



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto Regionale 2010

Campania



Collana
Agendum est
4

Con la quarta pubblicazione del report PASSI, il sistema di sorveglianza dei comportamenti e degli stili di vita, la Regione Campania approfondisce ulteriormente le proprie conoscenze sulla distribuzione territoriale dei determinanti delle più frequenti malattie cronico-degenerative.

I dati, raccolti, come sempre, da un campione rappresentativo della popolazione residente di 18-69 anni, producono informazioni dettagliate sulla diffusione dei comportamenti a rischio e sull'adesione dei cittadini ad interventi preventivi di provata efficacia (screening e vaccinazioni), aspetti chiave su cui investire, con decisione, per migliorare lo stato di salute della popolazione campana.

Alla luce dei recenti riarrangiamenti territoriali successivi alla "fusione" delle ASL campane, gli spunti offerti dalla pubblicazione forniscono preziosi riferimenti, utili ad indirizzare, in modo appropriato, le scelte di programmazione delle nuove realtà sanitarie locali.

Il nostro ringraziamento va a tutti gli operatori sanitari che, nel redigere il presente rapporto, hanno validamente contribuito a fornire elementi concretamente utili a conoscere e comprendere il profilo socio-sanitario della popolazione campana, in tutta la sua complessità e con le sue criticità, consentendo di ottimizzare l'uso delle risorse che il Sistema Sanitario regionale mette a disposizione dei cittadini.

Albino D'Ascoli



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, Maura Isernia, Francesco Giugliano, Anna Luisa Caiazzo, Maria Grazia Panico, Giuseppe Della Greca – *Coordinatori Aziendali*

Alessandra Sessa¹

¹: *Servizio di Epidemiologia – ASL Caserta*

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

INDICE	4
Premessa	5
Obiettivi	6
Sintesi dei risultati	9
Sistema di sorveglianza PASSI 2010	11
Profilo socio-demografico	12
Il campione regionale 2010	13
Benessere	19
Percezione dello stato di salute	20
Sintomi di depressione	25
Guadagnare salute	28
Attività fisica	30
Stato nutrizionale e abitudini alimentari	34
Consumo di alcol	42
L'abitudine al fumo	48
Rischio cardiovascolare	57
Rischio cardiovascolare	58
Ipertensione arteriosa	59
Ipercolesterolemia	63
Diabete.....	67
Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare	69
Sicurezza	72
Uso dei dispositivi di sicurezza stradale.....	73
Alcol e guida.....	78
Sicurezza domestica	82
Programmi di prevenzione	84
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	86
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella.....	91
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	98
Vaccinazione antinfluenzale	105
Vaccinazione antirosolia.....	108
Appendice	111
Monitoraggio.....	112
Utilizzo della pesatura	116
Metodi	117
Bibliografia	120
Operatori ASL - PASSI Campania 2010	123

Premessa

È ormai ampiamente noto che, in quasi tutto il mondo, le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte: a infarti, ictus, tumori, diabete e malattie respiratorie croniche è imputabile il 63% dei decessi a livello globale. Si calcola che ogni anno, le malattie non trasmissibili uccidano 9 milioni di persone sotto i 60 anni, e siano causa di gravi invalidità, con sconcertanti ricadute di carattere socioeconomico.

Ora, se da un lato è vero che tali patologie, dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, è anche vero che, in generale, sono malattie le cui cause iniziano ad agire già in età giovanile, presentando, quindi diverse opportunità di prevenzione.

Infatti, al di là di fattori di rischio imm modificabili, quali età, sesso e predisposizione genetica, alla base delle patologie cronicodegenerative la ricerca scientifica ha individuato fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono, a loro volta, generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità.

Cause delle malattie croniche



Fonte: Oms

Date queste premesse, è intuitiva l'opportunità, per i diversi Paesi, di investire quota parte delle risorse della spesa sanitaria puntando alla prevenzione delle patologie cronicodegenerative, piuttosto che all'assistenza.

Questo orientamento risulta tanto più attuale e necessario, oggi, in un contesto di crisi economica ormai globale, che coinvolge direttamente anche l'Italia.

Il sistema PASSI, che indaga gli **stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni**, è stato pensato ed inserito nell'ambito delle strategie utili a perseguire gli obiettivi di prevenzione delle malattie croniche e la sua validità nel fornire dati accurati e tempestivi, su scala nazionale, lo ha reso un imprescindibile strumento di sorveglianza, ormai a regime fin dal 2007.

La possibilità di monitorare e confrontare i dati nel tempo, nonché fra le diverse realtà locali, rende PASSI estremamente flessibile; inoltre, la diretta fruibilità delle informazioni raccolte ed elaborate rappresenta una risorsa per gli operatori sanitari e per i decisori, al fine di attuare migliori politiche di prevenzione che coinvolgano non solo la popolazione, ma anche settori diversi della società e delle istituzioni.

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 periodicit  dell'ultima effettuazione e se   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 attivit ;
- 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 2072 persone, selezionato dalle liste delle Anagrafi Sanitarie delle ASL. Il 47% degli intervistati è rappresentato da donne e il 53% da uomini. L'età media è di 42 anni. Il 57% del campione ha un livello di istruzione alto e solo il 45% 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 30%.
Sintomi di depressione	In Campania il 4% 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.
Attività fisica	È completamente sedentario il 37% del campione e solo il 31% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Nel 24% dei casi i medici si informano e nel 23% dei casi consigliano genericamente di svolgere attività fisica.
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	Il 36% del campione campano è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 13%. L'eccesso ponderale è trattato nel 24% dei casi con dieta e solo nel 58% con la pratica di attività fisica regolare. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo l'8% aderisce alle raccomandazioni internazionali, consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-34 anni.
Consumo di alcol	Si stima che quasi la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche ed il 9% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (il 2% beve fuori pasto, il 4% è bevitore "binge" ed il 5% 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.
Abitudine al fumo	Il 31% si dichiara fumatore ed il 12% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e appena l'1% dichiara di aver avuto utilizzato farmaci per smettere. Il 63% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 27% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (3%) o in "alcune zone" (24%).

Rischio cardiovascolare	Si stima che sia iperteso un quinto della popolazione campana, tra i 18 e 64anni; l'84% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 12% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Poco meno di un sesto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (15%) e, tra questi, il 44% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Circa una persona su sei (16%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. Il 7% 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 9% degli ultraquarantenni intervistati riferisce che gli è stato valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.
Sicurezza stradale	L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: l'89% delle persone intervistate, se conduttori di motocicli, dichiara di utilizzare il casco sempre, il 75% degli intervistati dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dall'11% degli intervistati. Il 6% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista, mentre il 3% 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'88% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha fatto ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale per un infortunio domestico è del 4%.
Screening neoplasia del collo dell'utero	Il 27% delle donne tra 25 e 64 anni non ha mai effettuato un Pap test nella vita e soltanto il 58% l'ha eseguito negli ultimi tre anni, come raccomandato.
Screening neoplasia della mammella	Il 27% delle donne tra 50 e 69 anni non ha mai effettuato una mammografia e solo il 44% l'ha eseguita negli ultimi due anni, come raccomandato.
Screening tumore del colon retto	Appena il 15% 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).
Vaccinazione antinfluenzale	In media, solo il 34% 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 53%.

Sistema di sorveglianza PASSI 2010

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 2010

Tabella riassuntiva

Descrizione del campione (%)	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Numerosità	3152	2072	36319
Uomini	48,4	47,5	49,2
Donne	51,6	52,5	50,8
Età media	42,7 anni	42,2 anni	44,1 anni
18-34	32,7	34,3	28,0
35-49	32,8	33,3	34,9
50-69	34,5	32,4	37,1
Titolo di studio			
nessuno/elementare	13,1	12,6	10,5
media inferiore	29,8	30,0	30,8
media superiore	45,0	46,4	44,6
laurea	12,1	11,0	14,1
Livello di istruzione			
alto	57,1	57,4	58,7
basso	42,9	42,6	41,3
Stato civile			
coniugati/conviventi	62,2	63,6	60,8
celibi/nubili	33,4	32,2	32,0
vedovi/e	2,0	2,1	2,4
separati/divorziati	2,4	2,1	4,8
Vive			
da solo			
con altri			
Cittadinanza straniera	0,5	0,5	3,8
Lavoro continuativo (tempo pieno o part-time)	50,7	45,4	59,6
Difficoltà economiche			
nessuna	31,2	28,1	46,2
qualche	51,1	52,7	40,7
molte	17,7	19,2	13,1

Il campione regionale 2010

La popolazione in studio è costituita da 3.928.319 residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2010 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 7 ASL della regione Campania.

Da gennaio a dicembre 2010, sono state intervistate 2072 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

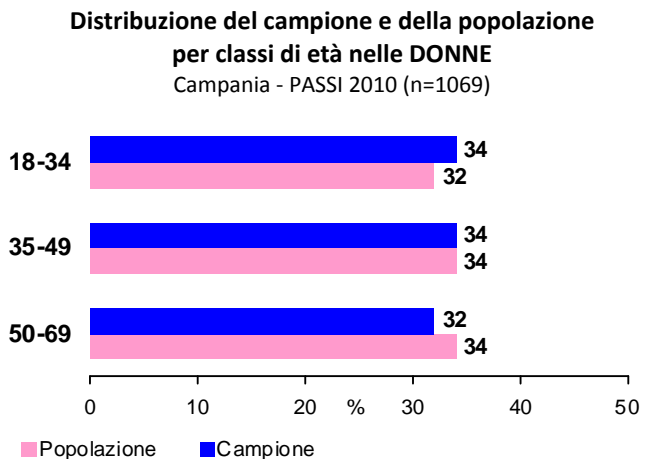
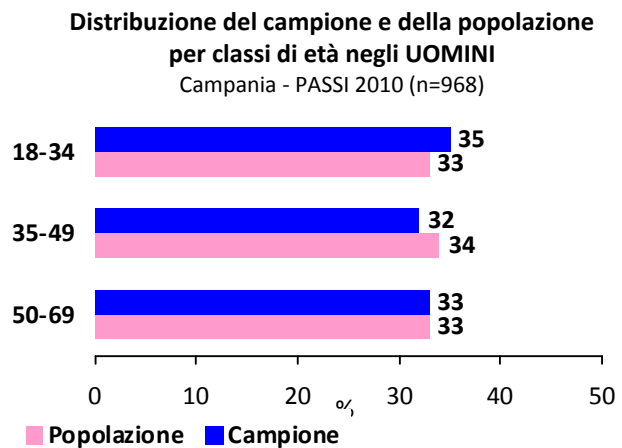
Le ASL regionali hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 225 persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta¹ è risultato del 92%, il tasso di sostituzione² dell'8% e quello di rifiuto³ del 6,9% (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 (2072 persone) è risultato composto per il 48% da donne e per il 52% da uomini; l'età media complessiva è di 42 anni.
- Il campione è risultato costituito per:
 - il 34% da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 33% da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 33% 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, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.
- La distribuzione per sesso ed età è risultata simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale.



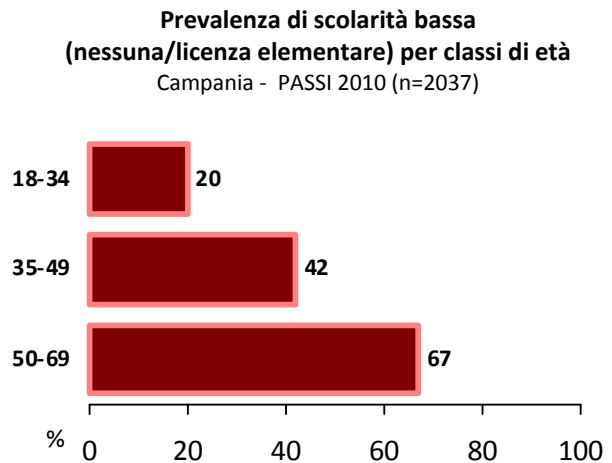
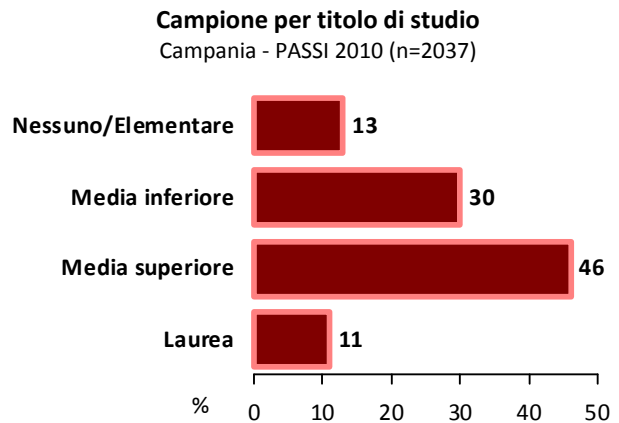
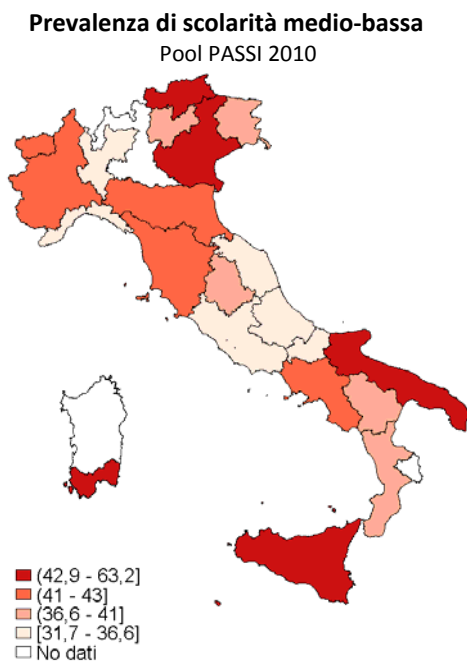
¹ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

² Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

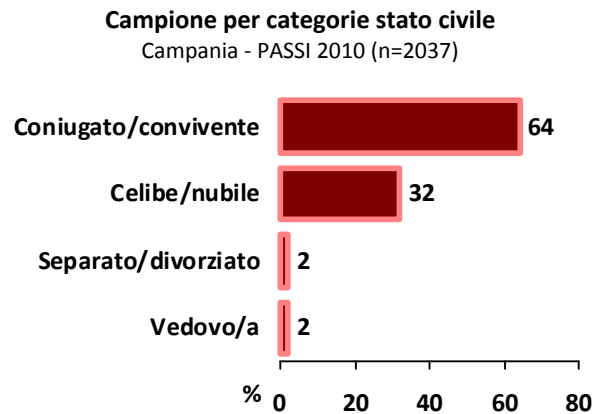
Il titolo di studio

- In Campania il 13% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 30% la licenza media inferiore, il 46% la licenza media superiore e l'11% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini.
- 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).
- Nel pool di ASL PASSI 2010 la scolarità medio-bassa è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.



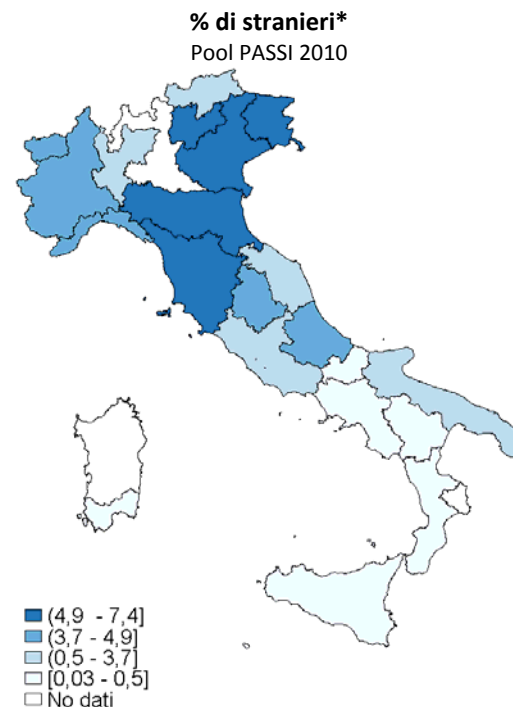
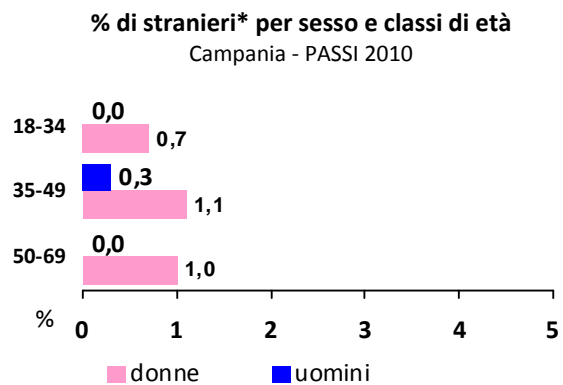
Lo stato civile

- In Campania i coniugati/conviventi rappresentano il 64% del campione, i celibi/nubili il 32%, i separati/divorziati il 2% ed i vedovi il 2%.
- Nel pool di ASL PASSI 2010 queste percentuali sono rispettivamente del 61%, 32%, 5% e 2%.



Cittadinanza

- In Campania il campione è costituito per più del 99% da cittadini italiani e da circa l'1% di stranieri. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nella fascia 35-49 anni l'1% delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.
- Nel pool di ASL PASSI 2010 le persone con cittadinanza straniera rappresentano il 3% degli intervistati con differenze territoriali.

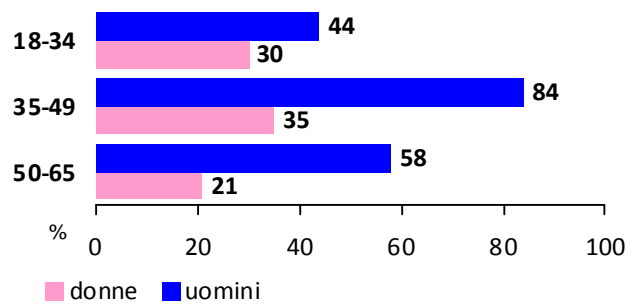


* Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini con doppia nazionalità

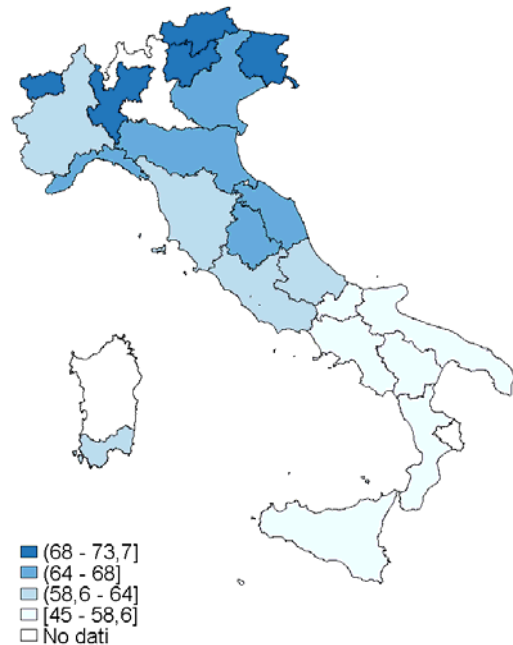
Il lavoro

- In Campania il 45% degli intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (71% contro 38%). Gli intervistati di 35-69 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Le differenze di occupazione risultano statisticamente significative per le differenti classi di età, in entrambi i sessi, in linea con i dati del pool delle ASL partecipanti.
- Nel pool di ASL PASSI 2010 la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 60%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
Campania - PASSI 2010



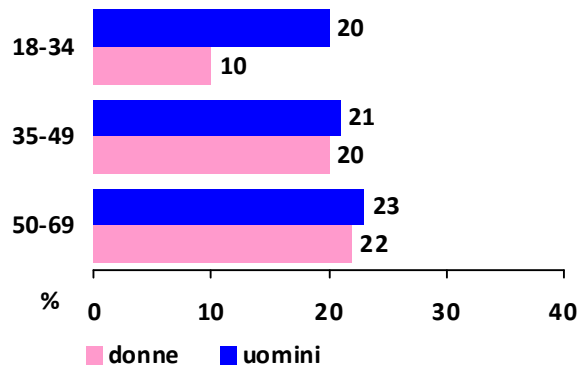
% di lavoratori regolari
Pool PASSI 2010



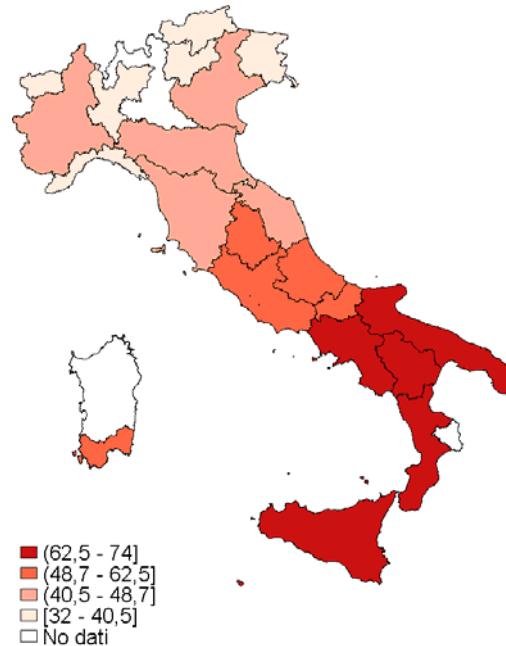
Difficoltà economiche

- In Campania:
 - il 28% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 53% qualche difficoltà
 - il 19% molte difficoltà economiche.
- Le donne hanno dichiarato complessivamente minori difficoltà economiche rispetto agli uomini (18% contro 21%), in particolare la classe 18-34 anni, anche se tali differenze non raggiungono la significatività statistica.
- Nel pool di ASL PASSI 2010 il 46% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà, il 13% molte difficoltà. La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
Campania - PASSI 2010



% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2010



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 la popolazione della regione Campania indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione regionale.

