



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto Regionale 2009

Campania



Collana
Agendum est
3

A distanza di due anni dall'inizio delle rilevazioni sistematiche in tutt'Italia del Sistema di Sorveglianza Passi, la Regione Campania ha prodotto il terzo report, frutto degli sforzi congiunti degli operatori sanitari di 12 delle 13 Aziende Sanitarie Locali.

I dati, sempre ottenuti da un campione rappresentativo della popolazione residente di 18-69 anni, sono stati organizzati in modo da individuare 5 sezioni: Benessere, Guadagnare Salute, Rischio cardiovascolare, Sicurezza, Programmi di prevenzione individuale.

Le stesse esplorano, in maniera dettagliata, non soltanto i comportamenti a rischio della popolazione, ma anche gli aspetti legati alla percezione del proprio stato di salute psico-fisico, l'interazione degli utenti con il sistema sanitario (attraverso la valutazione delle indicazioni ricevute dagli operatori sanitari e l'adesione agli screening organizzati), la correlazione fra determinanti e caratteristiche socio-economiche della popolazione.

La fotografia che se ne ricava fa emergere luci e ombre sulle quali i decisori, i manager delle Aziende e gli operatori sanitari tutti possono riflettere, traendone indicazioni precise, aggiornate ed attendibili per operare le opportune scelte di Sanità Pubblica.

Ancora una volta, dunque, le informazioni ottenute con la rilevazione Passi si dimostrano uno strumento fondamentale per l'organizzazione e la realizzazione di programmi di prevenzione e promozione della salute e pongono le basi per ottimizzare le risorse che il Sistema Sanitario regionale mette a disposizione dei cittadini utenti.

Questi risultati che, come già detto, vedono all'origine l'impegno degli "addetti ai lavori", non sarebbero, peraltro, stati raggiunti senza la disponibilità e la piena collaborazione di tutti gli intervistati, cui vanno i miei più sentiti ringraziamenti.

Mario Vasco



Redazione a cura di:

Gruppo Regionale Passi:

Angelo D'Argenzio - *Coordinatore regionale*

Renato Pizzuti - *Referente regionale*

Elvira Bianco, Maria Antonietta Ferrara, Domenico Protano, Luigi Esposito, Giancarlo D'Orsi, Filomena Sibilio, Maura Isernia, Francesco Giugliano, Anna Luisa Caiazzo, Chiara Ronga, Giuseppe Della Greca – *Coordinatori Aziendali*

Stefano Cicala¹

Annabella Pugliese ¹

Alessandra Sessa²

¹: Osservatorio Epidemiologico regionale – Regione Campania

²: Servizio di Epidemiologia – ASL CE2

La sorveglianza PASSI è condotta sotto l'egida di **istituzioni sanitarie** nazionali, regionali e locali:

- Ministero della Salute
- Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie – CCM
- Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità
- Assessorato alla Sanità – Regione Campania
- Direttori generali e Direttori sanitari delle ASL
- Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
- Medici di Medicina Generale

Si ringraziano:

- Il gruppo tecnico nazionale che ha predisposto il modello di rapporto ed i piani di analisi dei dati
- Gli operatori ASL che hanno contribuito alla conduzione delle interviste PASSI ed i cui nominativi sono riportati in appendice
- I medici di Medicina Generale che hanno cooperato con le ASL
- Tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

Informazioni, approfondimenti e pubblicazioni regionali PASSI sono disponibili al sito:

www.epicentro.iss.it/passi

INDICE

Premessa	5
Obiettivi	6
Sintesi dei risultati	9
Sistema di sorveglianza PASSI 2009	11
Profilo socio-demografico	12
Il campione regionale 2009.....	13
Benessere	17
Percezione dello stato di salute	17
Percezione dello stato di salute	18
Sintomi di depressione	22
Guadagnare salute	25
Attività fisica	27
Stato nutrizionale e abitudini alimentari.....	31
Consumo di alcol.....	38
Abitudine al fumo.....	44
Rischio cardiovascolare	52
Rischio cardiovascolare	53
Ipertensione arteriosa	53
Colesterolo.....	58
Diabete	62
Calcolo del rischio cardiovascolare	64
Sicurezza	66
Sicurezza stradale.....	67
Sicurezza domestica	70
Programmi di prevenzione	75
Screening delle neoplasie del collo dell'utero	77
Screening delle neoplasie della mammella.....	82
Screening delle neoplasie del colon-retto	88
Vaccinazione antinfluenzale	95
Vaccinazione antirosolia	98
Appendice	101
1. Monitoraggio.....	102
2. Utilizzo della pesatura	107
3. Metodi	109
Bibliografia	112
Operatori ASL - PASSI Campania 2009	115

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 ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'ultima effettuazione e se è stato fatto all'interno di un programma di screening;
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci e/o 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 dei risultati

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale	In Campania è stato intervistato un campione casuale di 3152 persone, selezionato dalle liste delle Anagrafi Sanitarie delle ASL. Il 48% degli intervistati è rappresentato da donne e il 52% da uomini. L'età media è di 43 anni. Il 57% del campione ha un livello di istruzione alto ed il 51% ha un lavoro regolare.
Percezione dello stato di salute	Il 67% delle persone intervistate considera positivamente il proprio stato di salute; tra coloro che sono affetti da una patologia severa la percezione positiva scende al 26%.
Attività fisica	E' completamente sedentario il 44% del campione e solo il 27% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Nel 24% dei casi i medici si informano e nel 24% dei casi consigliano genericamente di svolgere attività fisica.
Abitudine al fumo	Il 30% si dichiara fumatore e il 15% 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 60% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 31% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (5%) o in "alcune zone" (26%).
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	Il 36% del campione campano è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 12%. L'eccesso ponderale è trattato nel 23% dei casi con dieta e solo nel 54% 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.
Consumo di alcol	Si stima che quasi la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche ed il 5% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (il 3% beve fuori pasto, il 2% è bevitore "binge" ed il 1% 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'86% delle persone intervistate, se conduttori di motocicli, dichiara di utilizzare il casco sempre, il 71% degli intervistati dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 12% degli intervistati. Il 6% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista, mentre il 4% 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, in Campania, non è elevata: l'87% 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 21%: tra questi, solo il 30% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.
Vaccinazione antinfluenzale	In media, solo il 36% 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 vaccinato lo scorso anno.
Vaccinazione antirosolia	Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 57%.
Rischio cardiovascolare	Si stima che sia iperteso un quinto della popolazione campana, tra i 18 e 64anni; il 79% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. All'11% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Circa un sesto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (16%) e, tra questi, il 37% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Circa una persona su sette (14%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. Il 6% 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 10% degli ultraquarantenni intervistati riferisce che gli è stato valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.
Sintomi di depressione	In Campania il 5% 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 più anziane, con un livello d'istruzione basso, con difficoltà economiche, senza un lavoro continuativo o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.
Screening neoplasia del collo dell'utero	Il 70% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un Pap test nella vita, ma soltanto il 55% l'ha eseguito negli ultimi tre anni, come raccomandato.
Screening neoplasia della mammella	Il 68% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (39%) l'ha eseguita negli ultimi due anni.
Screening tumore del colon retto	Appena il 14% 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).

Sistema di sorveglianza PASSI 2009

Regione Campania

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 18-64 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.

Profilo socio-demografico

➔ Il campione regionale 2009

Tabella riassuntiva

Descrizione del campione (%)	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Numerosità	3122	3152	39231
Uomini	48,4	48,4	49,3
Donne	51,6	51,6	50,7
Età media	42,5 anni	42,7 anni	44 anni
18-34	33,4	32,7	28,1
35-49	33,5	32,8	34,7
50-69	33,1	34,5	37,2
Titolo di studio			
nessuno/elementare	13,7	13,1	11,9
media inferiore	29,4	29,8	30,4
media superiore	45,2	45,0	43,9
laurea	11,7	12,1	13,8
Livello di istruzione			
alto ¹	56,9	57,1	57,7
basso ²	43,1	42,9	42,3
Stato civile			
Coniugati/conviventi	63,1	62,2	60,8
celibi/nubili	32,7	33,4	31,9
vedovi/e	1,9	2,0	4,7
separati/divorziati	2,4	2,4	2,6
Vive			
da solo	3,6		7,2
con altri	96,4		92,8
Cittadinanza straniera	0,5	0,5	3,1
Lavoro continuativo (tempo pieno o part-time) ³	53,8	50,7	58,4
Difficoltà economiche			
nessuna	29,7	31,2	45,9
qualche	52,2	51,1	40,7
molte	18,1	17,7	13,4

¹ licenza media superiore o laurea

² licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

³ riferito alla fascia di 18-65 anni

Il campione regionale 2009

La popolazione in studio è costituita da 3.910.507 residenti in Campania, di età compresa tra i 18 ed i 69 anni (www.demoistat.it).

Da gennaio 2009 a dicembre dello stesso anno, sono state intervistate 3152 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate dalle anagrafi sanitarie con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età.

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

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 129 persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta⁴ è risultato dell'93%, il tasso di sostituzione⁵ del 7% e quello di rifiuto⁶ del 6% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in Appendice).

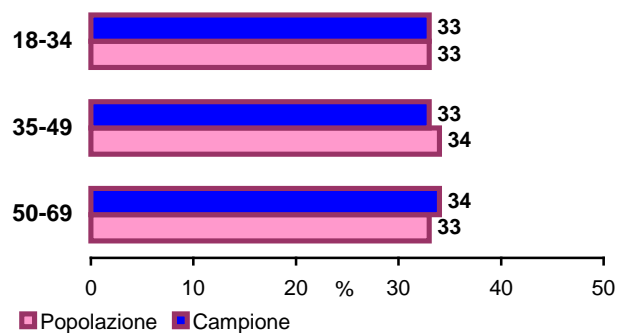
Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

- In Campania, il campione intervistato (3152 persone) è risultato composto per il 48% da uomini e per il 52% da donne; 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 risultata simile anche nel pool delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale

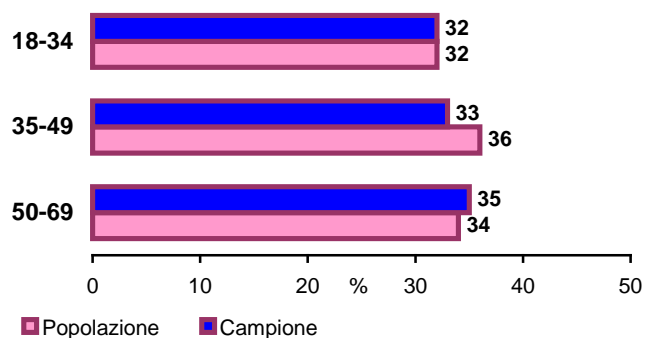
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI

Campania - PASSI 2009 (n=1525)



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

Campania - PASSI 2009 (n=1627)



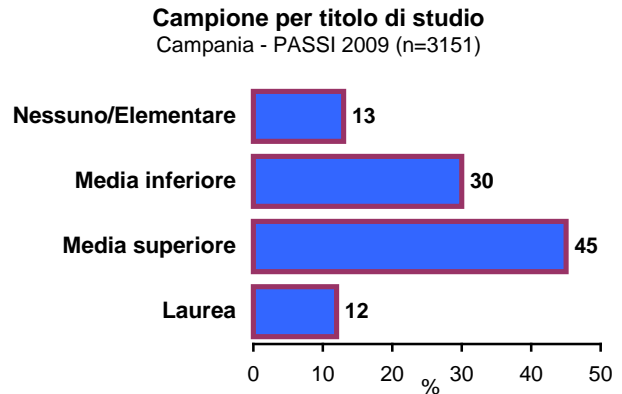
⁴ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

⁵ Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

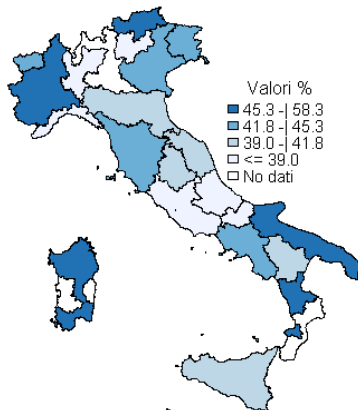
⁶ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

Il titolo di studio

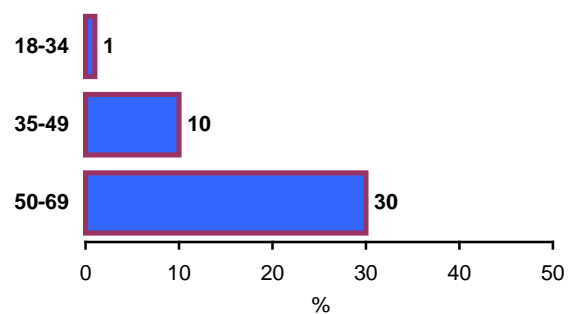
- In Campania il 13% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 30% la licenza media inferiore, il 45% la licenza media superiore e il 12% è laureato. Tra le donne una proporzione significativamente maggiore rispetto agli uomini (17% vs 10%) risulta avere un livello di istruzione basso (nessuno/elementare).
- 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 2009



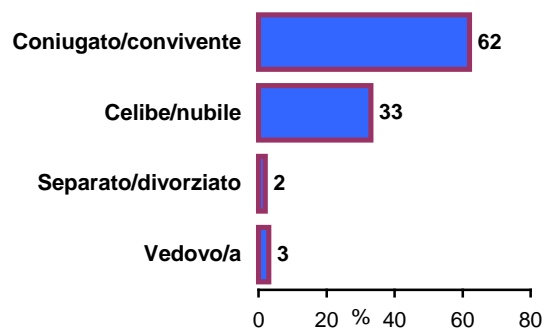
Prevalenza di scolarità bassa
(nessuna/licenza elementare) per classi di età
Campania - PASSI 2009 (n=441)



Lo stato civile

- In Campania i coniugati/conviventi rappresentano il 62% del campione, i celibi/nubili il 33%, i separati/divorziati il 2% ed i vedovi il 3%.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, queste percentuali sono rispettivamente del 61%, 32%, 5% e 2%.

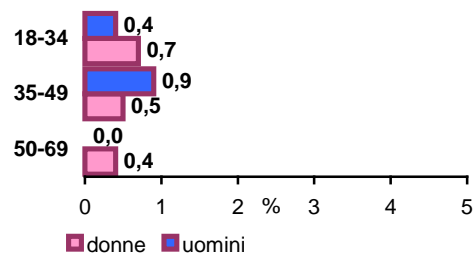
Campione per categorie stato civile
Campania - PASSI 2009 (n=3151)



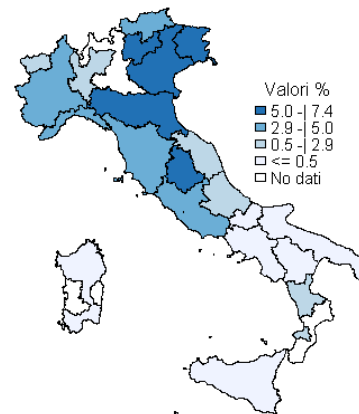
Cittadinanza

- In Campania la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa il 3% della popolazione. Nel campione lo 0,5% degli intervistati ha cittadinanza straniera. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nella fascia 35-49 anni l'1% degli uomini 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 3% degli intervistati con differenze territoriali.

% di stranieri per sesso e classi di età
Campania - PASSI 2009



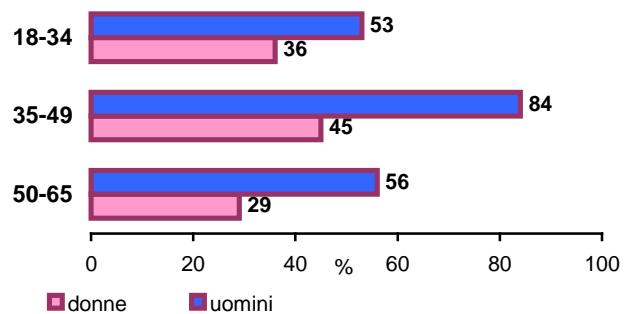
% di stranieri
Pool PASSI 2009



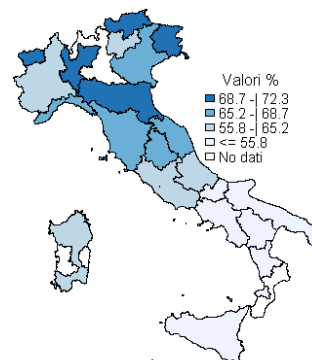
Il lavoro

- In Campania il 51% degli intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (37% contro 65%). 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 58% degli intervistati, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
Campania - PASSI 2009 (n=2960)



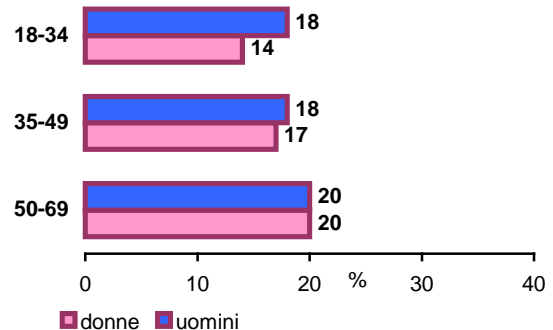
% di lavoratori regolari
Pool PASSI 2009



Difficoltà economiche

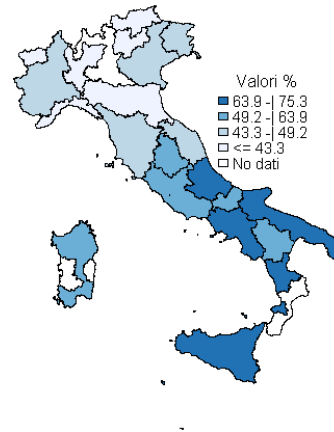
- In Campania:
 - il 31% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 51% qualche difficoltà
 - il 18% molte difficoltà economiche.
- Gli uomini hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto alle donne (18% contro 16%), in particolare la classe 18-34 anni. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
Campania - PASSI 2009 (n=3150)



- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale
 - il 46% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 41% qualche difficoltà
 - il 13% molte difficoltà economiche.
- La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2009



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.

Il confronto del campione con i dati dell'ISTAT indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo, pertanto, di poter estendere le stime ottenute alla corrispondente popolazione regionale.

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

Benessere

- ➔ **Percezione dello stato di salute**
- ➔ **Depressione**

Tabella riassuntiva

Percezione dello stato di salute (% , IC95%)			
	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	66,6 (64,9-68,3)	67,1 (65,4-68,7)	67,5 (66,9-68,0)
Numero di giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività			
0 giorni	81,6	84,8	83,0
1-13 giorni	14,9	12,2	13,7
14+ giorni	3,5	3,0	3,3
Sintomi di depressione (% , IC95%)			
	Campania 2009	Campania 2008	Pool PASSI 2009
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane ⁷	6,4 (5,4-7,4)	5,1 (4,3-6,0)	6,8 (6,5-7,1)
donne	8,2 (6,7-9,8)	6,9 (5,5-8,3)	9,0 (8,5-9,6)
uomini	4,5 (3,3-5,7)	3,3 (2,4-4,2)	4,5 (4,1-5,0)
Classi di età			
18-34	4,8 (3,2-6,4)	2,0 (1,0-2,9)	5,1 (4,7-5,7)
35-49	5,3 (3,8-6,7)	5,6 (4,1-7,11)	6,5 (6,0-7,1)
50-69	9,4 (7,3-11,5)	8,1 (6,3-9,9)	8,5 (7,8-9,2)
Con almeno 1 patologia	17,5 (13,5-21,5)	14,6 (11,2-18,0)	13,4 (12,3-14,6)

⁷ 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

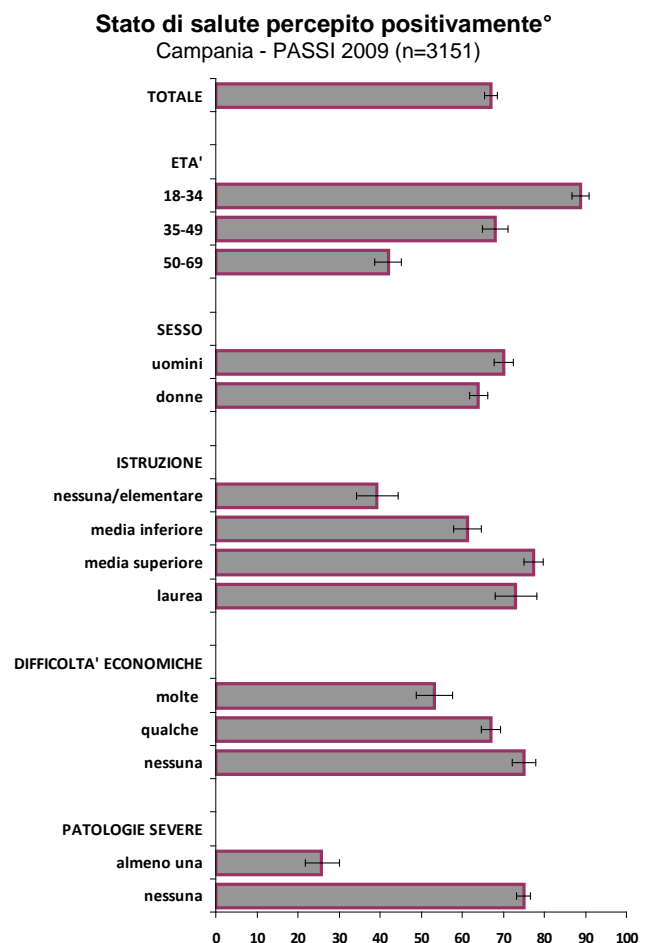
Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- In Campania il 67% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 29% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con elevato livello di istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (regressione logistica), si mantengono le significatività per tutte le variabili considerate.

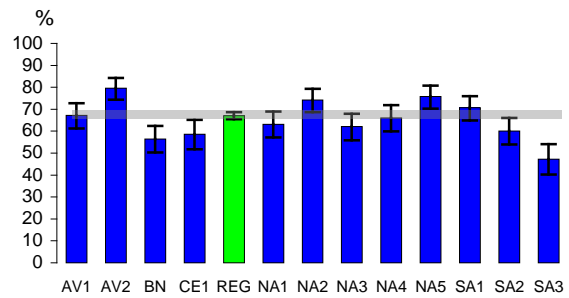


° persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

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

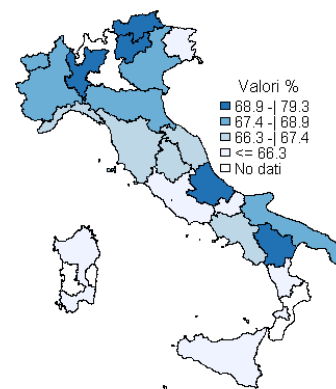
- Fra le ASL della Regione, BN e SA 3 mostrano una percentuale minore di intervistati che hanno riferito una percezione positiva del proprio stato di salute (range dal 47,2% di SA 3 al 79,6% di AV).

% di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
Campania - PASSI 2009



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 68% circa degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.

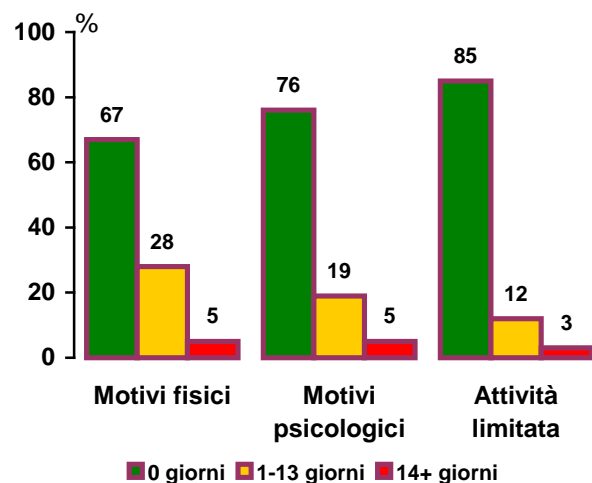
% di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
Pool PASSI 2009



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

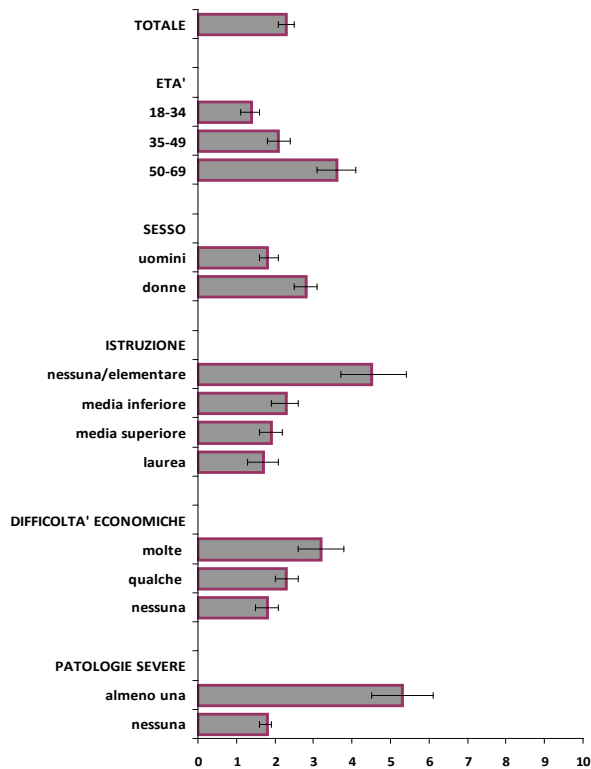
- In Campania la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (67% in buona salute fisica, 76% in buona salute psicologica e 85% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (5%), per motivi psicologici (5%) e con limitazioni alle attività abituali (3%).

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Campania - PASSI 2009



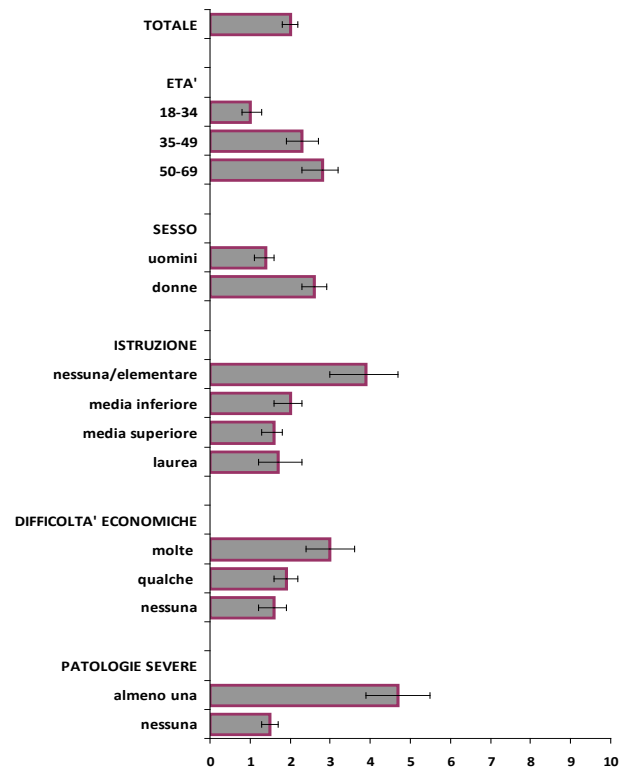
**Giorni percepiti in cattiva salute al mese
per motivi fisici**

Campania - PASSI 2009 (n=3098)



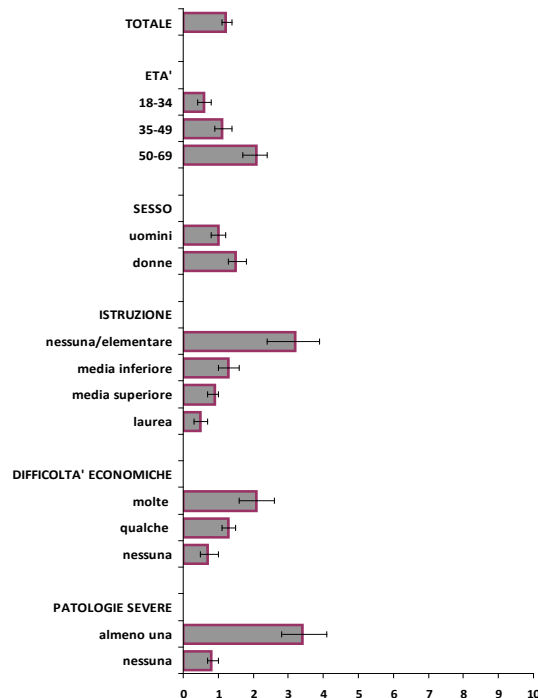
**Giorni percepiti in cattiva salute al mese
per motivi psicologici**

Campania - PASSI 2009 (n=3098)



Attività limitata

Campania - PASSI 2009 (n=3098)



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

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello regionale ha riferito la percezione di essere in buona salute, in linea con i dati rilevati dall'indagine multiscopo dell'ISTAT 2008 (73%).

