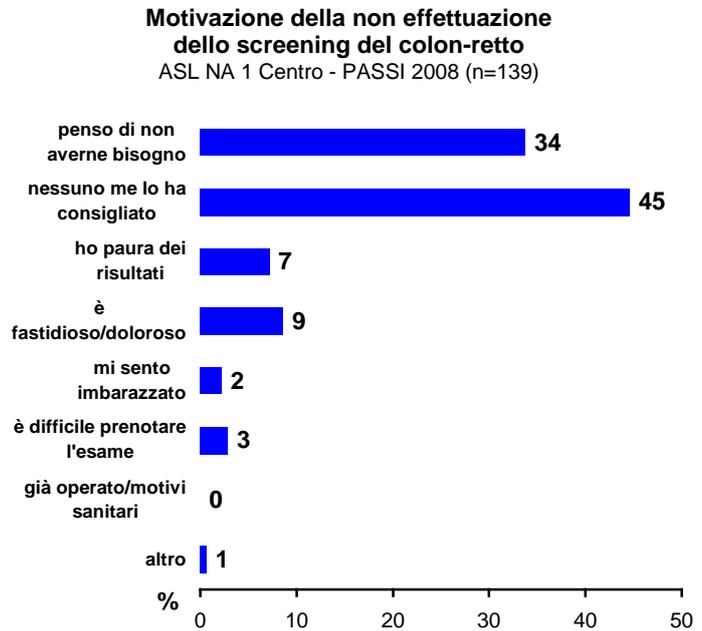


**Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la Colonscopia preventiva (%)**  
 Pool PASSI 2008



## Perché non sono stati effettuati esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo?

- Nella ASL NA 1 Centro il 92% delle persone di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore coloretale, non avendo mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- La non effettuazione dell'esame sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio : il 34% ritiene infatti di non averne bisogno; ma sembra giocare il ruolo principale l'assenza del consiglio da parte di un operatore sanitario a fare lo screening del colon-retto, come dichiarato dal 45% degli intervistati.



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (1,4%)

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NA 1 Centro nei primi tre anni di attivazione dello screening coloretale, a livello regionale, non si è ancora proceduto ad offrire attivamente i test di screening, la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la colonscopia, né con lettera d'invito né con campagne informative organizzate, pertanto il livello di copertura della popolazione target è a livelli minimi ( 5% ) e ben lontano dal livello "accettabile" ( 45% ) ; tuttavia esiste un ampio margine di migliorabilità: infatti circa quattro persone su cinque nella fascia 50-69 anni non si sono sottoposte alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

I programmi di screening organizzati prevedono a livello locale campagne informative/educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di Medici di Medicina Generale e degli operatori di Sanità Pubblica per incrementare l'adesione della popolazione invitata.

# APPENDICE 1. Monitoraggio

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

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

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la Regione Campania e le singole ASL:

	<b>Tasso di risposta</b>	<b>Tasso di sostituzione</b>	<b>Tasso di rifiuto</b>	<b>Tasso di non reperibilità</b>	<b>Tasso di eleggibilità</b>
<b>ASL AV1</b>	83.7	16.3	13.4	2.9	95.8
<b>ASL AV2</b>	89.1	10.9	10.9	0	97.9
<b>ASL BN</b>	95.3	4.7	2.8	1.9	95.4
<b>ASL CE1</b>	94.8	5.2	4.7	0.5	98.1
<b>ASL CE2</b>	93.2	6.8	6.3	0.5	96.4
<b>ASL NA1</b>	92.3	7.7	5.1	2.6	92.7
<b>ASL NA2</b>	97.1	2.9	2.9	0	93.6
<b>ASL NA3</b>	90.6	9.4	5.8	3.5	95.9
<b>ASL NA4</b>	88.8	11.2	11.2	0	93.7
<b>ASL NA5</b>	92.6	7.4	7.4	0	100.0
<b>ASL SA1</b>	92.2	7.8	3.2	4.6	95.0
<b>ASL SA2</b>	93.5	6.5	3.3	3.3	91.6
<b>ASL SA3</b>	93.7	6.3	5	1.4	99.1
<b>CAMPANIA</b>	<b>92.1</b>	<b>7.9</b>	<b>6.3</b>	<b>1.6</b>	<b>95.8</b>
<b>POOL ASL</b>	85	15	11	4.1	95.3

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

- **Popolazione indagata:** persone residenti nell'ASL, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).
- **Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la ASL, in grado di sostenere una intervista telefonica.
- **Non eleggibilità:** le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana, grave disabilità, età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni.
- **Non reperibilità:** si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).