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

Benessere

☞ **Percezione dello stato di salute**

☞ **Depressione**

Tabella riassuntiva

Percezione dello stato di salute (% , IC95%)

	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	67,1 (65,4-68,7)	67,0 (64,9-69,0)	67,7 (67,1-68,3)
Numero di giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività			
0 giorni	84,8 (83,5- 86,1)	81,3 (79,5-83,2)	83,2 (82,7-83,7)
1-13 giorni	12,2 (11,0- 13,4)	16,5 (14,7- 18,3)	13,4 (12,9-13,9)
14+ giorni	3,0 (2,3- 3,6)	2,1 (1,4-2,9)	3,4 (3,1-3,6)

Sintomi di depressione (% , IC95%)

	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane	5,1 (4,3-6,0)	4,2 (3,2-5,2)	6,4 (6,1-6,7)
donne	6,9 (5,5-8,3)	5,1 (3,6-6,6)	8,6 (3,8-4,5)
uomini	3,3 (2,4-4,2)	3,2 (1,9-4,5)	4,2 (3,8-4,5)
Classi di età			
18-34	2,0 (1,0-2,9)	2,7 (1,4-4,1)	5,2 (4,7-5,8)
35-49	5,6 (4,1-7,11)	3,7 (2,1-5,3)	5,4 (5,0-5,9)
50-69	8,1 (6,3-9,9)	6,3 (4,1-8,5)	8,3 (7,7-8,9)
Con almeno 1 patologia	14,6 (11,2-18,0)	10,8 (7,0-14,6)	13,1 (12,1-14,2)

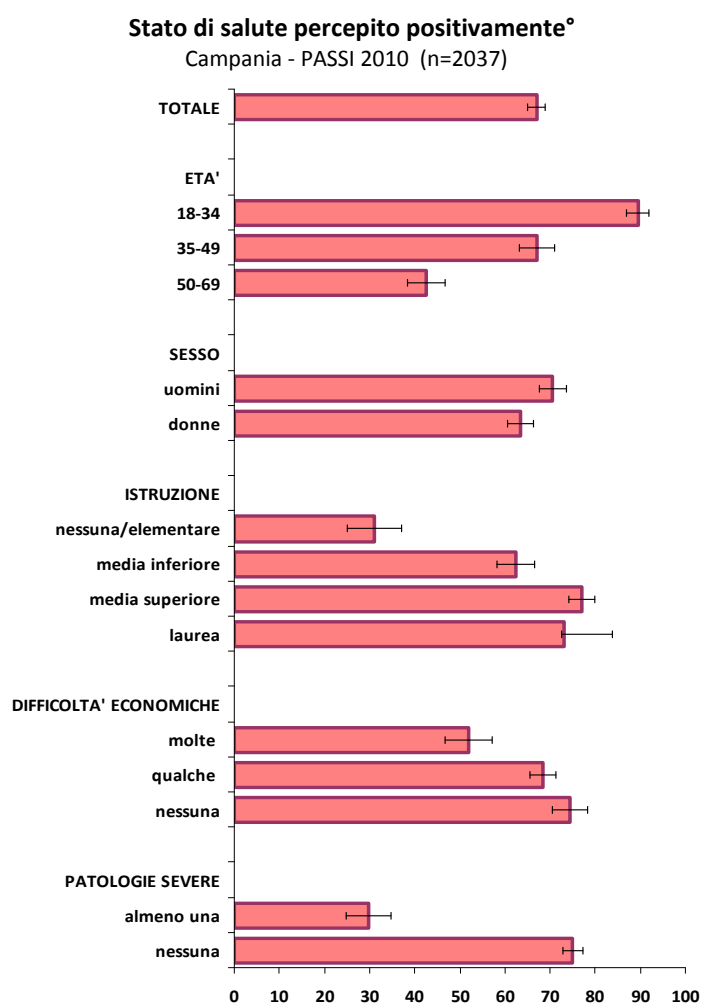
Percezione dello stato di salute

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.

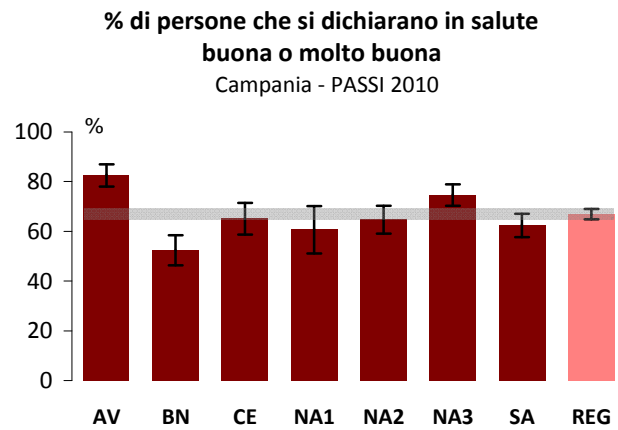
Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato 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 31% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 2% 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 livello di istruzione più elevato
 - le persone con minori difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe.
- 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 tutte le variabili considerate.



- Nelle ASL della Regione, la percentuale di intervistati che ha riferito una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale, ad eccezione delle ASL AV e NA3, che mostrano valori significativamente superiori, e della ASL BN che mostra un valore inferiore (range dal 52,4% di BN all'82,8% di AV).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 68% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.



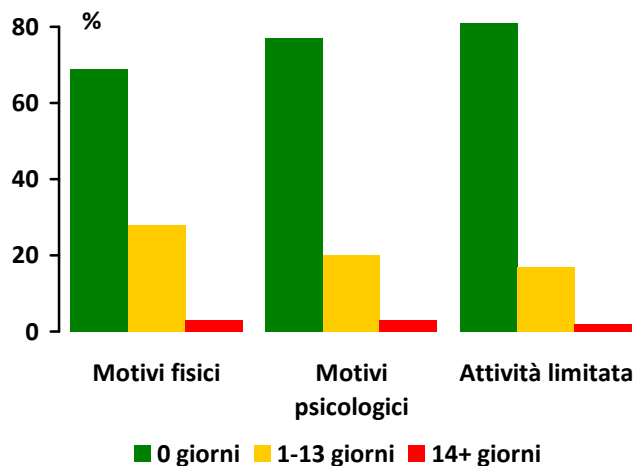
% di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
Pool PASSI 2007-10



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 (69% in buona salute fisica, 76% in buona salute psicologica e 81% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (3%), per motivi psicologici (3%) e con limitazioni alle attività abituali (2%).

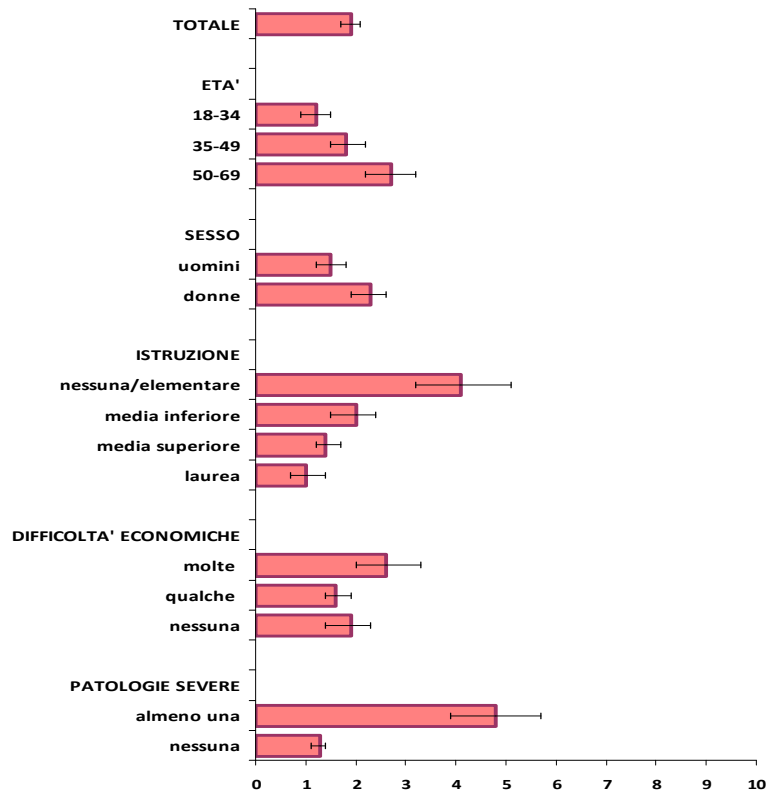
Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Campania - PASSI 2010



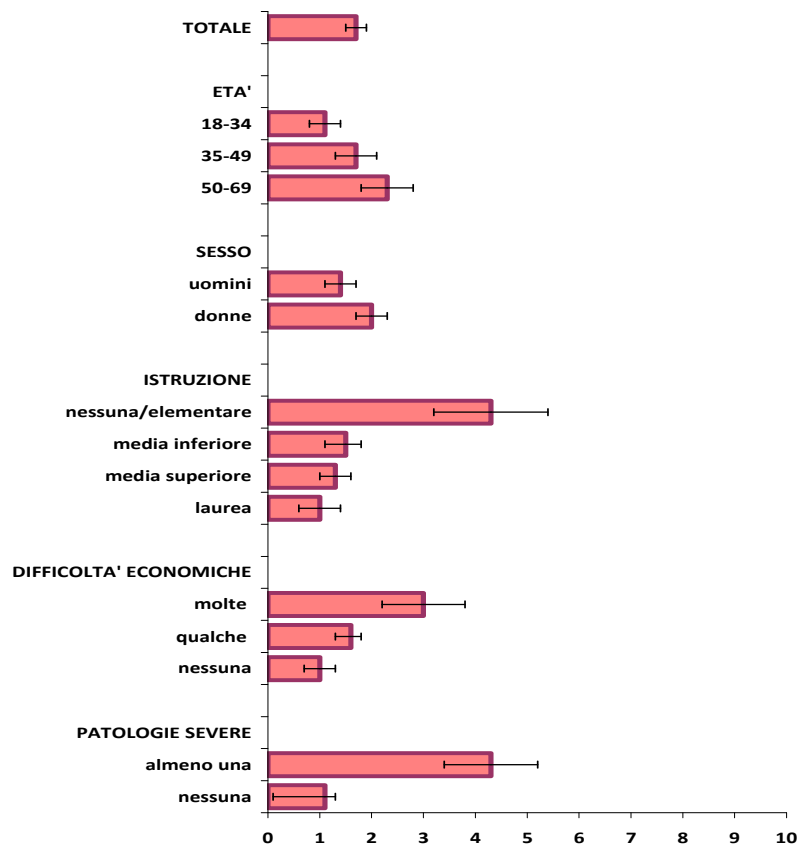
Giorni percepiti in cattiva salute al mese

Campania - PASSI 2010 (n=1998)

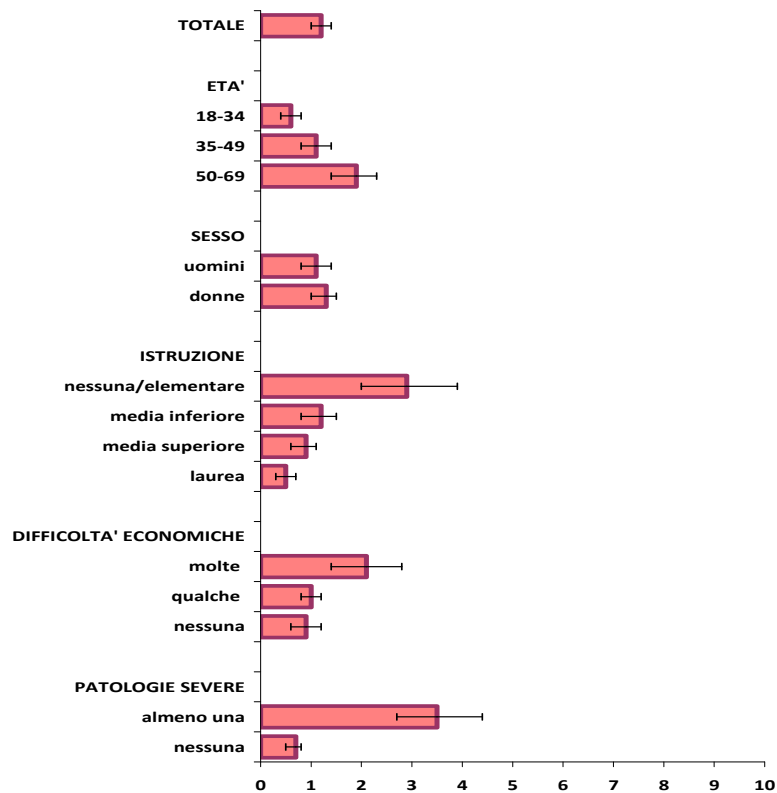
Per motivi fisici



Per motivi psicologici



Attività limitata



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

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 dello 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.

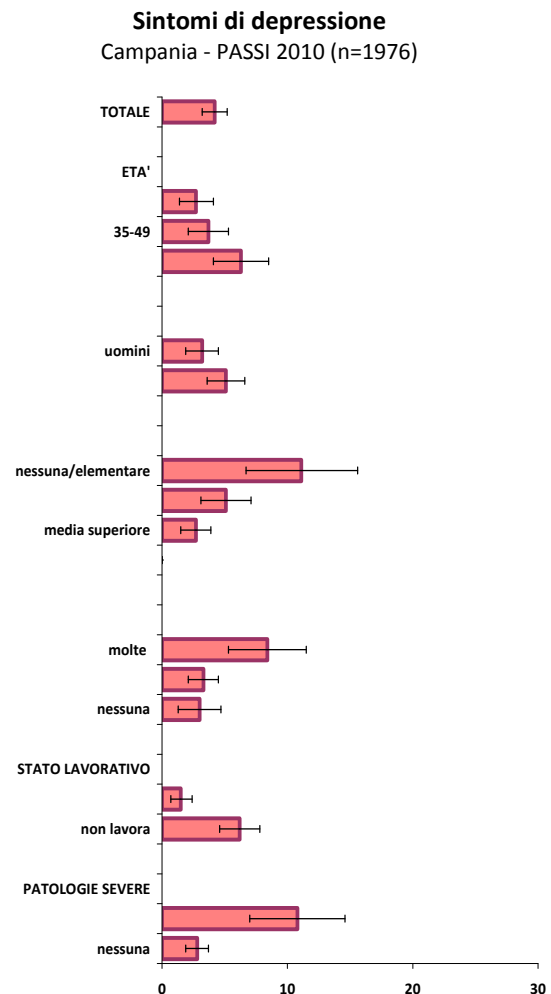
Nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero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

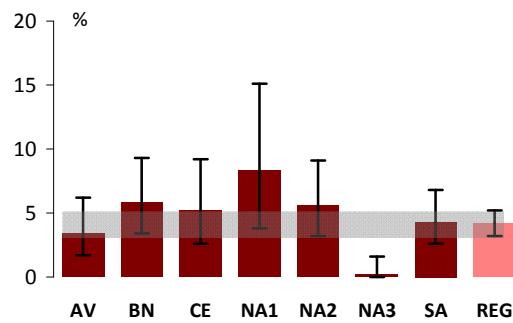
- In Campania circa il 4% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
 - nelle fasce d'età più avanzate (50-69 anni)
 - nelle donne
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con molte difficoltà economiche
 - nelle persone senza un lavoro continuativo
 - nelle persone con almeno una patologia severa.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, la probabilità di aver avuto i sintomi di depressione rimane significativamente più elevata nelle persone con basso livello d'istruzione, con molte difficoltà economiche, senza un lavoro continuativo o con patologie severe.



- Tra le ASL regionali, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione è significativamente più bassa alla NA3 (range dal 0,2% di NA3 all'8,3% di NA1).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 6%.

Persone con sintomi di depressione (%)

Campania - PASSI 2010



Persone con sintomi di depressione (%)

Pool PASSI 2007-10

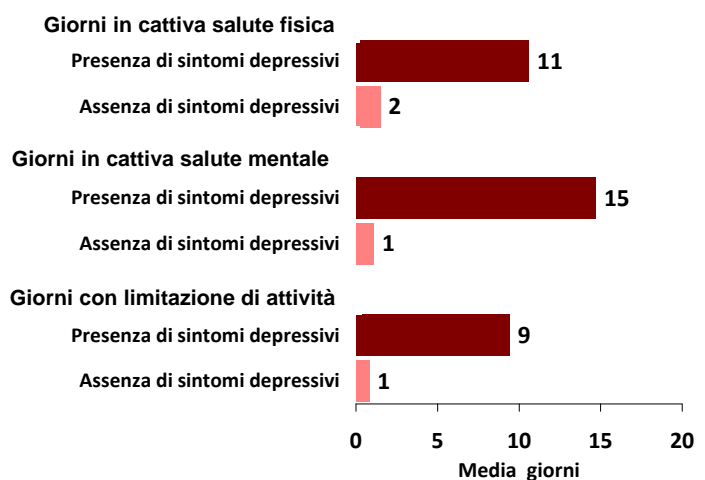


Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

- 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 26% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 69% delle persone che non hanno riferito i sintomi
 - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

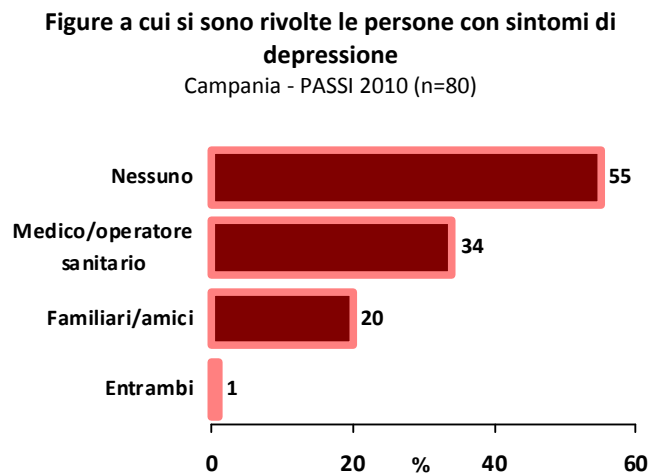
Qualità di vita percepita e sintomi di depressione

Campania - PASSI 2010 (n=1956)



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 55% 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 (34%), a familiari/amici (20%) o ad entrambi (1%).