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.

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.

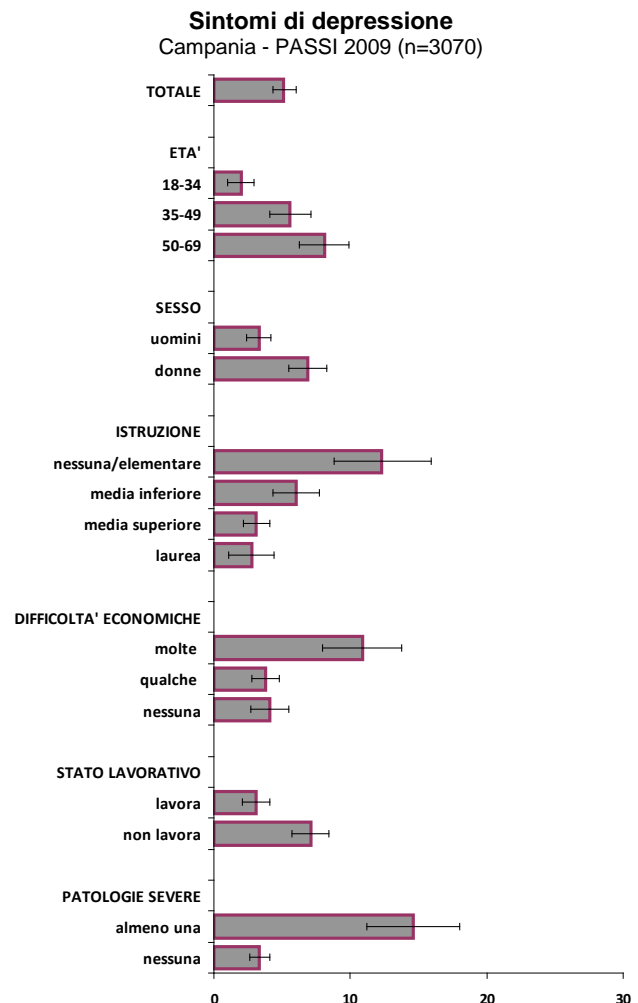
Nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero 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 uno score da 0 a 6; coloro che ottengono un score 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.

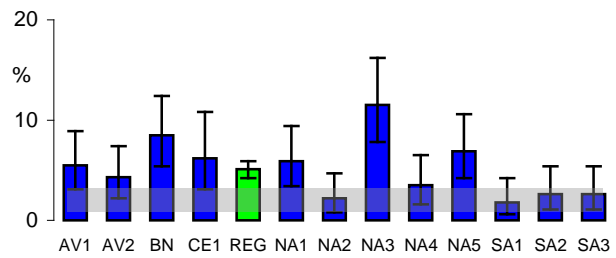
Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- In Campania circa il 5% 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.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), la probabilità di aver avuto i sintomi di depressione rimane significativamente più elevata nelle donne, nella fascia 35-69 anni, nelle persone con difficoltà economiche, con basso livello di istruzione o con patologie severe.



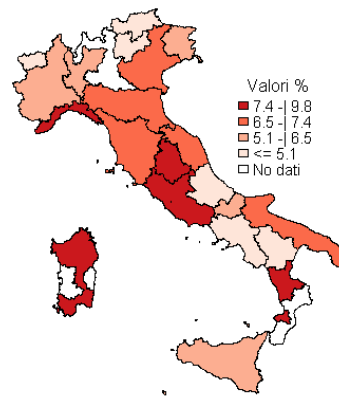
- Tra le ASL regionali, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione è significativamente più alta nella Napoli 3 (range dall'1,8% di Salerno 1 all'11% di Napoli 3).

Persone con sintomi di depressione (%)
Campania - PASSI 2009



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 7%.

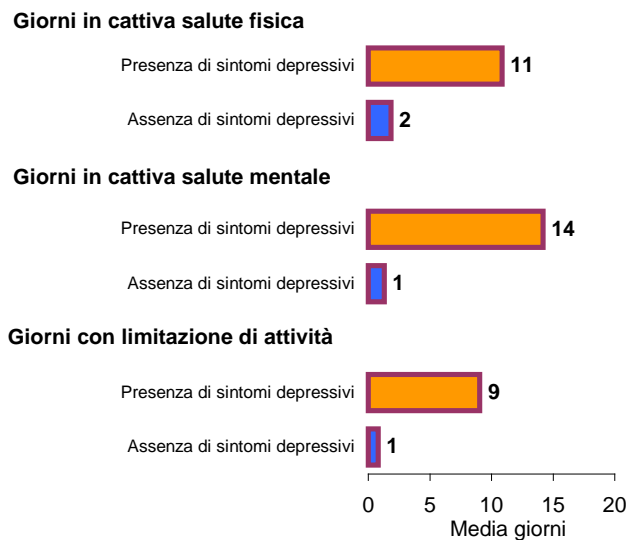
Persone con sintomi di depressione (%)
Pool PASSI 2009



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

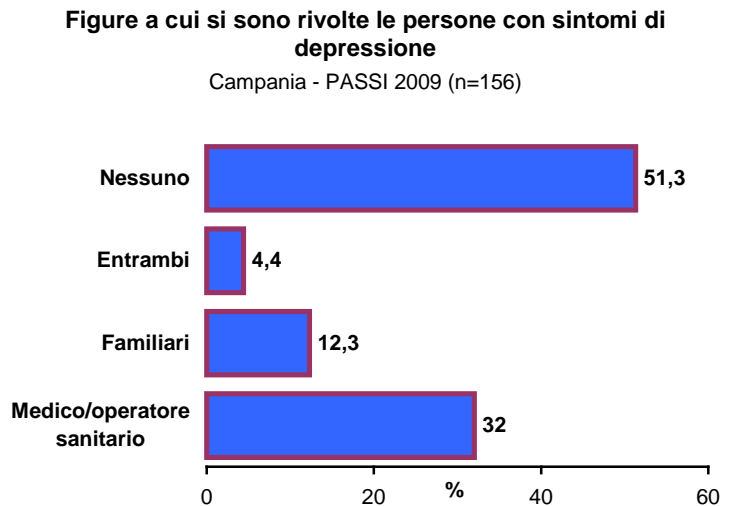
- Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
 - il 24% dei soggetti che hanno riferito sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 70% delle persone che non hanno riferito 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
Campania - PASSI 2009 (n=3069)



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 48% 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 (32%), a familiari/amici (12%) o ad entrambi (4%).



Conclusioni e raccomandazioni

In Campania si stima che circa 5 persone su 100 abbiano 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 (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.

Guadagnare salute

- ➔ **Attività fisica**
- ➔ **Situazione nutrizionale e abitudini alimentari**
- ➔ **Consumo di alcol**
- ➔ **L'abitudine al fumo**
- ➔ **Rispetto del divieto di fumo**

Tabella riassuntiva

Attività fisica (% , IC95%)			
	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Livello di attività fisica			
attivo ⁸	27,1 (25,4-28,9)	27,5 (25,8-29,1)	33,0 (32,4-33,6)
parzialmente attivo ⁹	29,5 (27,7-31,3)	28,9 (27,2-30,7)	36,8 (36,2-37,5)
sedentario ¹⁰	43,4 (41,5-45,3)	43,6 (41,8-45,4)	30,2 (29,6-30,8)
Riferisce che medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ¹¹	25,9 (24,1-27,8)	24,2 (22,5-26,0)	30,7 (30,0-31,4)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ¹¹	22,5 (20,7-24,3)	23,6 (21,8-25,4)	30,5 (29,8-31,1)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	30,5 (28,1-33,0)	17,0 (15,0-19,0)	18,9 (18,0-19,9)
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (% , IC95%)			
	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Popolazione con eccesso ponderale			
sovrappeso	33,7 (31,9-35,5)	36,1 (34,3-37,9)	31,8 (31,2-32,4)
obeso	11,8 (10,6-13,1)	11,6 (10,4-12,7)	10,4 (10,0-10,8)
sovrappeso/obeso	45,6 (43,7-47,4)	47,6 (45,8-49,5)	42,2 (41,6-42,8)
Consigliato di perdere peso da un medico/operatore sanitario ¹²			
sovrappeso	45,9 (42,4-49,5)	42,9 (39,6-46,1)	45,2 (43,9-46,4)
obesi	80,0 (75,3-84,8)	78,7 (74,1-83,3)	80,1 (78,2-81,9)
sovrappeso/obeso	55,2 (52,2-58,2)	52,1 (49,3-54,9)	54,1 (53,6-55,1)
Consigliato di fare attività fisica da un medico/operatore sanitario			
sovrappeso	24,5 (21,3-27,6)	25,6 (22,6-28,6)	34,7 (33,5-35,9)
obesi	35,7 (30,0-41,4)	35,1 (29,4-40,7)	48,2 (45,9-50,5)
sovrappeso/obeso	27,5 (24,7-30,2)	27,9 (25,2-30,6)	38,1 (37,1-39,2)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	5,4 (4,5-6,3)	6,2 (5,4-7,0)	9,5 (9,1-9,8)

⁸ 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)

⁹ non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

¹⁰ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

¹¹ vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

¹² solo tra chi è andato dal medico nell'ultimo anno; non so/non ricordo codificato come no

Consumo di alcol (% , IC95%)

	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese ¹³	47,0 (45,1-48,9)	41,9 (40,1-43,7)	56,7 (56,1-57,3)
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	2,8 (2,2-3,5)	3,0 (2,4-3,6)	7,8 (7,5-8,1)
Bevitori binge ¹⁴	2,9 (2,3-3,7)	2,3 (1,8-2,9)	5,6 (5,3-5,9)
Forti bevitori ¹⁵	2,0 (1,3-2,6)	1,1 (0,7-1,5)	3,0 (2,9-3,2)
Bevitori a rischio ¹⁶	7,1 (6,0-8,1)	5,5 (4,7-6,3)	18,0 (17,5-18,4)
Chiesto da un medico/operatore sanitario sul consumo	11,4 (10,0-12,8)	7,9 (6,8-9,1)	14,3 (13,8-14,8)
Consigliato di ridurre il consumo ai bevitori a rischio	3,0 (2,2-3,8)	2,9 (2,1-3,6)	6,8 (6,0-7,8)

Abitudine al fumo (% , IC95%)

	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Abitudine al fumo			
<i>fumatori</i> ¹⁷	30,5 (28,7-32,3)	29,8 (28,0-31,5)	28,8 (28,2-29,4)
<i>uomini</i>	38,0 (35,2-40,8)	35,0 (32,3-37,6)	33,4 (32,6-34,3)
<i>donne</i>	23,3 (20,9-25,6)	24,7 (22,4-27,0)	24,3 (23,5-25,1)
<i>ex fumatori</i> ¹⁸	14,1 (12,7-15,4)	15,2 (13,8-16,5)	19,6 (19,1-20,1)
<i>non fumatori</i> ¹⁹	55,4 (53,6-57,3)	55,1 (53,2-56,9)	51,6 (51,0-52,2)
Classi di età			
18-24	24,8 (20,2-29,4)	27,2 (22,6-31,7)	32,3 (30,4-34,2)
25-34	33,8 (29,5-38,1)	29,0 (25,0-33,0)	35,1 (33,7-36,5)
35-49	34,8 (31,6-38,0)	34,9 (31,7-38,1)	30,0 (29,0-31,0)
50-69	26,6 (23,6-29,6)	26,1 (23,2-29,0)	23,2 (22,3-24,1)
Livello di istruzione			
<i>basso</i>	34,8 (32,0-37,7)	33,7 (31,0-36,5)	--
<i>alto</i>	27,2 (24,8-29,6)	26,7 (24,5-29,0)	--
Difficoltà economiche			
<i>si</i>	32,8 (30,6-35,0)	31,6 (29,5-33,8)	--
<i>no</i>	25,1 (21,9-28,3)	25,5 (22,4-28,5)	--
Numero medio di sigarette	15	14	13
Chiesto da un medico/operatore sanitario se fuma			
<i>a tutto il campione</i>	40,9 (38,8-42,9)	45,4 (43,4-47,4)	41,0 (40,3-41,6)
<i>ai fumatori</i>	69,0 (65,3-72,7)	65,0 (61,5-68,6)	64,0 (62,7-65,2)
Consigliato da un medico/operatore sanitario di smettere di fumare (ai fumatori)	70,1 (66,4-73,7)	65,6 (62,1-69,1)	60,1 (58,8-61,4)
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	33,1 (29,7-36,5)	30,5 (27,3-33,8)	36,1 (35,0-37,3)
Ex-fumatori che hanno smesso da soli	98,0 (96,7-99,3)	96,8 (95,3-98,4)	96,1 (95,4-96,7)
Rispetto del divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):			
<i>sempre o quasi sempre</i>	84,0 (82,0-86,0)	84,3 (82,1-86,5)	88,3 (87,7-88,8)
Rispetto divieto di fumo nei luoghi pubblici:			
<i>sempre o quasi sempre</i>	74,7 (72,9-76,5)	74,4 (72,6-76,2)	86,6 (86,1-87,1) ²⁰

¹³ una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

¹⁴ nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

¹⁵ più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne

¹⁶ Bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori

¹⁷ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi

¹⁸ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

¹⁹ meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato

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.

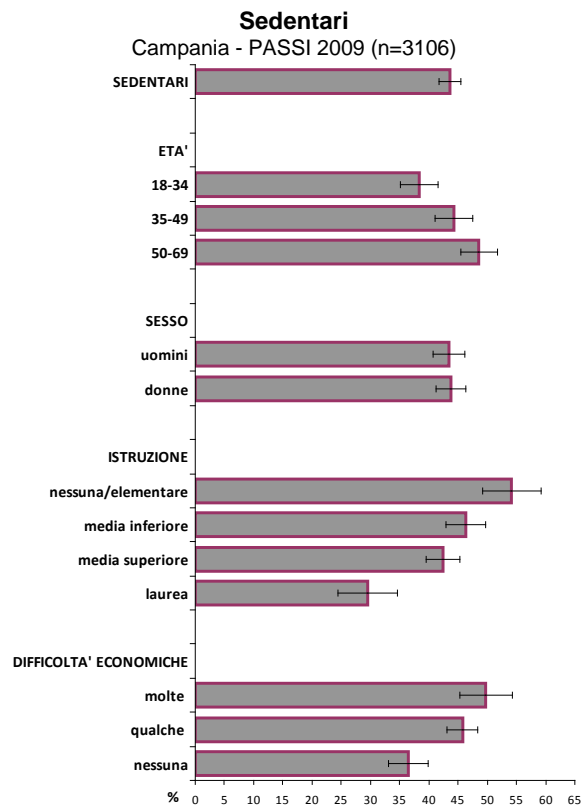
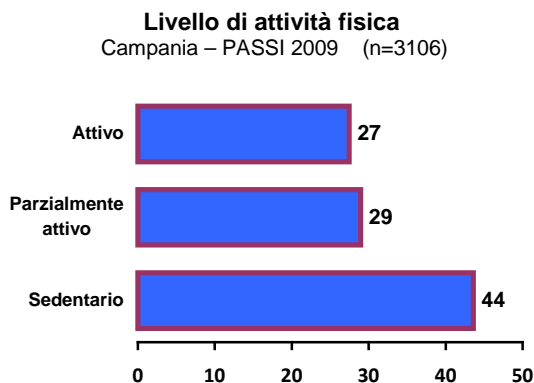
Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

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.

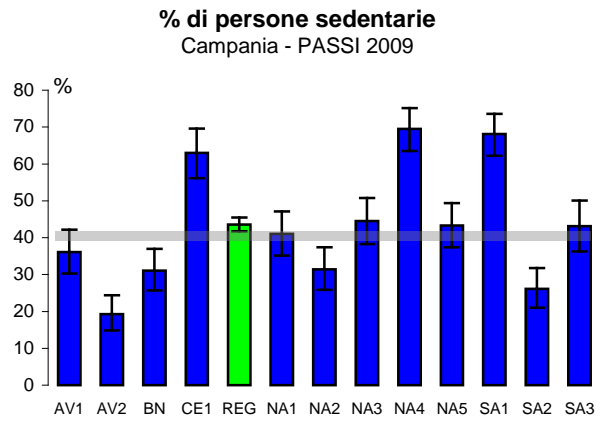
Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

- In Campania il 27% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 29% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 44% è completamente sedentario.

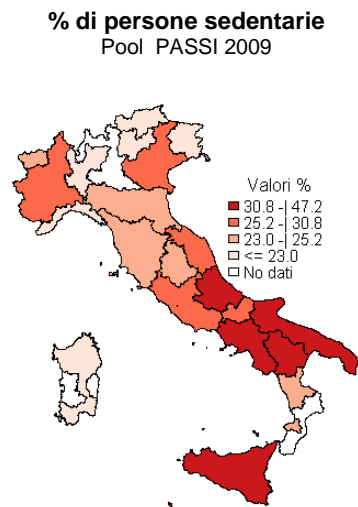


- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si conferma un rischio maggiore di sedentarietà solo per le persone nella fascia di 35-69 anni e con basso livello di istruzione.

- Nelle ASL regionali sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie (range dal 19% di Avellino2 al 69% di Napoli4,).

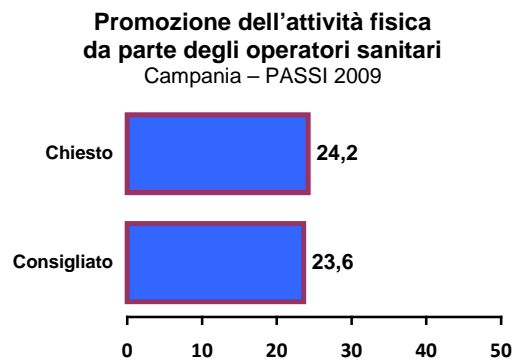


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 28% del campione, con un evidente gradiente territoriale.



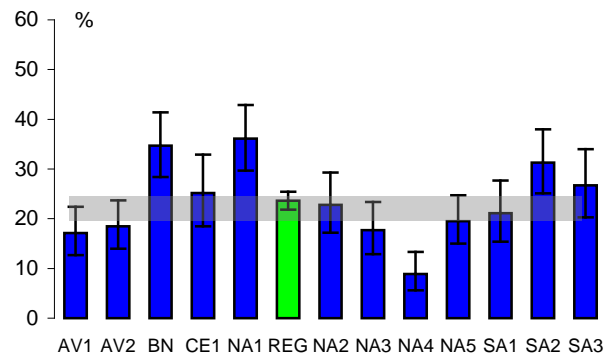
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

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



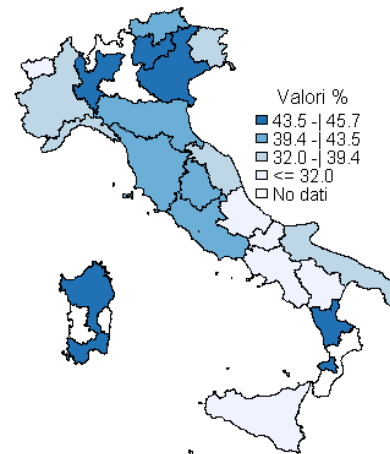
- Nelle ASL regionali la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico varia dal 9% di Napoli4 (valore più basso di quello regionale in maniera statisticamente significativa) al 36% di Napoli1.

% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
Campania - PASSI 2009



- 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.

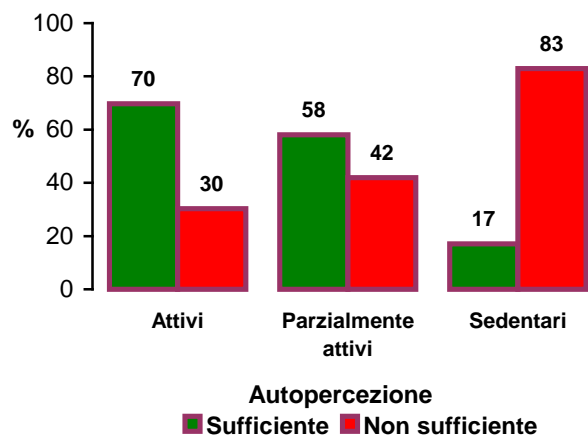
% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
Pool PASSI 2009



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

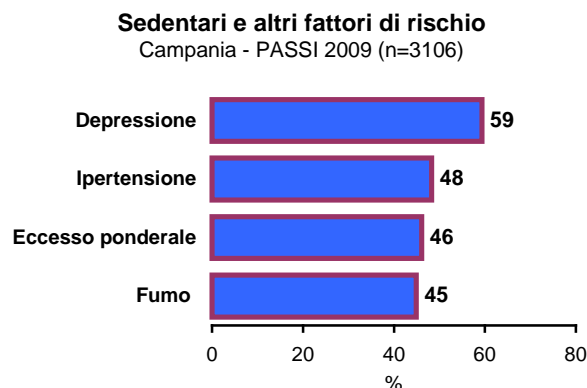
- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 30% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 58% delle persone parzialmente attive ed il 17% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati regionali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
Campania - PASSI 2009 (n=3065)



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 59% delle persone depresse
 - il 48% degli ipertesi
 - il 46% delle persone in eccesso ponderale.
 - Il 45% dei fumatori.



Conclusioni e raccomandazioni

In Campania si stima che solo una persona adulta su quattro (27%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 44% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su sei 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.).

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

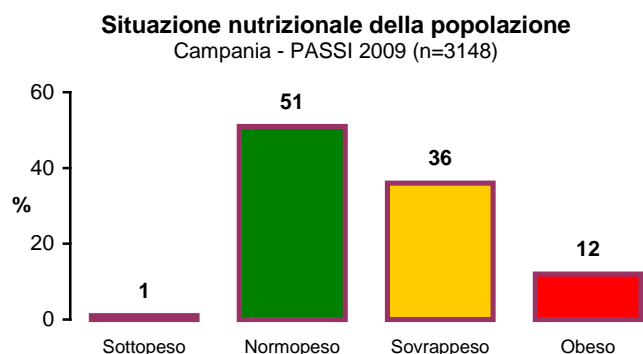
Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato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

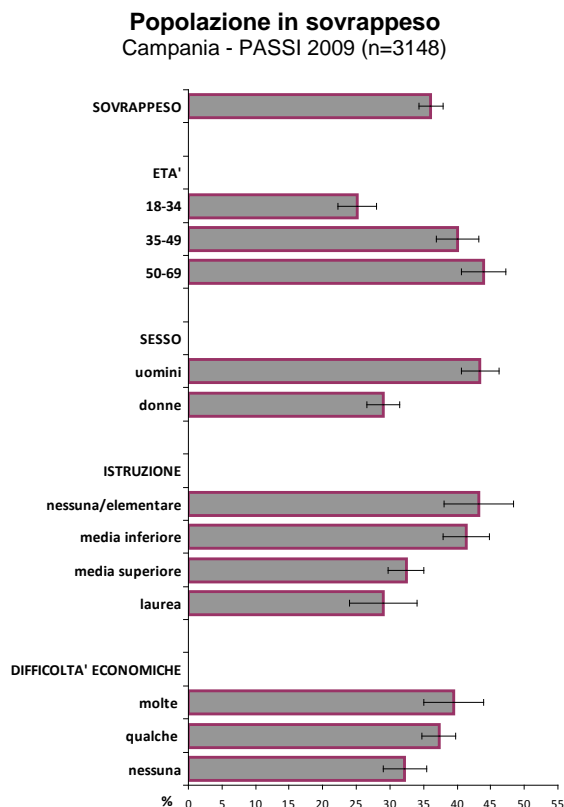
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

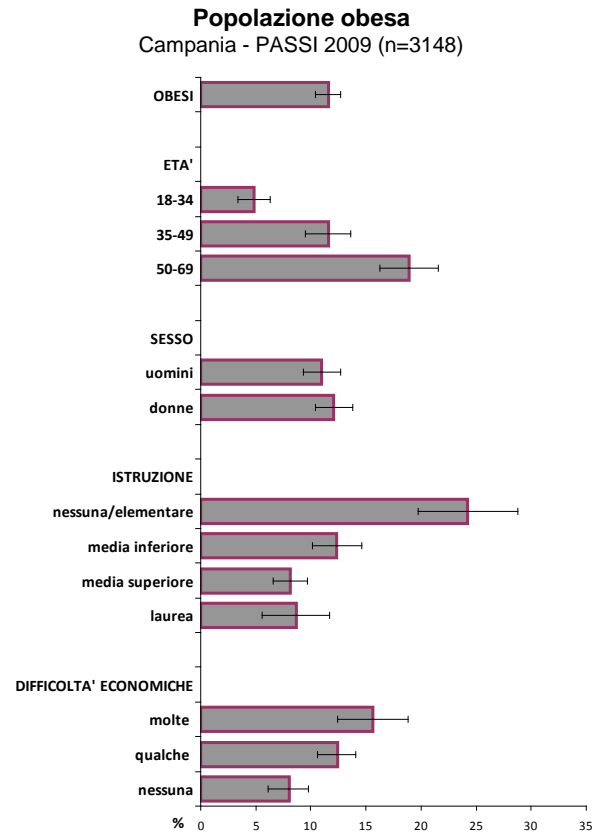
- In Campania meno del 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 51% normopeso, il 36% sovrappeso e il 12% obeso.
- Complessivamente si stima che il 47% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

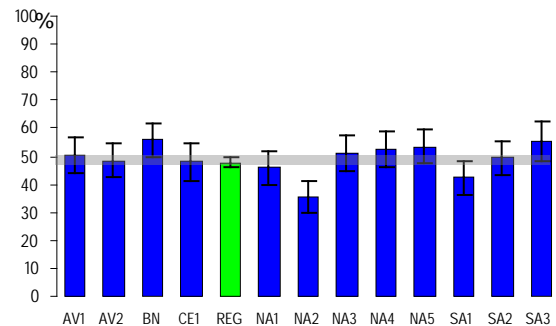
- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
 - col crescere dell'età
 - negli uomini (54% vs 41%)
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone con maggiori difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (regressione logistica), le significatività rilevate si mantengono.





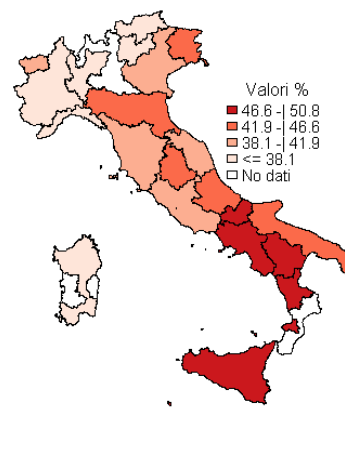
- Nelle ASL della Regione non sono emerse differenze statisticamente significative relative all'eccesso ponderale (range dal 35% di Napoli2 al 55,7% di Benevento)

% persone in eccesso ponderale
Campania - PASSI 2009



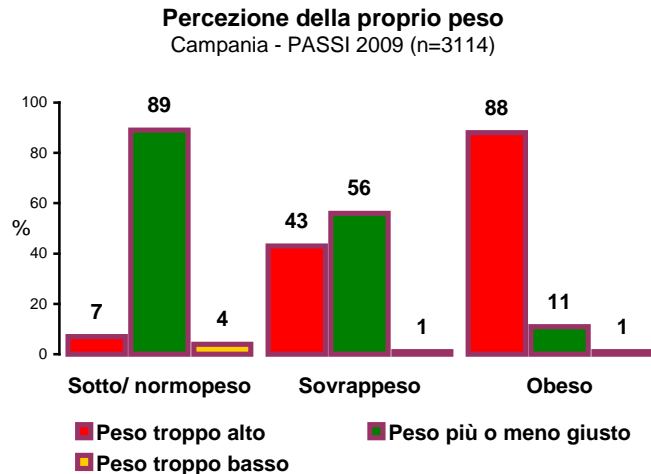
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 42% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32% in sovrappeso e 11% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.