- **Rifiuto:** è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- **Senza telefono rintracciabile:** le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

#### • TASSO DI RISPOSTA

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

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

$$RR1 = \left[ \frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

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

#### • TASSO DI SOSTITUZIONE

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

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

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

#### • TASSO DI RIFIUTO

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

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

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

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

Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che non ci siano realtà, quali regioni, ASL, intervistatori, con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

#### • TASSO DI NON REPERIBILITÀ

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente su tutte le persone eleggibili:

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

Nel caso in cui il tasso risulti troppo alto viene raccomandato di verificare che i non reperibili si distribuiscano uniformemente e che non ci siano realtà (regioni, ASL, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili o con grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

#### • TASSO DI ELEGGIBILITÀ "E"

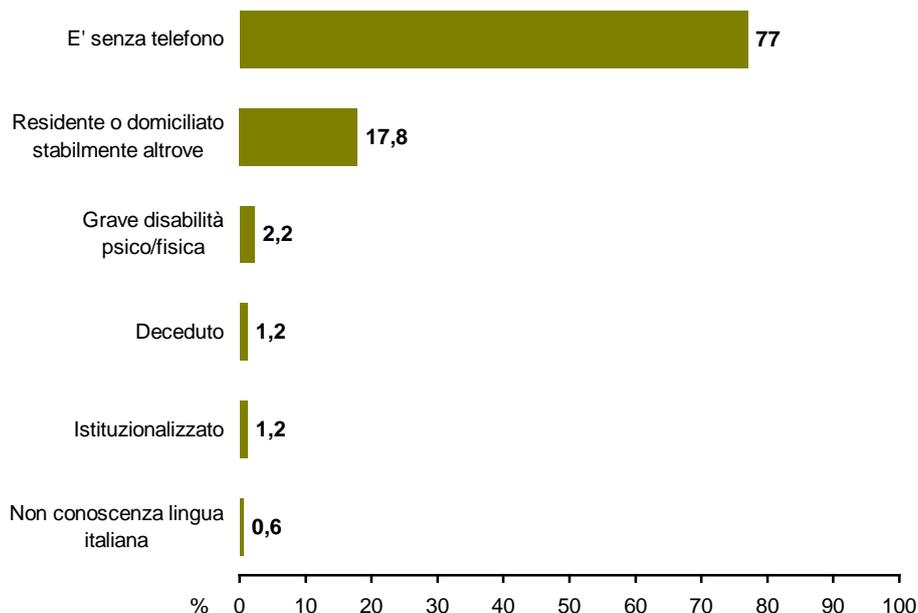
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il numero di individui classificati in queste due categorie. Queste stime sono importanti per il calcolo di indicatori più complessi:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ int.} + \text{rif.}}{(\text{n}^\circ \text{ int.} + \text{rif.} + \text{resid. altrove} + \text{istituz.} + \text{dec.} + \text{no italiano} + \text{disabili} + \text{fuori dal range di età})} * 100$$

#### • DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI MOTIVI DI NON ELEGGIBILITÀ

E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

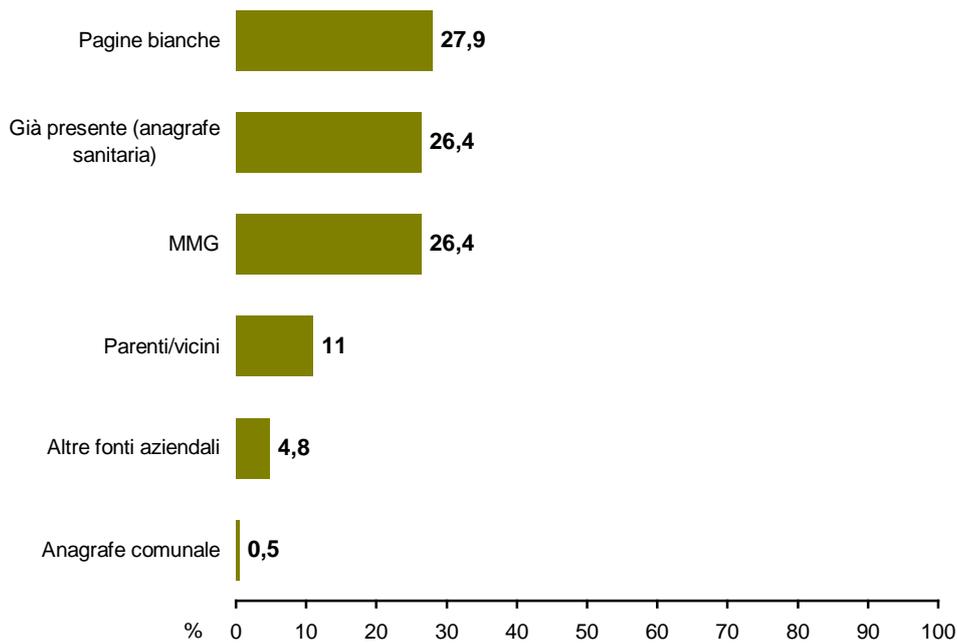
E' un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); la proporzione di persone che risulta "senza telefono rintracciabile", cioè che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.



#### • MODALITÀ DI REPERIMENTO DEL NUMERO TELEFONICO

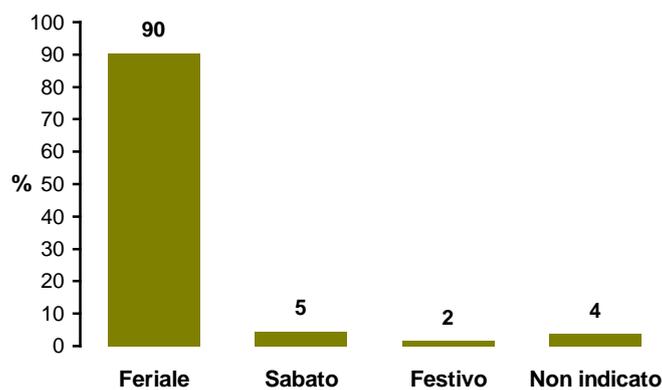
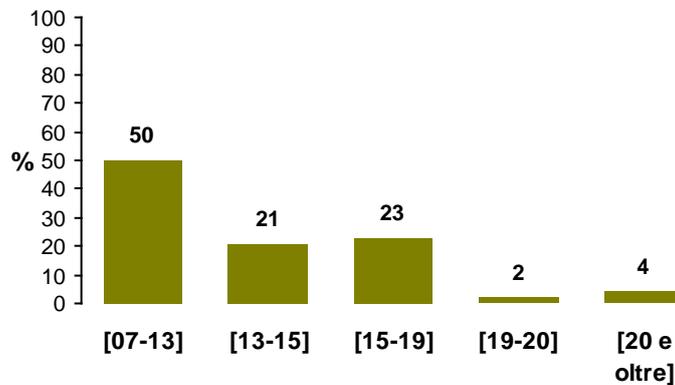
Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore

può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.



• **DISTRIBUZIONE DELLE INTERVISTE PER ORARI/GIORNI**

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore.



## APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

Il sistema di sorveglianza nasce soprattutto per fornire informazioni sulle condizioni di salute e gli stili di vita della popolazione a livello delle ASL, quindi è stato effettuato un campionamento a rappresentatività aziendale. Il tipo di campionamento scelto per la sorveglianza PASSI è stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69) direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL.

Al fine di un confronto tra i dati di ciascuna realtà locale a quella complessiva della regione di appartenenza, è importante ottenere delle stime anche a livello regionale, aggregando i dati delle singole ASL, così come a livello complessivo è stato fatto per l'intero "pool PASSI".

L'analisi dei dati a livello regionale richiede perciò meccanismi complessi di controllo e pesatura dei dati. La pesatura migliora l'affidabilità delle stime, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità interaziendale, e la procedura di pesatura influenza l'ampiezza degli intervalli di confidenza (garantisce la correttezza delle stime pur accettando, di solito, una minor precisione).