Conclusioni e raccomandazioni

In Campania si stima che circa il 4% delle persone abbia sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, con basso livello di istruzione, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

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

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

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 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Livello di attività fisica			
Attivo ⁴	27,5 (25,8-29,1)	30,7 (28,5-32,8)	32,5 (32,0-33,2)
parzialmente attivo ⁵	28,9 (27,2-30,7)	32,6 (30,4-34,9)	36,8 (36,1-37,4)
sedentario ⁶	43,6 (41,8-45,4)	36,7 (34,5-38,9)	30,7 (30,1-31,3)
Riferisce che medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica	24,2 (22,5-26,0)	24,2 (22,0-26,3)	31,0 (30,3-31,6)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica	23,6 (21,8-25,4)	23,2 (21,1-25,3)	31,6 (30,9-32,3)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	17,0 (15,0-19,0)	22,8 (19,4-26,1)	20,1 (19,1-21,2)

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (% IC95%)

	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2009
Popolazione con eccesso ponderale			
sovrappeso ⁷	36,1 (34,3-37,9)	35,9 (33,7-38,0)	31,6 (31,0-32,2)
obeso ⁸	11,6 (10,4-12,7)	12,7 (11,1-14,2)	10,6 (10,2-11,0)
sovrappeso/obeso	47,6 (45,8-49,5)	48,5 (46,3-50,7)	42,2 (41,6-42,8)
Consigliato di perdere peso da un medico/operatore sanitario			
sovrappeso	42,9 (39,6-46,1)	39,3 (35,2-43,4)	43,5 (42,3-44,8)
obesi	78,7 (74,1-83,3)	71,4 (65,1-77,8)	77,2 (75,3-78,9)
sovrappeso/obeso	52,1 (49,3-54,9)	48,5 (45,0-51,9)	52,4 (51,3-53,5)
Consigliato di fare attività fisica da un medico/operatore sanitario			
sovrappeso	25,6 (22,6-28,6)	26,9 (23,0-30,7)	35,6 (34,4-36,8)
obesi	35,1 (29,4-40,7)	32,4 (26,1-38,7)	48,8 (46,6-51,0)
sovrappeso/obeso	27,9 (25,2-30,6)	28,4 (25,1-31,7)	39,1 (38,0-40,1)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	6,2 (5,4-7,0)	8,1 (6,9-9,2)	9,7 (9,4-10,1)

⁴ Lavoro pesante oppure adesione alle linee guida

⁵ Non fa lavoro pesante ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

⁶ Non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

⁷ BMI compreso tra 25 e 29,9

⁸ BMI \geq 30

Consumo di alcol (% , IC95%)			
	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	41,9 (40,1-43,7)	41,6 (39,4-43,7)	55,0 (54,4-55,7)
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	3,0 (2,4-3,6)	2,3 (1,6-3,0)	7,7 (7,4-8,1)
Bevitori binge ⁹	n.d.	4,2 (3,2-5,2)	8,6 (8,3-9,0)
Forti bevitori ¹⁰	4,7 (3,9-5,5)	4,7 (3,7-5,7)	9,1 (8,7-9,4)
Bevitori a rischio ¹¹	n.d.	9,3 (8,0-10,7)	19,4 (18,9-19,9)
Chiesto da un medico/operatore sanitario sul consumo	7,9 (6,8-9,1)	9,3 (7,8- 10,8)	14,8 (14,4-15,4)
Consigliato di ridurre il consumo ai bevitori a rischio	2,9 (2,1-3,6)	8,1 (3,4-12,7)	5,9 (5,2-6,6)
Abitudine al fumo (% , IC95%)			
	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Abitudine al fumo			
<i>fumatori</i> ¹²	29,8 (28,0-31,5)	31,4 (29,2-33,5)	28,4 (27,8-29,0)
<i>uomini</i>	35,0 (32,3-37,6)	40,3 (36,9-43,6)	33,4 (32,7-34,5)
<i>donne</i>	24,7 (22,4-27,0)	22,8 (20,0-25,5)	23,3 (22,5-41,1)
<i>ex fumatori</i>	15,2 (13,8-16,5)	11,7 (10,3-13,2)	18,3 (17,8-18,8)
<i>non fumatori</i>	55,1 (53,2-56,9)	56,9 (54,7-59,1)	53,3 (52,7-53,9)
Classi di età			
18-24	27,2 (22,6-31,7)	23,9 (18,5-29,3)	31,6 (29,5-33,3)
25-34	29,0 (25,0-33,0)	31,3 (26,4-36,2)	34,4 (32,9-35,8)
35-49	34,9 (31,7-38,1)	37,7 (33,7-41,7)	30,0 (29,0-31,0)
50-69	26,1 (23,2-29,0)	28,0 (24,3-31,8)	22,8 (21,8-23,7)
Livello di istruzione			
<i>basso</i>	33,7 (31,0-36,5)	35,6 (32,2-39,1)	31,0 (30,0-31,9)
<i>alto</i>	26,7 (24,5-29,0)	28,2 (25,4-31,0)	26,6 (25,8-27,3)
Difficoltà economiche			
<i>si</i>	31,6 (29,5-33,8)	33,6 (31,0-36,2)	31,7 (30,9-32,6)
<i>no</i>	25,5 (22,4-28,5)	25,6 (21,7-29,6)	24,5 (23,8-25,3)
Numero medio di sigarette	14	14	13
Chiesto da un medico/operatore sanitario se fuma			
<i>a tutto il campione</i>	45,4 (43,4-47,4)	39,8 (37,5-42,2)	40,7 (40,0-41,3)
<i>ai fumatori</i>	65,0 (61,5-68,6)	61,9 (57,3-66,5)	64,7 (63,4-66,0)
Consigliato da un medico/operatore sanitario di smettere di fumare (ai fumatori)	65,6 (62,1-69,1)	49,9 (45,3-54,4)	52,1 (50,8-53,4)
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	30,5 (27,3-33,8)	30,1 (26,3-33,9)	40,0 (38,9-41,2)
Ex-fumatori che hanno smesso da soli	96,8 (95,3-98,4)	97,6 (95,8-99,5)	95,2 (94,6-95,8)
Rispetto del divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):			
<i>sempre o quasi sempre</i>	84,3 (82,1-86,5)	86,6 (84,0-89,2)	89,3 (88,7-89,8)
Rispetto divieto di fumo nei luoghi pubblici:			
<i>sempre o quasi sempre</i>	74,4 (72,6-76,2)	75,6 (73,4-77,8)	87,3 (86,8-87,8)

⁹ Almeno una volta 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in singola occasione (riferito agli ultimi 30 giorni)

¹⁰ Più di due unità di alcol per gli uomini (più di una per le donne), in media al giorno, riferito agli ultimi 30 giorni

¹¹ Bevitori fori pasto o bevitori binge o forti bevitori

¹² Persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi)

Attività fisica

L'attività fisica, praticata regolarmente, oltre ad apportare benefici psicologici, svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Non solo: l'attività fisica riduce significativamente anche il rischio di osteoporosi, di traumi da caduta negli anziani, nonché di alcuni tipi di cancro (colon retto, mammella endometrio e, probabilmente, anche polmone e prostata). 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.

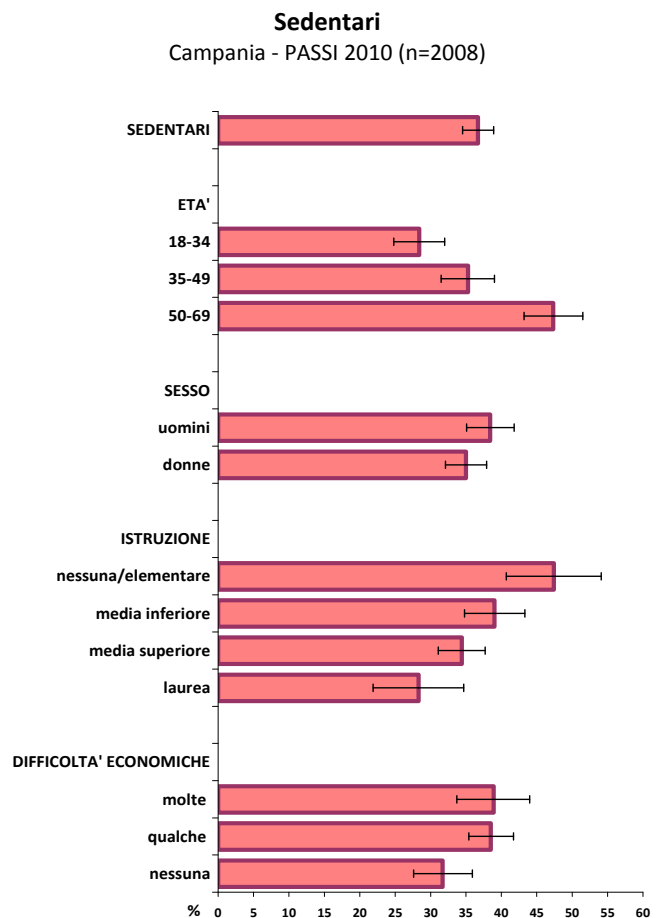
Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

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.

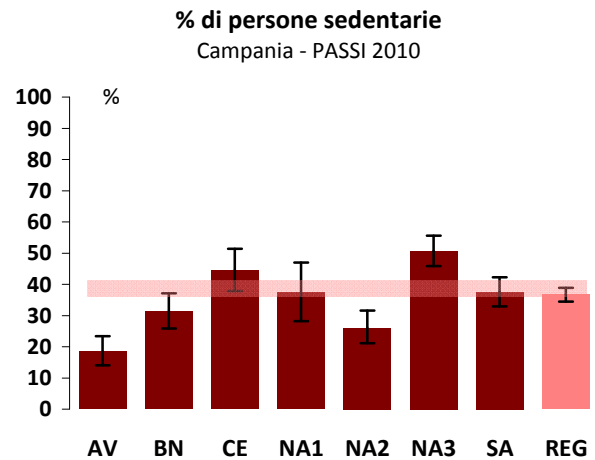
Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

- In Campania il 30% 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 33% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 37% è completamente sedentario.

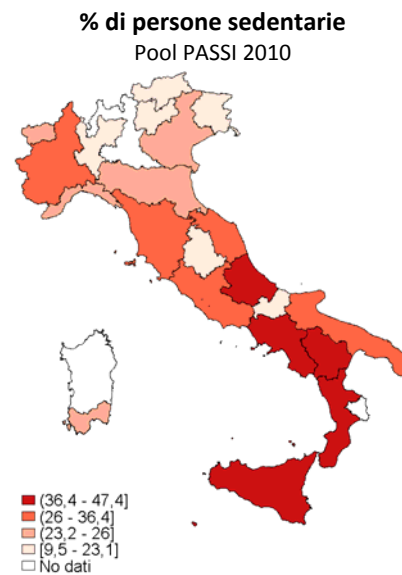


- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche.

- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (*regressione logistica*), si conferma un rischio maggiore di sedentarietà solo per le persone nella fascia di 35-69 anni.
- Nelle ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative (anche in ragione della ridotta numerosità) per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie (range dal 18,5% di AV al 50,7% di NA3, entrambe con differenze statisticamente significative rispetto al dato regionale).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 31% del campione, con un evidente gradiente territoriale.



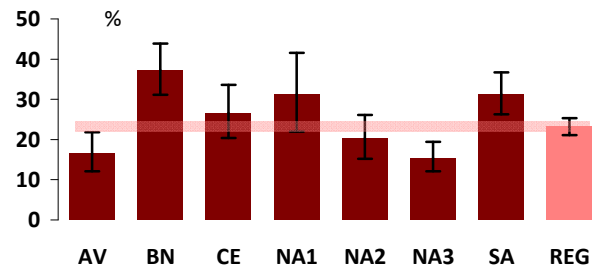
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- 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 23% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.



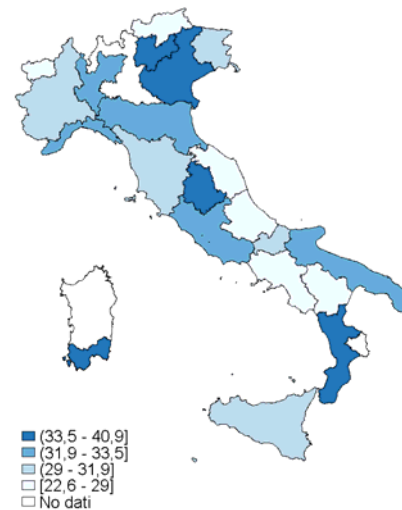
- Nelle ASL regionali la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico varia dal 15,4% di NA3 (valore più basso di quello regionale in maniera statisticamente significativa) al 37,3% di BN.

% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
Campania - PASSI 2010



- 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 32%, con un evidente gradiente territoriale.

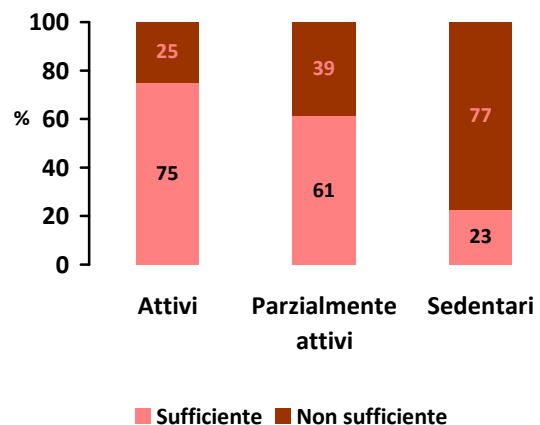
% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
Pool PASSI 2010



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 25% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 39% delle persone parzialmente attive ed il 23% 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.

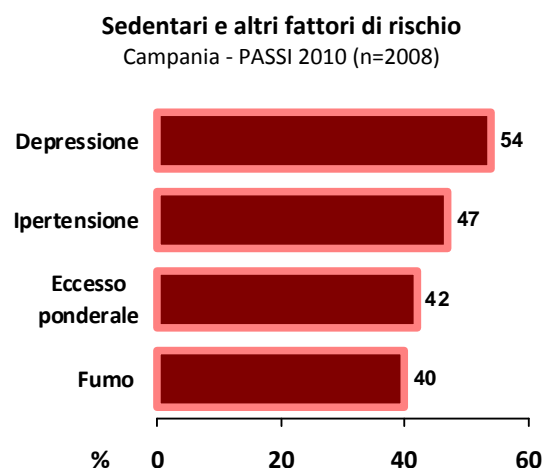
Autopercezione e livello di attività fisica praticata
Campania - PASSI 2010 (n=1976)



Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

• Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:

- il 54% delle persone depresse
- il 47% degli ipertesi
- il 42% delle persone in eccesso ponderale.
- Il 40% dei fumatori



Conclusioni e raccomandazioni

In Campania si stima che circa una persona adulta su tre (31%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre ben il 37% può essere considerato completamente sedentario.

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

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi che potrebbero maggiormente beneficiare dello svolgimento di attività fisica regolare (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.

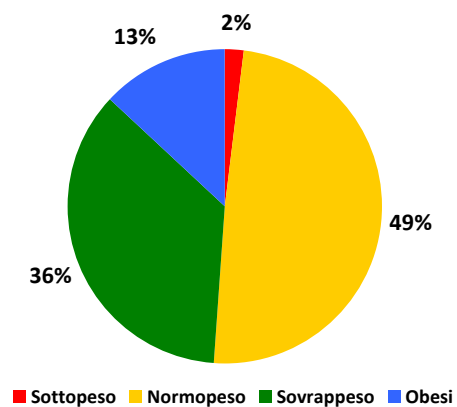
Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (IMC), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25,0-29,9), obeso (IMC ≥ 30).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente, per esempio, la protezione rispetto alle malattie cronicodegenerative 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*), che corrispondono alla soglia di almeno 400 grammi al giorno.

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

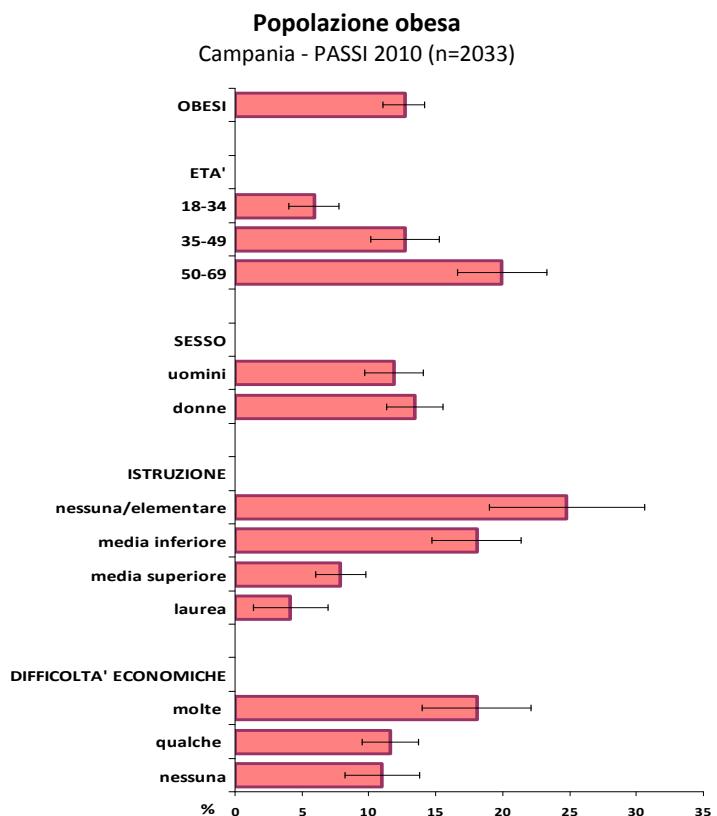
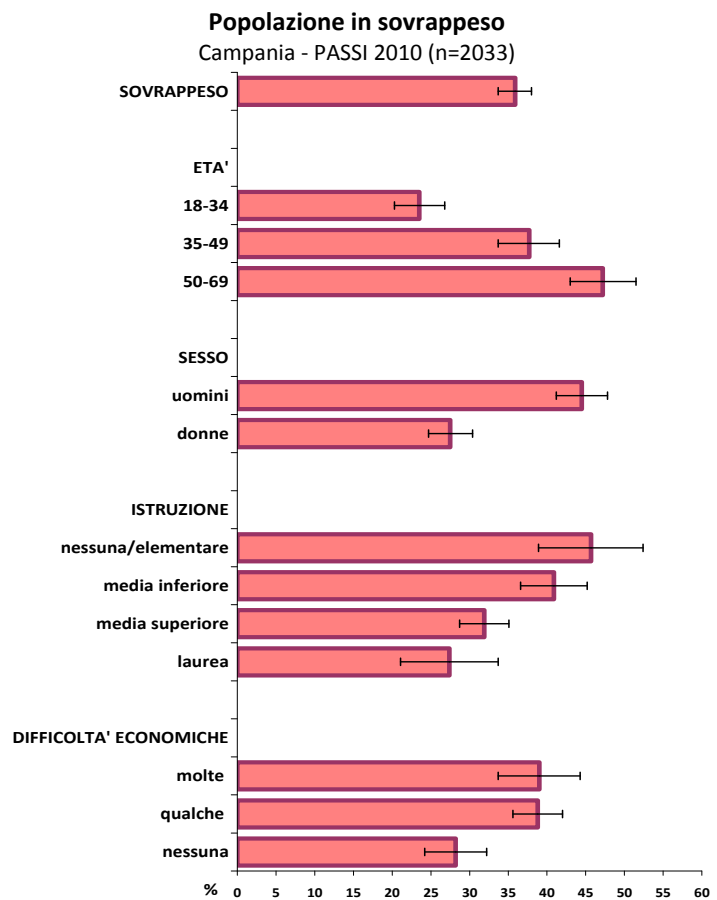
- In Campania il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 49% normopeso, il 36% sovrappeso ed il 13% obeso.
- Complessivamente si stima che il 49% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

Situazione nutrizionale della popolazione
Campania - PASSI 2010 (n=2033)

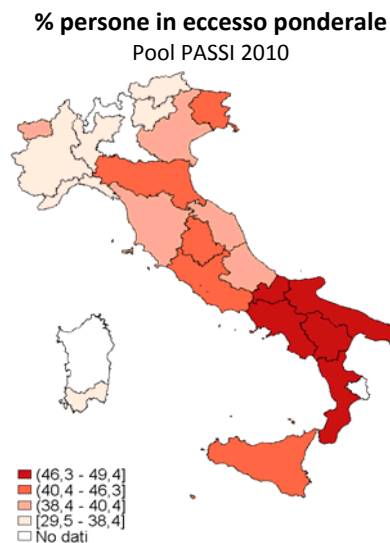
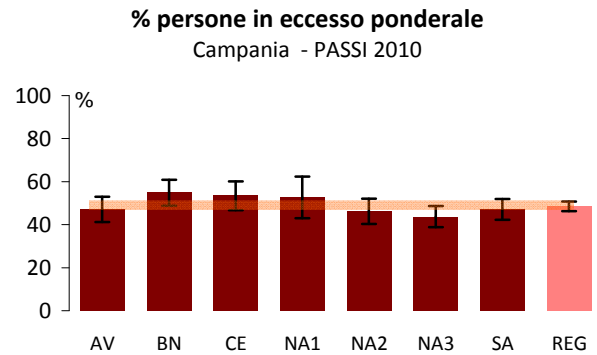


Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
 - col crescere dell'età
 - negli uomini
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, le significatività rilevate permangono per sesso, età e titolo di studio.



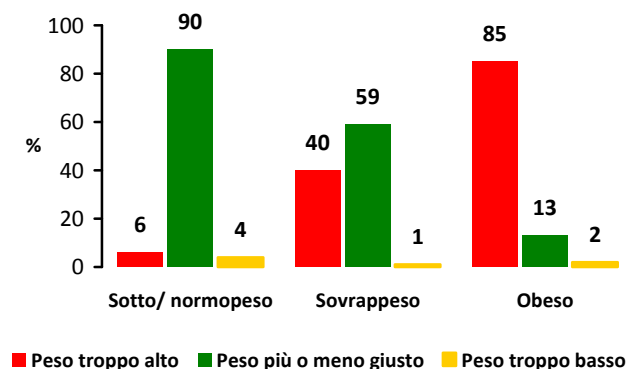
- Nelle ASL della Regione non sono emerse differenze statisticamente significative relative all'eccesso ponderale (range dal 43,6% di NA3 al 54,9% di BN).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 42% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32% in sovrappeso e 10% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: in Campania si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (85%) e nei normopeso (90%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 59% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'88% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 92% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 44% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 69% degli uomini.

Percezione del proprio peso per stato nutrizionale
Campania - PASSI 2010 (n=2022)

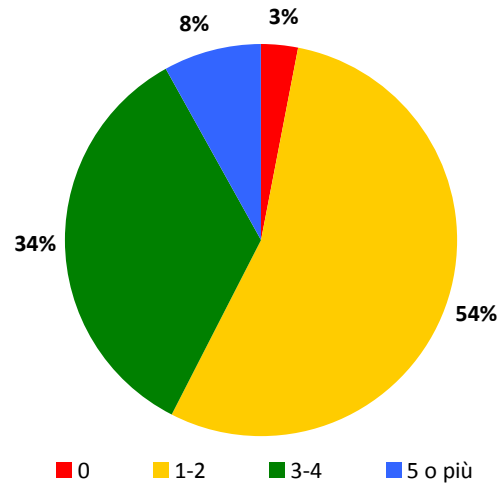


Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day")?