% persone in eccesso ponderale
Pool PASSI 2009



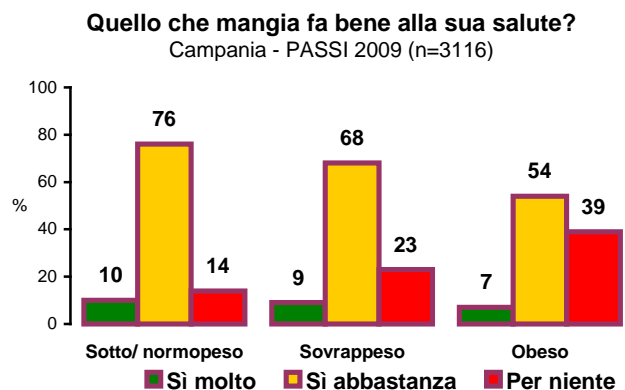
Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- 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 peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: in Campania si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (88%) e nei normopeso (89%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 56% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso il 87% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 91% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 43% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 65% degli uomini.



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

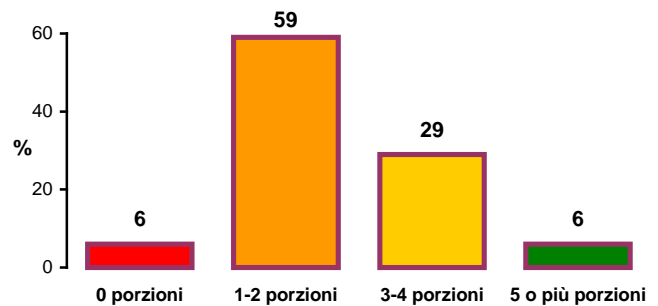
- In Campania l'80% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare:
 - l'86% delle persone sottopeso/normopeso
 - il 77% dei sovrappeso
 - il 61% degli obesi.



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

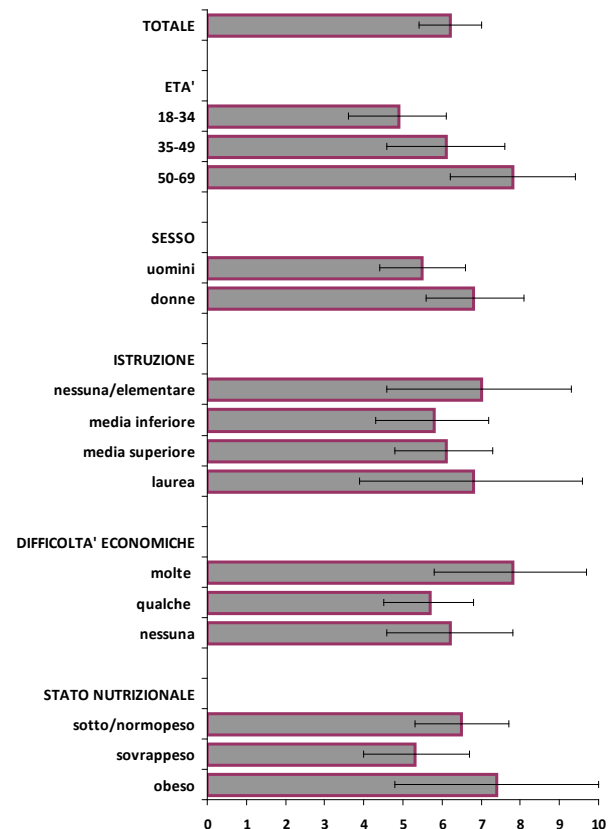
- In Campania il 59% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 29% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 6% le 5 porzioni raccomandate.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
Campania - PASSI 2009 (n=3152)



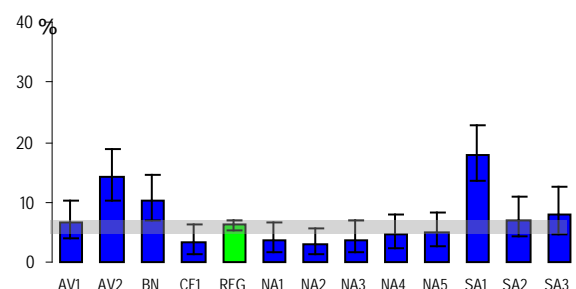
- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa nelle persone sopra ai 50 anni; non emergono differenze legate alle altre caratteristiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (regressione logistica), l'adesione al “five a day” rimane significativamente associato con età maggiore di 50 anni.

Consumo di frutta e verdura - Adesione al “5 a day”
Campania - PASSI 2009 (n=3152)



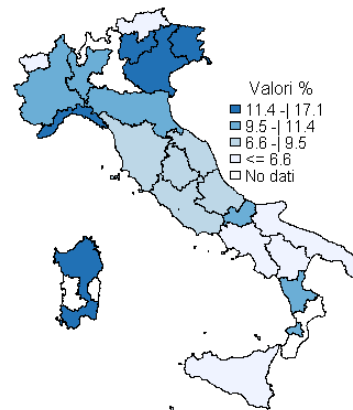
- Nelle ASL della Regione la percentuale di persone intervistate che aderisce al “five a day” varia dal 3% di Napoli al 18% di Salerno¹, valore significativamente più alto rispetto alla media regionale, insieme a quello dell'ASL AV2.

% persone che aderiscono al “five a day”
Campania - PASSI 2009



- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al “five a day” il 9% del campione.

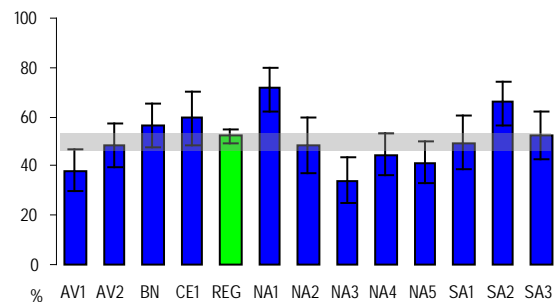
% persone che aderiscono al “five a day”
Pool PASSI 2009



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

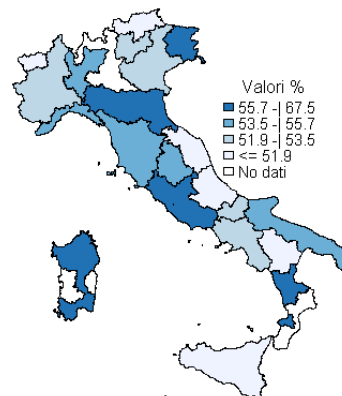
- In Campania il 52% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 43% delle persone in sovrappeso e il 78% delle persone obese.
- Nelle ASL della Regione la percentuale di persone intervistate in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia dal 34%% di Napoli3 al 71% di Napoli1 (valore significativamente più alto rispetto alla media regionale).

% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Campania - PASSI 2009



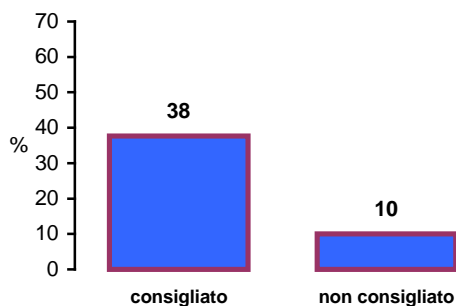
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 54% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 45% delle persone in sovrappeso e l’80% delle persone obese).

% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Pool PASSI 2009

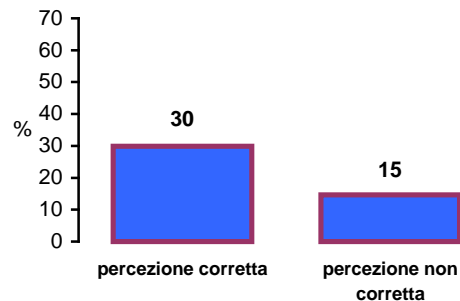


- Il 23% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (21% nei sovrappeso e 30% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (31% vs 17% negli uomini)
 - negli obesi (30% vs 21% nei sovrappeso)
 nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (30%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (15%)
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (38% vs 10%).

Attuazione della dieta in rapporto ai consigli degli operatori sanitari tra le persone in eccesso ponderale
Campania - PASSI 2009



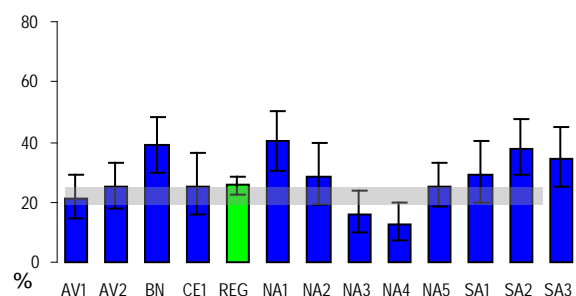
Attuazione della dieta in rapporto alla percezione del proprio peso tra le persone in eccesso ponderale
Campania - PASSI 2009



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

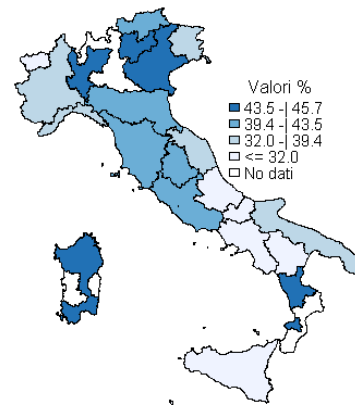
- In Campania il 46% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (43% nei sovrappeso e 56% negli obesi). Il 28% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 26% delle persone in sovrappeso e il 35% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 63% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 50% di chi non l'ha ricevuto.
- Nelle ASL regionali, la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia dal 13% di Napoli 4 (valore significativamente più basso rispetto la media regionale) al 40% di Napoli 1.

% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica
Campania - PASSI 2009



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 38% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 35% delle persone in sovrappeso e il 48% degli obesi.

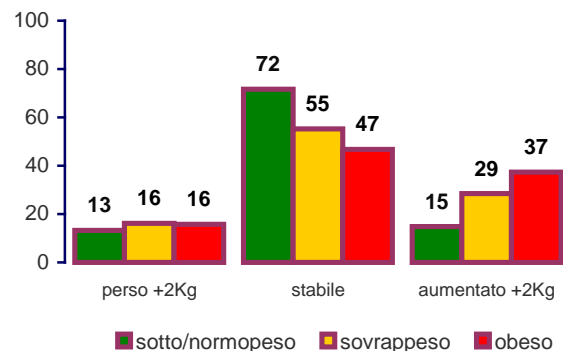
% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica
Pool PASSI 2009



Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- In Campania il 22% 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 maggiore:
 - nella fascia 35-49 anni (24% vs 23% 18-34 anni e 21% 50-69 anni)
 - nelle persone già in eccesso ponderale (37% obesi e il 28% sovrappeso vs 15% normopeso)
 - nelle donne (26% vs 19% uomini).

Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi
Campania - PASSI 2009 (n=3098)



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, in Campania 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 23% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (54%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: 3 su 5 assume una o due 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.

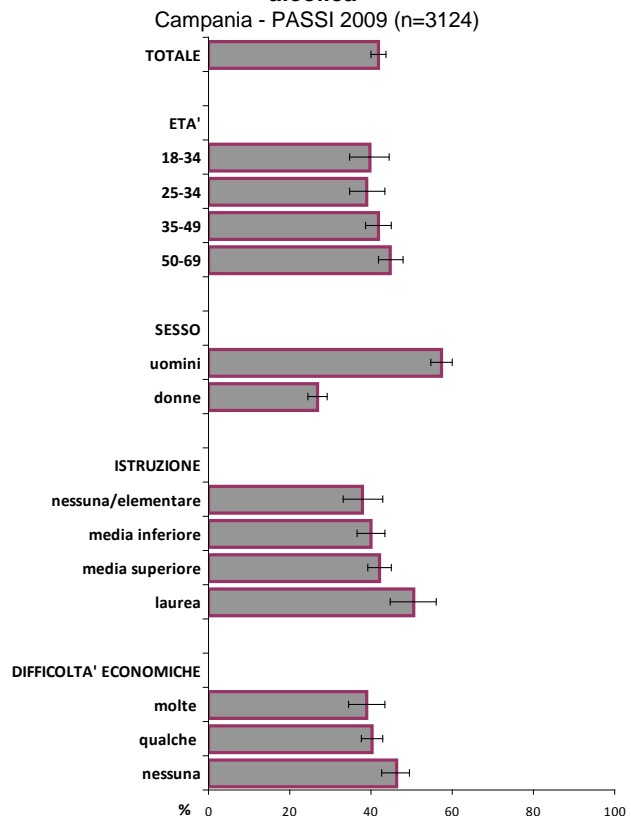
Il Piano Nazionale Alcol e Salute si propone di coordinare tutte le attività di prevenzione per ridurre i danni causati dall'alcol. L'emergere infatti di nuove culture del bere (dallo sbalzo del fine settimana alla moda degli aperitivi) sollecita la realizzazione di sistemi di monitoraggio adeguati a 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?

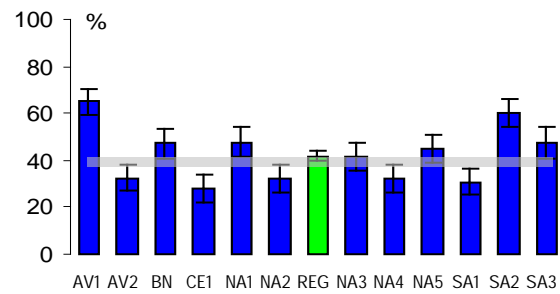
- In Campania la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 42%.
- Si sono osservate percentuali più alte di consumo:
 - negli uomini
 - nelle persone con livello di istruzione alto e senza difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), si osserva significatività per sesso maschile, età maggiore ai 50 anni, livello d'istruzione più elevato e assenza di difficoltà economiche.
- Il 55% degli intervistati ha riferito di consumare alcol durante tutta la settimana, mentre il 45% prevalentemente durante il fine settimana.

Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica°



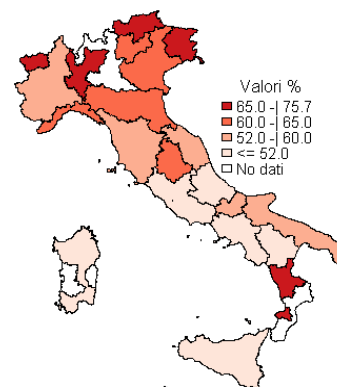
- Nelle ASL della Regione emerge un minore consumo statisticamente significativo ad Avellino², Caserta¹, Napoli² e Salerno¹ ed uno maggiore a Avellino¹ e Salerno² rispetto al dato medio regionale, mentre per le (range dal 28% di Caserta¹ al 65% di Avellino¹).

Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese
Campania - PASSI 2009



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori è del 57%; è presente un evidente gradiente territoriale.

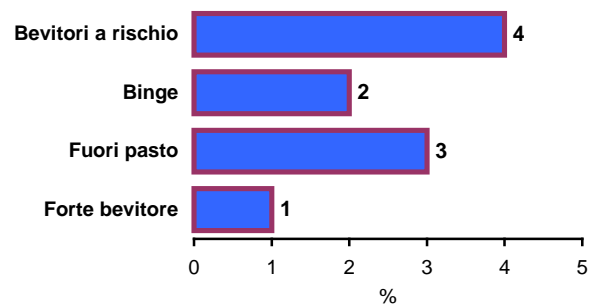
Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese
Pool PASSI 2009



Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente poco più del 5% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore "binge").
 - il 2% 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 3% ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
 - l'1% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

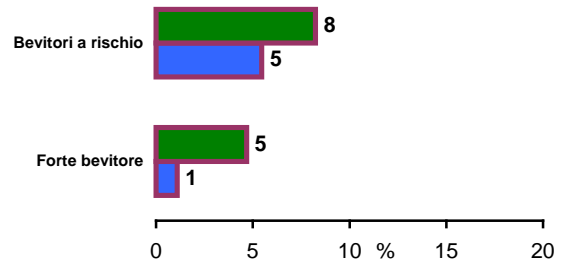
Bevitori a rischio* per categorie
Campania - PASSI 2009 (n=3106)



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

- 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'8%, mentre quella di forte bevitore è dell'5%.

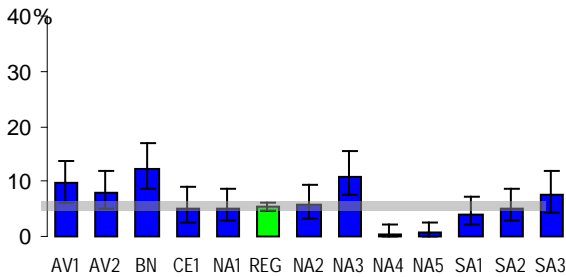
Bevitori a rischio e forti bevitori
Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN
di "forte bevitore"
 Campania - PASSI 2009 (n=3106)



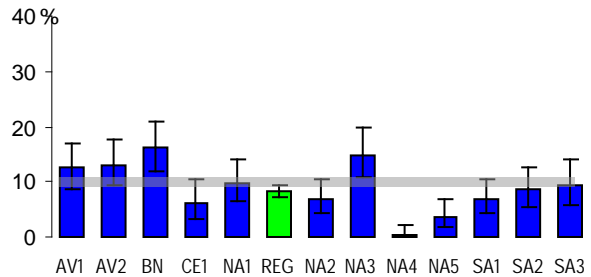
N.B.: la barra verde nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della nuova definizione INRAN di bevitore a rischio (>2 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >1 unità alcolica/giorno per le donne). La barra blu nelle categorie "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 ASL regionali sono emerse differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio anche per la limitata numerosità (range dallo 0,4% di Napoli 4 al 12,4% di Napoli 3).
- 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.

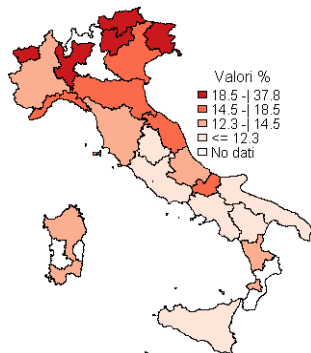
Percentuale di bevitori a rischio
Vecchia definizione INRAN di "forte bevitore"
 Campania - PASSI 2009



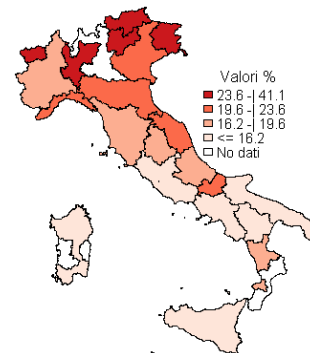
Percentuale di bevitori a rischio
Nuova definizione INRAN di "forte bevitore"
 Campania - PASSI 2009



Percentuale di bevitori a rischio
Vecchia definizione INRAN di "forte bevitore"
 Pool PASSI 2009



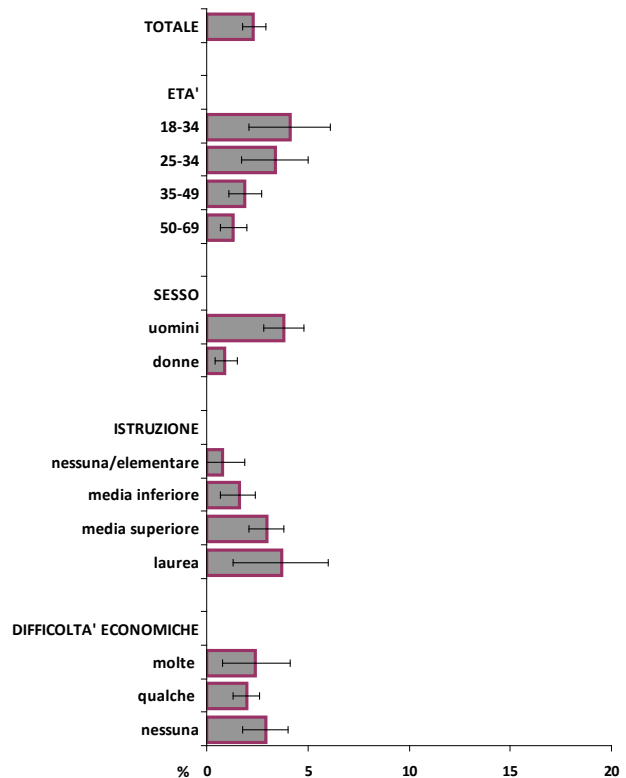
Percentuale di bevitori a rischio
Nuova definizione INRAN di "forte bevitore"
 Pool PASSI 2009



Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

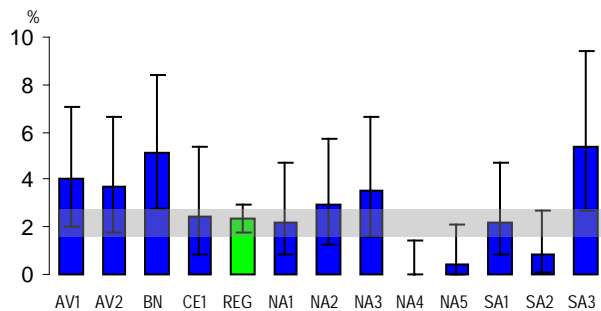
- Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda il 2% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso:
 - tra i più giovani nella fascia di 18-24 anni (4%)
 - negli uomini (4% vs 1% nelle donne)
 - nelle persone con maggiore livello di istruzione.
- Permangono differenze significative per le suddette caratteristiche anche utilizzando tecniche di analisi multivariata.

Consumo "binge" (ultimo mese)
Campania - PASSI 2009 (n=3103)



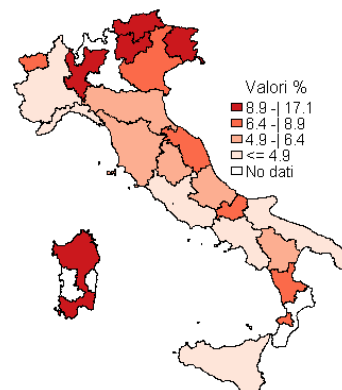
- Nelle ASL regionali la percentuale di bevitori "binge" mostra differenze statisticamente significative per Benevento, Napoli 4 e Salerno 3 (range dallo 0% di Napoli 4 al 5% di Benevento e Salerno 3).

Percentuale di bevitori "binge"
Campania - PASSI 2009



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori binge è risultata del 6%.

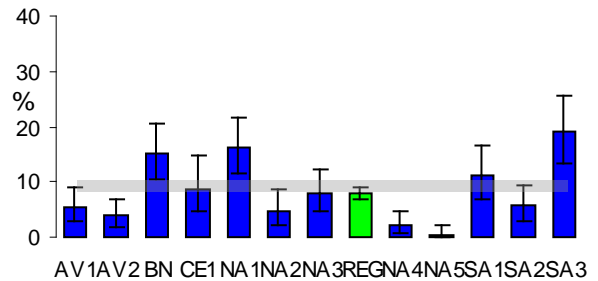
Percentuale di bevitori "binge"
Pool PASSI 2009



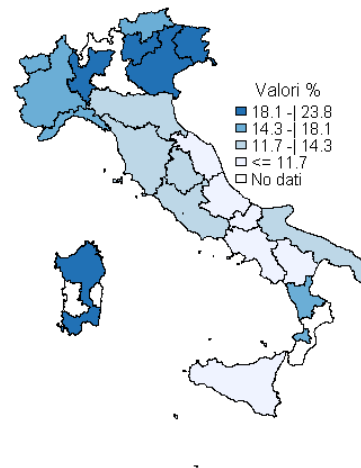
A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- In Campania solo l'8% 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 ASL della Regione, Avellino 2, Napoli 4 e Napoli 5 hanno mostrato una percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol significativamente inferiore rispetto al valore regionale (range dal 0% di Napoli 5 al 19% di Salerno 3).
- Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, il 14% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 7% 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
Campania - PASSI 2009

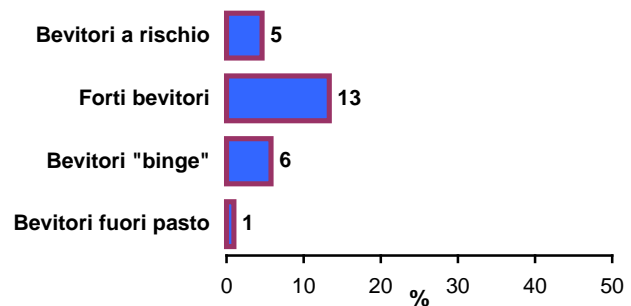


Percentuale di persone a cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol
Pool PASSI 2009



- Solo il 3% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno; tra i bevitori a rischio questa percentuale è del 5%. In particolare:
 - 13% nei forti bevitori,
 - 6% nei bevitori "binge"
 - 1% nei bevitori fuori pasto

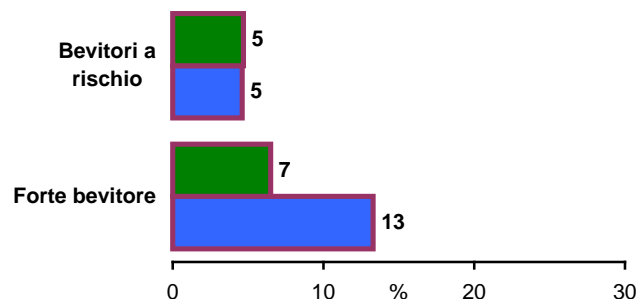
% bevitori a rischio* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario°
Campania - PASSI 2009 (n=2614)



* 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"
Campania - PASSI 2009



* 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

In Campania si stima che circa due persone su cinque di 18-69 anni consumino bevande alcoliche e una su venti 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.

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.

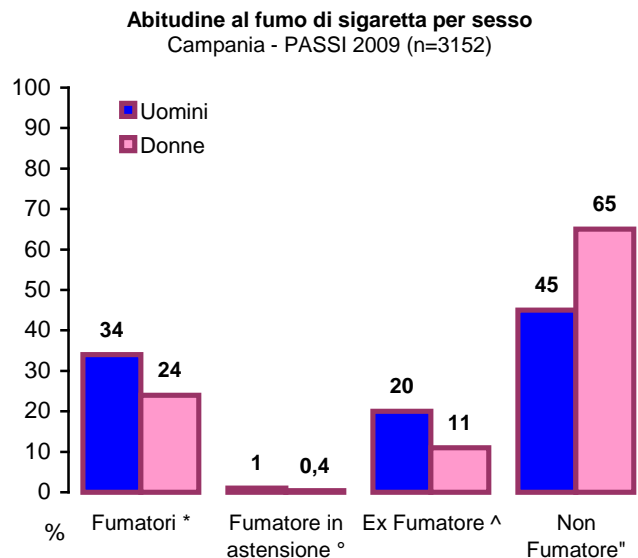
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta in:
 - il 55% degli intervistati ha riferito di non fumare
 - il 30% di essere fumatore
 - il 15% 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 (35% versus 25%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (65% versus 45%).