La modalità di pesatura è dipendente dal tipo di campionamento stabilito.

In considerazione del fatto che la sorveglianza PASSI ha utilizzato un campionamento stratificato proporzionale, i pesi sono strato dipendenti, quindi calcolati uno per ogni singolo strato, perciò ogni ASL avrà sei valori di peso.

La variabile peso rappresenta quanto il singolo strato di ASL "pesa" sul campione aggregato di regione. Ad ogni intervista andrà associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato.

Sono stati calcolati due diversi pesi, uno che riporta i dati all'universo di riferimento ("Peso 1") e un altro che invece mantiene la numerosità campionaria ("Peso 2").

Il "Peso\_1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione  ${}_i P_k$  (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2006) dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte  ${}_i \hat{P}_k$  in quel dato periodo dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera regione, formalmente:

$${}_i \text{Peso1}_k = \frac{{}_i P_k}{{}_i \hat{P}_k}$$

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{pop\_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{pop\_strato}_k\text{-Reg}}$$

e

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{numero\_int\_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero\_int\_strato}_k\text{-Reg}}$$

Il "Peso2" è l'inverso della frazione campionaria, dato dal rapporto tra la popolazione ISTAT della i-esima ASL dello strato k e il numero di interviste della i-esima ASL dello strato k, formalmente :

$${}_i \text{Peso2}_k = \frac{\text{pop\_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero\_int\_strato}_k\text{-ASL}_i}$$

Per quelle sezioni del rapporto PASSI 2007 in cui il target di popolazione analizzato è relativo ad età differenti da quelle sopra citate, quali screening con Pap test (25-64 anni), vaccinazione influenzale (18-64 anni) e carta del rischio cardiovascolare (40-69 anni), sono stati ricalcolati appositamente entrambi i pesi per le rispettive classi.

Come il dato regionale deriva da una sintesi pesata delle varie ASL appartenenti alla Regione, così i valori per l'intero Pool PASSI 2007 sono il risultato di un'aggregazione di tutte le Aziende Sanitarie Locali partecipanti alla sorveglianza PASSI (che hanno raggiunto un livello minimo di rappresentatività), utilizzando le stesse procedure impiegate a livello regionale.

# Appendice 3. Metodi

## **Tipo di studio**

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

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

## **Popolazione di studio**

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 13 Aziende Sanitarie Locali della Regione Campania, aggiornate al 1.01.2007 (complessivamente 4.134.096 persone).

Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico.

I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

## **Strategie di campionamento**

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità. Il campione, aggregato nell'anno e su tutte le ASL della Regione, è stato di 2461 individui.

Il campione complessivo è risultato così suddiviso per ASL:

<b>ASL</b>	<b>Persone di 18-69 anni</b>
AV1	175
AV2	205
BN	200
CE1	202
CE2	178
NA1	180
NA2	200
NA3	155
NA4	158
NA5	200
SA1	200
SA2	200
SA3	208
<b>Totale regionale</b>	<b>2461</b>

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI. Nel 2007 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, tranne che in Lombardia e in Calabria, per un totale di 149 Aziende Sanitarie e 21.996 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale è al "pool PASSI", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza (vedi mappa). Di conseguenza, oltre alle citate Regioni, sono state escluse dal pool per limitata numerosità la Sardegna e alcune province.

## **Interviste**

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASL di appartenenza. Alcune Regioni hanno provveduto ad informare anche i Sindaci dei Comuni interessati.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica durante tutto l'anno 2007, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 7% degli intervistatori ha utilizzato metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

## **Analisi delle informazioni**

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.4.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per la variabile principale. Nelle tabelle dell'analisi univariata una "s" indica i confronti significativi sul piano statistico di ciascuna categoria della variabile rispetto alla prima modalità citata (es. le donne rispetto agli uomini). Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante regressione logistica, utilizzando un'opportuna pesatura (vedi appendice 2), mentre nel testo, per brevità, compare solo una sintesi.