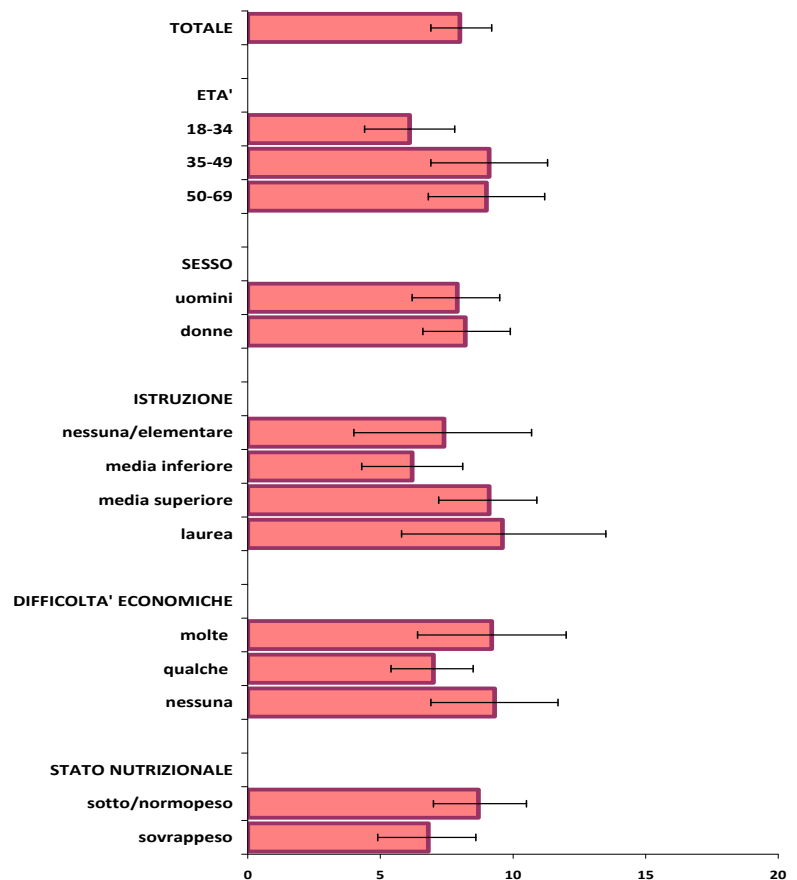
- In Campania il 54% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 34% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo l'8% le 5 porzioni raccomandate.
 - L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
 - nelle persone sopra i 35 anni
 - nelle donne (8,2% - non significativo)
 - nelle persone con alto livello d'istruzione (9,6% - non significativo)
 - nelle persone obese (9,1% - non significativo).
- Non emergono differenze legate alla condizione economica.

- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'adesione al "five a day" rimane significativamente associata con età maggiore.

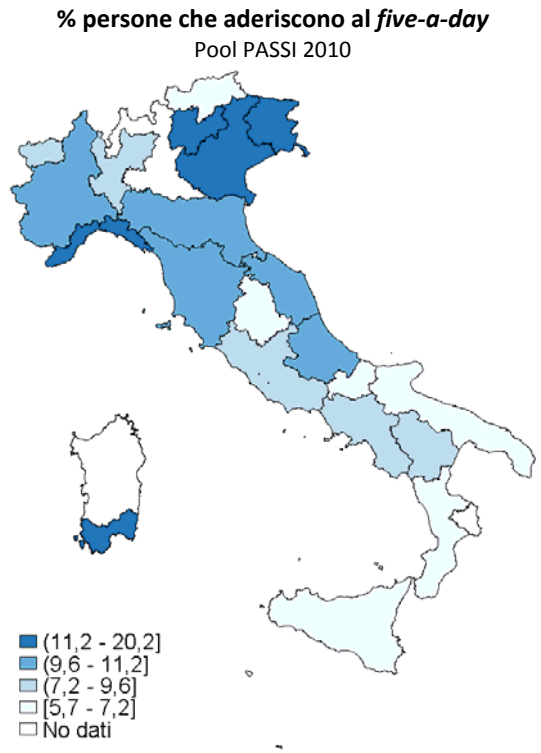
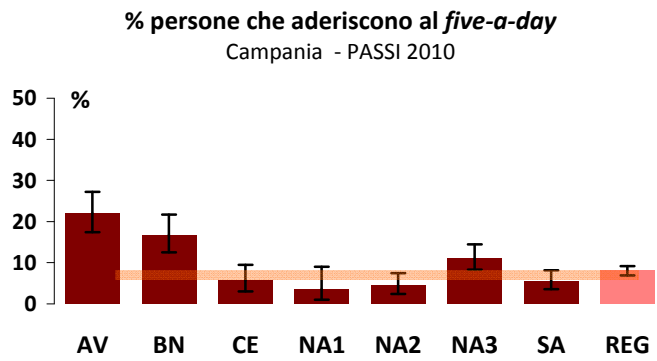
Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
Campania - PASSI 2010 (n=2037)



Consumo di frutta e verdura
Campania - Passi 2010 (n=2037)



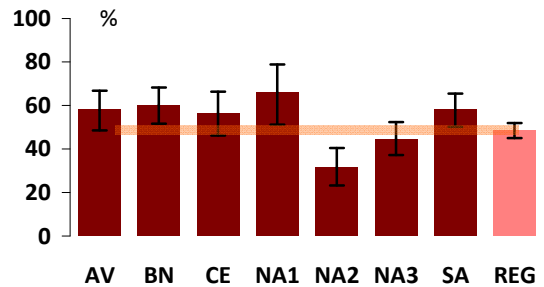
- Nelle ASL della Regione la percentuale di persone intervistate che aderisce al "five a day" varia dal 3,6% di NA1 al 22% di BN, valore significativamente più alto rispetto alla media regionale.
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al "five a day" il 10% del campione.



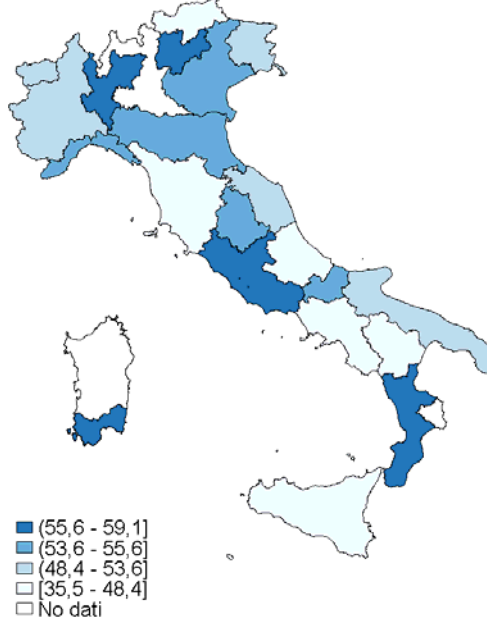
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Campania il 48% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 39% delle persone in sovrappeso ed il 71% 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 31,4% di NA2 al 66% di NA1 (valori significativamente diversi rispetto alla media regionale).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 52% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 44% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese).

% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Campania - PASSI 2010

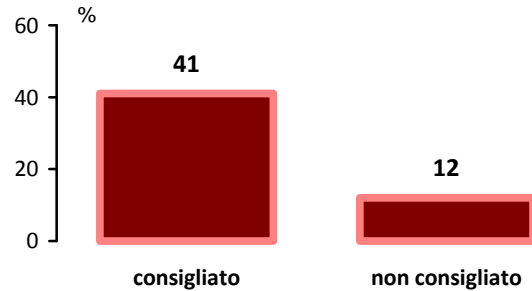


% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Pool PASSI 2010

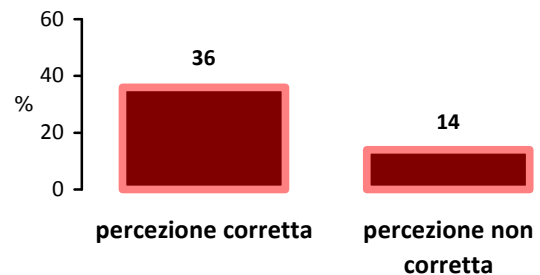


- Il 24% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (23% nei sovrappeso e 29% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (33% vs 18% negli uomini)
 - negli obesi (32% vs 23% nei sovrappeso)
 - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (36%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (14%)
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (41% vs 12%).

Attuazione della dieta in rapporto ai consigli degli operatori sanitari tra le persone in eccesso ponderale
Campania - PASSI 2010



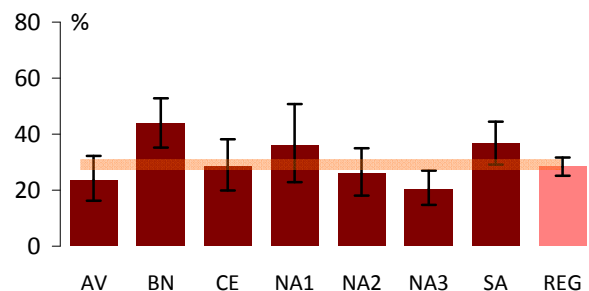
Attuazione della dieta in rapporto alla percezione del proprio peso tra le persone in eccesso ponderale
Campania - PASSI 2010



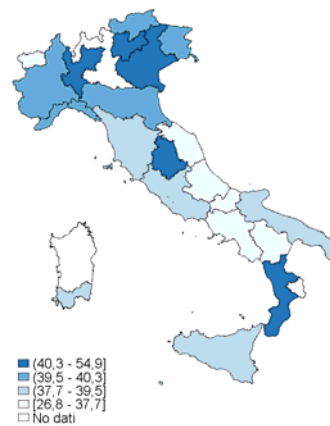
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Campania il 42% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (40% nei sovrappeso e 48% 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 27% delle persone in sovrappeso e il 32% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 62% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 54% di chi non l'ha ricevuto.
- Nelle ASL regionali, la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia dal 20,3% di NA3 al 43,8% di BN (valore significativamente più alto rispetto alla media regionale).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 39% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 36% delle persone in sovrappeso e il 49% degli obesi.

% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica
Campania - PASSI 2010



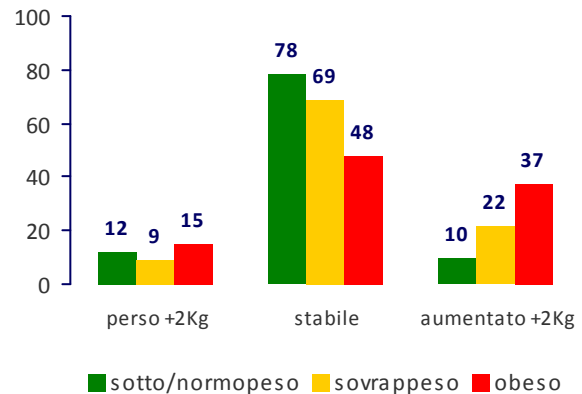
**% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto
il consiglio di fare attività fisica**
Pool PASSI 2010



Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- In Campania il 18% circa degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia 35-49 anni (18,9% vs 15% 18-34 anni e 18,8% 50-69 anni)
 - nelle persone già in eccesso ponderale (36,6% obesi e il 21,6% sovrappeso vs 10% normopeso).
- Non sono emerse differenze rilevanti tra donne (19,3%) e uomini (15,7%).

Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi
Campania - PASSI 2010 (n=1991)



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 24% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (58%). La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 1-2 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

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

Il consumo di alcol è misurato in unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un continuum e il rischio cresce con l'aumento delle quantità bevute. Non è quindi possibile stabilire limiti prefissati o un effetto soglia. Tuttavia, per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato e aggiornano continuamente i livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili. La soglia del consumo moderato, adottata in PASSI è pari a due unità alcoliche al giorno per gli uomini (un'unità per le donne) bevute in media al giorno. Al di sopra di tale limite, il consumo di alcol è considerato in eccesso.

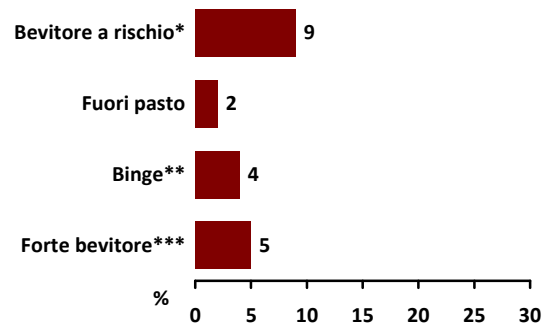
Di conseguenza, in base ai limiti del bere moderato, alla media di unità di bevanda alcolica consumate al giorno, ai pattern di consumo e alla frequenza del consumo, coloro che bevono bevande alcoliche sono classificati in gruppi a rischio di conseguenze sfavorevoli per l'alcol: forti consumatori, consumatori che bevono solo o prevalentemente fuori pasto e coloro che indulgono in grandi bevute (binge drinking).

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 (bevitori) è risultata del 42%.
- Complessivamente il 9% degli intervistati può essere classificato come bevitore a rischio in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa.
- Rispetto al consumo a rischio
 - il 5% degli intervistati è classificabile come un forte bevitore, che negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)
 - il 2% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto
 - il 4% è classificabile come bevitore *binge*, che negli ultimi 30 giorni, ha consumato, anche in una singola occasione, 3 o più unità alcoliche (uomini) e 2 o più unità alcoliche (donne).
- Il 49% degli intervistati consuma alcol prevalentemente nel fine settimana.

Bevitori a rischio per categorie

Campania - PASSI 2010 (n=1987)

* forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore *binge*

** chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)

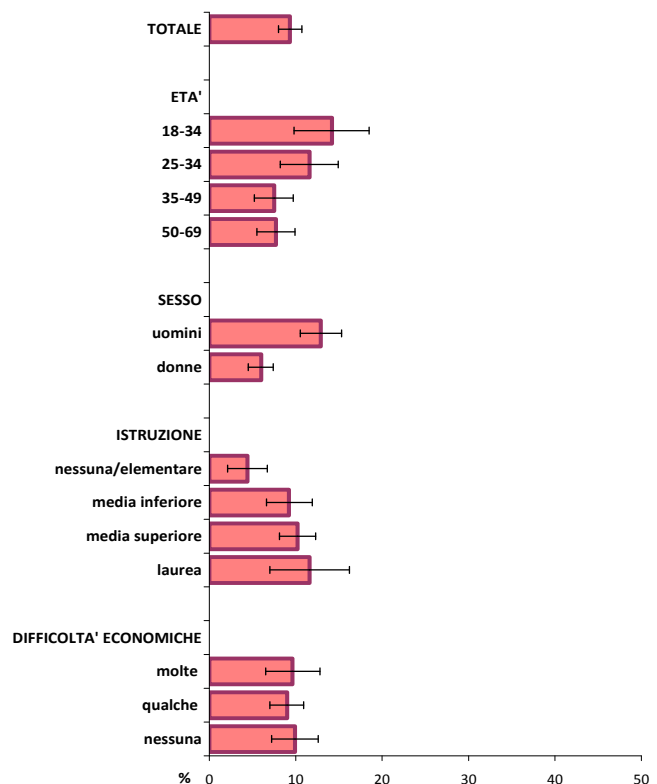
*** chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato, anche in una singola occasione, 2 o più unità alcoliche (uomini) e 1 o più unità alcoliche (donne).

Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

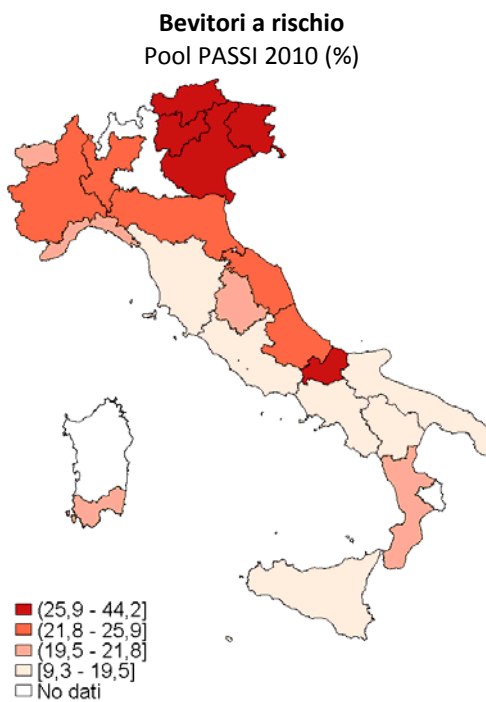
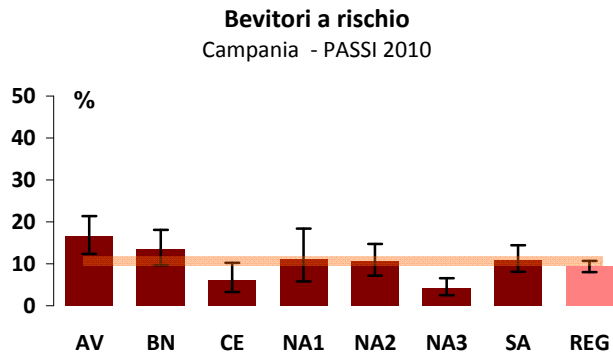
- Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente:
 - nelle classi di età più giovani (18-24 anni);
 - negli uomini;
 - nelle persone con maggiore livello di istruzione.
- Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si confermano come significative delle associazioni tra consumo alcolico a rischio ed età, sesso, istruzione.

Consumo di alcol a rischio (ultimo mese)

Campania - PASSI 2010 (n=1987)

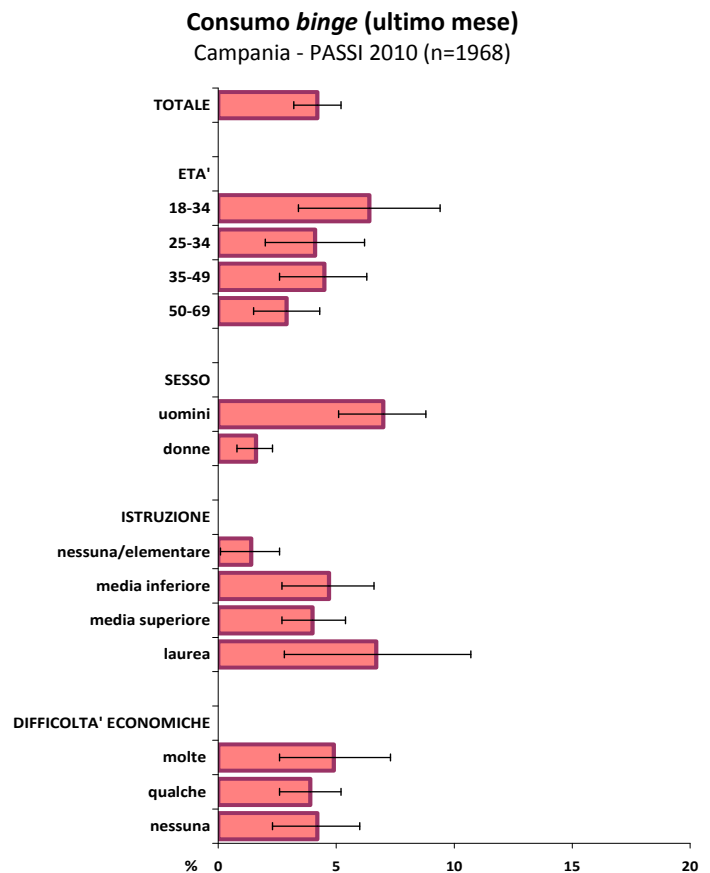


- Nelle ASL regionali sono emerse differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di bevitori a rischio nella ASL di AV, che mostra un valore superiore a quello regionale, e nella NA3 che mostra un valore inferiore (range dal 4,1% di NA3 al 16,5% di AV).
- Nel Pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 19% (9% consumo forte, 9% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale.

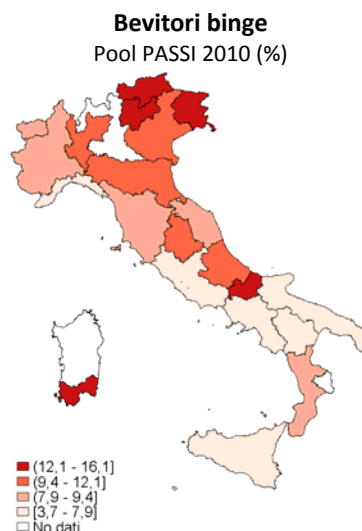
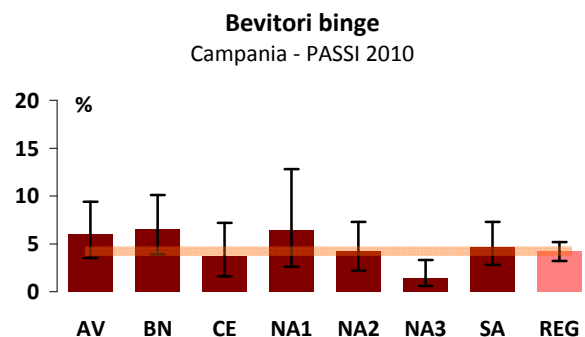


Quali sono le caratteristiche dei bevitori binge?

- Nel 2010, questa modalità di consumo di alcol, ritenuta ad alto rischio, ha riguardato il 4% degli intervistati e risulta significativamente più diffusa:
 - nella fascia di 18-24 anni rispetto alla fascia 50-69 anni
 - negli uomini
 - nei soggetti con più elevato livello di istruzione
- Non si rilevano differenze riguardo le condizioni economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, il consumo *binge* permangono le suddette associazioni.



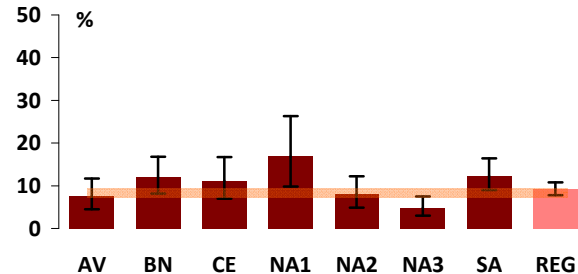
- Nelle ASL regionali la percentuale di bevitori binge non mostra differenze statisticamente significative (range dall'1,4% di NA3 al 6,5% di BN).
- Nel Pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di bevitori *binge* è risultata del 9%.