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

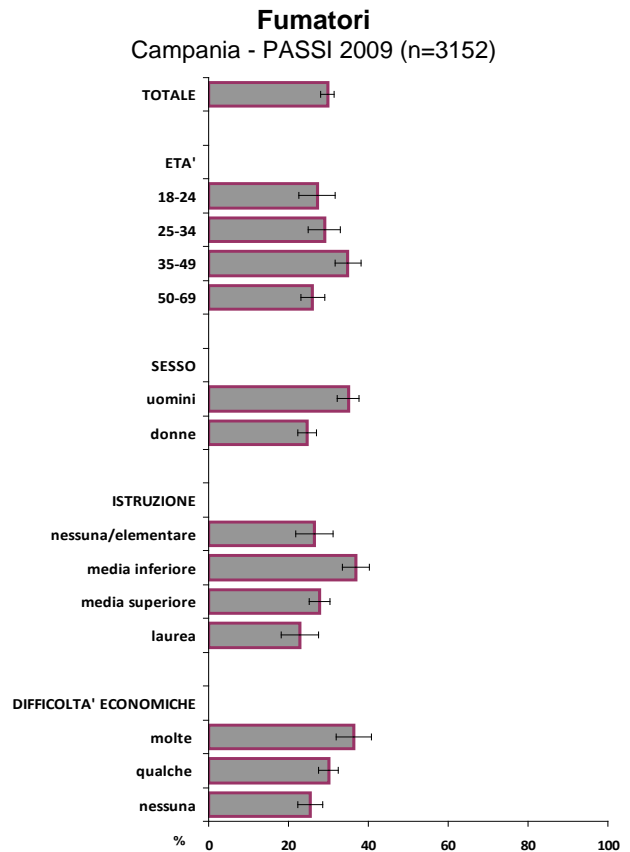
° **Fumatore in astensione**: soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

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

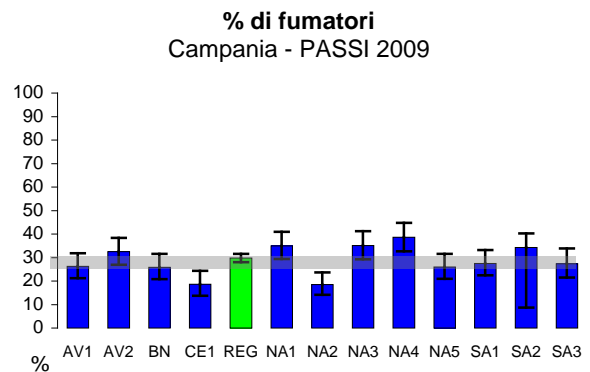
" **Non fumatore**: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

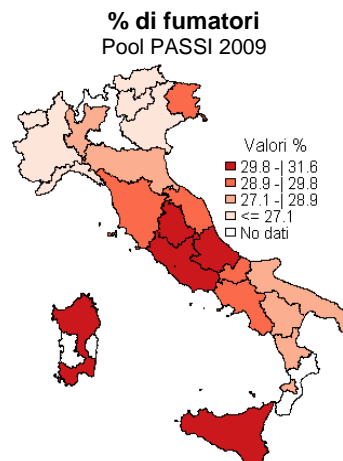
- Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
 - tra le persone di 35-49 anni
 - tra gli uomini
 - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore
 - tra le persone con molte difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), queste categorie si confermano associate significativamente alla condizione di fumatore.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 14 sigarette al giorno; tra questi, l'8% fuma oltre 20 sigarette al dì ("forte fumatore").



- Tra le ASL regionali, CE 1 e NA 2 mostrano una prevalenza di fumatori significativamente minore, mentre NA 4 mostra una prevalenza maggiore (range dal 18,5% di NA 2 al 38,4% di NA 4).



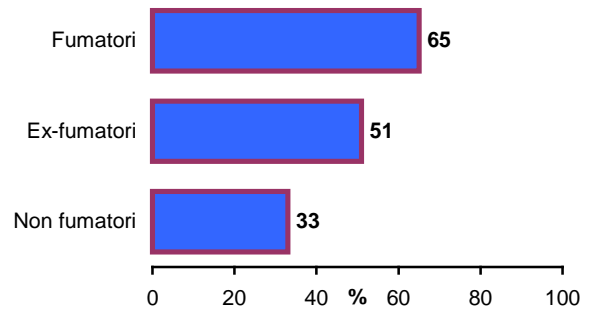
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 29%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 52%.



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

- Circa il 45% 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 65% dei fumatori
 - il 51% degli ex fumatori
 - il 33% dei non fumatori.

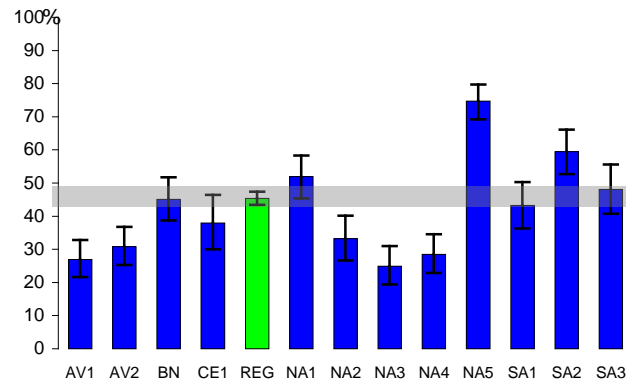
% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo
Campania - PASSI 2009 (n=2704)*



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

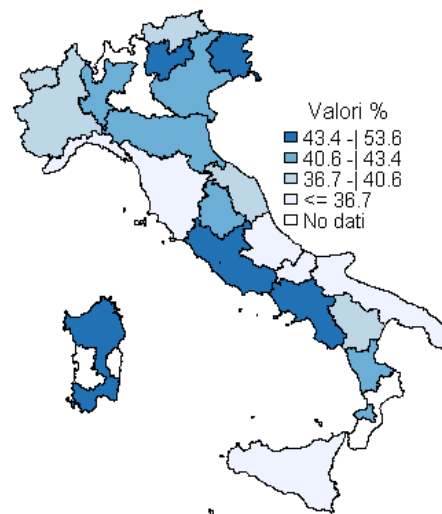
- Tra le ASL regionali, AV 1, AV 2, NA 2, NA 3, e NA 4 si differenziano significativamente per una più bassa percentuale di persone interpellate dal sanitario sulle abitudini sul fumo (range dal 24,9% di NA 3 al 74,7% di NA 5).

% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo
Campania - PASSI 2009



- 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 41% degli intervistati.

% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo
Pool PASSI 2009

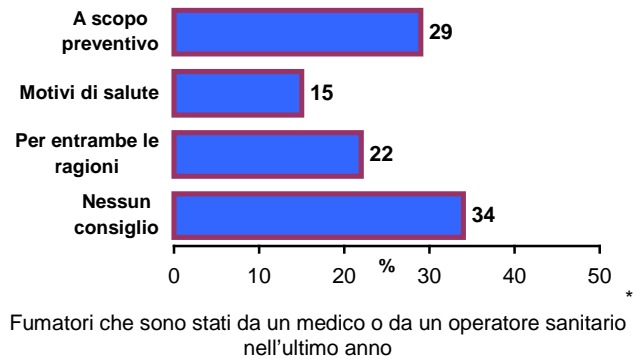


A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

- Tra i fumatori, il 66% 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

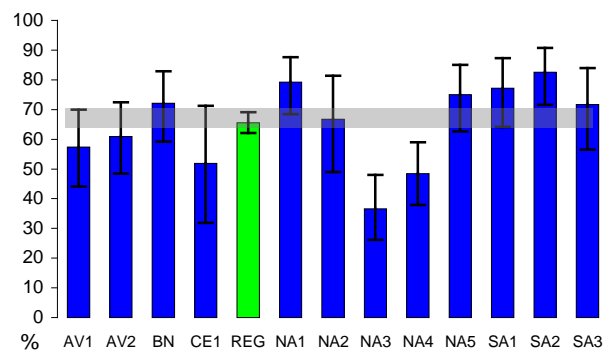
Campania - Passi 2009 (n=742)*



- Fra le ASL regionali, la non sono NA 3 e la NA 4 mostrano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 36,6% di NA 3 al 82,6% di SA 2).

% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare

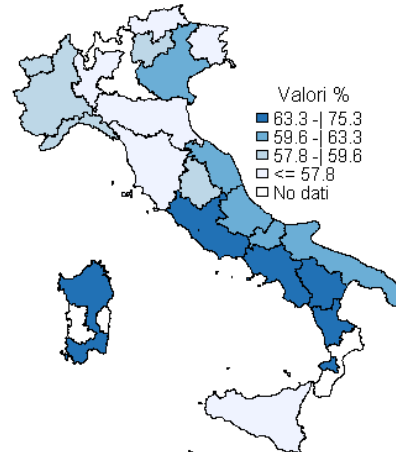
Campania - PASSI 2009



- 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%.

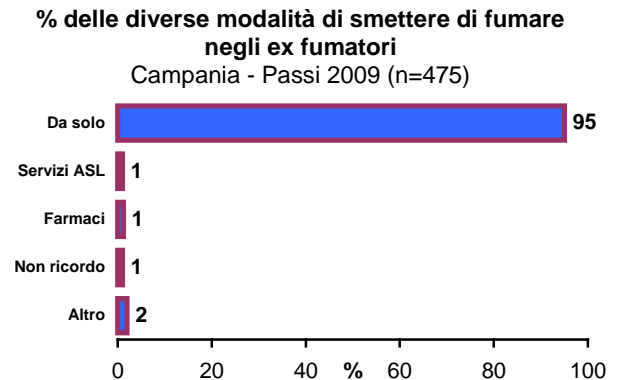
% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare

Pool PASSI 2009



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

- Fra gli ex fumatori, ben il 95% 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 31% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (36% a livello nazionale).



Conclusioni e raccomandazioni

In Campania, 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.

Due fumatori su tre 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 delle ASL regionali.

Rispetto del divieto di fumo

Come è ormai noto, il fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati ed espone ad un aumentato rischio di gravi patologie, quali cancro e malattie cardio e cerebrovascolari in adulti e bambini.

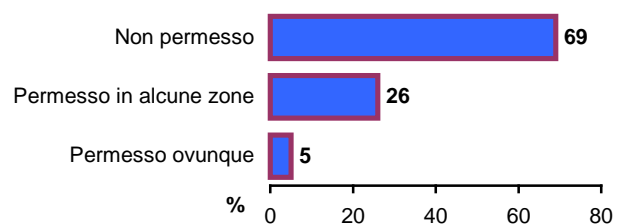
L'entrata in vigore della Legge sulla "Tutela della salute dei non fumatori" (10 gennaio 2005) rappresenta un evidente segnale dell'attenzione al problema ed ha notevolmente incentivato l'adozione di comportamenti virtuosi nei principali ambienti di comunità (ambito domestico, luoghi pubblici e di lavoro).

L'efficacia di tali provvedimenti è testimoniata da studi, condotti in ambiti territoriali diversi, che hanno evidenziato una riduzione del tasso di ricoveri per infarto miocardico acuto.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione:
 - il 69% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa
 - il 26% che si fuma in alcuni luoghi
 - il 5% che si fuma ovunque.

% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
Campania - Passi 2009 (n=3144)

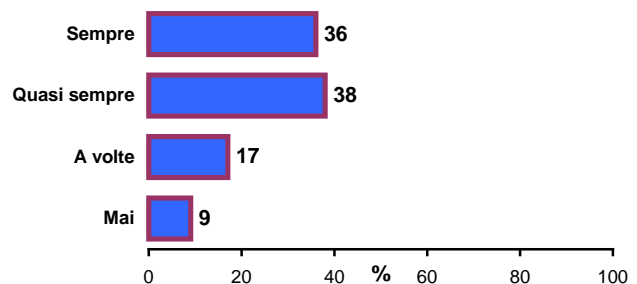


La percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Il 74% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (36%) o quasi sempre (38%).
- Il 26% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (9%) o lo è raramente (17%).

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

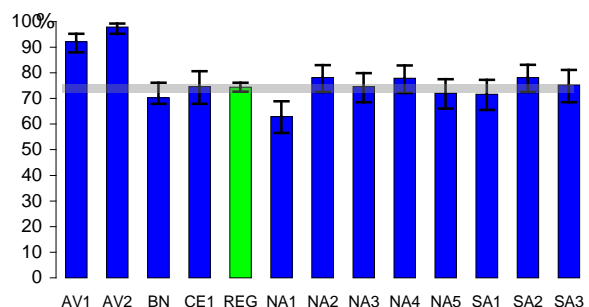
Campania - Passi 2009* (n=2850)



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

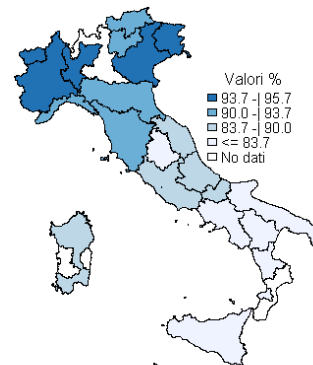
- Fra le ASL regionali, NA 1 e AV 2 hanno mostrato valori significativamente maggiori per quanto concerne la percentuale di persone che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici, mentre NA 1 mostra un valore minore (range dal 62,9% di NA 1 al 97,9% di AV 2).

% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici
Campania - PASSI 2009



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

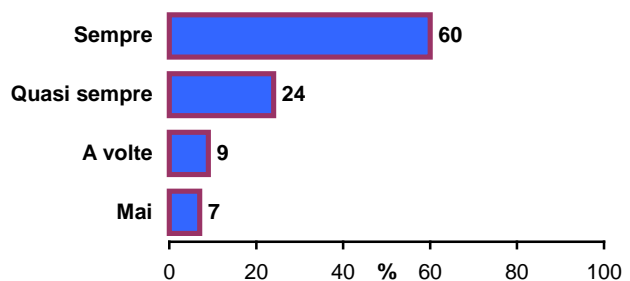
% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici
Pool PASSI 2009



Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati, l'84% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (60%) o quasi sempre (24%).
- Il 16% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (7%) o lo è raramente (9%).

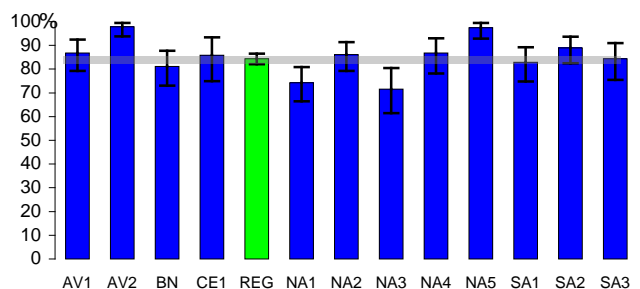
Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro
Campania – Passi 2009 (n=1382)*



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

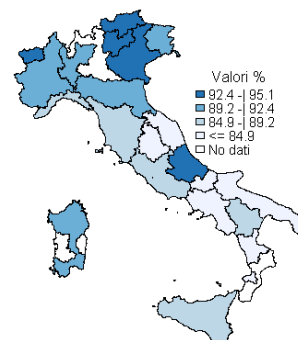
- Fra le ASL regionali, la NA 1 e la NA 3 hanno mostrato valori significativamente più bassi per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (range dal 71,6% di NA 3 al 97,5% di NA 5).

% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro
Campania - PASSI 2009



- 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, con un evidente gradiente territoriale.

% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro
Pool PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

L'Italia è stato uno dei primi Paesi dell'Unione europea a regolamentare il fumo nei locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità.

La provata efficacia della Legge nel ridurre i danni da fumo passivo implica la necessità di implementare il rispetto dei divieti.

Il monitoraggio nel tempo dell'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane, pertanto, uno strumento importante per valutare il rispetto delle norme, sottolineando come il problema del fumo passivo rappresenti ancora un problema rilevante nelle diverse realtà regionali.

In Campania, particolarmente, il rispetto del divieto di fumo è scarsamente percepito soprattutto nei luoghi pubblici, fenomeno che andrebbe opportunamente contrastato.

Rischio cardiovascolare

- ➔ **Iperensione arteriosa**
- ➔ **Ipercolesterolemia**
- ➔ **Diabete**
- ➔ **Calcolo del rischio cardiovascolare**

Tabella riassuntiva

Iperensione arteriosa (% , IC95%)			
	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Persone che riferiscono di essere ipertese	19,6 (18,1-21,2)	20,4 (18,9-21,9)	20,3 (19,8-20,8)
Misurazione di pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	78,5 (77,0-80,1)	80,4 (78,9-81,8)	83,0 (82,5-83,5)
Colesterolemia (% , IC95%)			
	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche	18,5 (16,9-20,1)	16,4 (14,9-17,8)	24,1 (23,5-24,7)
Misurazione del colesterolo almeno una volta	83,3 (82,0-84,6)	85,6 (84,3-86,9)	79,3 (78,8-79,8)
Diabete (% , IC95%)			
	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Persone che riferiscono di essere diabetiche	5,7 (4,7-6,6)	6,4 (5,6-7,3)	4,96 (4,78-5,14)
Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 35 anni) (% , IC95%)			
	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ²¹	5,9 (4,9-6,9)	9,8 (8,5-11,1)	6,8 (6,5-7,2)

²¹ Calcolato su tutte le persone >34 anni, senza patologie cardiovascolari

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.

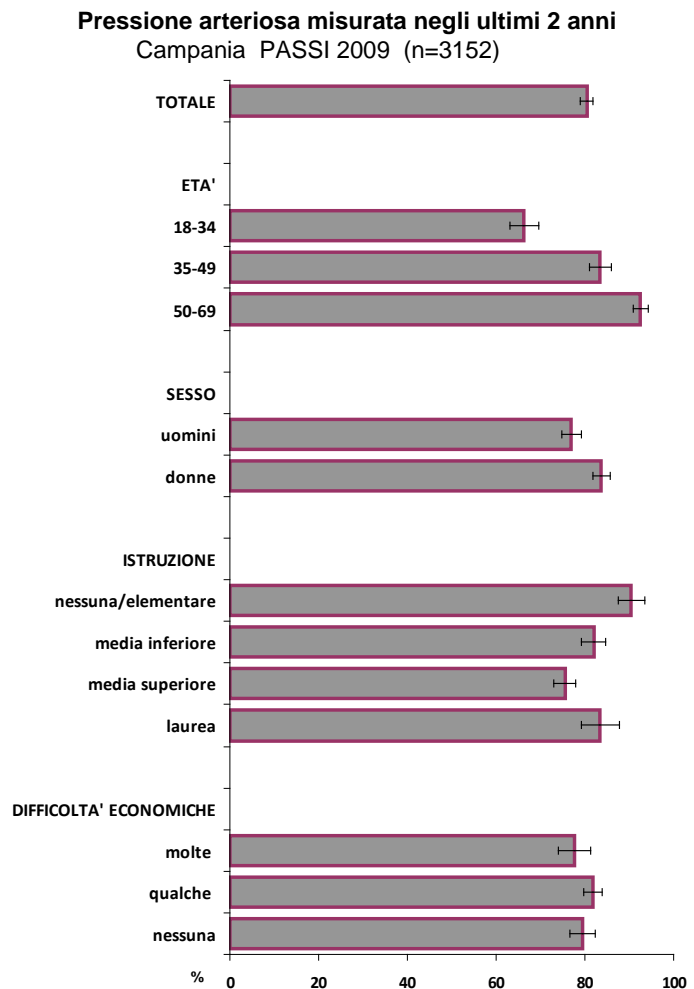
Ipertensione arteriosa

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.

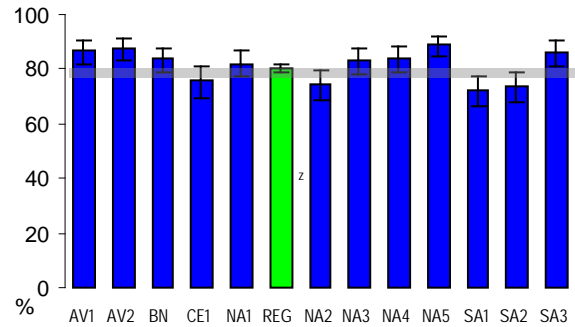
A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In Campania l'80% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 9% più di 2 anni fa, mentre il restante 11% 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 qualche difficoltà economica
 - nelle donne
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), si mantiene la significatività per classe di età, sesso e presenza di difficoltà economiche.



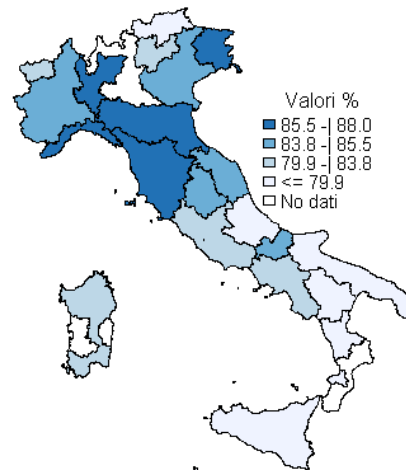
- Tra le ASL regionali Avellino2, Napoli5, Salerno1 e Salerno2 si differenziano significativamente per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (range dal 72% di Salerno1 all'89% di Napoli5).

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Campania - PASSI 2009



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83%; è presente un evidente gradiente territoriale.

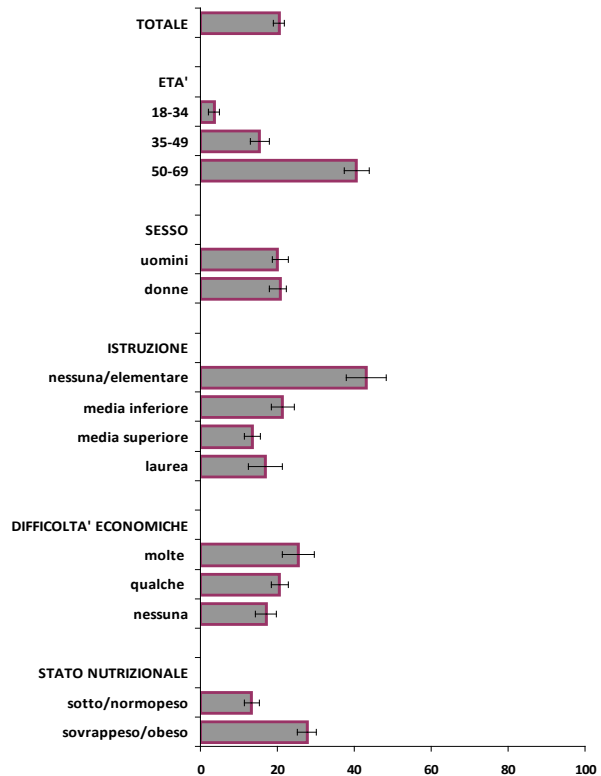
Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Pool PASSI 2009



Quante persone sono ipertese?

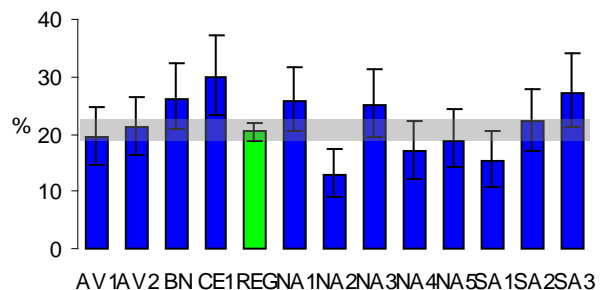
- In Campania il 20% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - al crescere dell'età (41% nella fascia 50-69 anni)
 - nelle persone con livello di istruzione molto basso
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone con eccesso ponderale.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (regressione logistica), rimane solo la significatività per classe di età avanzata, basso livello di istruzione ed eccesso ponderale.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione*
Campania - PASSI 2009 (n=2832)



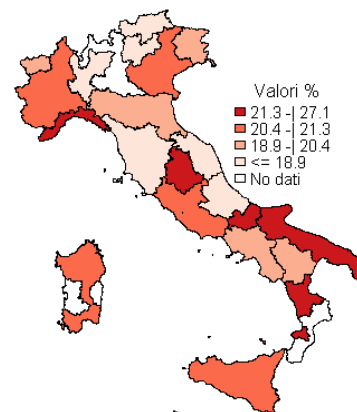
- Tra le ASL regionali la Caserta1, la Napoli2 si differenziano significativamente, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione varia dal 13% di Napoli2 al 30% di Caserta1.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)
Campania - PASSI 2009



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 20%.

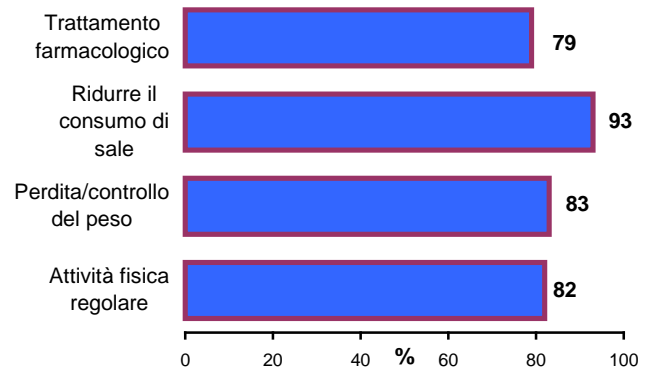
Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)
Pool PASSI 2009



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

- In Campania il 79% degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di sale (93%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (83%)
 - svolgere regolare attività fisica (82%).

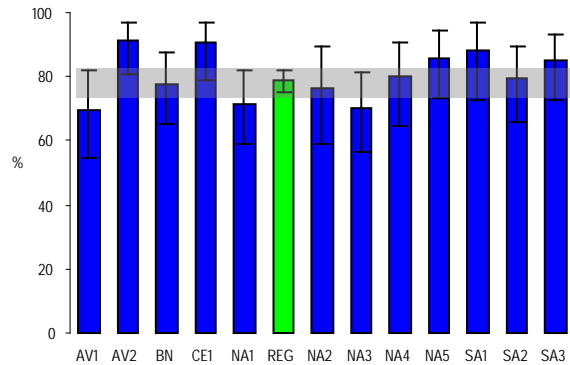
Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico *
Campania PASSI, 2009 (n=605)



* ogni variabile considerata indipendentemente

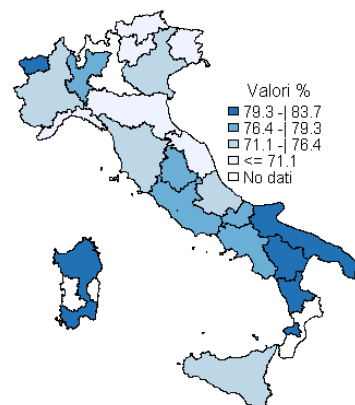
- Tra le ASL regionali, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (range dal 70% di Napoli3 al 91% di Avellino2).

Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci
Campania - PASSI 2009



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 76%.

Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci
Pool PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

In Campania 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.

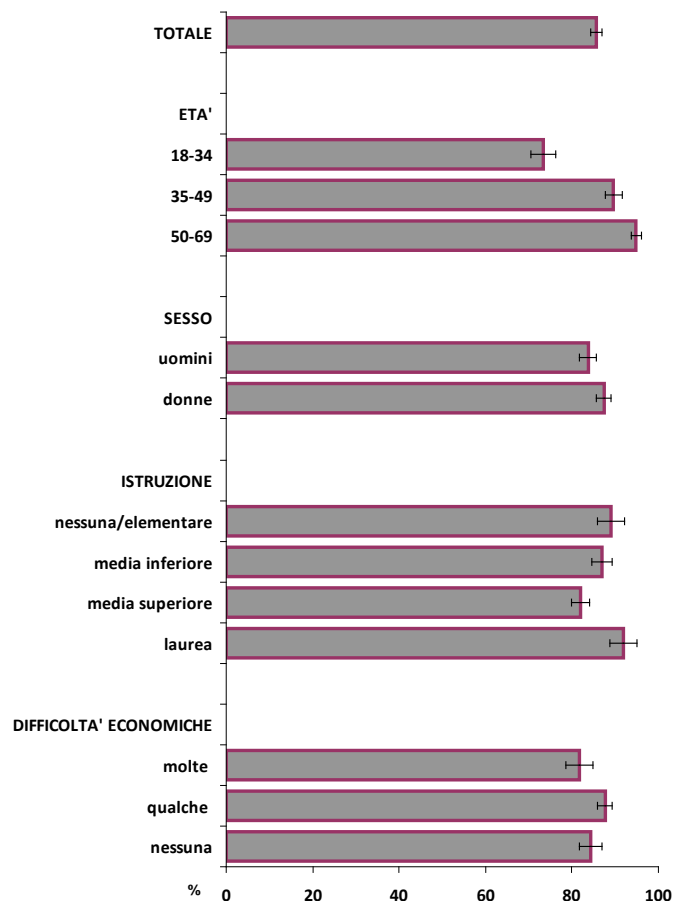
Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardio.

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).