Per garantire idonea rappresentatività regionale si sono aggregati i dati delle ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle 13 ASL introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata presente nei grafici esprime l'IC95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

Ulteriori approfondimenti sull'utilizzo della pesatura in fase di analisi sono riportati in appendice 2.

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre mostrati i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel 2007 ("pool PASSI"), anche questi pesati secondo la stessa metodologia utilizzata per ottenere i risultati regionali.

## **Etica e privacy**

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

---

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

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

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

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

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

# Bibliografia

---

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide [www.cdc.gov/brfss](http://www.cdc.gov/brfss)
- Ministero della Salute: Piano Nazionale della prevenzione 2005-2007
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 disponibile presso il sito internet del Ministero:  
[http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN\\_2006\\_08\\_28\\_marzo.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf)
- David W. Hosmer, Stanley Lemeshow, Applied logistic regression (second edition), New York: Wiley, 2000

## **Salute e qualità di vita percepita**

- Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", ISTAT, Anno 2003
- CDC - Healthy days methods 1989
- Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale, OMS 2005

## **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/>
- Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 52.8 – European Opinion Research Group EEIG, December 2003  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ebs\\_183\\_6\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ebs_183_6_en.pdf)
- Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 1423-1434, 2007
- Healthy People 2010 [www.healthypeople.gov](http://www.healthypeople.gov)
- Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm)
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 disponibile presso il sito internet del Ministero:  
[http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN\\_2006\\_08\\_28\\_marzo.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf)  
Ministero della Salute – Programma “Guadagnare salute Rendere facili le scelte salutari”  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf)

## **Fumo**

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Sowden A., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, BMJ 2000;321:355-358
  - 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](http://www.ossfad.iss.it))
  - Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
  - Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Relazione annuale sul tabagismo 2008 ([www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it))
-

- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003
- Valery L, Anke O, Inge KK, Johannes B. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. Eur J Cancer Prev. 2008 Nov;17(6):535-44.

### **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](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.)

### **Sicurezza domestica**

- Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. ISTAT Informazioni n° 25 - 2005 pag. 66-88
- Taggi F. et al., "Sistema SINIACA – La sicurezza domestica: dalla conoscenza alla prevenzione", documento ISS, O5/AMPP/RT/550, novembre 2005
- Taggi F. Rapporto Istisan 01/11. Istituto Superiore di Sanità 2001
- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Databse Syst Rev 2005
- Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. Cochrane Databse Syst Rev 2004
- Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. Cochrane Databse Syst Rev 2003
- LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Databse Syst Rev 2003

### **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

### **Diagnosi precoce oncologica**

- Osservatorio Nazionale Screening Sesto rapporto
- LILT- Dossier "Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione" –2002
- ISTAT La mortalità per causa nelle regioni italiane 2000-2002 [www.istat.it](http://www.istat.it)
- [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)
- <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- 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)

### **Sintomi di depressione**

- "Strengthening mental health promotion". WHO - Geneva (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Declaration for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>)
- "LIBRO VERDE. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea". UE - COM(2005) 484/2005 ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_it.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf))
- "Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies". Wittchen H.U., Frank Jacobi F. - *European Neuropsychopharmacology*. 15 (2005): 357-376
- "La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH ("European Study on the Epidemiology of Mental Disorders", realizzato nell'ambito della *WHO World Mental Health Survey Initiative*)". De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. e All., con risultati pubblicati anche per l'Italia nel supplemento al n. 4 [ott-dic 2005] della rivista "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" (sintesi: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)

### **Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero**

- AIRT: Associazione Italiana Registri Tumori; Italian Cancer Figures - Report 2006. Incidence, mortality and estimates. *Epidemiologia & Prevenzione*. January-February 2006 (2).

### **Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella**

- AIRT: Associazione Italiana Registri Tumori; Italian Cancer Figures - Report 2006. Incidence, mortality and estimates. *Epidemiologia & Prevenzione*. January-February 2006 (2).

### **Diagnosi precoce delle neoplasie delle neoplasie del colon-retto**

- AIRT: Associazione Italiana Registri Tumori; Italian Cancer Figures - Report 2006. Incidence, mortality and estimates. *Epidemiologia & Prevenzione*. January-February 2006 (2).
-