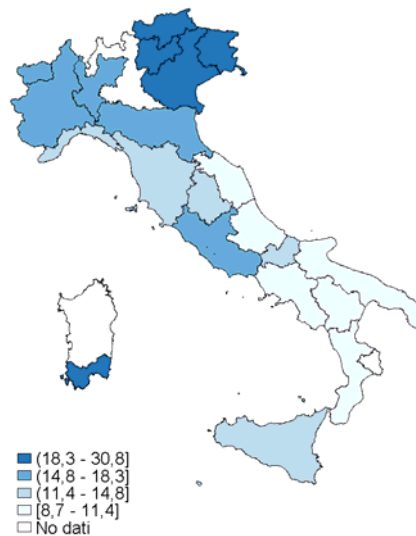
A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- In Campania solo il 9% 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, NA3 ha mostrato una percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol significativamente inferiore rispetto al valore regionale (range dal 4,8% di NA3 al 16,9% di NA1).
- Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 15% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

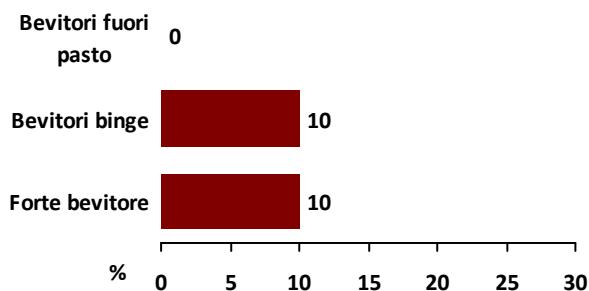
Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol
Pool PASSI 2010



Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol
Pool PASSI 2010



Categorie di bevitori a rischio* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario Campania - PASSI 2010



- Solo l'8% dei bevitori a rischio dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.
- La percentuale sale al 10% per i forti bevitori e, i bevitori binge, mentre nessun bevitore fuori pasto dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.

* il denominatore comprende coloro che dichiarano di essere stati da un medico o altro operatore sanitario negli ultimi 12 mesi.

Conclusioni

La maggior parte degli intervistati nella regione Campania non beve alcol o beve moderatamente. Tuttavia, si stima che circa un adulto su dieci abbia abitudini di consumo considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini, i bevitori a rischio sono più di uno su dieci e, tra i giovani, più di uno su sette.

Nonostante la capacità del medico di affrontare l'argomento alcol con i pazienti sia giudicata da questi come segno di una buona relazione medico-paziente e risulti anche efficace nel ridurre il consumo e gli effetti negativi dell'alcol, i dati Passi mostrano che l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto a possibili problemi dai loro pazienti, associati al consumo di alcol resta molto bassa; inoltre, solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico un consiglio di bere meno. Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

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

Inoltre, sebbene l'educazione sanitaria in ambito scolastico, da sola, non sia in grado di ridurre i danni da alcol, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella diffusione dell'informazione e aumentano l'attenzione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Infatti, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: da questo punto di vista, far diventare l'alcol più costoso, meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci per la riduzione dei danni provocati dall'alcol.

Ulteriori Risorse

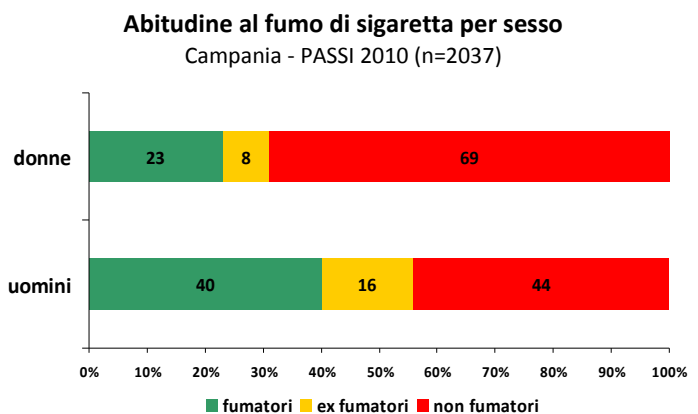
- Osservatorio Nazionale Alcol
<http://www.epicentro.iss.it/alcol/>
- Relazione al Parlamento sull'Alcol 2010
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1451_allegato.pdf
- WHO Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol 2010
http://www.who.int/substance_abuse/msbalestrategy.pdf
- European Commission "Communication setting out strategy to support Member States in reducing alcohol related harm", 2006
http://ec.europa.eu/health/index_en.htm
- European Commission "Alcohol in Europe. A public health perspective", 2006
http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
- Ministero della Salute "Piano nazionale alcol 2007-2009"
<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pnas.asp>
- Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione: linee guida per il consumo di alcol
http://www.inran.it/files/download/linee_guida/lineeguida_07.pdf
- WHO, Handbook for action to reduce alcohol-related harm, World Health Organisation, 2009
<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/manualeOms09.asp>
- The Lancet Series on Alcohol and Global Health, 26 giugno 2009
<http://www.thelancet.com/series/alcohol-and-global-health>
- Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, World Health Organisation, 2009
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio di numerose patologie cronic-degenerative, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie. Rappresenta, inoltre, il primo fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Daly). A seconda del metodo usato, si stima che in Italia i decessi attribuibili all'abitudine al fumo siano tra i 70 e gli 80 mila all'anno con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi. Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne e nei giovani.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

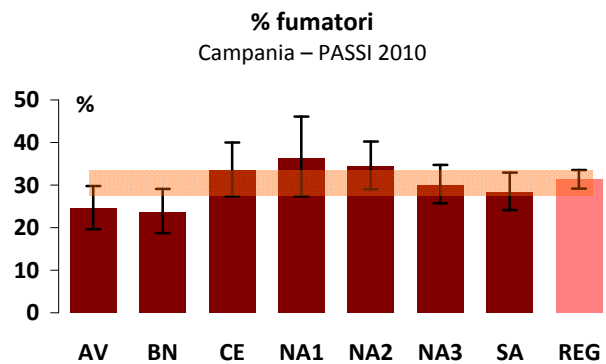
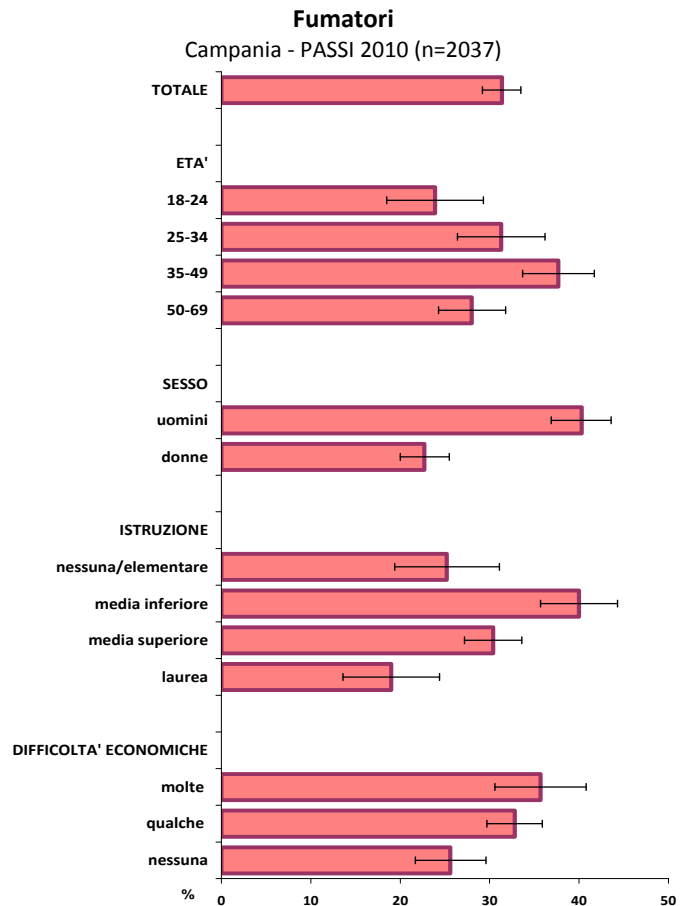
- Rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta in Campania:
 - il 57% degli intervistati ha riferito di essere non fumatore
 - il 31% di essere fumatore
 - il 12% di essere un ex fumatore.
- L'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).
- I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono lo 0,4%.
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (40% versus 23%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (44% versus 69%).
- Nel Pool di ASL PASSI 2010 il 29% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 18% è ex fumatore e il 53% è non fumatore.



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

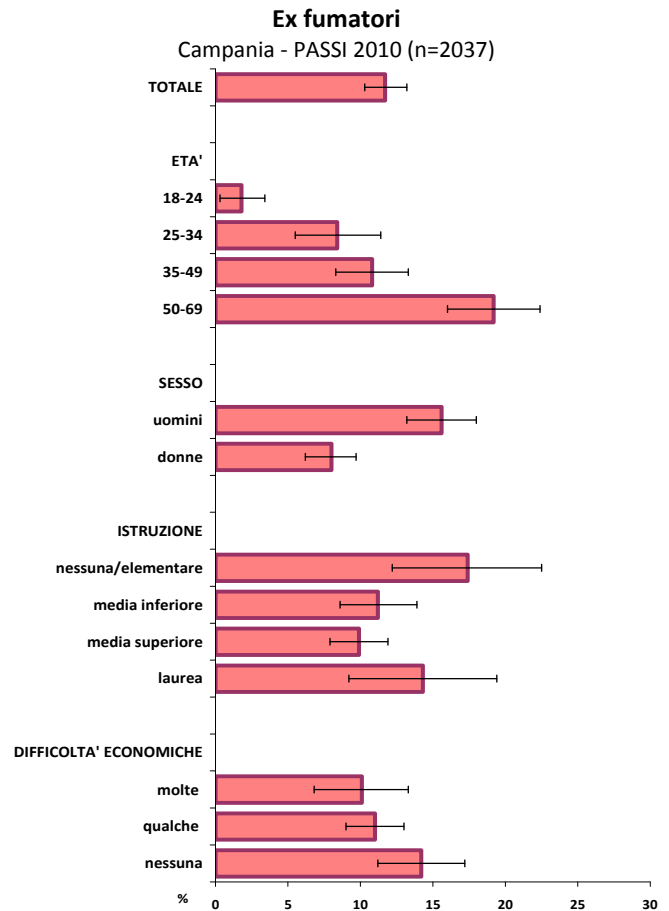
Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si è osservata una prevalenza significativamente più elevata di fumatori:
 - nella fascia di età 25-49 anni
 - tra gli uomini
 - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore
 - tra le persone con difficoltà economiche.
- Analizzando l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri attraverso la regressione logistica, si confermano le associazioni con età, livello di istruzione e sesso.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 14 sigarette al giorno. Tra questi, il 6% ne fuma più di 20 (forte fumatore).
- Tra le ASL regionali non emergono differenze significative per quanto riguarda la prevalenza di fumatori (range dal 23,6% di BN al 36,4% di NA1).

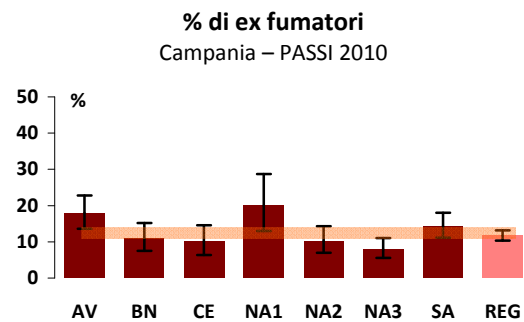


Quali sono le caratteristiche degli ex fumatori di sigaretta?

- Si è osservata una prevalenza significativamente più elevata di ex fumatori:
 - tra le persone sopra i 24 anni
 - tra gli uomini
 - tra persone con livello di istruzione molto basso o nullo.
- Analizzando l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri attraverso la regressione logistica, l'età ed il sesso si confermano associate significativamente alla condizione di ex fumatore; inoltre, emerge un'associazione significativa con l'assenza di difficoltà economiche.



- Tra le ASL regionali non emergono differenze significative per quanto riguarda la prevalenza di ex fumatori, ad eccezione di AV che mostra un valore superiore rispetto a quello regionale (range dal 7,9% di NA3 al 20% di NA1).

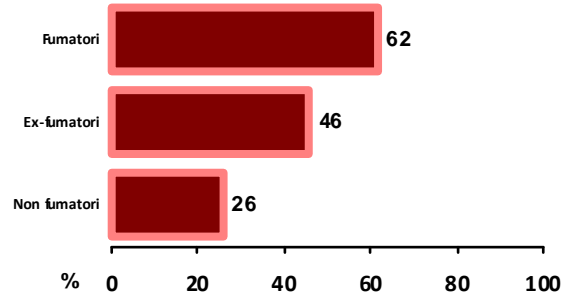


A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- Circa il 40% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, è stato chiesto a:
 - il 62% dei fumatori
 - il 46% degli ex fumatori
 - il 26% dei non fumatori.

% di persone a cui è stato chiesto sull'abitudine al fumo da un operatore sanitario

Campania - PASSI 2010 (n=1770)*

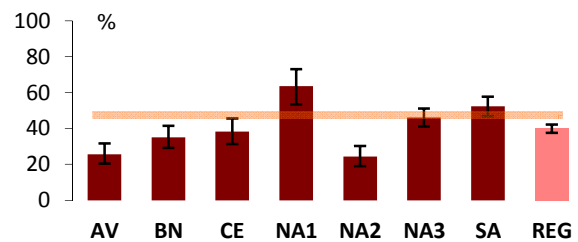


*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Tra le ASL regionali, AV e NA2 si differenziano per una percentuale significativamente più bassa, NA1 e SA per una percentuale significativamente più alta (range dal 24,4 % di NA2 al 63,3% di NA1).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale è pari al 41%.

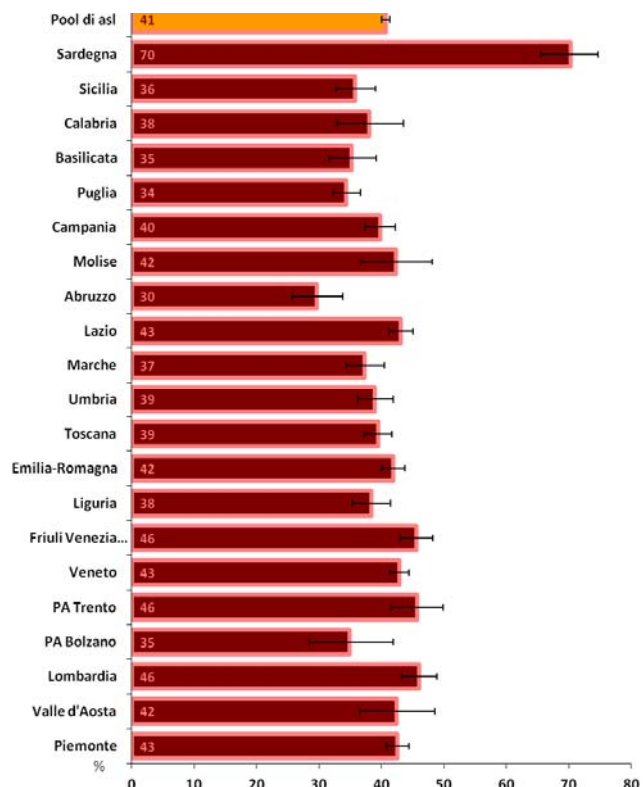
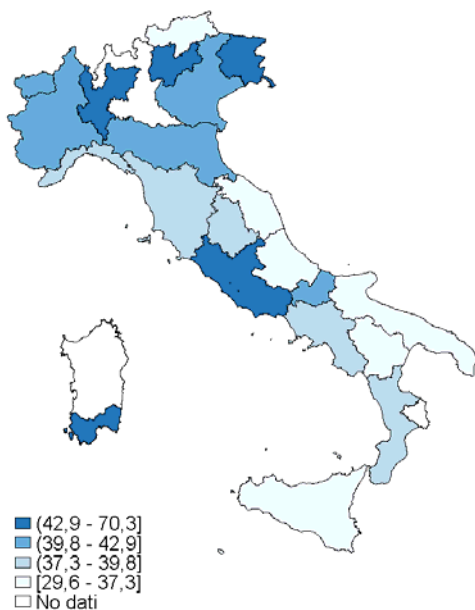
% di persone a cui è stato chiesto sull'abitudine al fumo da un operatore sanitario

Campania - PASSI 2010



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

Pool PASSI 2010

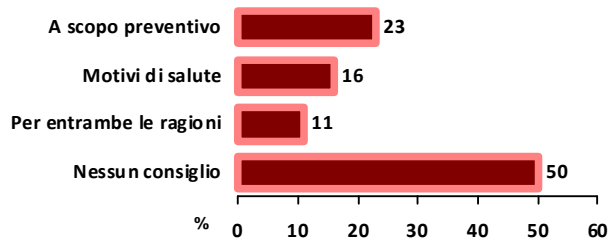


A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

- Tra i fumatori, il 50% 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 (23%).

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

Campania - Passi 2010 (n=505)*

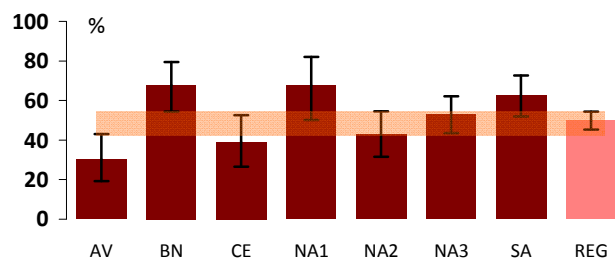


* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Nelle ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare, eccetto che per AV (range dal 30,2% di AV al 67,8% di BN).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale è risultata pari al 52%.

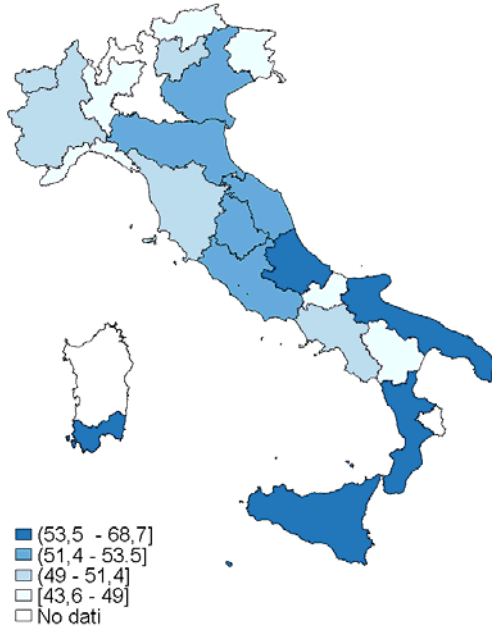
% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare

Campania - PASSI 2010



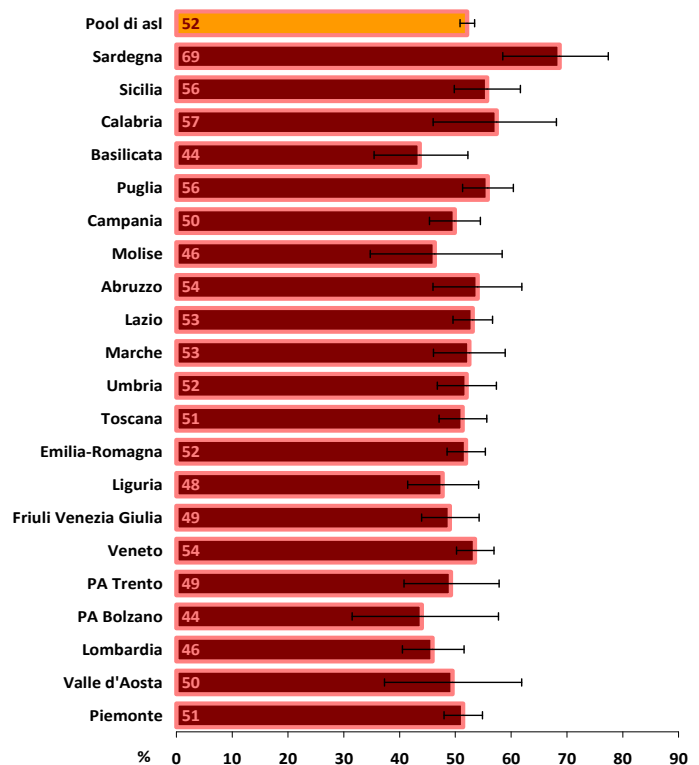
% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare

Pool PASSI - 2010



Persone che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

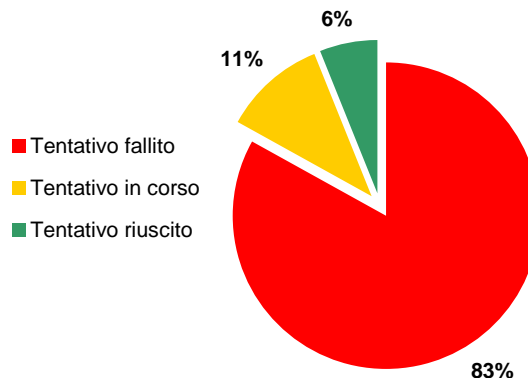
Pool Asl - Passi 2010



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

- Tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 30% ha tentato di smettere.
- Tra tutti coloro che hanno tentato:
 - l'83% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
 - l'11% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
 - il 6% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).
- Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
Campania - Passi 2010 (n=610)

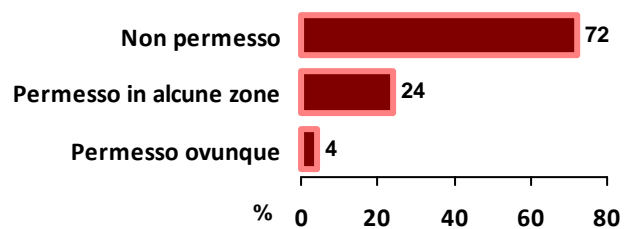


- Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 98% l'ha fatto da solo, l'1% ha fatto uso di farmaci e l'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.
- Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella Regione Campania:
 - il 72% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
 - il 24% che si fuma in alcuni luoghi;
 - il 4% che si fuma ovunque.
- In caso di convivenza con minori di 15 anni, il 75% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.
- Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 76% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (83% in presenza di minori di 15 anni).

% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
Campania - Passi 2010 (n=2035)



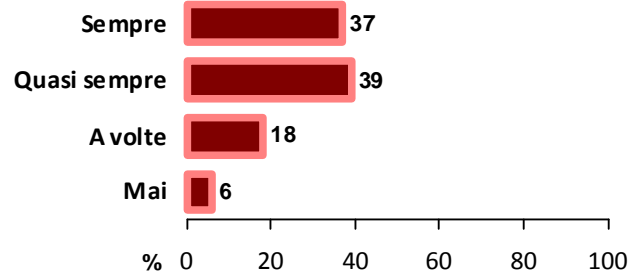
Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

Il 76% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (37%) o quasi sempre (39%).

- Il 24% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (6%) o lo è a volte (18%).
- Fra le ASL regionali, AV ha mostrato una differenza significativamente più alta relativamente alla percentuale di persone che ritengono che il divieto di fumo nei luoghi pubblici sia rispettato sempre/quasi sempre, mentre NA1 ha un valore più basso (range dal 53,7% di NA1 al 95,7% di AV).
- 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.

Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici

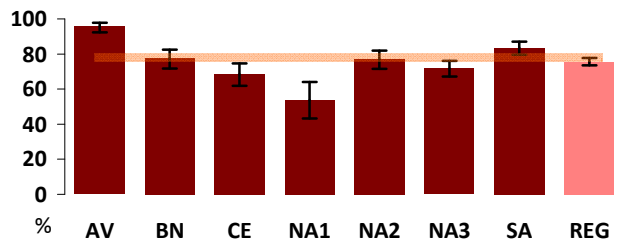
Campania - Passi 2010* (n=1852)



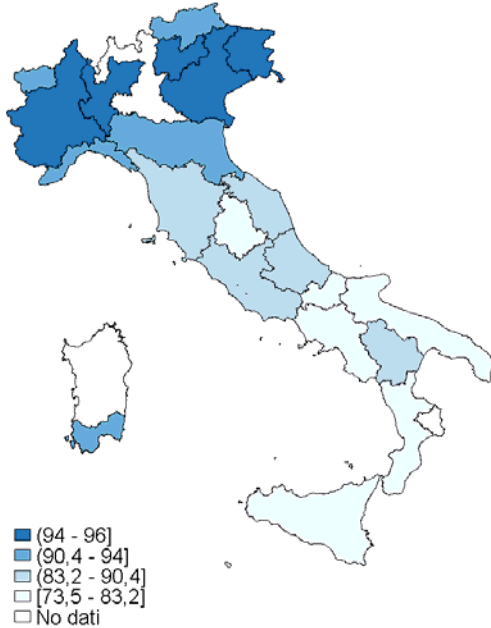
* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

% di lavoratori che ritengono che il divieto di fumo nei luoghi pubblici sia rispettato sempre/quasi sempre

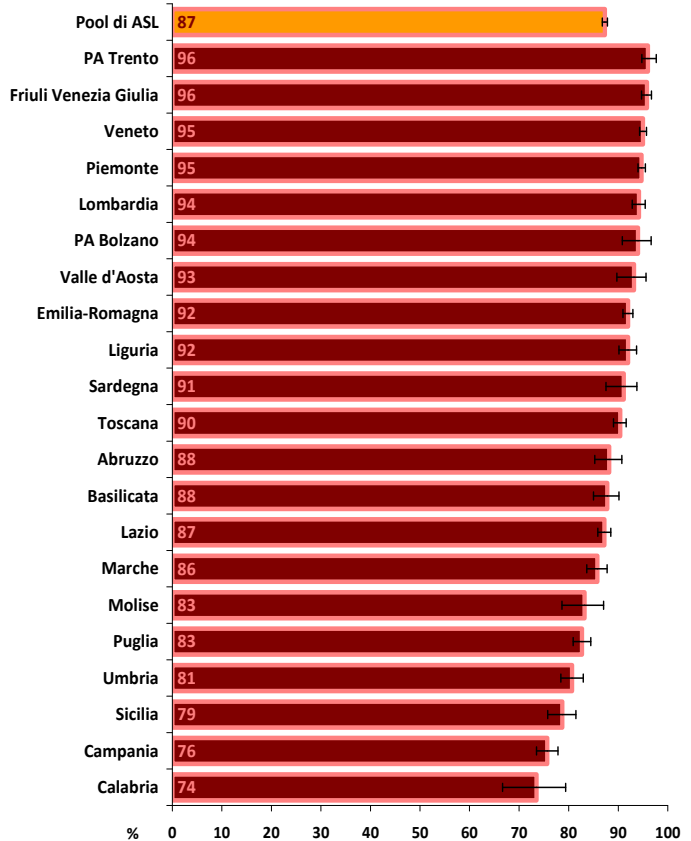
Campania - PASSI 2010



% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici
Pool PASSI 2010



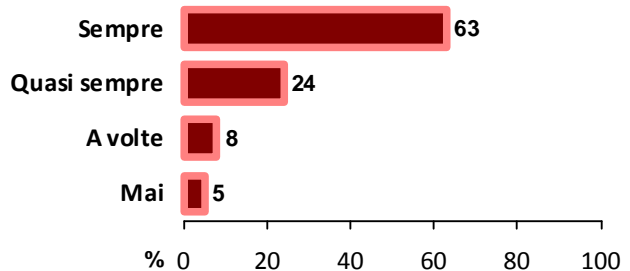
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Pool Passi -2010



Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati, l'87% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (63%) o quasi sempre (24%).
- Il 13% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (5%) o lo è a volte (8%).

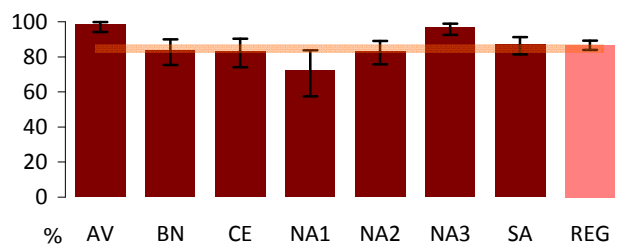
Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro
Campania – Passi 2010 (n= 856)*



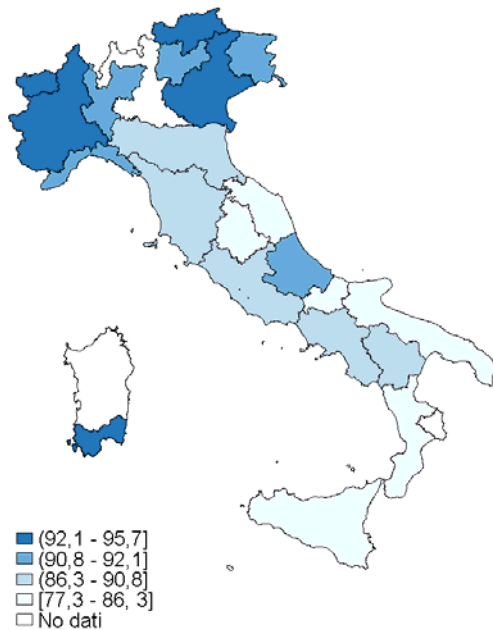
*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

- Fra le ASL regionali, AV e NA3 mostrano valori significativamente più elevati relativamente alla percentuale di lavoratori che ritengono che il divieto di fumo sul luogo di lavoro sia rispettato sempre/quasi sempre, mentre NA1 mostra un valore più basso (range dal 72% di NA1 al 96,8% di NA3).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'89% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

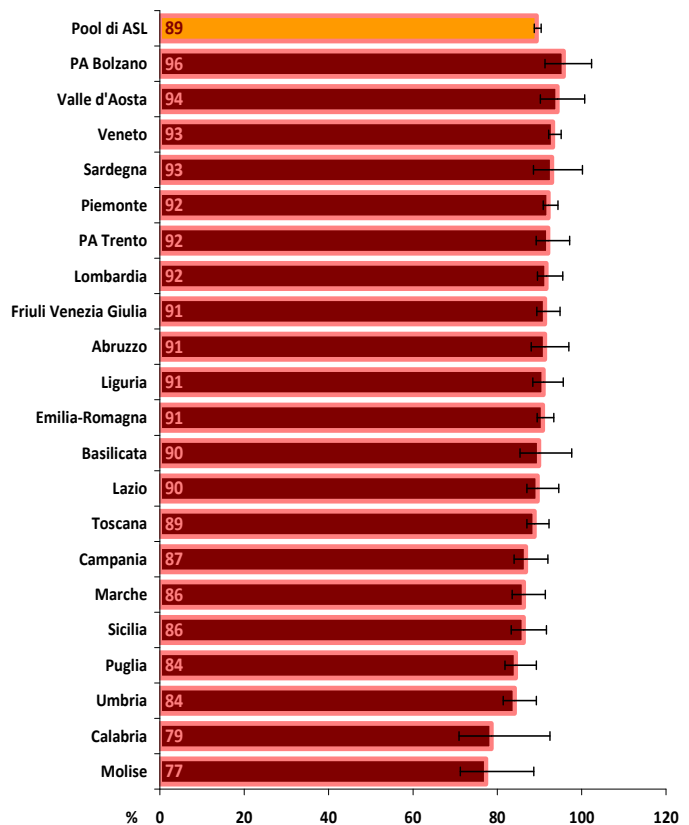
% di lavoratori che ritengono che il divieto di fumo sul luogo di lavoro sia rispettato sempre/quasi sempre
Campania – PASSI 2010



% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro
Pool PASSI 2010



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro
Pool Asl - Passi 2010



Conclusioni

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 25-49 anni.

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

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

Rischio cardiovascolare





-  **Ipertensione arteriosa**
-  **Ipercolesterolemia**
-  **Diabete**
-  **Calcolo del rischio cardiovascolare**

Tabella riassuntiva

Ipertensione arteriosa (% , IC95%)			
	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹³	20,4 (18,9-21,9)	20,4 (18,5-22,3)	20,3 (19,8-20,8)
Misurazione di pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	80,4 (78,9-81,8)	77,6 (75,6-79,6)	82,8 (82,3-83,3)
Colesterolemia (% , IC95%)			
	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ¹⁴	16,4 (14,9-17,8)	15,1 (13,3-16,9)	23,7 (23,1-24,3)
Misurazione del colesterolo almeno una volta	85,6 (84,3-86,9)	83,7 (81,9-85,4)	79,1 (78,5-79,6)
Diabete (% , IC95%)			
	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Persone che riferiscono di essere diabetiche	6,4 (5,6-7,3)	6,5 (5,4-7,7)	5,0 (4,7-5,3)
Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 35 anni) (% , IC95%)			
	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ¹⁵	9,8 (8,5-11,1)	8,8 (7,2-10,3)	6,9 (6,5-7,3)

¹³ Tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa

¹⁴ Tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia

¹⁵ Su tutte le persone >35 anni, senza patologie CV

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico ed ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi ed hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa 1/6 dei DALY (Disability Adjusted Life Years, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione). (1-2)

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Diverse componenti della dieta influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta e verdura, e di pesce; negativo: eccessivo contenuto di sale, di grassi saturi e di grassi idrogenati, ecc.). (3)

Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori, quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di stress cronico legate a marginalità ed isolamento sociale. (4)

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale. (5-6)

Le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative ed amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc.), che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc.) per aumentare la consapevolezza dei diversi portatori di interesse sugli specifici temi di salute. Dato che gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del SSN, è necessario attivare strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilisce il programma "Guadagnare salute". (7)

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

Passi monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni.

Assieme ad altri sistemi informativi, come l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e il Registro degli Accidenti Cardio e Cerebrovascolari, contribuisce così a delineare il quadro informativo necessario per attuare interventi efficaci.

In questa sezione viene descritta la situazione relativa alla prevenzione e al controllo dell'ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete, nonché all'utilizzo, da parte dei medici, della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti. Viene anche presentato in forma sintetica il quadro complessivo dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati da Passi.

Ipertensione arteriosa

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

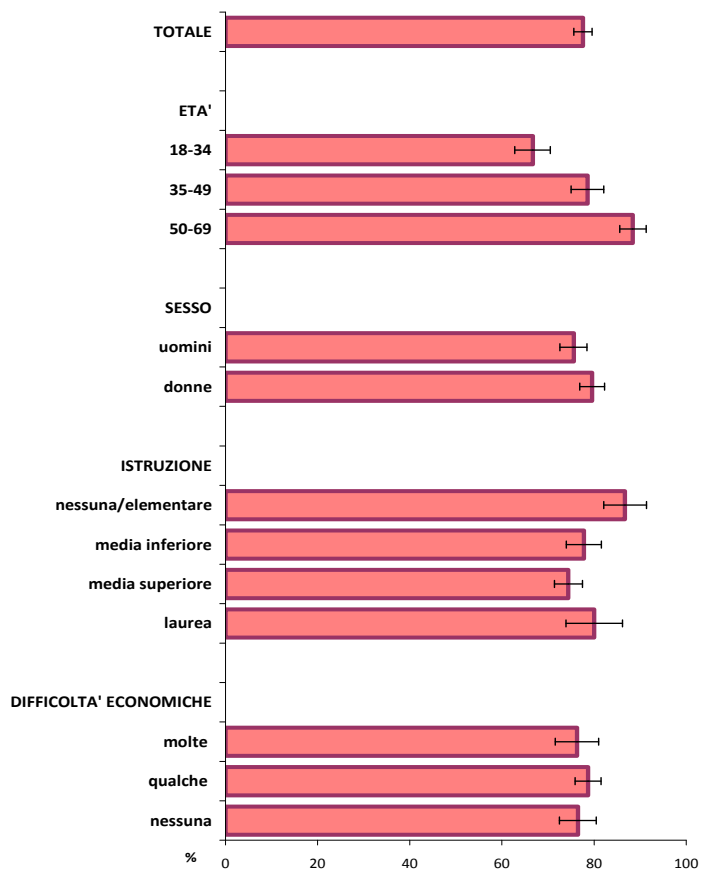
In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In Campania il 78% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 10% più di 2 anni fa, mentre il restante 12% 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 significativamente più diffusa:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle donne
 - nelle persone con livello istruzione molto basso
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (regressione logistica), si mantiene solo la significatività per classe di età.

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni

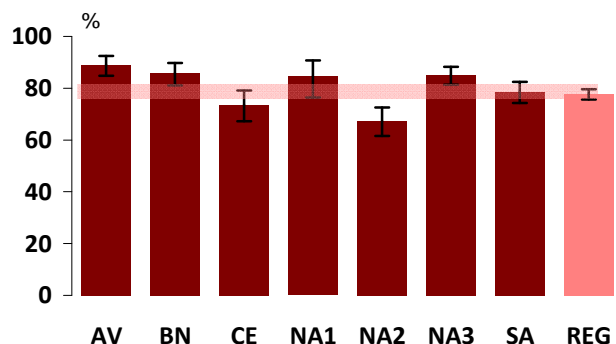
Campania - PASSI 2010 (n=2037)



- Tra le ASL campane, AV, BN e NA3 mostrano valori significativamente superiori a quello regionale per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la pressione arteriosa negli ultimi due anni, mentre la NA2 mostra valori inferiori (range dal 67,2% di NA2 all'89% di AV).
- Nel pool PASSI 2010, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83%.

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

Campania - PASSI 2010

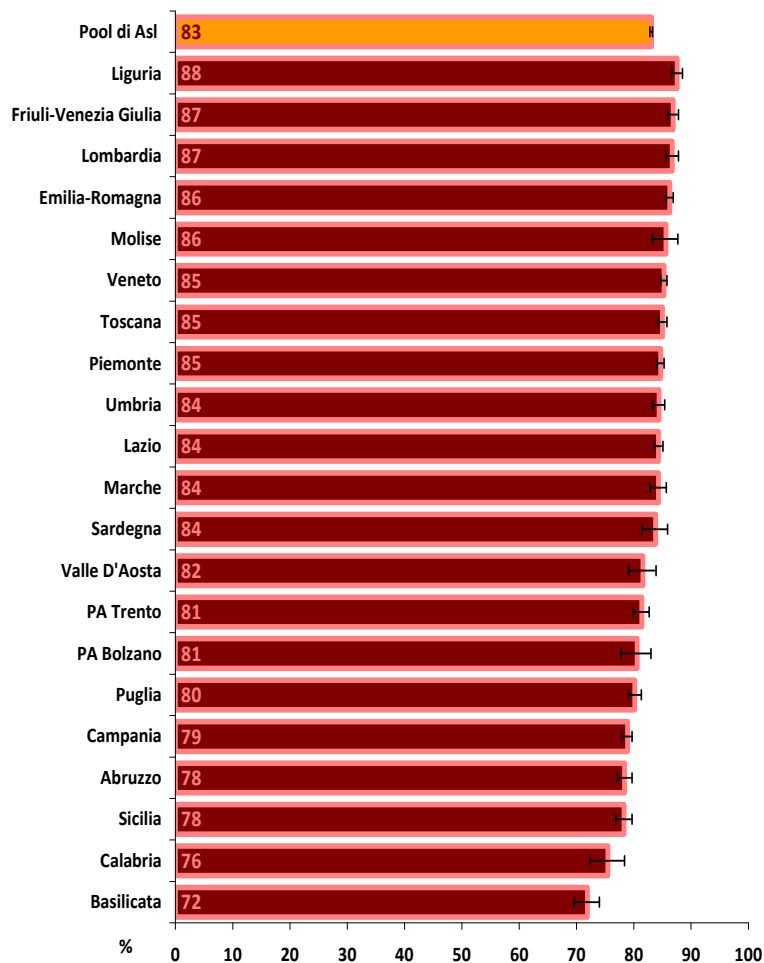


- Dal momento che in alcune regioni i campioni annuali hanno una numerosità ridotta, per un confronto interregionale più attendibile, la prevalenza della misurazione della pressione arteriosa è stata calcolata sull'intero pool quadriennale 2007-10 e nella mappa sono evidenziate le regioni in cui questo indicatore è risultato significativamente differente dalla media del pool.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Pool ASL PASSI 2007-2010



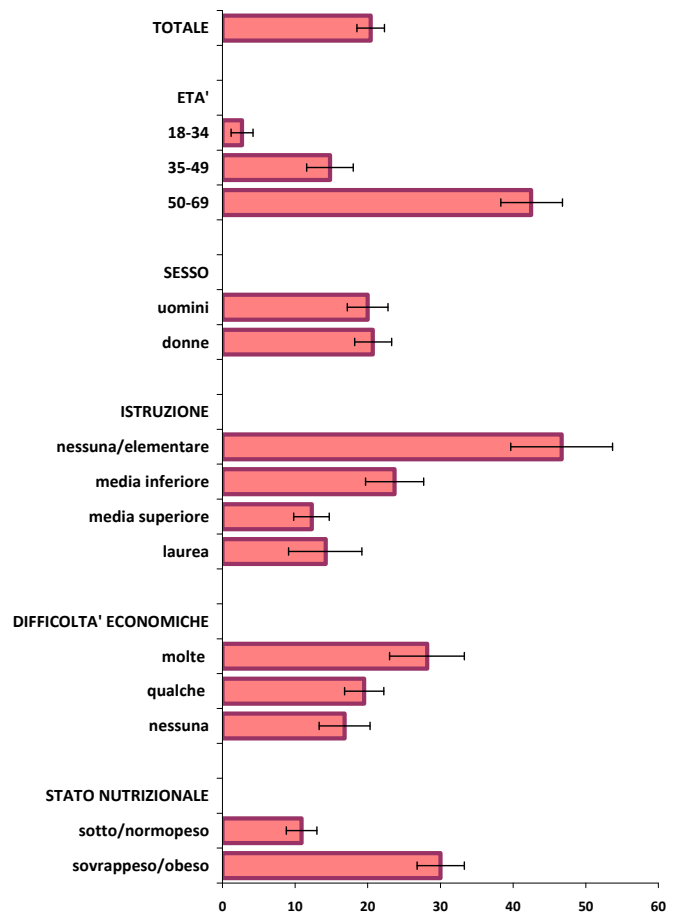
Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Pool ASL PASSI 2007-2010



Quante persone sono ipertese?

- In Campania il 20% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - al crescere dell'età
 - nelle persone con livello 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, presenza di difficoltà economiche ed eccesso ponderale.