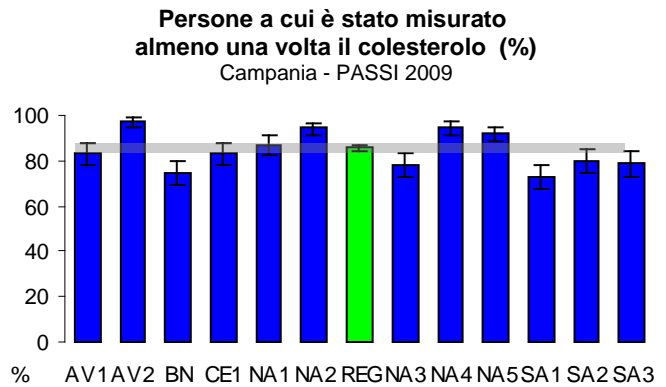
Quante persone hanno effettuato almeno una volta nella vita la misurazione del colesterolo?

- In Campania l'86% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
 - il 59% nel corso dell'ultimo anno
 - il 16% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
 - il 10% 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 73% della fascia 18-34 anni al 95% di quella 50-69 anni)
 - nelle donne
 - nelle persone con alto livello di istruzione
 - nelle persone con qualche difficoltà economica
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), si mantiene la significatività per classe di età, sesso, difficoltà economiche e livello di istruzione.

Colesterolo misurato almeno una volta nella vita
Campania - PASSI 2009 (n=3152)

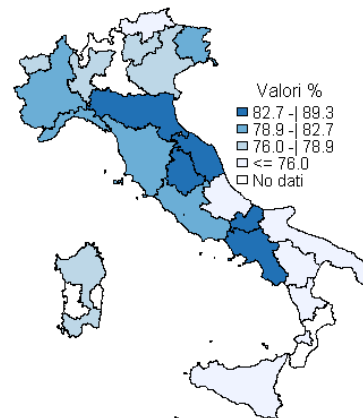


- Tra le ASL regionali Salerno1 e Benevento si differenziano per una più bassa percentuale di persone a cui è stata controllata la colesterolemia (range dal 73% di Salerno1 all'97% di Avellino2).



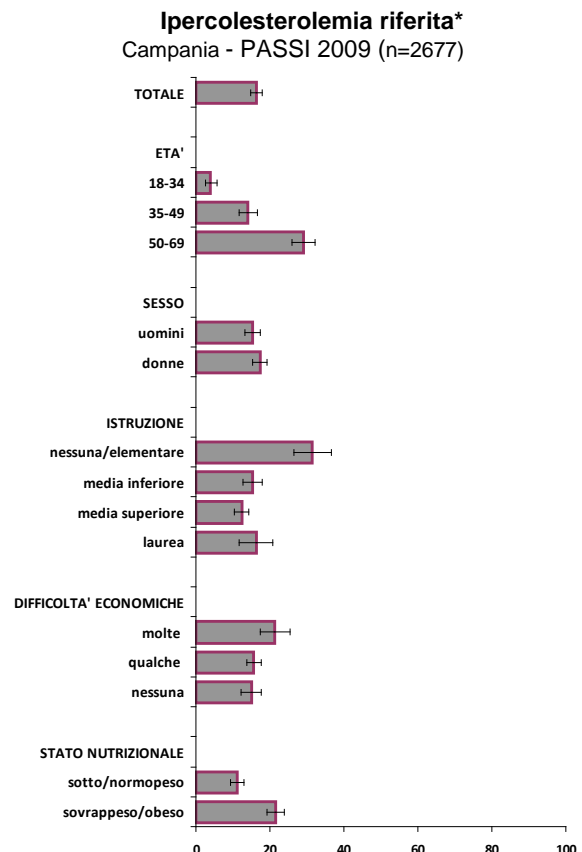
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 79%; è presente un evidente gradiente territoriale.

Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)
Pool PASSI 2009

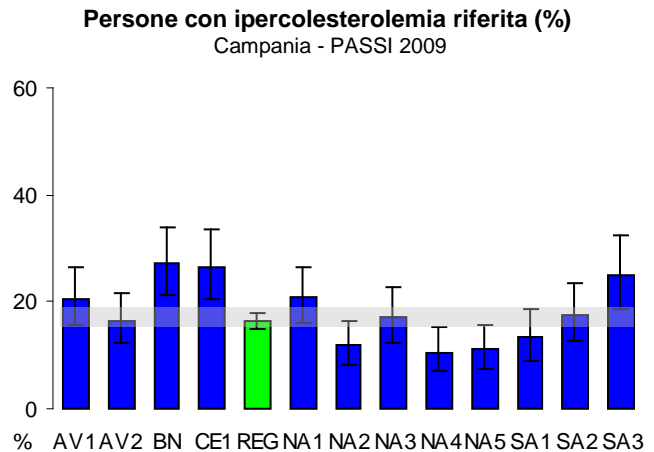


Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- In Campania il 16% 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 basso livello di istruzione e con difficoltà economiche
 - nelle persone in sovrappeso.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), rimangono associazioni significative con l'età, il livello di istruzione, le difficoltà economiche e l'eccesso ponderale.

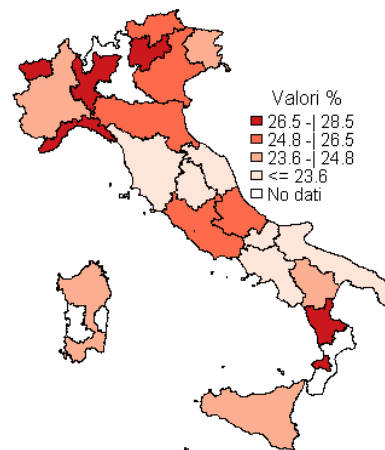


- Tra le ASL regionali, si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolo nel sangue (range dal 11% di Napoli4 e Napoli5 al 27% di Benevento).



- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale.

Persone con ipercolesterolemia riferita (%)
Pool PASSI 2009

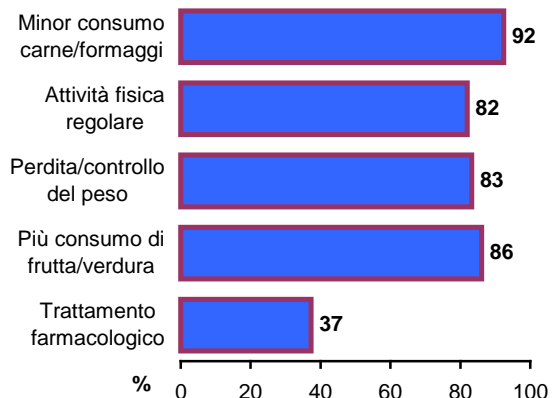


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- In Campania il 37% 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 (92%)
 - svolgere regolare attività fisica (82%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (83%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (86%).

Trattamenti dell'ipercolesterolemia consigliati dal medico*

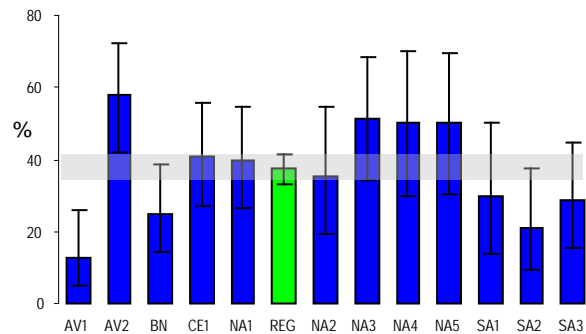
Campania - PASSI 2009 (n=474)



* ogni variabile considerata indipendentemente

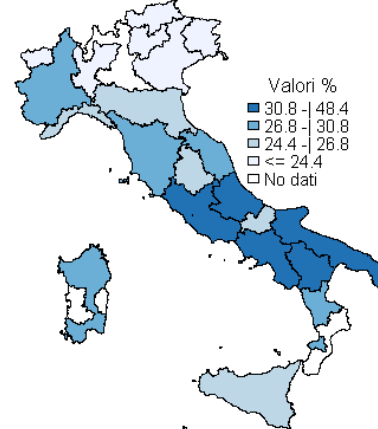
- Tra le ASL regionali non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, anche per la ridotta numerosità campionaria (range dal 13% di Avellino1 al 58% di Avellino2).

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)
Campania - PASSI 2009



- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 28%.

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)
Pool PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in Campania, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su sei abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a circa 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 cinque 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 (maggior causa di cecità fra gli adulti) e la nefropatia diabetica (principale causa di insufficienza renale cronica e di ricorso alla dialisi).

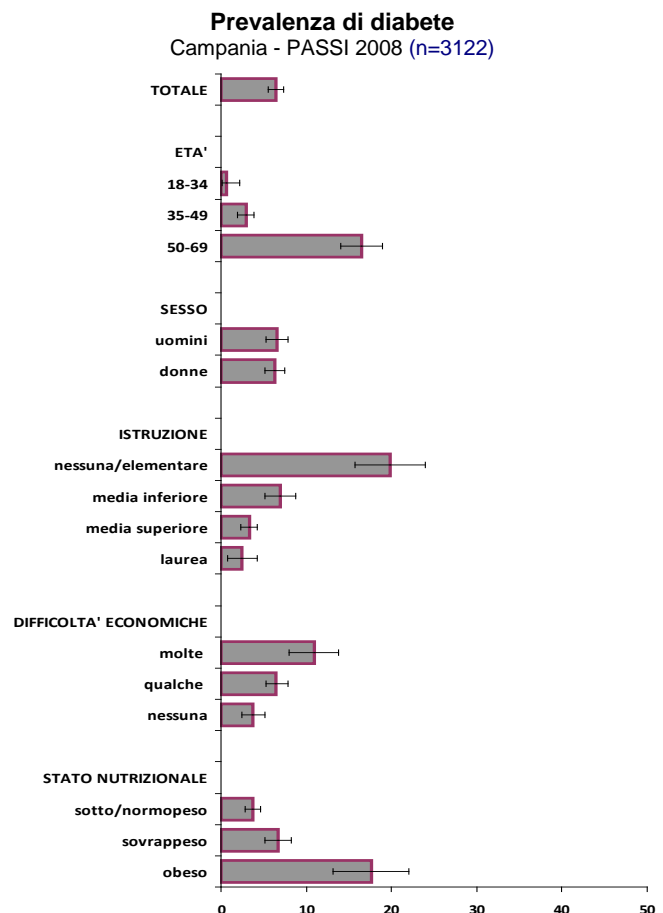
Il diabete si associa inoltre ad un notevole aumento del rischio di malattia cardiovascolare: i tassi di mortalità da cardiopatia ischemica nei diabetici sono almeno tre volte superiori a quelli rilevati nella popolazione generale.

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).

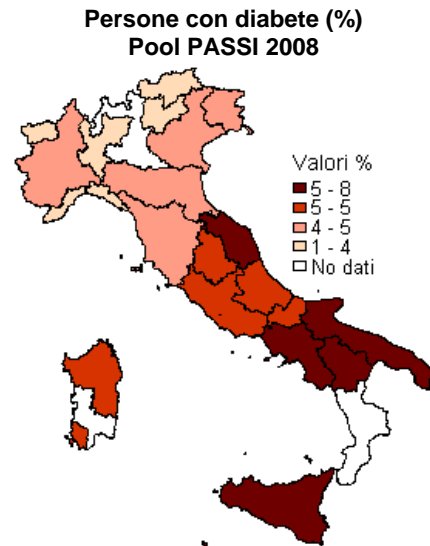
Recentemente sono stati realizzati importanti progressi nel trattamento del diabete e nella prevenzione delle sue complicanze; a tale riguardo l'adesione degli operatori sanitari è estremamente importante, anche per favorire il riconoscimento precoce della malattia: si stima infatti che circa il 50%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

Qual è la prevalenza di diabetici?

- In Campania il 6% delle persone intervistate ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico.
- In particolare il diabete è più diffuso, con differenze statisticamente significative:
 - al crescere dell'età
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone in eccesso ponderale.
- Analizzando insieme tutte queste caratteristiche mediante analisi multivariata, si conferma l'associazione con l'età, il livello di istruzione e l'obesità.



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 5% degli intervistati ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete.



Conclusioni e raccomandazioni

In Campania circa il 6% della popolazione tra 18 e 69 anni riferisce di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico. Dai risultati si conferma la tendenza all'aumento di questa patologia con l'età ed emerge una significativa associazione tra diabete e basso livello di istruzione, oltre che con la condizione di eccesso ponderale. I risultati sono in linea con quelli derivanti dal pool delle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza.

Calcolo 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.

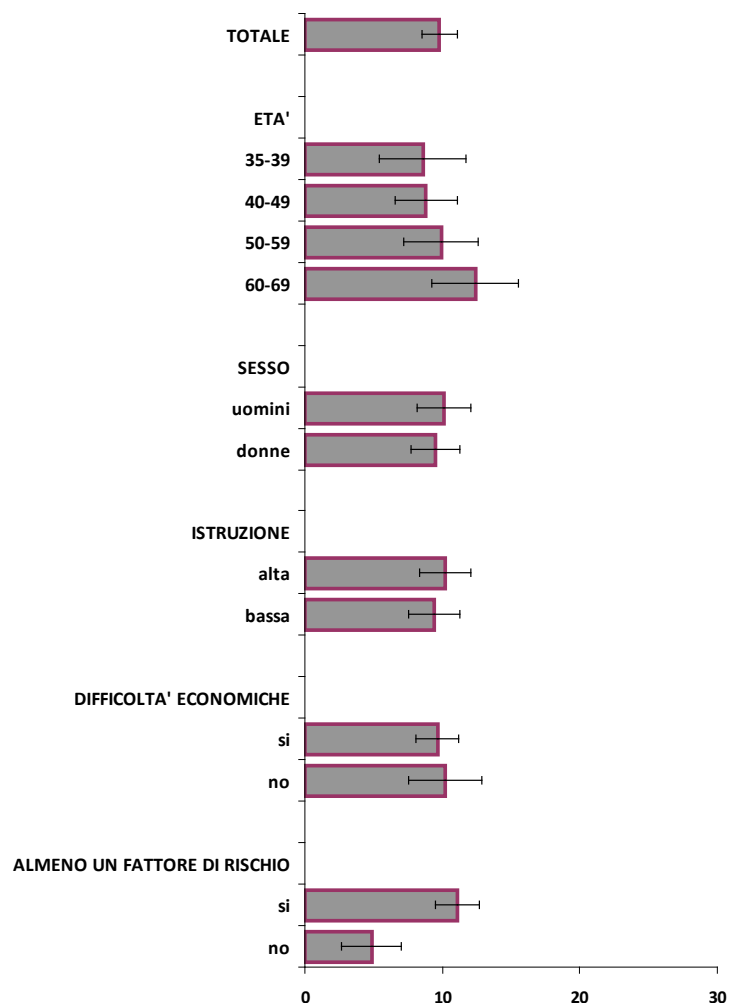
Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente: il calcolo 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.

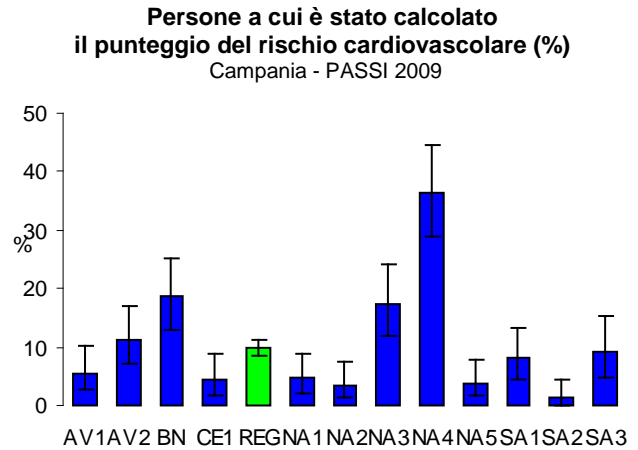
A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?

- In Campania solo il 10% 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 persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), si conferma la significatività del fattore di rischio cardiovascolare.

**Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari)
a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare**
Campania - PASSI 2009 (n=1988)

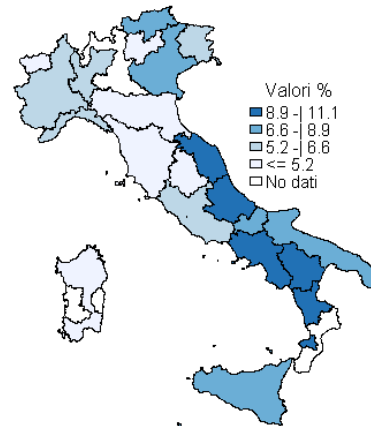


- In tutte le ASL regionali la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è molto bassa (range dall'1% di Salerno2 al 36% di Napoli4).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 7%.

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)
Pool PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Sicurezza

- ➔ **Sicurezza stradale**
- ➔ **Sicurezza domestica**

Tabella riassuntiva

Sicurezza stradale (% , IC95%)			
	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza ²²			
<i>casco sempre</i>	81,9 (79,0-84,8)	86,1 (83,5-88,7)	94,2 (93,5-94,9)
<i>cintura anteriore sempre</i>	74,0 (72,2-75,8)	71,2 (69,5-72,9)	82,4 (81,9-82,9)
<i>cintura posteriore sempre</i>	13,1 (11,8-14,4)	11,6 (10,4-12,8)	18,9 (18,4-19,4)
Guida sotto effetto dell'alcol ²³	6,5 (5,0-8,0)	5,5 (4,2-6,8)	10,5 (10,1-11,1)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	3,9 (3,1-4,7)	3,9 (3,2-4,7)	7,1 (6,8-7,4)
Sicurezza domestica (% , IC95%)			
	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	90,6 (89,5-91,6)	87,4 (86,3-88,6)	92,6 (92,3-93,0)
Hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive ²⁴	37,7 (34,1-41,3)	29,6 (25,1-34,1)	30,8 (29,4-32,2)
Dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	26,5 (24,8-28,1)	20,5 (19,0-22,0)	24,0 (23,5-24,5)
Fonti di informazione:			
<i>opuscoli</i>	45,5 (41,9-49,0)	40,0 (36,0-44,1)	47,8 (46,7-49,0)
<i>mass media</i>	59,9 (56,6-63,3)	61,8 (57,7-65,7)	52,2 (51,0-53,3)
<i>tecnici</i>	9,7 (7,9-11,5)	11,7 (9,5-13,9)	12,3 (11,6-13,1)
<i>medico/altro operatore sanitario</i>	6,0 (4,3-7,7)	4,3 (2,6-6,0)	7,2 (6,6-7,8)
<i>parenti/amici</i>	4,5 (3,0-6,0)	1,4 (0,5-2,4)	2,6 (2,3-3,0)

²² calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile

²³ aver guidato entro un ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 gg

²⁴ calcolata solo su coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

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.

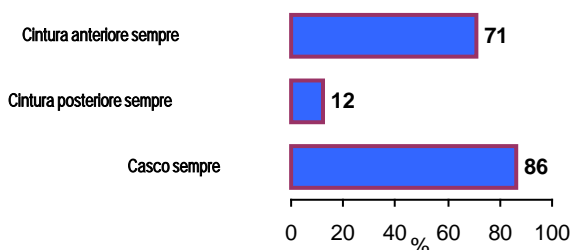
Nel 2006 in Italia sono stati registrati oltre 238.000 incidenti stradali con circa 5.670 morti e 330.000 feriti; agli incidenti stradali sono inoltre imputabili annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso e 20.000 casi di invalidità.

In Campania nel 2007 gli incidenti stradali sono stati quasi 11.278 (rispetto ai 10.362 del 2000) con 320 morti (355 nel 2000) e 16.750 feriti (16.047 nel 2000).

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

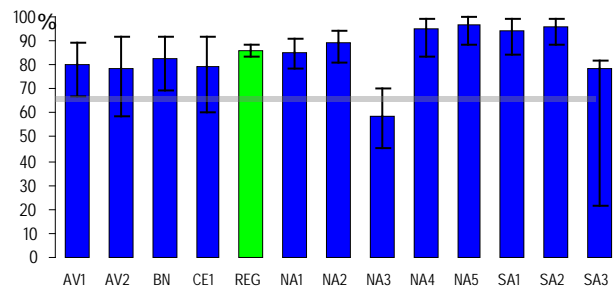
Uso dei dispositivi di sicurezza*
Campania - PASSI 2009 (n=3110)



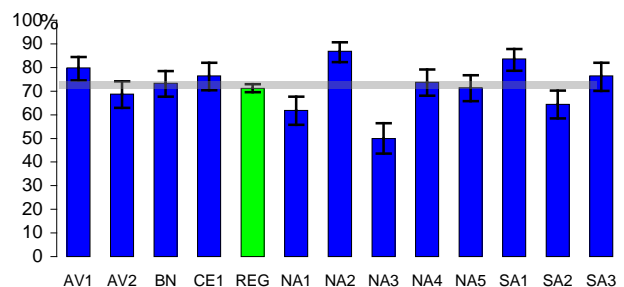
*tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

- In Campania la percentuale di intervistati che ha riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari al:
 - 86% per l'uso del casco
 - 71% per la cintura anteriore di sicurezza
 - 12% 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 58,5% di NA 3, che mostra valori significativamente inferiori rispetto a quello regionale, al 96,8% di NA 5
 - per la cintura anteriore è significativamente inferiore a NA 3 (range dal 50% di NA 3 al 86,9% di NA 2)
 - per la cintura posteriore è significativamente inferiore a NA 5 (range dal 1,5% di NA 3 al 55,5% di AV 2), ma l'uso è molto basso in tutte le ASL.

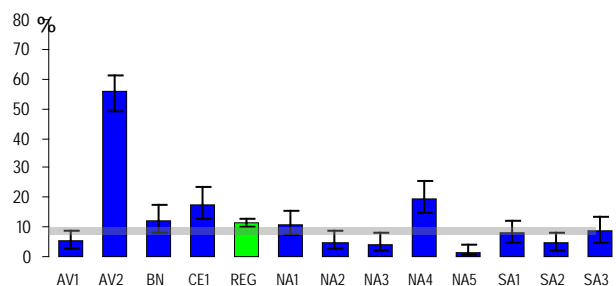
Percentuale di persone che usano il casco sempre
Campania - PASSI 2009



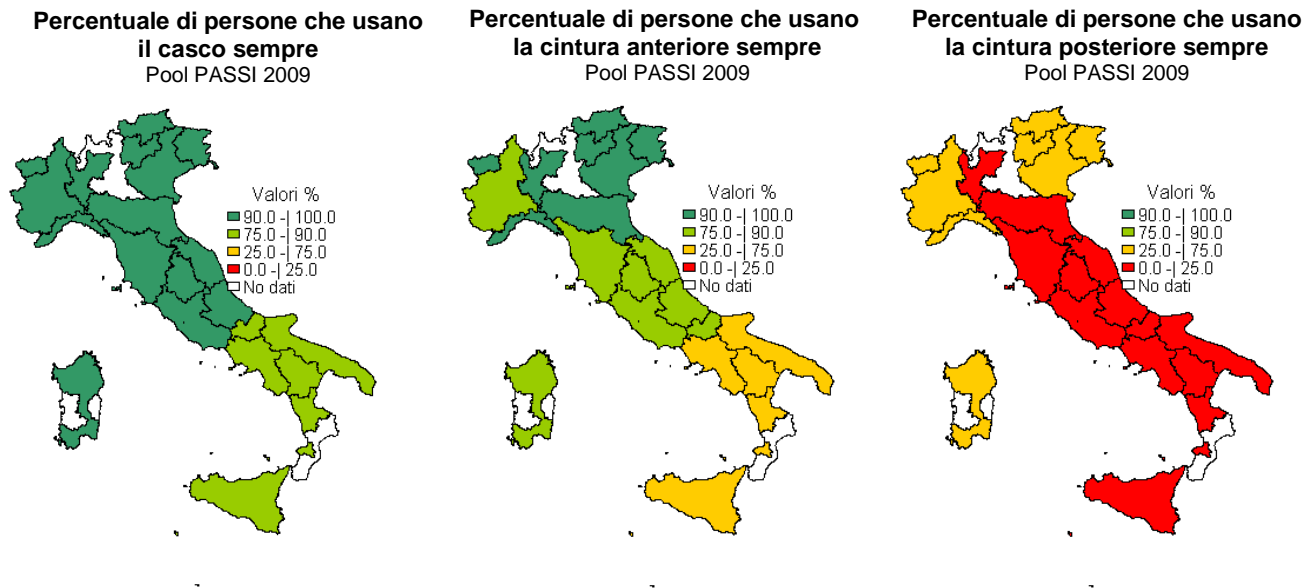
Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre
Campania - PASSI 2009



Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre
Campania - PASSI 2009



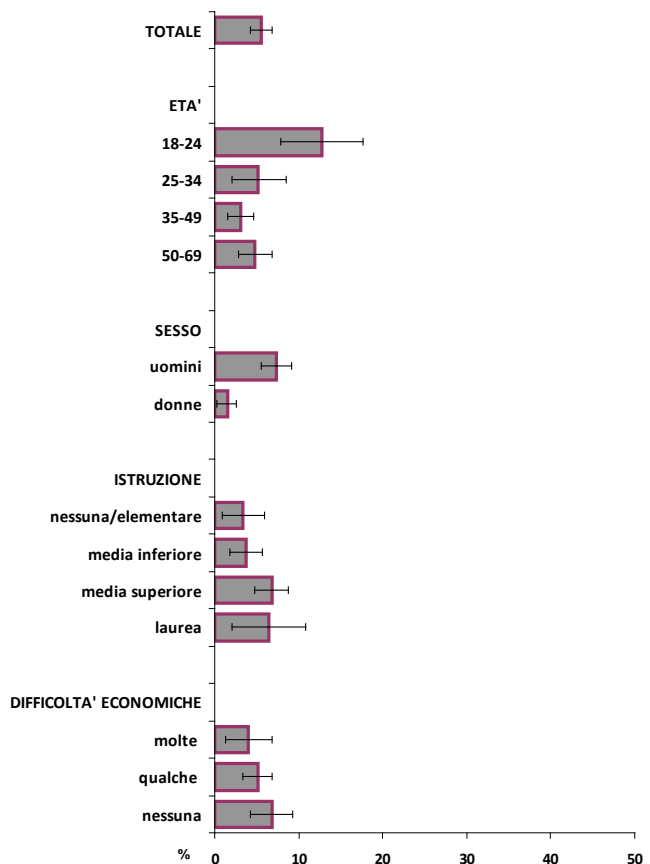
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che si stima utilizzare i diversi dispositivi di sicurezza è risultata superiore al dato regionale: 94% per il casco, 82% per la cintura anteriore e 19% per la cintura posteriore. Nell'utilizzo di tutti i tipi di dispositivi di sicurezza è presente un evidente gradiente territoriale.



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)

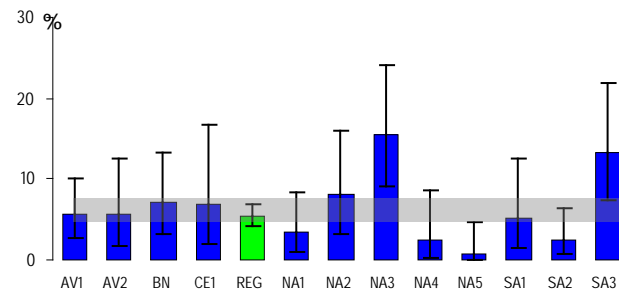
- Il 2% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale al 6%.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere più diffusa nella classe di età 18-24 negli uomini rispetto alle donne, con differenze statisticamente significative.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), permane la differenza per le suddette caratteristiche.
- Il 4% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol (7% a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale).

Guida sotto l'effetto dell'alcol°
Campania - PASSI 2009 (n=3152)

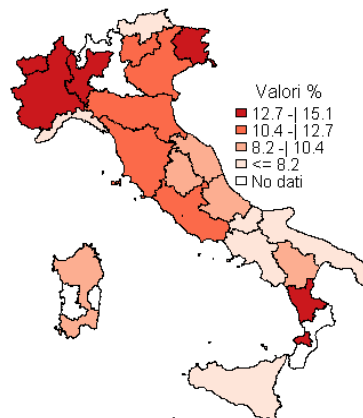


- Tra le ASL regionali, non sono emerse differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, eccetto per la NA 3 che mostra valori superiori al dato regionale (range dal 0,8% di NA 5 al 15,5% di NA 3).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è stata dell'11%, con un evidente gradiente territoriale.

Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol
Campania - PASSI 2009



Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol
Pool PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

L'uso dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. In Campania si registra un buon livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, mentre solo una persona su otto utilizza la cintura di sicurezza posteriore.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è associata ad un terzo delle morti sulla strada. In Campania circa il 6% degli intervistati 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.

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 circa il 3% 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?

- In Campania la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: l'87% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio le persone:
 - di 18-34 anni
 - con maggiore livello di istruzione
 - senza difficoltà economiche
- La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare è invece un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico in modo statisticamente significativo.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), si conferma che la scarsa percezione del rischio di infortunio domestico è associata significativamente all'assenza di difficoltà economiche e all'assenza di persone potenzialmente a rischio in famiglia.
- Fra le varie ASL regionali, emergono differenze statisticamente significative rispetto alla bassa percezione del rischio di infortunio domestico nelle ASL AV 1, AV 2, CE1, NA 4, SA 1, SA2 (range dal 100% di AV 2 al 48,4% di NA 5).

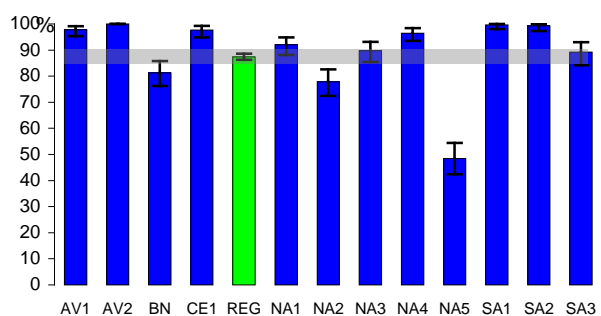
Bassa percezione del rischio infortunio domestico*
Campania - PASSI 2009 (n=3151)



* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

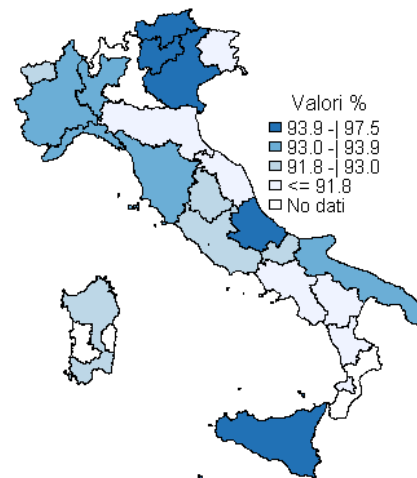
** presenza di anziani e/o bambini

% di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Campania - PASSI 2009



- 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 93%.

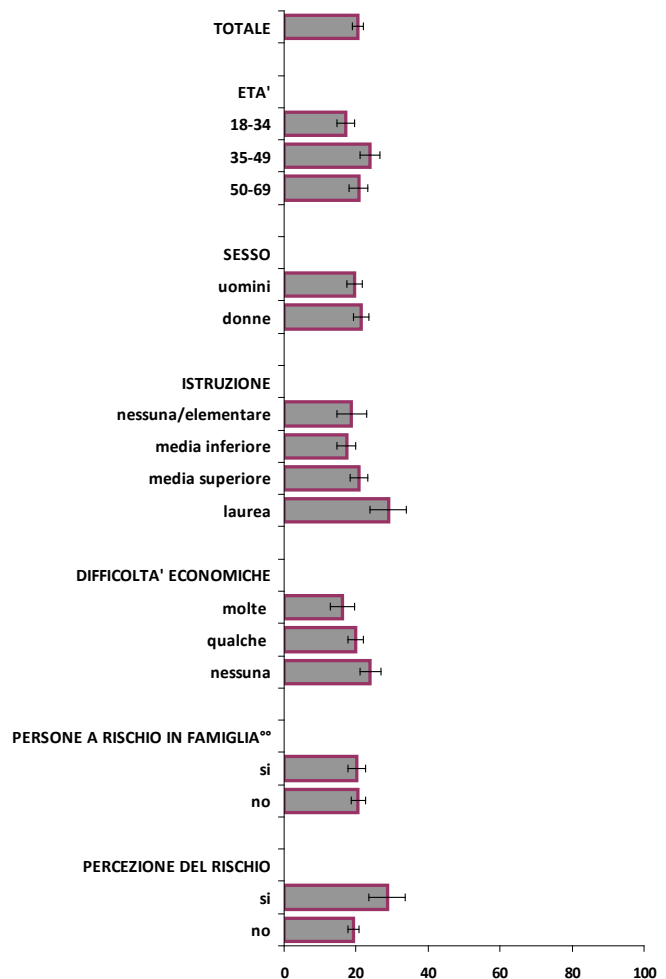
% di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Pool PASSI 2009



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

- In Campania il 21% 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:
 - nelle classi di età 35-49 e 50-69 anni
 - nelle persone con livello d'istruzione più elevato e in quelle senza difficoltà economiche
 - nelle persone con più alta percezione del rischio.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), si osserva che l'aver ricevuto informazioni si associa significativamente ad età (50-69 anni e 35-49 rispetto alla classe più bassa), livello di istruzione più elevato ed assenza di difficoltà economiche, mentre non è correlato con l'aver un'alta percezione del rischio.

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi
Campania - PASSI 2009 (n=3150)

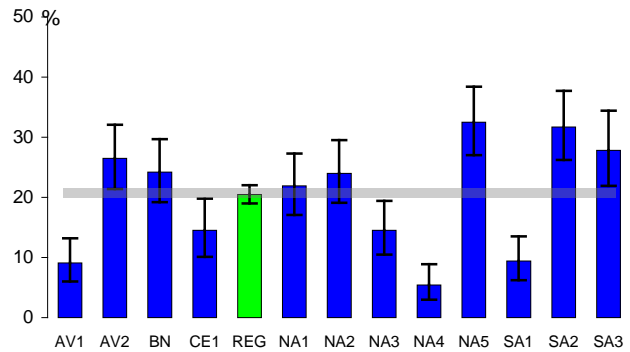


** presenza di anziani e/o bambini

- Fra le ASL regionali, AV 1, NA 4 e SA 1 mostrano valori significativamente inferiori rispetto a quello regionale riguardo alla percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi sulla prevenzione degli incidenti domestici (range dal 5,4% di NA 4 al 32,5% di NA 5).

% di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici

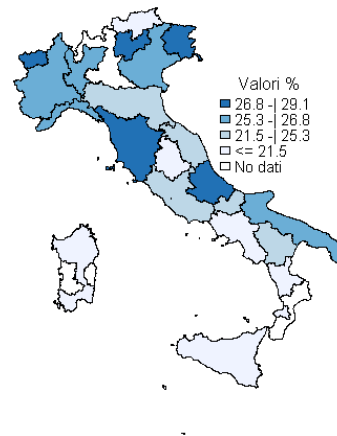
Campania - PASSI 2009



- 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 24%.

% di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici

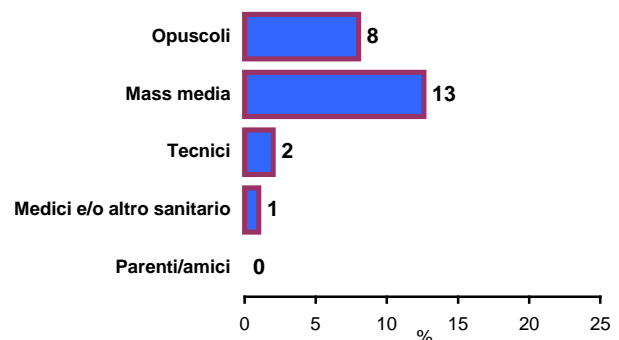
Pool PASSI 2009



- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono risultate gli opuscoli ed i mass media (21%); valori molto bassi sono riportati per personale sanitario o tecnici.

Fonti di informazione

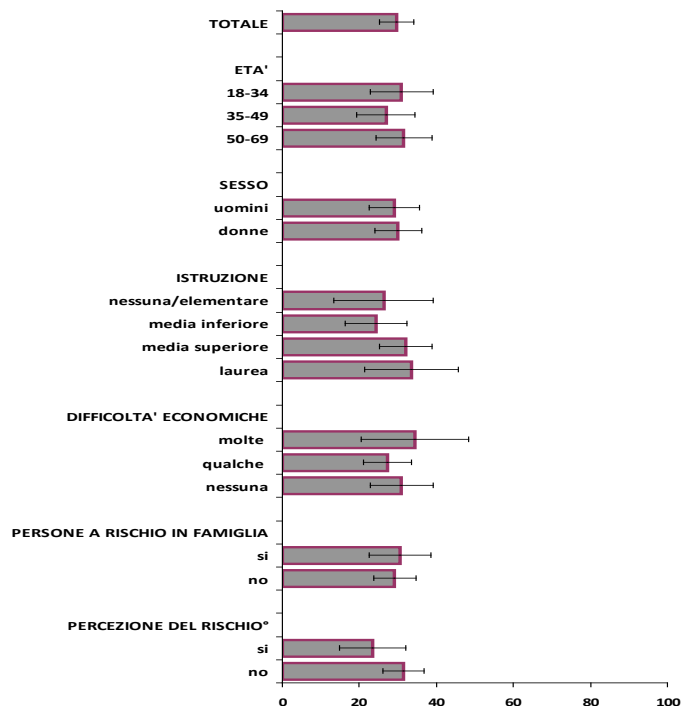
Campania - PASSI 2009 (n=3152)



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

- Il 30% delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- Relativamente all'adozione di misure preventive non sono emerse differenze statisticamente significative tra persone di diverse classi d'età, sesso, livello di istruzione, condizione economica. Non si evincono differenze neanche in base alla presenza o meno in famiglia di persone potenzialmente a rischio o fra persone con un diversa percezione del rischio.
- Analogamente, analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), non si osserva che l'aver adottato misure di sicurezza si associ significativamente ad alcuna caratteristica.

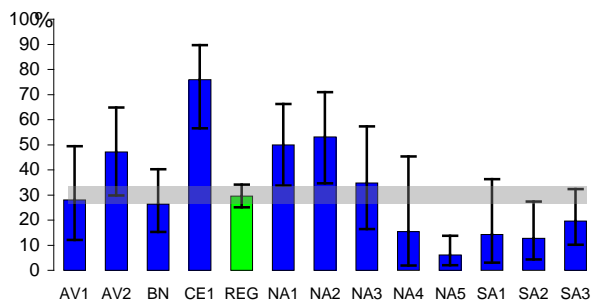
Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Campania - PASSI 2009 (n=446)



* presenza di anziani e/o bambini

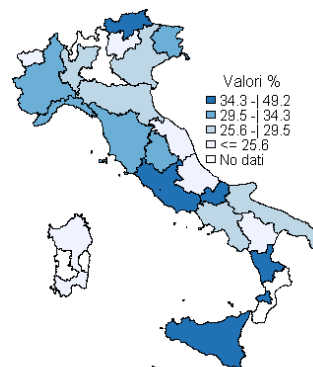
- Nelle ASL regionali, non emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive tranne che per la CE 1 e la NA 2, che mostrano valori superiori a quello regionale, mentre la NA 5 mostra valori inferiori (range dal 6,1% CE 1).

% di persone che dichiara di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni)
Campania - PASSI 2009



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 31%.

% di persone che dichiara di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni)
Pool PASSI 2009



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 cinque ne abbia ricevute. Prevalentemente le informazioni sono mediate da opuscoli e mass media, solo in minima parte da operatori sanitari e tecnici.

Poco meno di un terzo 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, 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.

Programmi di prevenzione

- ➔ Screening delle neoplasie del collo dell'utero
- ➔ Screening delle neoplasie della mammella
- ➔ Screening delle neoplasie del colon-retto
- ➔ Vaccinazione antinfluenzale
- ➔ Vaccinazione antirosolia

Tabella riassuntiva

Screening delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni) (% , IC95%)			
	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni	56,7 (53,7-59,7)	55,5 (52,5-58,5)	72,9 (72,0-73,8)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	30,3 (27,8-32,8)	30,0 (27,6-32,5)	53,3 (52,5-54,1)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	58,6 (55,6-61,5)	55,6 (52,6-58,6)	61,4 (60,4-62,4)
Donne che hanno visto una campagna informativa	66,6 (63,7-69,6)	63,2 (60,4-65,9)	64,8 (63,8-65,7)
Influenza positiva (molta/abbastanza) di			
<i>lettera dell'ASL</i>	67,3 (61,7-73,0)	66,2 (60,2-72,2)	70,4 (69,3-71,6)
<i>consiglio dell'operatore sanitario</i>	86,9 (83,7-90,1)	86,3 (82,9-89,6)	83,2 (82,2-84,2)
<i>campagna informativa</i>	73,4 (69,5-77,3)	76,1 (72,8-80,3)	70,1 (68,8-71,4)
Donne che hanno effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni in funzione degli interventi di promozione (lettera dell'ASL, consiglio, campagna informativa)			
<i>0 interventi</i>	15,0 (10,0-20,1)	27,7 (21,1-34,4)	40,1 (36,3-43,9)
<i>1 intervento</i>	47,4 (41,5-53,4)	45,2 (39,5-50,9)	65,8 (63,6-67,9)
<i>2 interventi</i>	73,5 (69,2-77,7)	71,8 (67,2-76,4)	81,1 (79,7-82,5)
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	75,6 (69,4-81,8)	72,7 (65,9-79,4)	87,3 (86,1-88,6)
Screening delle neoplasie della mammelle (donne 50-69 anni) (% , IC95%)			
	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Effettuata una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	47,6 (42,6-52,6)	39,3 (34,7-44,9)	68,3 (67,0-69,7)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	25,1 (21,5-28,7)	25,4 (21,7-29,0)	62,6 (61,5-63,7)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	58,1 (53,3-62,9)	51,8 (47,3-56,2)	63,7 (62,3-65,2)
Donne che hanno visto una campagna informativa	58,8 (54,1-63,4)	51,6 (47,6-55,7)	70,1 (68,8-71,4)
Influenza positiva (molta/abbastanza) di			
<i>lettera dell'ASL</i>	72,1 (62,0-82,1)	80,4 (71,4-89,4)	79,7 (78,2-81,1)
<i>consiglio dell'operatore sanitario</i>	87,5 (81,2-93,7)	90,5 (85,1-95,8)	87,5 (86,2-88,7)

<i>campagna comunicativa</i>	81,2 (74,7-87,6)	82,1 (75,7-88,6)	74,8 (73,2-76,3)
Donne che hanno effettuato una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni in funzione degli interventi di promozione (lettera dell'AUSL, consiglio, campagna informativa)			
<i>0 interventi</i>	14,0 (54,6-22,5)	15,7 (9,8-21,6)	27,2 (21,9-32,4)
<i>1 intervento</i>	41,9 (31,6-52,2)	38,4 (29,3-47,5)	52,6 (49,1-56,1)
<i>2 interventi</i>	62,1 (54,8-69,3)	42,8 (43,2-60,5)	73,6 (71,2-76,0)
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	74,5 (42,6-52,6)	61,7 (49,7-73,7)	83,0 (81,3-84,8)

Screening delle neoplasie del colon-retto (50-69 anni) (% , IC95%)

	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Eseguito un test per la ricerca di Sangue occulto a scopo preventivo nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	7,8 (6,1-9,4)	7,6 (6,1-9,2)	23,0 (22,3-23,6)
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	4,2 (3,0-5,3)	6,2 (4,6-7,8)	9,5 (8,8-10,1)
Ha ricevuto la lettera dell'ASL	3,9 (2,8-4,9)	5,6 (4,6-6,7)	28,7 (28,2-29,3)
Ha ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	15,9 (13,6-18,1)	13,8 (11,9-16,0)	26,3 (25,4-27,3)
Ha visto una campagna informativa	19,0 (16,5-21,5)	17,8 (15,4-20,2)	40,7 (39,7-41,7)
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)			
<i>0 interventi</i>	3,0 (1,8-4,2)	4,3 (2,7-5,9)	5,2 (4,5-5,9)
<i>1 intervento</i>	30,3 (23,5-37,1)	30,0 (22,9-37,2)	32,0 (30,1-33,9)
<i>2 interventi</i>	44,2 (32,3-56,1)	61,1 (49,4-72,7)	68,4 (66,3-70,5)
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	55,0 (36,0-73,9)	65,0 (49,3-80,8)	77,3 (74,7-79,8)

Vaccinazione antinfluenzale (% , IC95%)

	Campania 2008	Campania 2009	Pool PASSI 2009
Vaccinati 18-65 (campagna antinfluenzale 2008-09)	8,8 (7,0-10,6)	11,1 (9,2-12,9)	12,8 (12,2-13,4)
Vaccinati 18-65 con almeno una patologia	28,5 (20,1-36,8)	35,9 (27,9-43,9)	31,8 (29,6-34,1)

Vaccinazione antirosolia (% , IC95%)

	Campania 2009	Campania 2008	Pool PASSI 2009
Donne vaccinate (18-49 anni)	16,2 (13,9-18,5)	19,8 (17,2-22,4)	33,3 (32,3-34,3)
Donne suscettibili ²⁵ (18-49 anni)	62,3 (59,3-65,3)	56,7 (53,5-59,9)	43,1 (42,0-44,2)

²⁵ Donna suscettibile = non è stata vaccinata o non ha effettuato mai il rubeotest

Screening 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; 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.

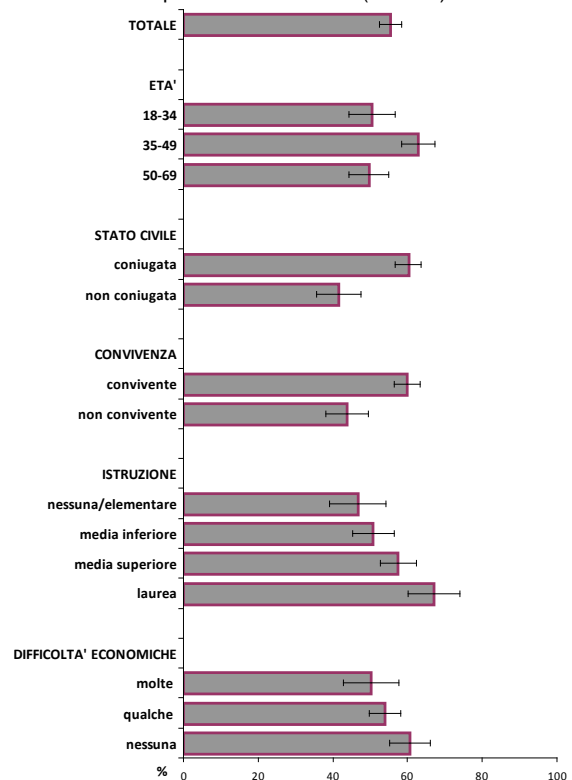
La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore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

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

- In Campania, circa il 55% 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 inferiore sia al valore soglia definito "accettabile" (65%) che a quello individuato "desiderabile" (80%) dagli esperti del GISCI.
- 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
 - coniugate.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per la classe 35-49 anni e l'alto livello d'istruzione.

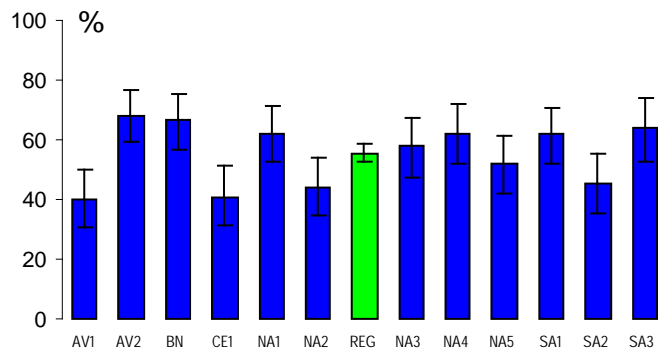
Donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni*

Campania – PASSI 2009 (n=1261)

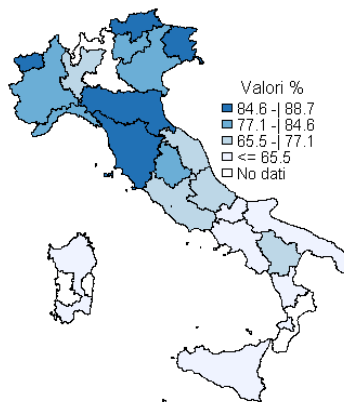


- In nessuna delle ASL regionali la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni raggiunge il livello di copertura “accettabile” (range dal 40% della ASL Avellino 1 al 68% della Avellino 2).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 73% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale Nord-Sud.

Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)
Campania - PASSI 2009



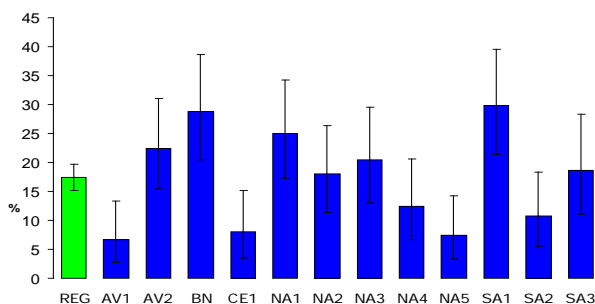
Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)
Pool PASSI 2009



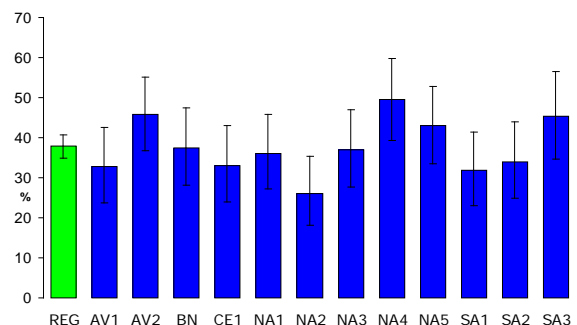
Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

- 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 (in gergo tecnico *screening opportunistico*)²⁶ 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, il 17% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 38% 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 (%)
Campania - PASSI 2009



Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test come prevenzione individuale (%)
Campania - PASSI 2009



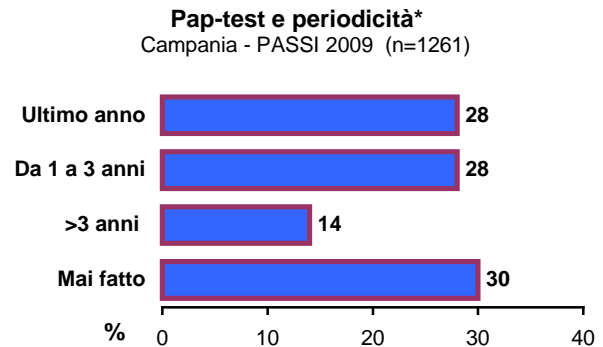
²⁶ screening opportunistico = è caratterizzato dal fatto che le persone si recano spontaneamente presso centri idonei ad effettuare tests di screening

- Nelle diverse ASL si sono rilevate differenze statisticamente significative rispetto al valore regionale nella percentuale di donne che hanno effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato (range dal 7% della ASL AV1 al 30% della ASL SA 1).
- Non emergono, invece, differenze tra ASL, per la percentuale di donne che hanno effettuato il Pap-test come prevenzione individuale (range dal 26% della ASL NA2 al 49% della ASL NA4).

Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

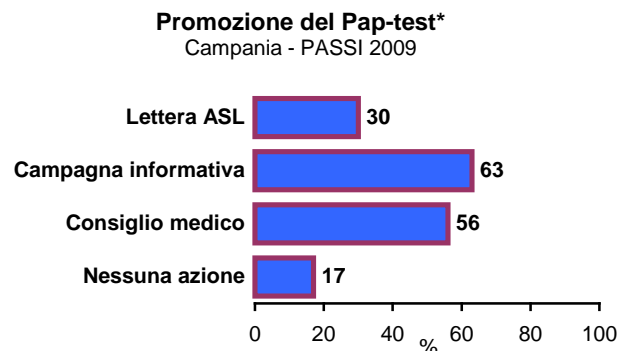
- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
 - il 28% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 28% da uno a tre anni
 - il 14% da più di tre anni
- Il 30% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.

* 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?

- In Campania:
 - il 30% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 63% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test
 - il 56% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.

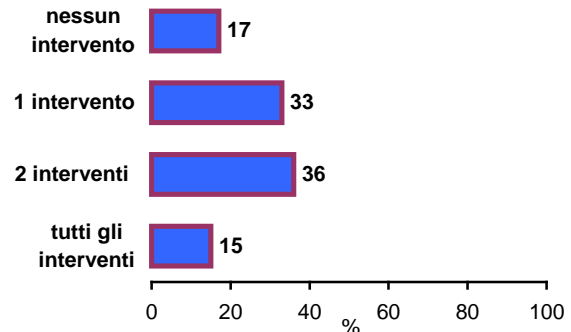


*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

- Nelle ASL regionali si sono rilevate differenze statisticamente significative relative a:
 - **lettera d'invito** (range dal 13% della ASL NA 5 al 67% della ASL di BN; *il programma della ASL NA 2 prevede la consegna della lettera-invito alle donne per il tramite dei rispettivi medici di medicina generale e, pertanto, è esclusa da tale analisi*)
 - **consiglio dell'operatore sanitario** (range dal 35% della ASL NA4 al 78% della ASL NA 2)
 - **campagna informativa** (range dal 42% della ASL NA 5 all'85% della ASL NA 1)

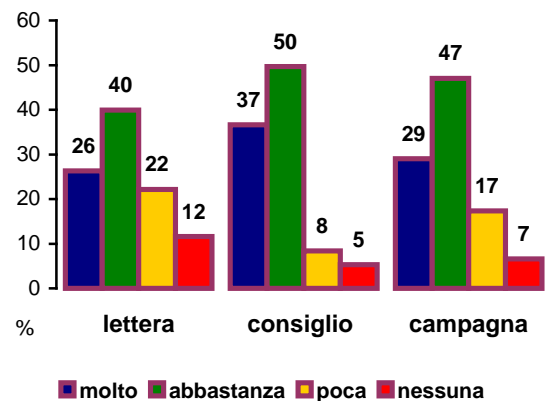
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 66% ha visto una campagna informativa.
- Il 15% delle donne è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 36% da due interventi ed il 33% da un solo intervento; il 17% 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
Campania - PASSI 2009 (n=1252)



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 66% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (26% molta e 40% abbastanza)
 - il 22% poca influenza
 - il 12% nessuna influenza
- Tra le ASL regionali la percezione dell'influenza positiva della lettera varia dal 38% della ASL Avellino1 al 100% della ASL Caserta1.

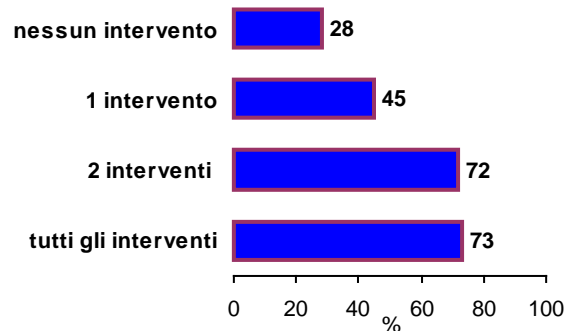


- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
 - l' 87% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (37% molta e 50% abbastanza)
 - l'8% poca influenza
 - il 5% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza del consiglio varia dal 62% della ASL Avellino1 al 100% della ASL Napoli2 e Napoli5.
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
 - il 76% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (29% molta e 47% abbastanza)
 - il 17% poca influenza
 - il 7% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della campagna informativa varia dal 50% di Avellino1 al 98% di Napoli4.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
 - 70% per la lettera di invito
 - 83% per il consiglio dell'operatore sanitario
 - 70% per la campagna informativa

Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- In Campania la percentuale di donne di 25-64 che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, è soltanto del 28% 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 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.

Interventi di promozione e effettuazione del Pap-test negli ultimi 3 anni
Campania - PASSI 2009

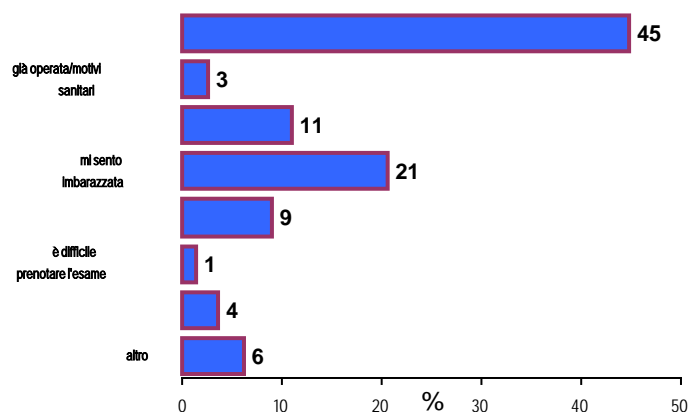


Perché non è stato effettuato il Pap-test a scopo preventivo?

- In Campania il 45% 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 (30%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (14%).
- 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 45% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione del Pap-test secondo le linee guida

Campania - PASSI 2009 (n=517)*



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (10%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Campania la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (56%) 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 (17%) sia della quota rilevante di adesione spontanea (38%).

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 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 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, della popolazione target femminile (tra i 25 ed i 64 anni), ha riferito, comunque, di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno rispettando la periodicità triennale dell'esame.

Screening 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.

Anche in Italia è la neoplasia più frequente nelle donne, rappresentando circa il 29% di tutte le diagnosi oncologiche ed il 17% di tutti i decessi per cancro. Si calcola che ogni anno, nelle donne tra 0 e 84 anni, siano diagnosticati 38.000 nuovi casi di tumore mammario e avvengano circa 9.000 decessi. L'incidenza presenta alcune differenze tra aree geografiche con livelli maggiori nelle aree centro-settentrionali e inferiori nel meridione.

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%.

In Italia, tra il 2003 e il 2007, l'estensione effettiva del programma di screening (percentuale di donne di 50-69 anni effettivamente invitate) è cresciuta dal 41% al 62%. La percentuale di copertura effettiva scende da valori del 75-80% al Centro-Nord al 27% al Sud.

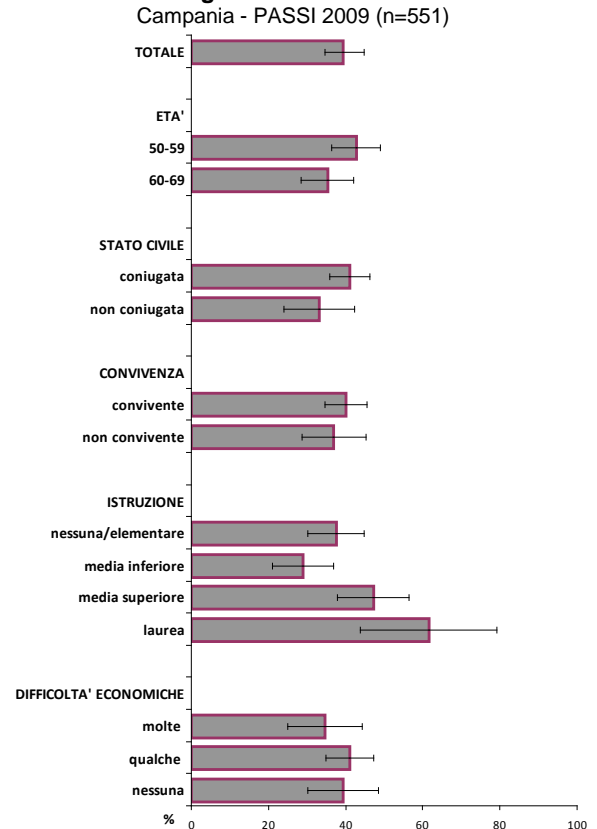
In Campania, fin dal 2005, i programmi di screening della mammella sono attivi in tutte le ASL, raggiungendo nel 2008 un'estensione effettiva del 38% ed un'adesione del 35%.

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?

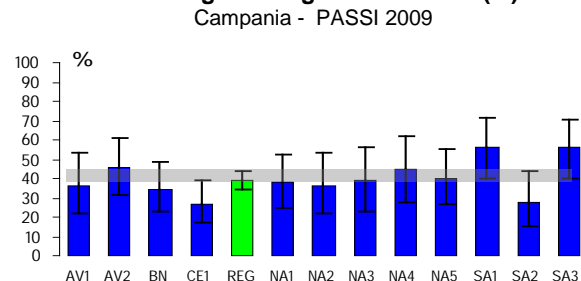
- In Campania circa il 39% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali. La copertura stimata è inferiore sia al livello di copertura ritenuto “accettabile” ($\geq 60\%$) sia, ovviamente, al livello “desiderabile” ($\geq 75\%$).
- In particolare l’effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne con livello di istruzione più elevato.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l’effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), si mantiene la significatività per il livello di istruzione.
- L’età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 48 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 52% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L’età media della prima Mammografia è 40 anni.
- Nelle ASL della Regione non sono emerse differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (range dal 27,9% di SA 2 al 56,1% di SA 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, con un evidente gradiente territoriale.

Donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni°

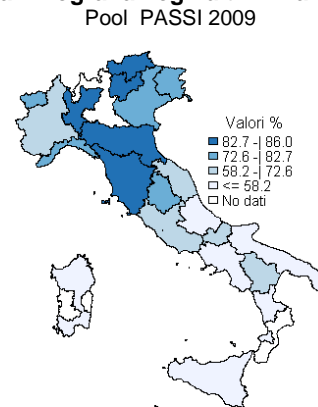


° in assenza di segni o sintomi

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



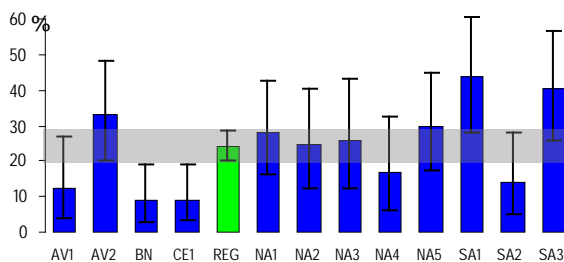
Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi 2 anni (%)



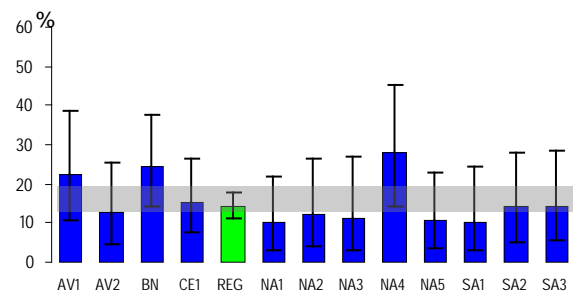
Quante donne hanno effettuato la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

- 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 24% ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 14% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia all'interno di un programma di screening organizzato (%)
Campania - PASSI 2009



Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia come prevenzione individuale (%)
Campania - PASSI 2009



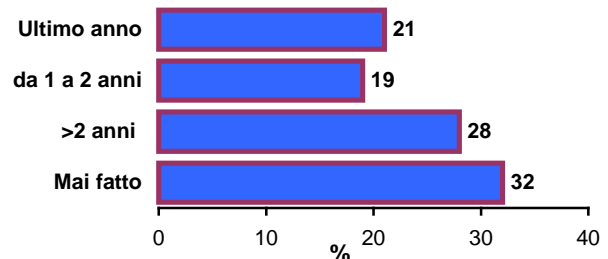
- Nelle diverse ASL non si sono rilevate differenze statisticamente significative rispetto al valore regionale nella percentuale di donne che hanno effettuato la Mammografia all'interno di un programma di screening organizzato.
- Non emergono differenze tra ASL nella percentuale di donne che hanno effettuato la Mammografia come prevenzione individuale.

Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia*?

- Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:
 - il 21% delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 19% da uno a due anni
 - il 28% da più di due anni
- Il 32% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

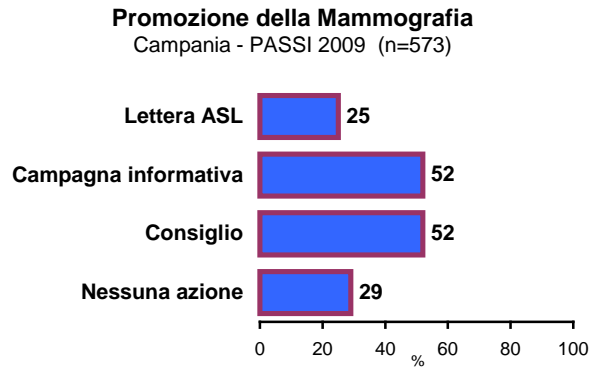
* La campagna di screening prevede la Mammografia ogni 2 anni per le donne nella fascia d'età di 50 -69 anni.

Periodicità di esecuzione della Mammografia
Campania - PASSI 2009 (n=551)

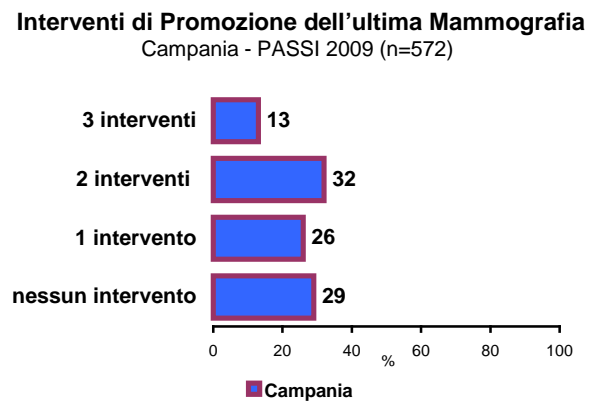


Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- In Campania:
 - il 25% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 52% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 52% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.



- Nelle ASL regionali non si sono rilevate differenze statisticamente significative relative a:
 - lettera d'invito (range dal 6,3% di NA 5 al 65,9% di SA 1)
 - consiglio dell'operatore sanitario (range dal 18,9% di NA 5 al 71,4% di NA 2)
 - campagna informativa (range dal 25% di NA 5 al 86,3% di NA 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 63% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 64% il consiglio dell'operatore sanitario e il 70% ha visto o sentito una campagna informativa.
- Il 13% 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 32% da due interventi ed il 26% da uno solo.
- Il 29% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



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:
 - l'80% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (40% molta e 40% abbastanza)
 - il 13% poca influenza
 - il 7% nessuna influenza.

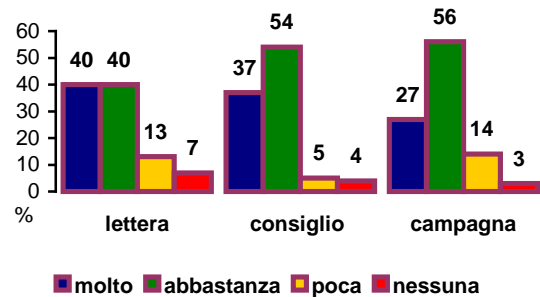
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della lettera varia dal 33,3% di BN al 100% di CE 1, NA 2, NA 4, NA 5 e SA 2.

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
 - il 91% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (37% molta e 54% abbastanza)
 - il 5% poca influenza
 - il 4% nessuna influenza.

- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza del consiglio varia dal 69,2% di NA 1 al 100% di CE 1, NA 2, NA 3, NA 4, NA 5 e SA 1.

- Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
 - 80% per la lettera di invito
 - 88% per il consiglio dell'operatore sanitario
 - 75% per la campagna informativa.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia
Campania - PASSI 2009

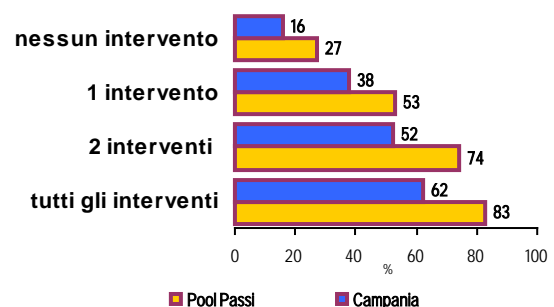


- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
 - il 83% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (27% molta e 56% abbastanza)
 - il 14% poca influenza
 - il 3% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della campagna informativa varia dal 33,3% di BN al 100% di NA 2, NA 4, NA 5 e SA 2.

Quale efficacia degli interventi di promozione della Mammografia?

- In Campania la percentuale di donne di 50-69 che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni è solo del 16% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 62% 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
Campania - PASSI 2009

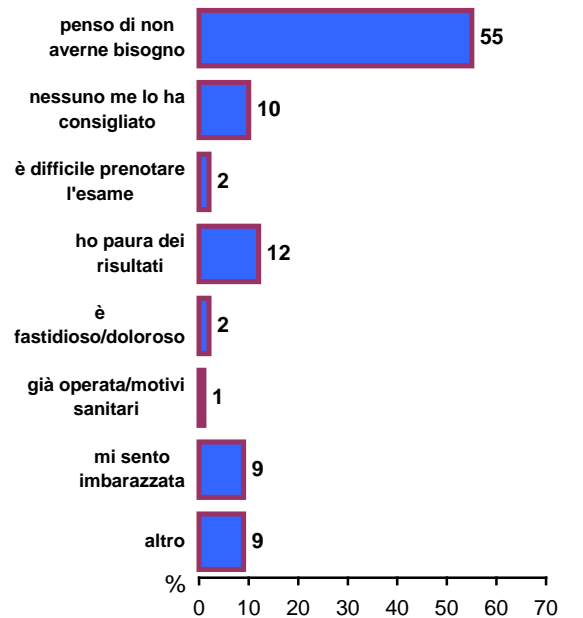


Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventivo?

- In Campania il 51% 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 (32%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (29%).
- 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 55% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida

Campania - PASSI 2009 (n=302)*



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (24%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Campania la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della Mammografia (39%) non raggiunge i valori consigliati; 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 (24%) sia della quota di adesione spontanea (14%), 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.

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 due ha riferito di aver eseguito la Mammografia nel corso dell'ultimo anno, secondo quanto atteso (vista la periodicità biennale dell'esame).

L'età media della prima Mammografia rilevata è di 44 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.

Screening delle neoplasie del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (11% 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. Si stima che nel 2010 vi saranno 29.283 nuovi casi di tumore del colon-retto tra gli uomini e 19.560 tra le donne (AIRTUM 2009 http://www.registri-tumori.it/PDF/AIRTUM2009Trend/E&P33_4-5S1_38_colonretto.pdf).

In Campania la prevalenza relativa al 2006 è di circa 17.282 casi di tumore. La mortalità per tumore del colon-retto rappresenta circa l'8,5% di tutti i decessi dovuti a tumore ed è in crescita, contrariamente a quanto avviene nel resto d'Italia.

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 colorettali 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 Nord-Sud.

In Campania, secondo la Survey del GISCoR, dal 2005 risultano attivi 3 programmi di screening coloretale, nelle tre ASL della provincia di Salerno. Al 2008, il coinvolgimento della popolazione residente campana di 50-70 anni, era del 6,6%, con un'adesione all'invito del 54% circa.

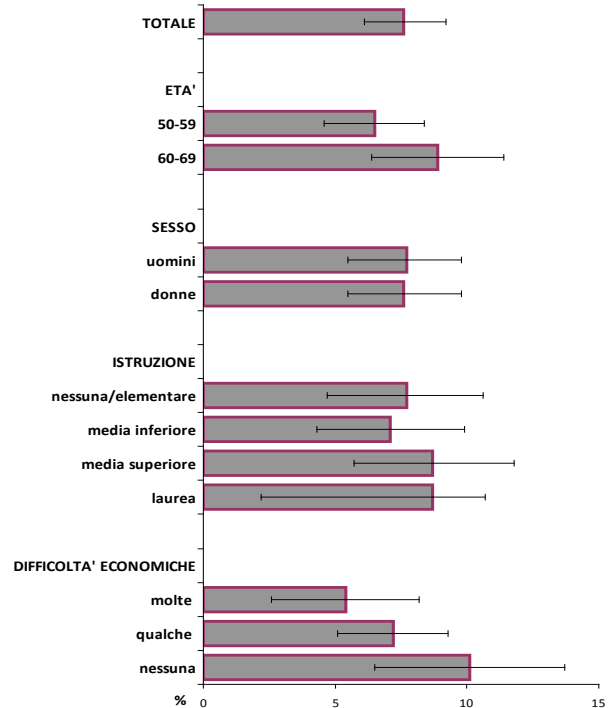
Il programma di screening regionale prevede la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-69 anni, la colonscopia nei familiari di primo grado dei casi riscontrati e la promozione della colonscopia per le persone di età 70-74 anni che non l'abbiano eseguita nei dieci anni precedenti.

Quante persone hanno eseguito un esame per lo screening dei tumori colonrettali in accordo alle linee guida?

- In Campania circa il 14% 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 molto inferiore al livello di copertura "accettabile" (45%) e lontana da quello "desiderabile" (65%).
- L'8% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nelle persone senza difficoltà economiche.
- Il 6% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata negli uomini e nelle persone con livelli d'istruzione elevati.

Sangue occulto fecale secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni)

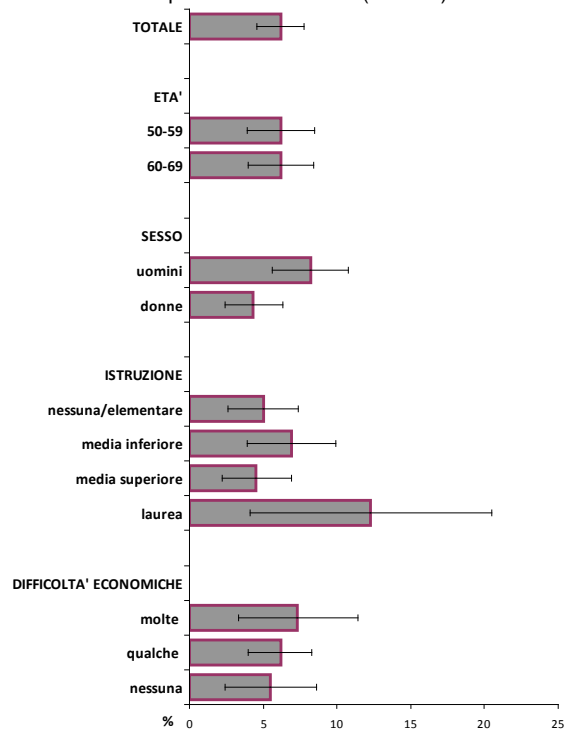
Campania - PASSI 2009 (n=1080)



° in assenza di segni o sintomi

Colonscopia° secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni)

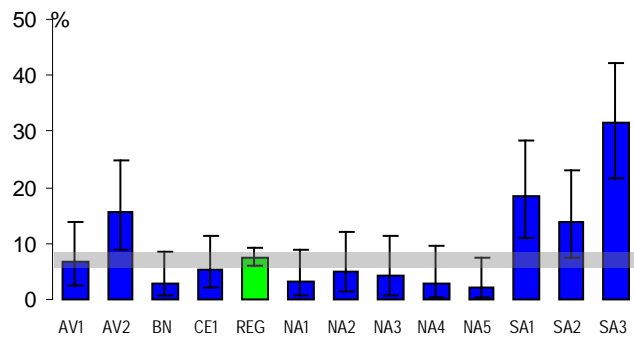
Campania - PASSI 2009 (n=1080)



° in assenza di segni o sintomi

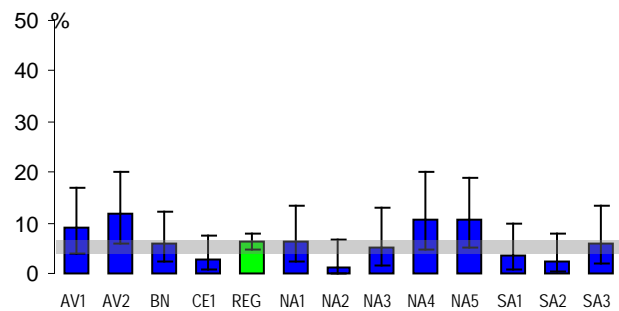
- Nelle ASL regionali, la percentuale di persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni è risultata significativamente più alta per Salerno 1 e Salerno 3 (range dal 2,2% di Napoli 5 al 31,4% di Salerno 3).

Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)
CAMPANIA - PASSI 2009



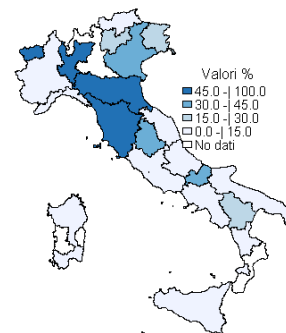
- La percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni non ha mostrato differenze statisticamente significative (range dall'1,2% di Napoli 2 all'11,9% di Avellino 2) a livello di ASL.

Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)
CAMPANIA - PASSI 2009

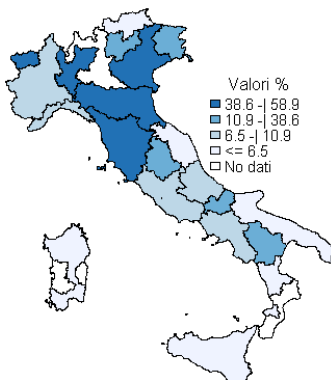


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 23% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 9,5% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

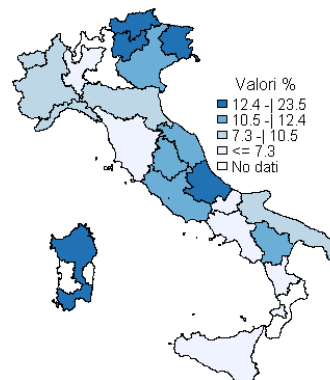
% persone che hanno eseguito un test per la diagnosi precoce
Pool PASSI 2009



% persone che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue occulto negli ultimi 2 anni
Pool PASSI 2009



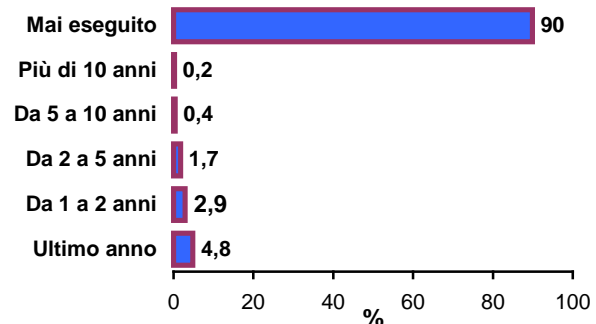
% persone che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni
Pool PASSI 2009



Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per lo screening dei tumori colorettali?

- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
 - il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 3% da uno a due anni
 - il 2% da due a cinque anni
 - meno dell'1% da cinque a dieci anni
 - meno dell'1% da più di dieci anni
- Il 90% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

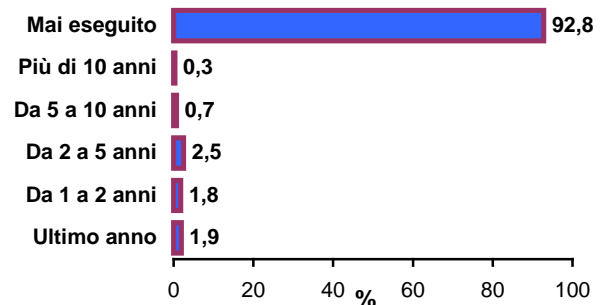
Sangue occulto e periodicità*
Campania - PASSI 2009 (n=1070)



* La campagna di screening prevede l'esecuzione del test per la ricerca di sangue occulto ogni 2 anni nella fascia d'età di 50 -69 anni.

- Rispetto all'ultima colonscopia:
 - il 2% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 2% da uno a due anni
 - il 2% da due a cinque anni
 - meno dell'1% da cinque a dieci anni
 - meno dell'1% da più di dieci anni.
- Il 93% ha riferito di non aver mai eseguito il test.

Colonscopia e periodicità*
Campania - PASSI 2009 (n=1079)

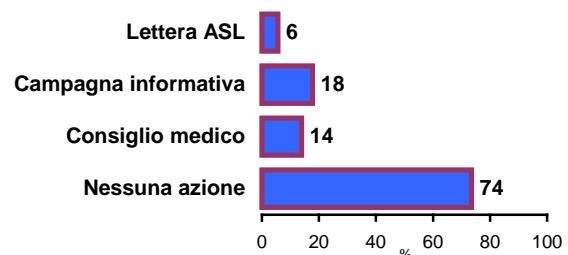


* La campagna di screening prevede l'esecuzione della colonscopia ogni 5 anni nella fascia d'età di 50 -69 anni.

Quale promozione per l'effettuazione degli screening per lo screening dei tumori colorettali?

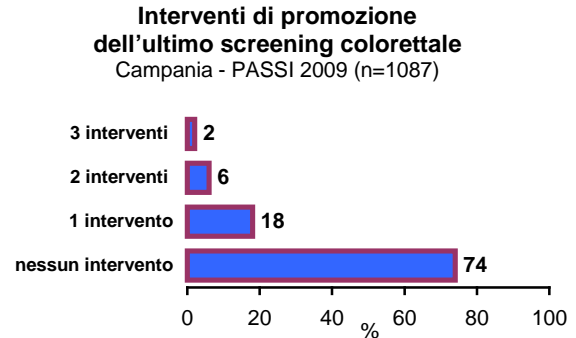
- In Campania:
 - il 6% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 14% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 18% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.

Promozione dello screening coloretale
CAMPANIA - PASSI 2009 (n=1087)



- Nelle ASL regionali:
 - per la lettera d'invito si sono rilevati valori più bassi alla Caserta 1, Napoli 1, 2, 3 e 4, con un range dal 29,1% della Salerno 3 allo 0% delle ASL Caserta 1, Napoli 1, 2, 3 e 4.
 - Per quanto riguarda il consiglio dell'operatore sanitario il range va dal 4,1% della Napoli 4 al 48,8% della Salerno 3, mentre il range per "aver visto o sentito una campagna informativa" va dal 3,4% della Salerno 2 al 46,5% della Salerno 3.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 29% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 26% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 41% ha visto una campagna informativa.

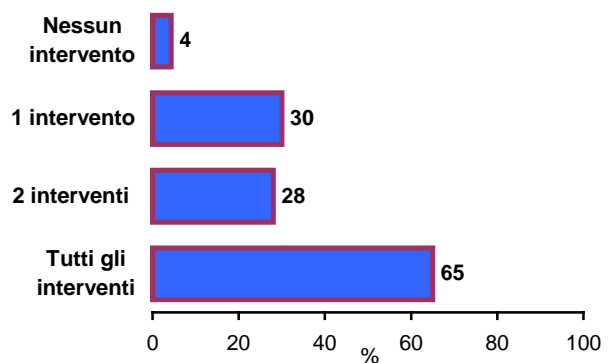
- Il 2% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna), il 6% da due interventi di promozione ed il 18% da un solo intervento; il 74% non ha riferito alcun intervento di promozione.



Quale efficacia degli interventi di promozione dello screening coloretale?

- In Campania la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening coloretale nei tempi raccomandati, è solo del 4% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 65% tra le persone raggiunte 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.

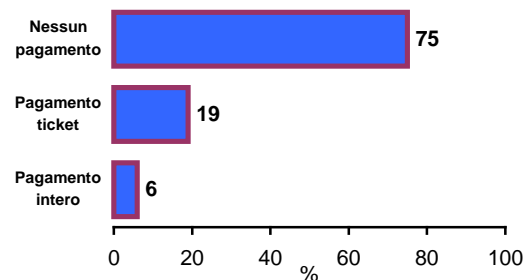
Interventi di promozione ed effettuazione dello screening coloretale nei tempi raccomandati
Campania - PASSI 2009 (n=1080)



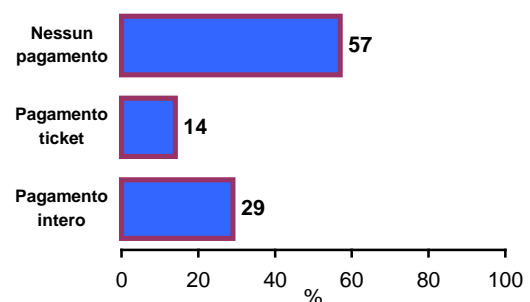
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- In Campania il 75% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 5 anni; il 19% ha pagato solamente il ticket ed il 6% l'intero costo dell'esame.
- Il 57% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 14% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 29% l'intero costo dell'esame.