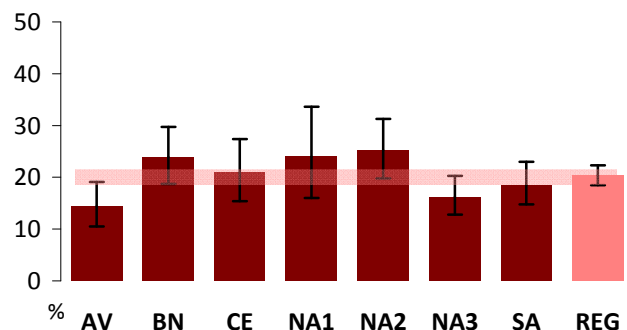
Persone con diagnosi riferita di ipertensione*
Campania - PASSI 2010 (n=1822)



* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni

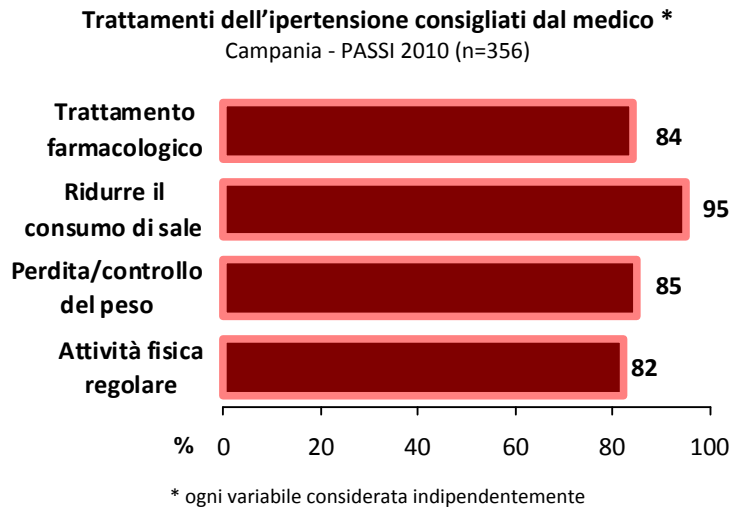
- Tra le ASL regionali, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione varia dal 14,4% di AV al 25,2% di NA2.
- Nel pool PASSI 2010, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 20%.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)
Campania - PASSI 2010

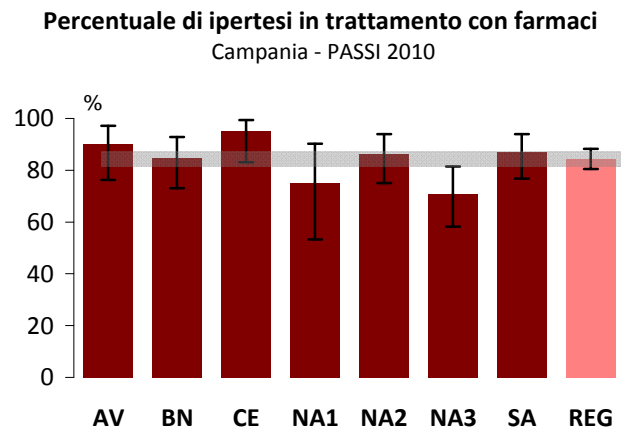


Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- In Campania l'84% 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 (95%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (85%)
 - svolgere regolare attività fisica (82%).



- Tra le ASL regionali, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (range dal 75% di NA1 al 95% di CE).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 79%.



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 al 43% nelle persone al di sopra dei 50 anni.

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

In Campania si stima che circa una persona su otto 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.

Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia.

L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

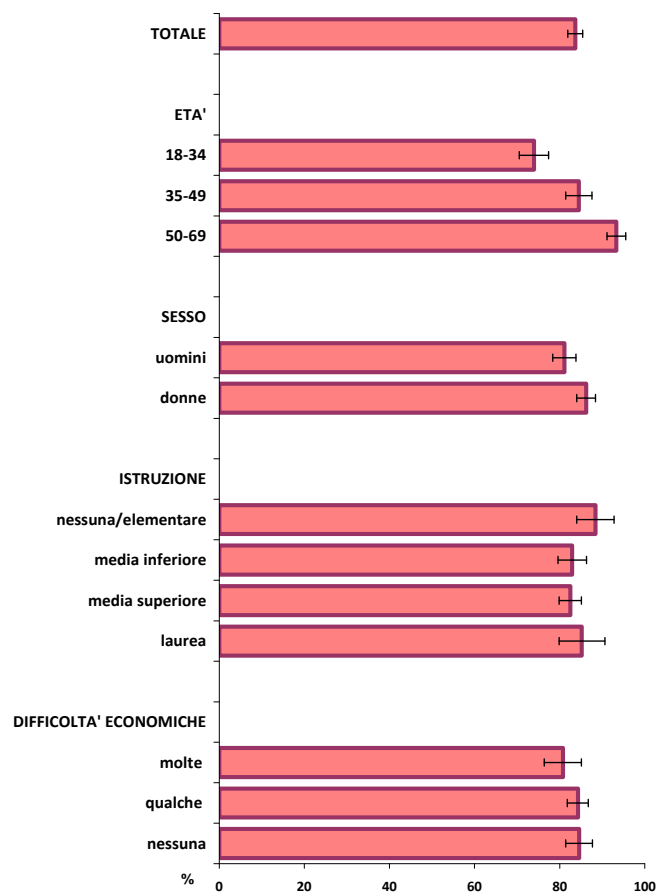
Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% di mezzi il rischio di infarto miocardio.

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'84% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
 - il 56% nel corso dell'ultimo anno
 - il 18% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
 - il 9% da oltre 2 anni.
 Il 16% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.
- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età
 - nelle donne
 - nelle persone con basso livello di 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 livello di istruzione.

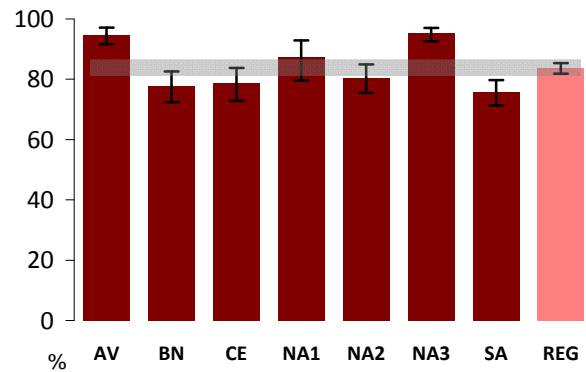
Colesterolo misurato almeno una volta nella vita
Campania - PASSI 2010 (n=2037)



- Tra le ASL regionali, SA si differenzia per una più bassa percentuale di persone a cui è stata controllata la colesterolemia (range dal 75,8% di SA al 95,2% di NA3).
- 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.

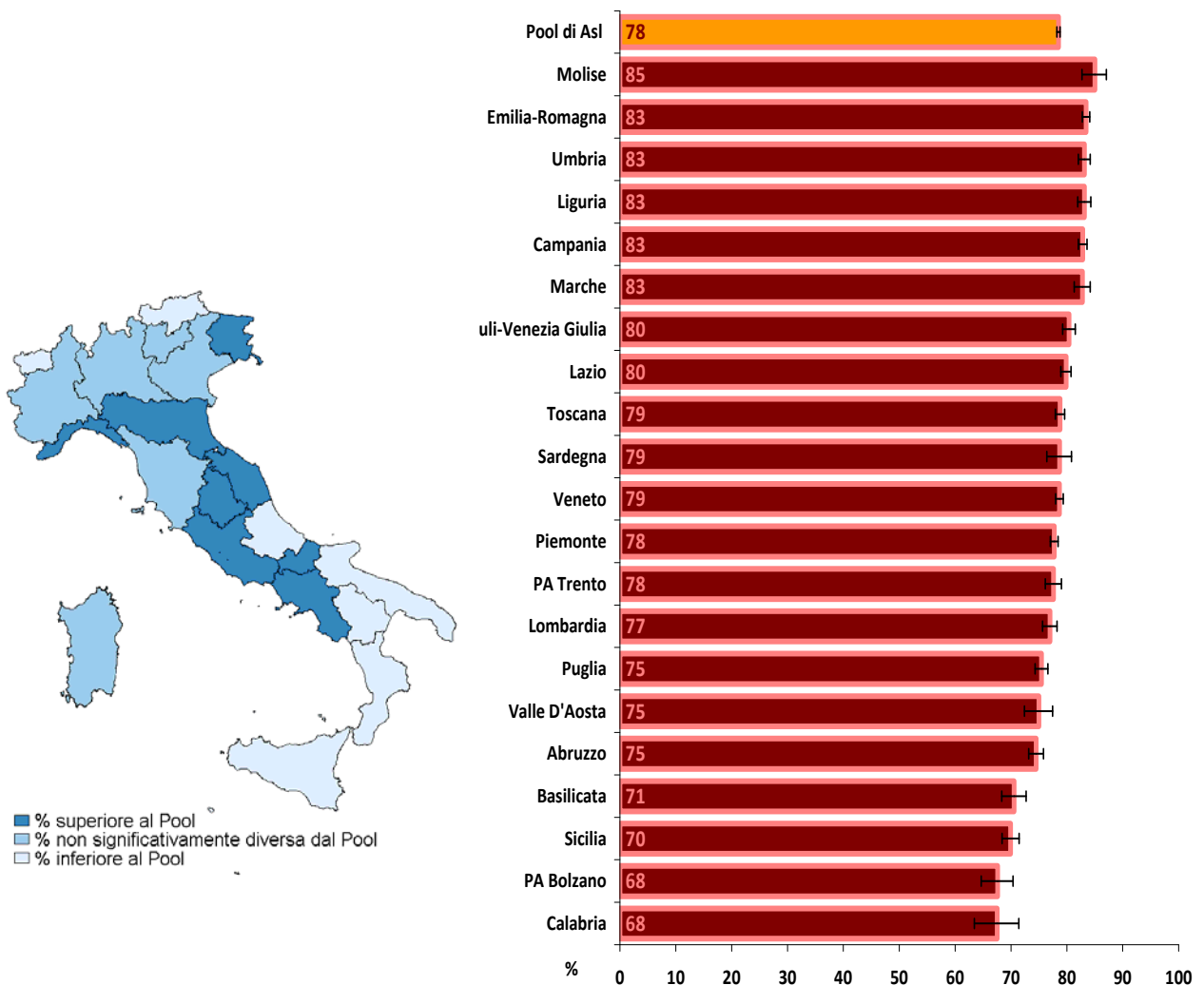
Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)

Campania - PASSI 2010



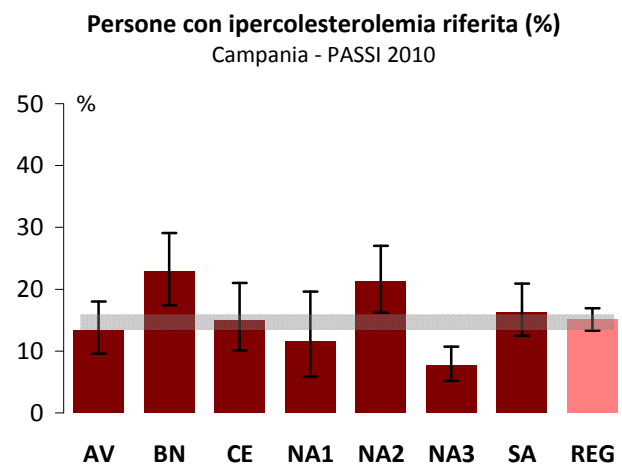
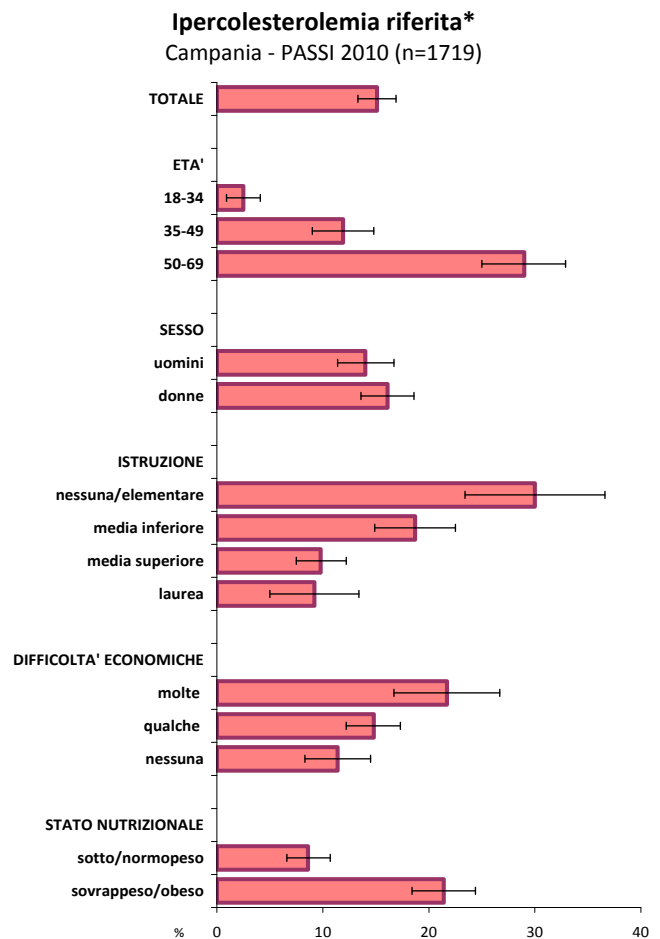
Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)

Pool ASL PASSI 2007-2010



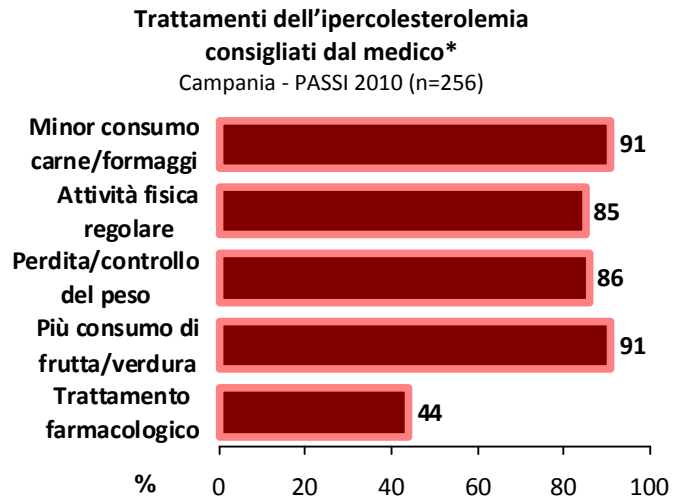
Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- In Campania il 15% 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 significativamente più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - nelle persone con livello di istruzione molto basso
 - nelle persone con molte difficoltà economiche
 - nelle persone in eccesso ponderale.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri (regressione logistica), rimangono associazioni significative solo con l'età e l'eccesso ponderale.
- Tra le ASL regionali non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolo nel sangue, eccetto che per la NA3 che mostra valori inferiori al dato regionale (range dal 7,6% di NA3 al 22,9% di BN).
- Nel 2010 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale.



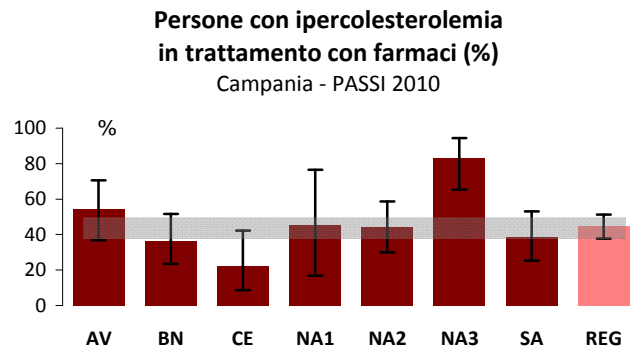
Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- In Campania il 44% 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 (91%)
 - svolgere regolare attività fisica (85%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (86%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (91%).



* 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, eccetto che per NA3 che mostra valori superiori a quelli regionali (range dal 22,2% di Caserta all'83,3% di Napoli 3).
- Nel 2010 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 32%.



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia circa una su due 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 l'85% ed il 90% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali; la variabilità rilevata relativa ai consigli suggerisce l'opportunità di ricorrere ad un approccio di consiglio maggiormente strutturato.

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).

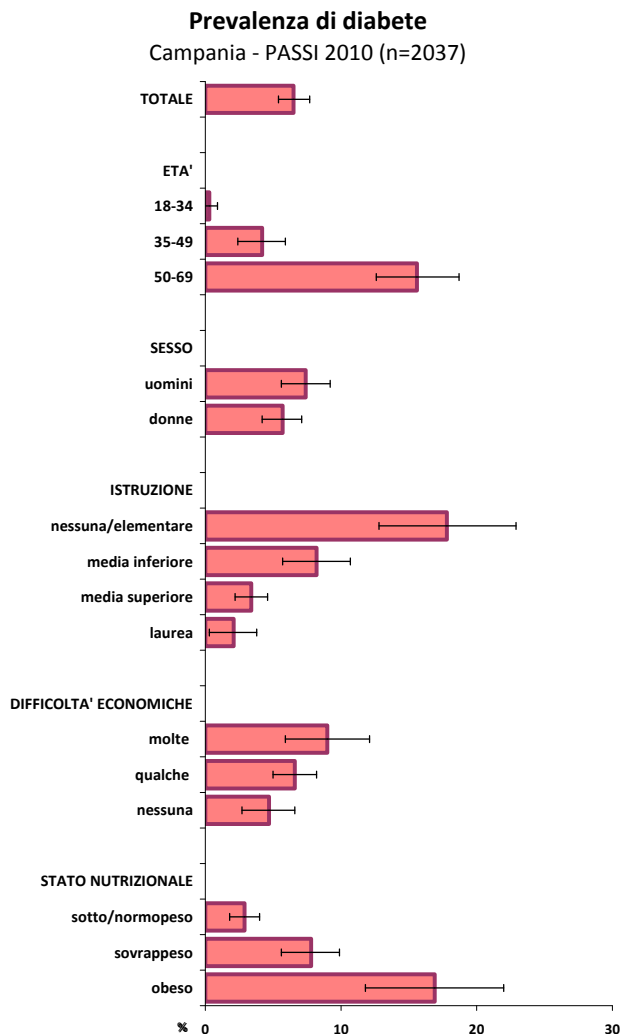
Il diabete si associa inoltre ad un notevole aumento del rischio di malattia cardiovascolare: i tassi di mortalità da cardiopatia ischemica nei diabetici sono almeno tre volte superiori a quelli rilevati nella popolazione generale.

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.

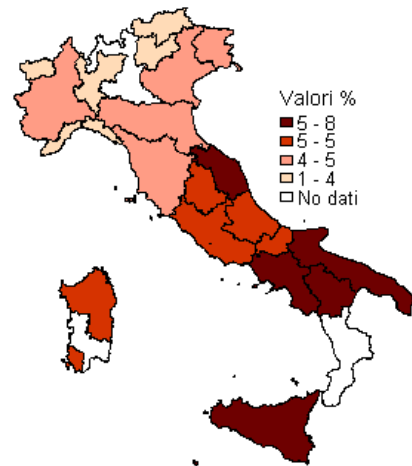
Qual è la prevalenza di diabetici?

- In Campania il 7% 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:
 - negli uomini
 - al crescere dell'età
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con molte difficoltà economiche
 - nelle persone in eccesso ponderale.

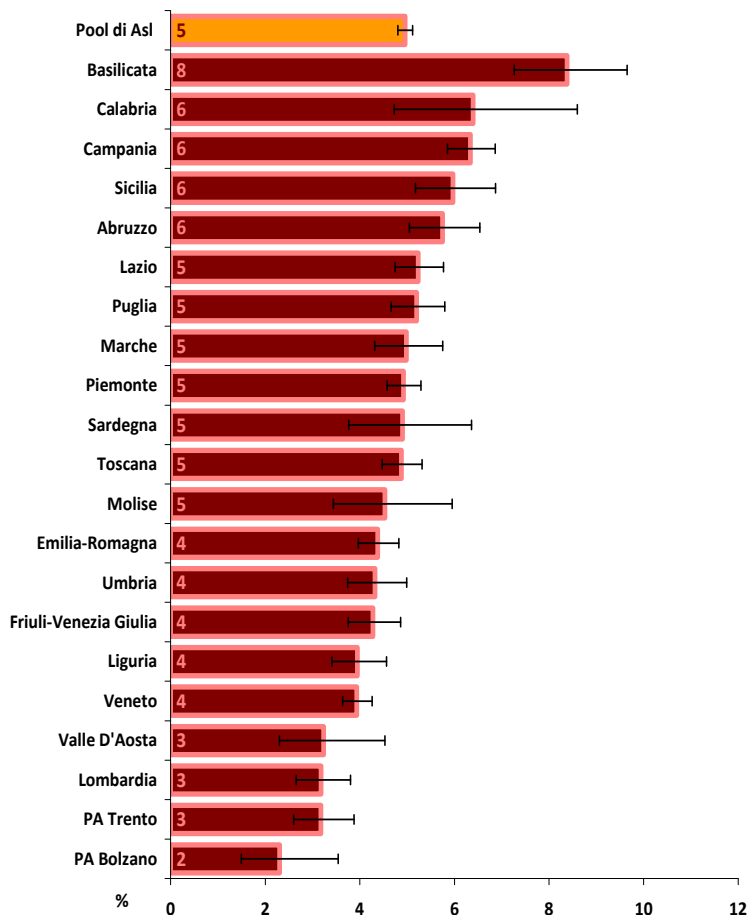


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 5% degli intervistati ha riferito di aver avuto
- Per un confronto interregionale più attendibile, la prevalenza di persone con diabete è stata calcolata anche sul pool quadriennale (2007-2010). La mappa distingue le Regioni a seconda che la prevalenza dell'indicatore sia o in linea (differenza non statisticamente significativa) o superiore o inferiore rispetto al dato di pool 2007-2010 medio (differenza statisticamente significativa). I dati regionali del 2007-2010 sono riportati nel diagramma.
- Si evidenzia un gradiente Nord-Sud: nella P.A. di Bolzano si registra il valore più basso (2%), mentre in Basilicata quello più alto (8%).