Costi della ricerca di Sangue occulto
Campania - PASSI 2009 (n=96)

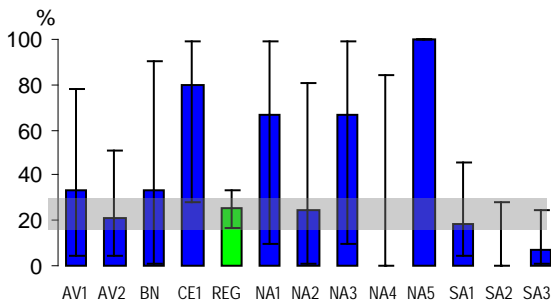


Costi della Colonscopia
Campania - PASSI 2009 (n=62)

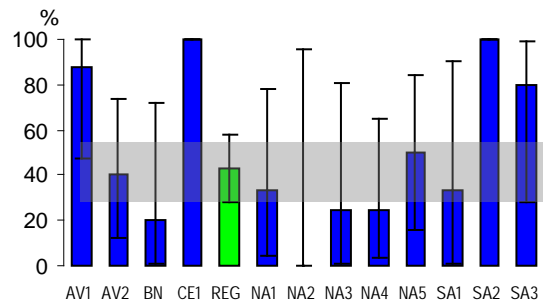


- Non si sono rilevate differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto a pagamento a livello delle ASL (range dallo 0% di Napoli 4 e Salerno 2 al 100% di Napoli 5).
- La percentuale di persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia a pagamento varia dallo 0% di Napoli 2 al 100% di Caserta 1.

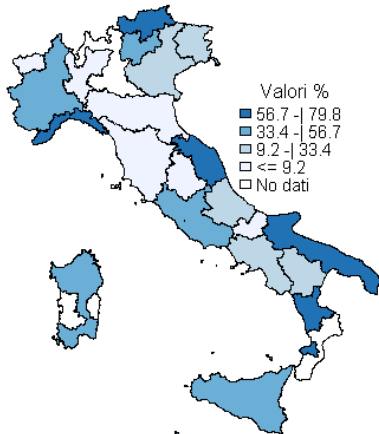
Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la ricerca di Sangue occulto (%)
Campania - PASSI 2009



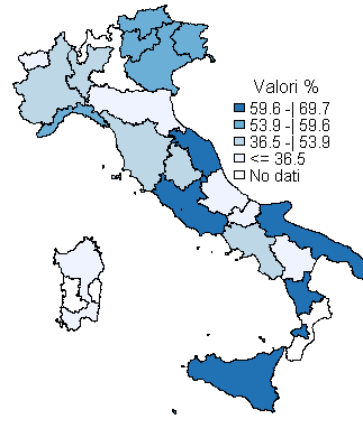
Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la Colonscopia preventiva (%)
Campania - PASSI 2009



Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la ricerca di Sangue occulto (%)
Pool PASSI 2009

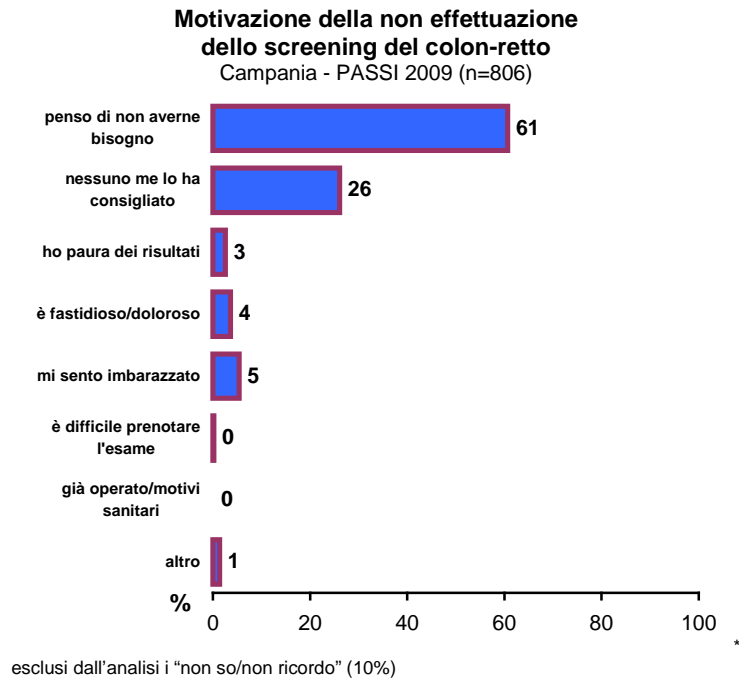


Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la Colonscopia preventiva (%)
Pool PASSI 2009



Perché non sono stati effettuati esami per lo screening dei tumori coloretali a scopo preventivo?

- In Campania l'82% 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 pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 62% ritiene infatti di non averne bisogno.



Conclusioni e raccomandazioni

In Campania nei primi tre anni di attivazione dello screening coloretale si è già raggiunto il livello di copertura "accettabile" (45%) nella popolazione target; tuttavia esiste un ampio margine di migliorabilità: infatti circa una persona su due nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

I 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.

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.

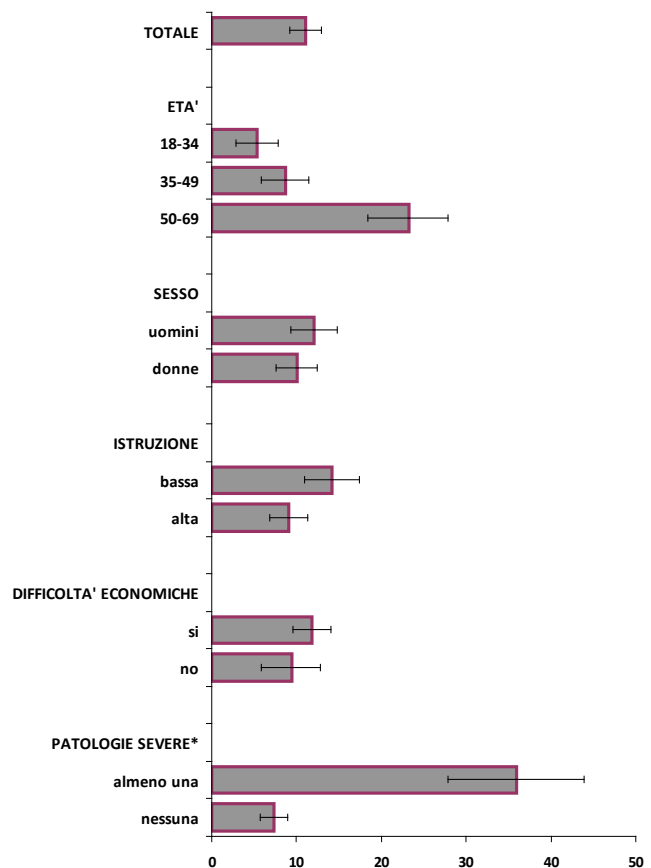
La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie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

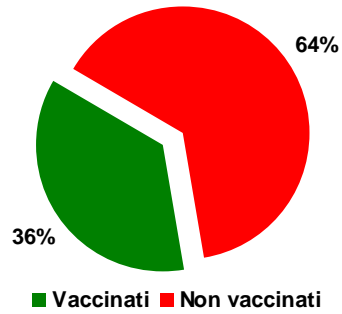
- In Campania l'11% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2008-2009.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 36%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata significativamente più elevata:
 - nella fascia 50-64 anni (23%)
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone che presentano almeno una patologia cronica.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (regressione logistica), si conferma la significatività relativa alla classe d'età più elevata e alla presenza di patologie croniche.

Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni)
Regione Campania - PASSI 2009 (n=1270)



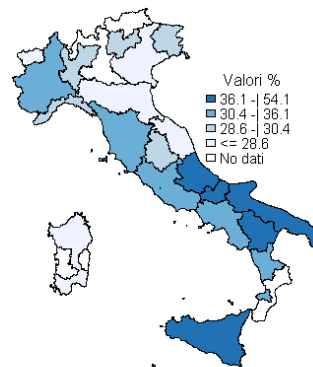
*almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

Vaccinazione antinfluenzale 2008-09 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
Campania - PASSI 2009 (n=177)



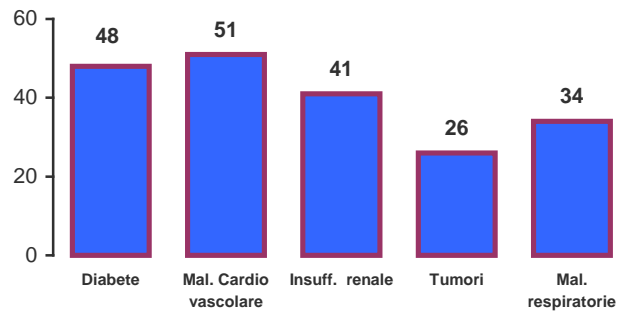
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica vaccinate contro l'influenza è risultata del 32%.

Vaccinazione antinfluenzale 2008-09 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
Pool PASSI 2009



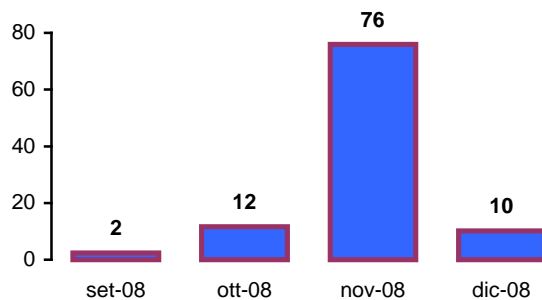
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:
 - basse coperture tra gli ammalati di tumore (26%) e di patologie respiratorie croniche (34%)
 - poco più elevati i valori tra le persone affette da insufficienza renale (41%), malattie cardiovascolari (51%) e diabete (48%).

Copertura vaccinale in persone (18-64 anni) per patologia cronica (%)
Pool PASSI 2009



- In Campania la maggior parte (76%) degli intervistati ha riferito di essere stato vaccinato durante il mese di Novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).

% di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese
Campania - Passi 2009 (n=137)



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni in Campania hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra ai 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle ASL è prossima al 75% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni.

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

Vaccinazione antirosolia

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

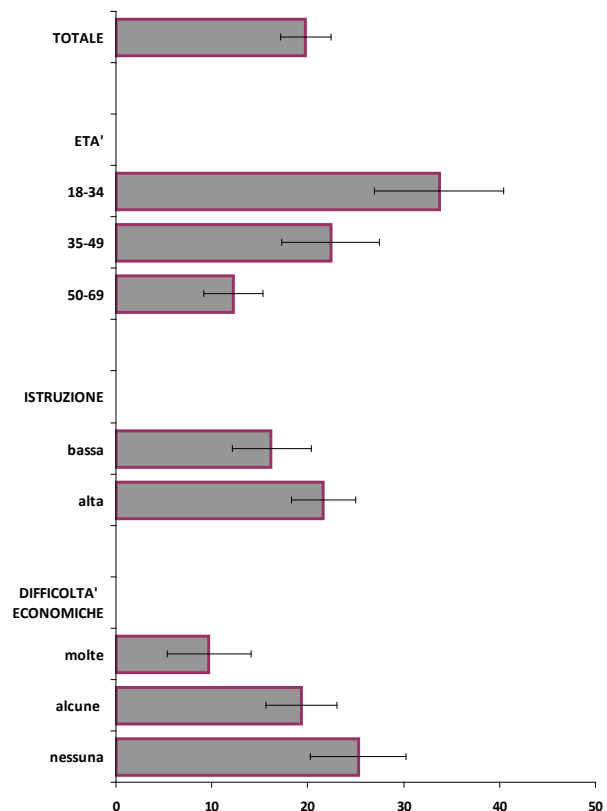
La vaccinazione antirosolia costituisce un'azione preventiva di provata efficacia, finalizzata all'eliminazione dei casi di rosolia congenita; per raggiungere questo obiettivo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita è necessario immunizzare almeno il 95% delle donne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

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

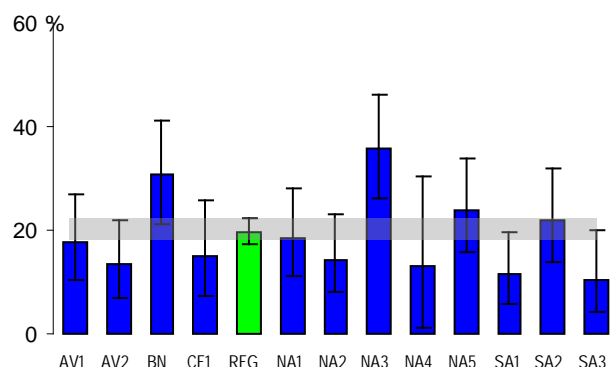
Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- In Campania il 20% 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 (34%)
 - con alto livello di istruzione
 - senza difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), si mantengono le significatività per classe di età ed assenza di difficoltà economiche.
- Tra le ASL regionali, la Napoli 3 ha mostrato una percentuale di donne vaccinate significativamente più alta (range dal 10% di Salerno 3 al 35% di Napoli 3).

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)
Campania - Passi 2009 (n=1054)

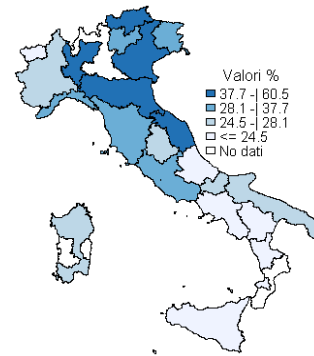


Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia
Campania - PASSI 2009



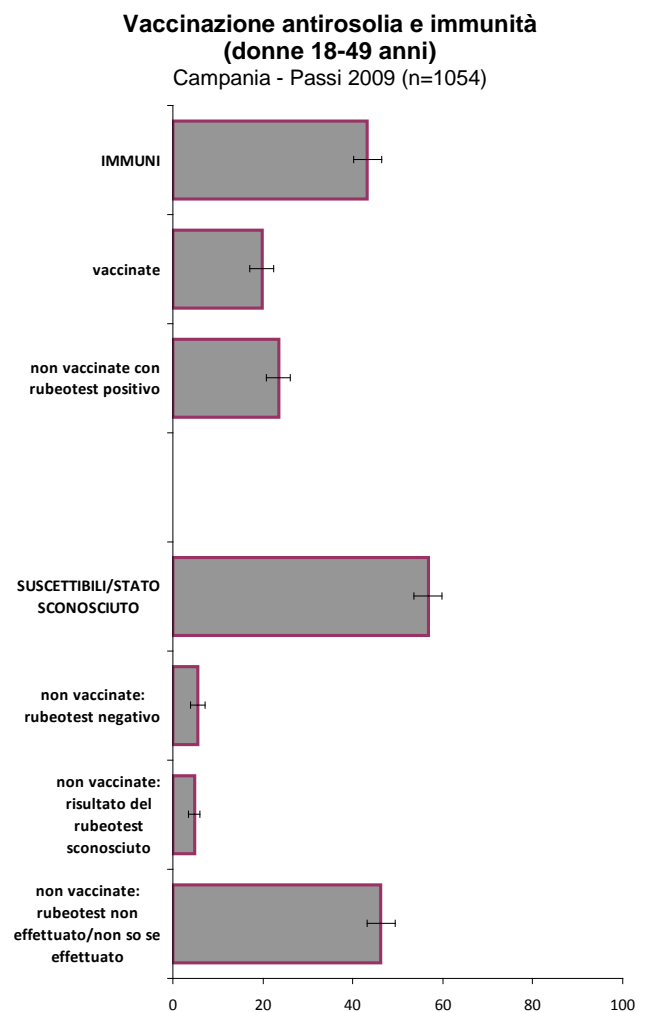
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 33%.

Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia
Pool PASSI 2009



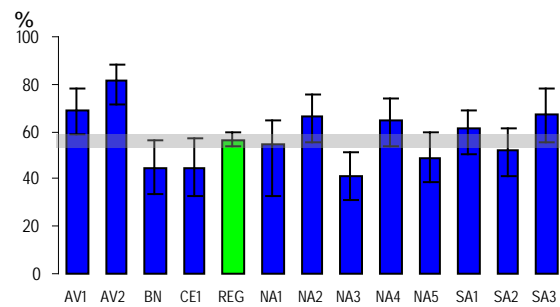
Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- In Campania il 43% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (20%)
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (23%).
- Il 6% è risultata suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione
 - ha riferito un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 51% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.



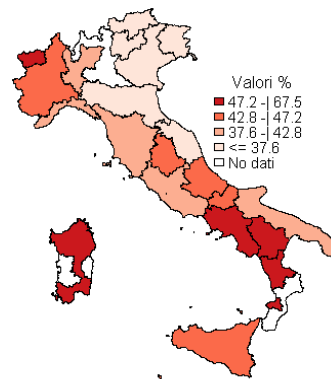
- Tra le ASL regionali, Napoli 3 ha mostrato la più bassa percentuale di donne stimate suscettibili alla rosolia (range dal 40% di Napoli 3 all'81% di Avellino 2).

Donne 18-49 anni suscettibili alla Rosolia
Campania - PASSI 2009



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione è pari al 43%, in linea coi valori regionali.

Donne 18-49 anni suscettibili alla Rosolia
Pool PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

A livello regionale si stima che più di una donna su due in età fertile sia 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.

Appendice

- ⇒ **Monitoraggio**
- ⇒ **Utilizzo della pesatura**
- ⇒ **Metodi**

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):

- 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 ASL²⁷:

	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
ASL AV1	96,5	3,5	3,2	0,4	96,3
ASL AV2	97,2	2,8	2,8	0	98
ASL BN	93,8	6,2	5,1	1	93,5
ASL CE1	80,1	19,9	19,9	0	95,6
ASL NA1	90,1	9,9	8,2	1,6	91,2
ASL NA2	99,6	0,4	0,4	0	97,5
ASL NA3	94,6	5,4	3,2	2,2	97,8
ASL NA4	84,2	15,8	15,8	0	98,4
ASL NA5	89,1	10,9	10,9	0	94,2
ASL SA1	99,3	0,7	0,7	0	93,3
ASL SA2	97,1	2,9	0,4	2,5	97,1
ASL SA3	100	0	0	0	100
CAMPANIA	93,2	6,8	6,2	0,6	95,9
POOL ASL	87,6	12,4	9,2	3,2	95,7

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.

²⁷ Nell'anno 2009, in seguito al riassetto delle AASSLL in Regione Campania, la ASL CE 2, la cui estensione corrisponde a circa metà della provincia di Caserta, non ha potuto raccogliere dati adeguati a garantire la rappresentatività del proprio territorio e, pertanto, non è citata nel presente report

- 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:

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

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 differenza tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

• TASSO DI ELEGGIBILITÀ "E"

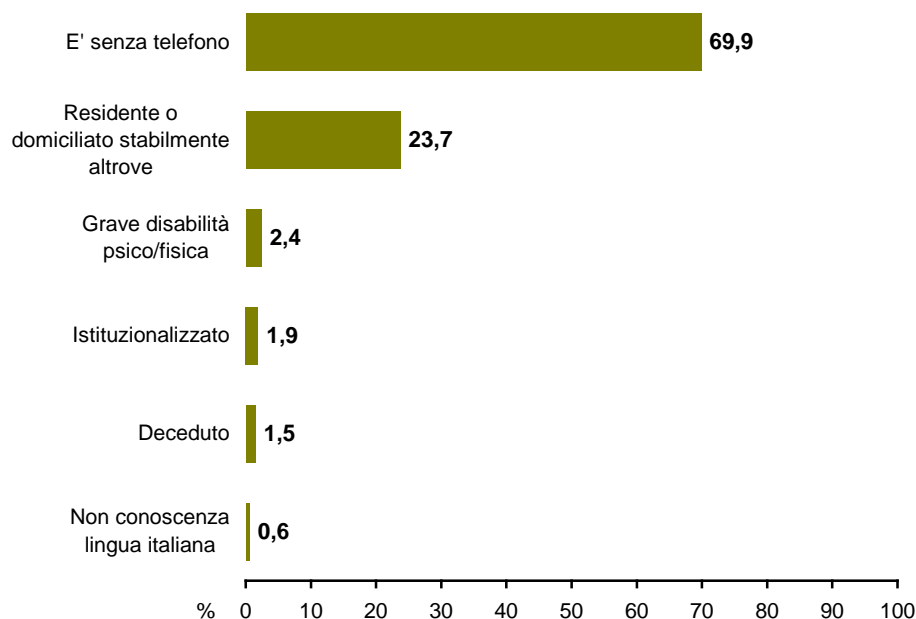
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il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

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

• DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI MOTIVI DI NON ELEGGIBILITÀ

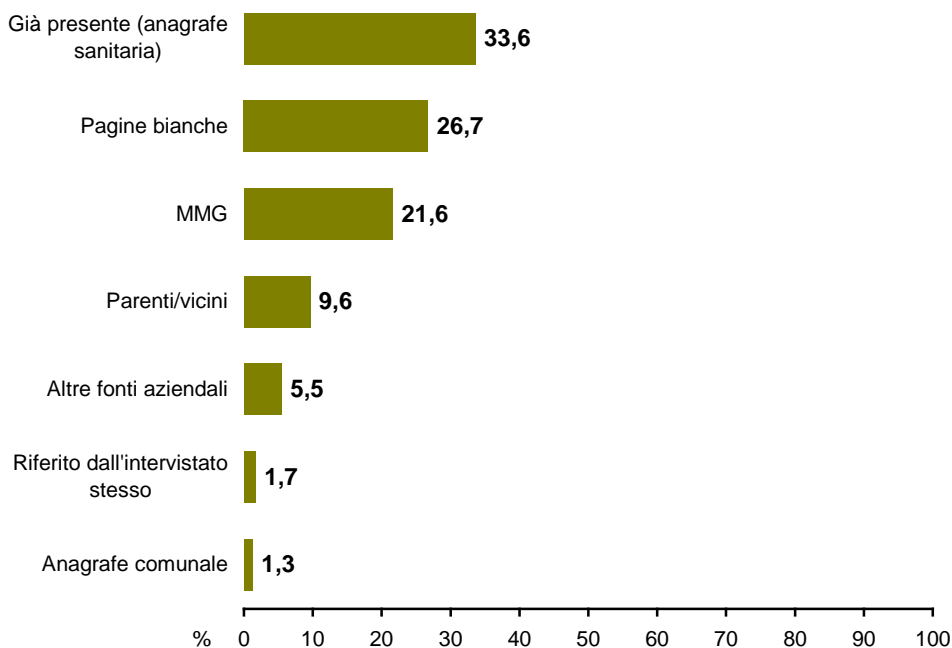
E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

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.



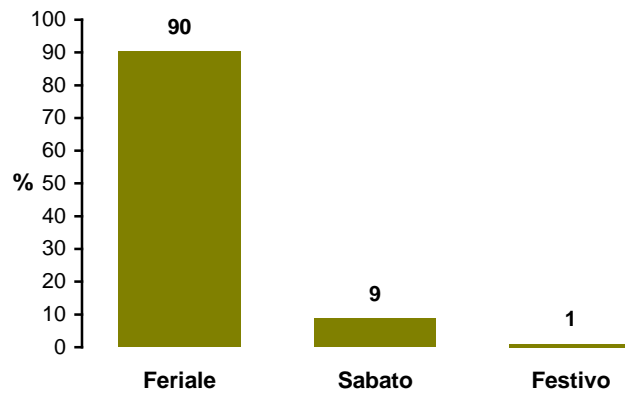
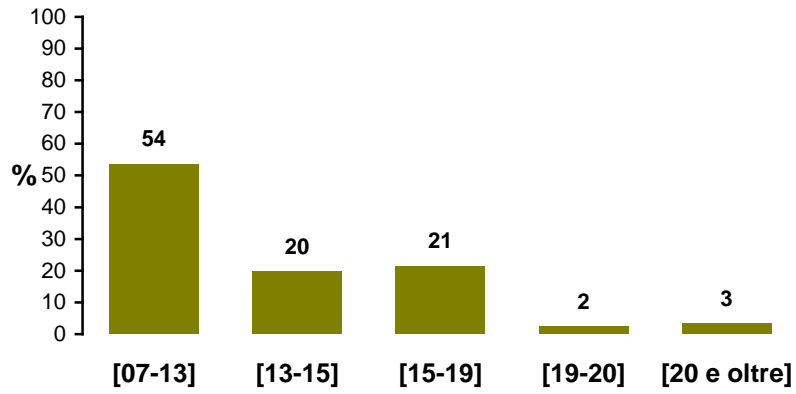
• MODALITÀ DI REPERIMENTO DEL NUMERO TELEFONICO

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.



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 stati 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:

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

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{pop_strato}_k - \text{ASL}_i}{\text{pop_strato}_k - \text{Re g}}$$

e

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{numero_int_strato}_k - \text{ASL}_i}{\text{numero_int_strato}_k - \text{Re g}}$$

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.

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 ASL²⁸:

ASL	Persone di 18-69 anni
AV1	274
AV2	280
BN	274
CE1	225
NA1	274
NA2	275
NA3	262
NA4	262
NA5	277
SA1	276
SA2	268
SA3	215
Totale regionale	3162

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

²⁸ Nell'anno 2009, in seguito al riassetto delle AASSLL in Regione Campania, la ASL CE 2, la cui estensione corrisponde a circa metà della provincia di Caserta, non ha potuto raccogliere dati adeguati a garantire la rappresentatività del proprio territorio e, pertanto, non è citata nel presente report

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
- 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
- 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/qcps/>
- 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
- 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
- Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)
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
Ministero della Salute – Programma “Guadagnare salute Rendere facili le scelte salutari”
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)
- 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)

- 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.epix.iss.it/focus/alcol/alcol.htm>
- European Alcohol Action Plan 2000-2005, http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/20020923_1
- I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo <http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/alc%20REP%202004.1133945788.pdf>

Sicurezza stradale

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

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
- www.epix.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)
- "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.epix.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).

Operatori ASL - PASSI Campania²⁹ 2009

ASL Avellino 1	Elvira Bianco (<i>coordinatore</i>), Francesco Natale, Nunzia Forgione, Patrizia Branca, Vito Cappetta
ASL Avellino 2	Maria Antonietta Ferrara (<i>coordinatore</i>), Mafalda Adda, Elisa Iervolino, Maria Flora Pagliuca
ASL Benevento	Elena Fossi (<i>coordinatore</i>), Carmela Orlicchio, Giuseppe Rapuano, Ermelinda Zollo, Anatile Iannace
ASL Caserta 1	Domenico Protano (<i>coordinatore</i>), Maria Rosaria Morrone, Maria Porto, Maria Castorio, Elena Santonastaso, Angelo D'Angelo, Elisabetta Diana, Maria Offi, Luigi Scaramazza, Andrea Quassone
ASL Napoli 1	Luigi Esposito (<i>coordinatore</i>), Anna Cutillo, Emma Sandomenico
ASL Napoli 2	Giancarlo D'Orsi (<i>coordinatore</i>), Marianna Faredo, Rosaria Granata, Emilia Lorigo, Antonietta Musella
ASL Napoli 3	Filomena Sibilio (<i>coordinatore</i>), Annamaria Lucariello, Regina Luongo, Antonella Speranza, , Maria Grazia Chiacchio
ASL Napoli 4	Maura Isernia (<i>coordinatore</i>), Giovanni Trombetta, Armando Di Buono
ASL Napoli 5	Francesco Giugliano (<i>coordinatore</i>), Annamaria Avino, Roberto Russo
ASL Salerno 1	Anna Luisa Caiazzo (<i>coordinatore</i>), Maria Sarina Belmonte, Anna Berritto, Anna Bianco, Raffaelina Bruno, Giovanna Catino
ASL Salerno 2	Chiara Ronga (<i>coordinatore</i>), Anna Bassano, Adele D'Anna, Chiara Ronga, Elena Conte
ASL Salerno 3	Giuseppe Della Greca (<i>coordinatore</i>), Annamaria Trani, Michela Raimondo, Dora Caputo, Antonietta Esposito

²⁹ Nell'anno 2009, in seguito al riassetto delle AASSLL in Regione Campania, la ASL CE 2, la cui estensione corrisponde a circa metà della provincia di Caserta, non ha potuto raccogliere dati adeguati a garantire la rappresentatività del proprio territorio e, pertanto, non è citata nel presente report