Persone con diabete (%)
Pool PASSI 2010



Persone con diabete (%)
Pool ASL PASSI 2007-2010



Conclusioni e raccomandazioni

In Campania circa il 7% 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.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

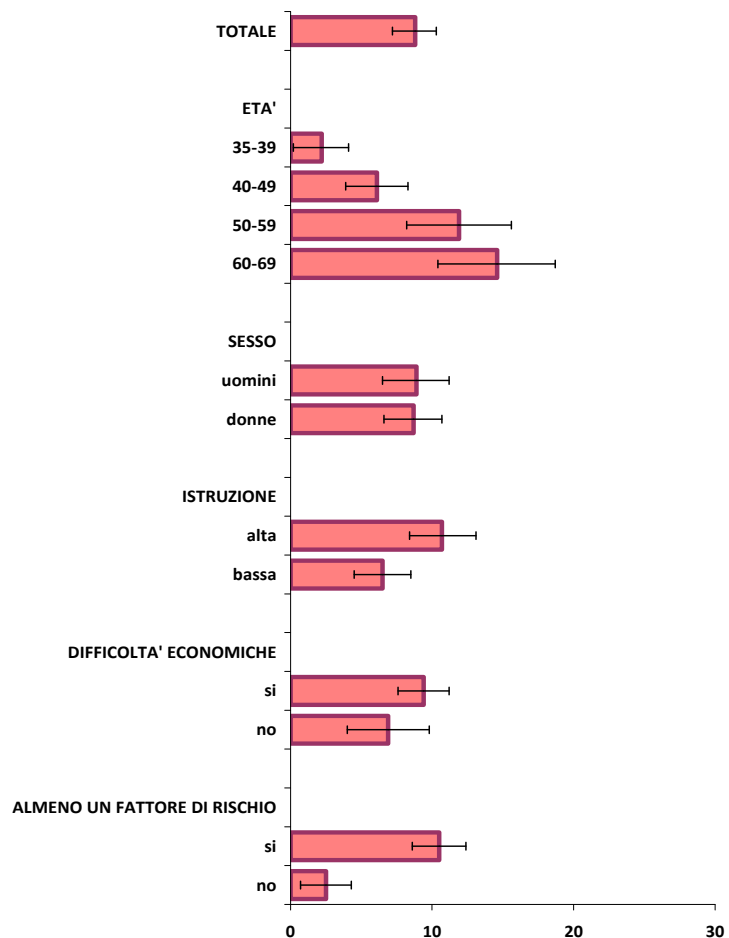
Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

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

- In Campania, solo il 9% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato significativamente più frequente:
 - nella classe d'età più elevata (50-69 anni)
 - nelle persone con più basso livello di istruzione
 - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si conferma l'associazione significativa con età e presenza di fattore di rischio cardiovascolare.

Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare

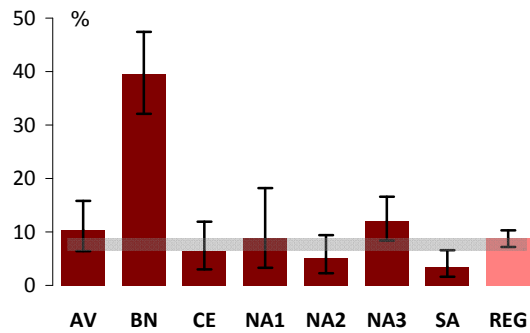
Campania - PASSI 2010 (n= 1257)



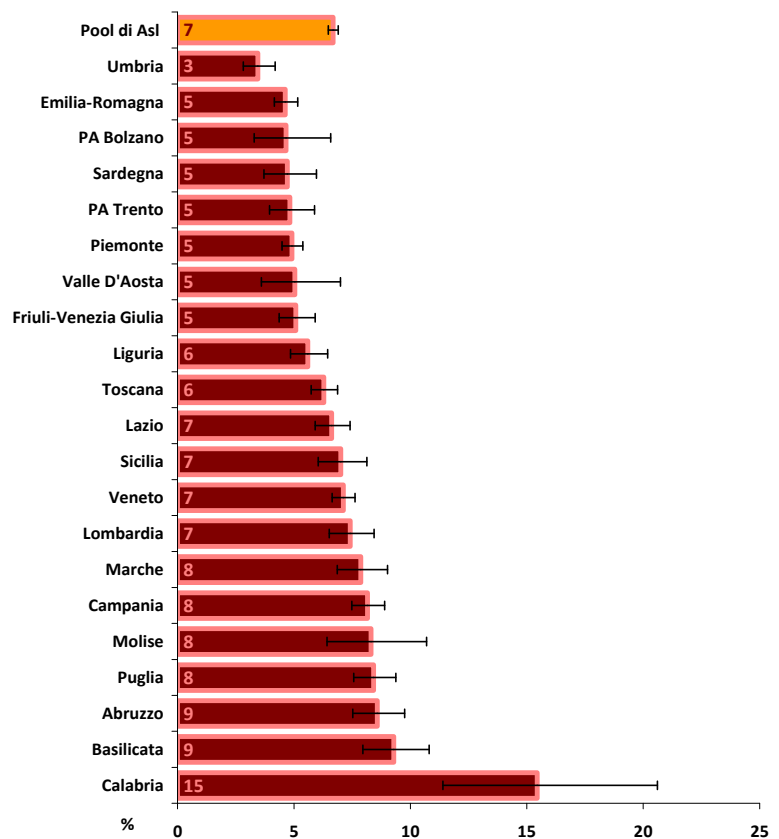
° Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

- In tutte le ASL regionali la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è molto bassa (range dal 3,5% di SA al 39,5% di BN).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 7%.
- Per un confronto interregionale più attendibile la prevalenza del calcolo del rischio è stata stimata sul pool quadriennale omogeneo 2007-2010.
- La mappa riporta le Regioni in cui la prevalenza dell'indicatore è in linea con il dato di pool (differenza non significativa dal punto di vista statistico), quelle con prevalenza superiore e quelle con prevalenza inferiore rispetto al dato medio di pool 2007-2010 (differenza significativa dal punto di vista statistico). Il diagramma riporta i dati regionali del 2007-2010 relativi al calcolo del rischio cardiovascolare.

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)
Campania - PASSI 2010



Persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari, cui è stato misurato il rischio cardiovascolare
Pool ASL PASSI 2007-2010



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

-  **Uso dei dispositivi di sicurezza stradale**
-  **Alcol e guida**
-  **Sicurezza domestica**

Tabella riassuntiva

Sicurezza stradale (% , IC95%)			
	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza			
<i>casco sempre</i>	86,1 (83,5-88,7)	88,7 (85,6-91,7)	94,7 (93,9-95,3)
<i>cintura anteriore sempre</i>	71,2 (69,5-72,9)	75,0 (72,9-77,1)	82,7 (82,2-83,2)
<i>cintura posteriore sempre</i>	11,6 (10,4-12,8)	10,5 (9,0-12,0)	18,6 (18,1-19,1)
Guida sotto effetto dell'alcol	5,5 (4,2-6,8)	6,4 (4,6-8,1)	9,8 (9,3-10,3)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	3,9 (3,2-4,7)	3,3 (2,5-4,2)	6,6 (6,32-6,9)
Sicurezza domestica (% , IC95%)			
	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Alta percezione del rischio di infortunio domestico	87,4 (86,3-88,6)	11,6 (10,3-13,0)	6,7 (6,4-7,0)
Infortunio domestico per il quale c'è stato ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale	29,6 (25,1-34,1)	3,9 (3,0-4,8)	3,7 (3,5-4,0)

Uso dei dispositivi di sicurezza stradale

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni. Secondo i dati più recenti (2009), ogni giorno in Italia si verificano in media 590 incidenti stradali, che provocano la morte di 12 persone e il ferimento di altre 842. Complessivamente, nel 2009 gli incidenti stradali rilevati dalle forze dell'ordine sono stati 215.405, cifra che è diminuita del 15% rispetto al 2001, assieme al numero di morti che è sceso da 7096 nel 2001, a 4237 nel 2009: un risparmio del 40%, in vite umane.

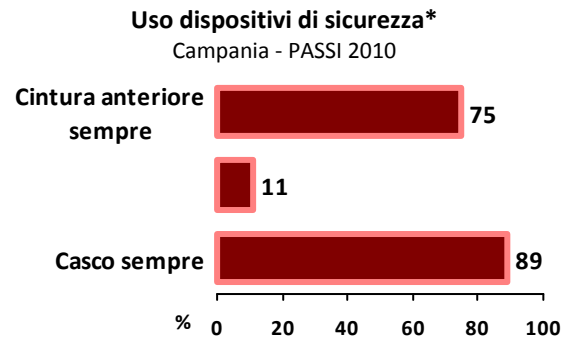
Gli incidenti stradali rappresentano, quindi, un fenomeno rilevante sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurre consistentemente numero e gravità: per prevenirli esistono politiche e interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

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

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

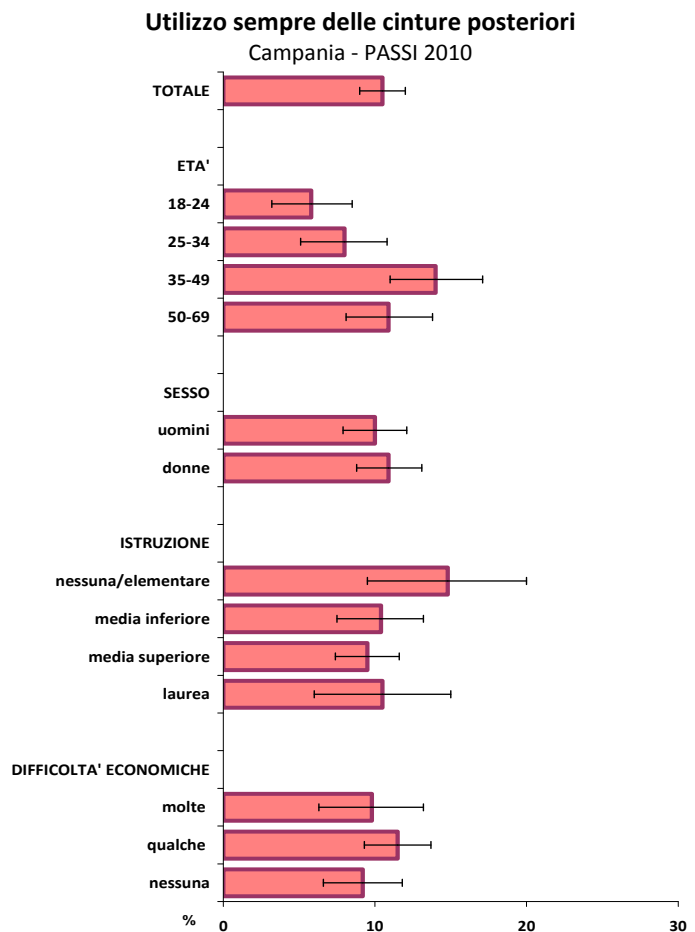
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nel 2010, in Campania la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (75%) e il casco (89%).
- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo l'11% degli intervistati, infatti, la usa sempre.



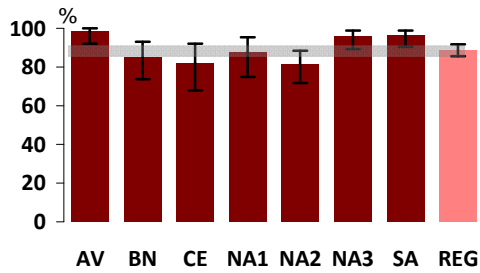
* Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

- L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è significativamente più alto:
 - nella classe d'età 35-49 anni
 - nelle persone con livello di istruzione molto basso
 Non sono emerse differenze per sesso e difficoltà economiche riferite.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si conferma l'associazione significativa con l'età.



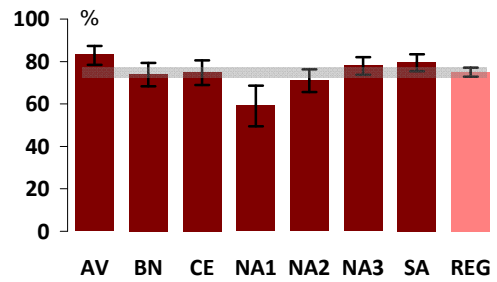
Uso del casco sempre

Campania – PASSI 2010



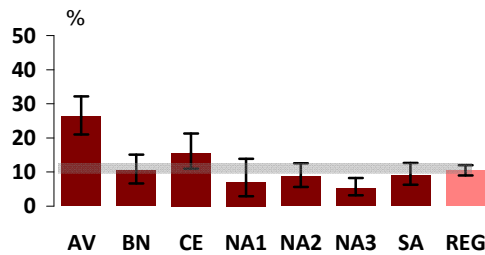
Uso della cintura anteriore sempre

Campania – PASSI 2010



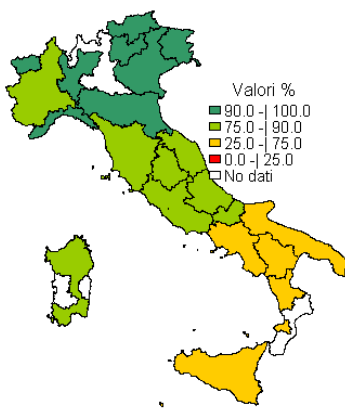
Uso della cintura posteriore sempre

Campania – PASSI 2010

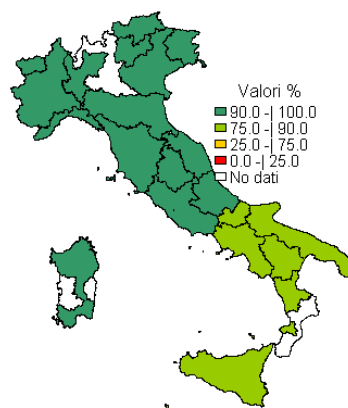


- Nel 2010, in tutte le ASL della regione Campania, l'utilizzo del casco tra i motociclisti è molto diffuso, con differenze significative per la ASL di Avellino (range: ASL AV 98,5% - ASL NA2 81,1%).
- Anche l'utilizzo della cintura anteriore è diffuso in tutte le ASL; la percentuale di utilizzo è risultata significativamente più alta della media regionale nella ASL di Avellino, mentre nella NA2 è più bassa.
- L'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ampiamente disatteso in tutte le ASL: nelle ASL di Avellino e Caserta si sono registrati valori più alti rispetto al dato regionale.

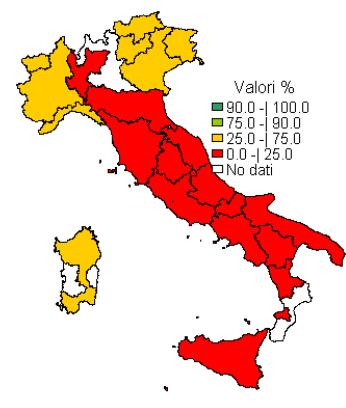
Uso del casco sempre
Pool di ASL - PASSI 2010



Uso della cintura anteriore sempre
Pool di ASL - PASSI 2010



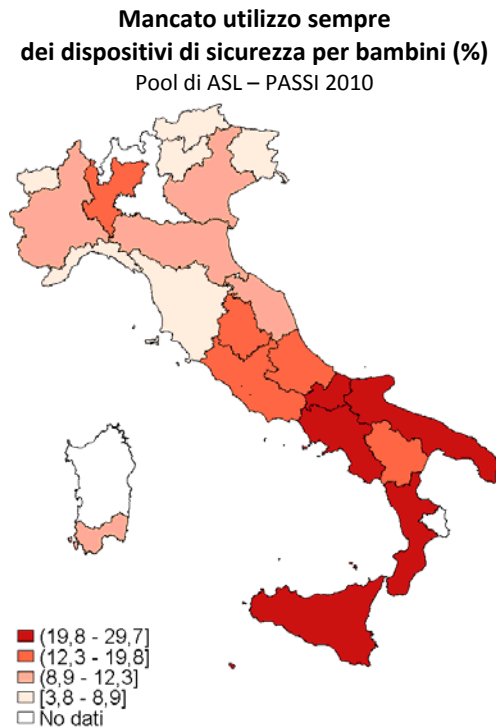
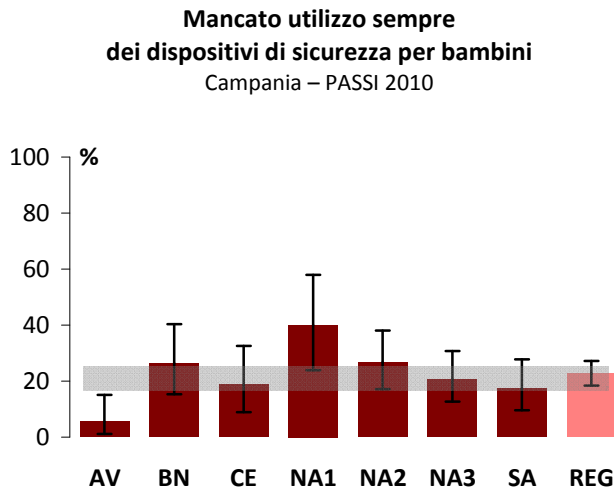
Uso della cintura posteriore sempre
Pool di ASL - PASSI 2010



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

Utilizzo dei dispositivi di sicurezza nei minori

- In Campania, il 23% degli intervistati nel 2010 ha riferito di non utilizzare sempre il dispositivo di sicurezza per bambini; per tale indicatore l'effetto della "desiderabilità sociale" potrebbe indurre i genitori a riferire un uso maggiore dei dispositivi di sicurezza rispetto alla realtà.
- In tutte le ASL della regione Campania, il mancato utilizzo del dispositivo di sicurezza per bambini è molto diffuso, con differenze significative per la ASL di Avellino (range: ASL NA1 40% - ASL AV 5,5%).



- Nel pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di intervistati che non usa i dispositivi di sicurezza per bambini è del 16%. Esiste una grande variabilità tra le diverse regioni: si passa dal 4% del Friuli-Venezia Giulia al 30% della Puglia e della Sicilia.
- Circa la metà degli intervistati (49%) ha riferito di aver visto/sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi.
- Nel pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di intervistati che riferisce di aver visto/sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi è del 57%.

Conclusioni

L'uso dei dispositivi di sicurezza individuali è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. Non indossare la cintura comporta l'aumento del rischio di morire in caso di incidente, non solo per chi guida, ma anche per i passeggeri. La maggior parte degli intervistati nella regione Campania fa uso della cintura anteriore e del casco, ma solo una persona su dieci utilizza la cintura sui sedili posteriori. I comportamenti personali sono fattori di primaria rilevanza nel ridurre la gravità degli incidenti stradali. Inoltre, sono importanti i programmi di supporto strutturali e ambientali, a cui è necessario affiancare interventi di controllo da parte delle Forze dell'Ordine e campagne educative e informative.

Per approfondire

- Rapporto nazionale Passi 2009: Sicurezza stradale

http://www.epicentro.iss.it/passi/SicurezzaStradale/sicurezza_Passi09.pdf

- Who Global status report on road safety: time for action

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf

- Eurosafe Child Safety Report Card 2009

<http://www.epicentro.iss.it/temi/incidenti/Eurosafe09.asp>

- Istat: incidenti stradali, statistiche in breve. 2008

http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20091113_01/testointegrale20091113.pdf

Alcol e guida

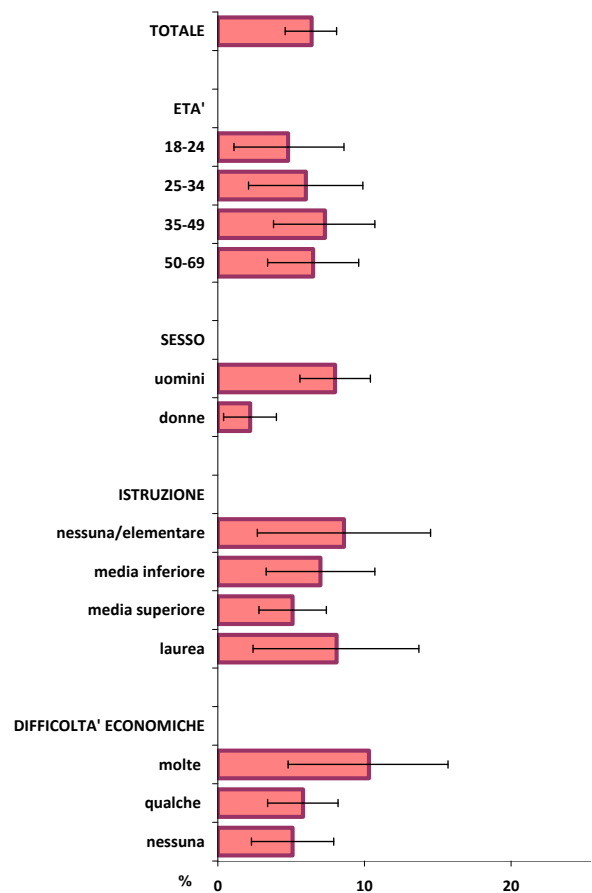
Nella maggior parte dei paesi che sorvegliano il fenomeno, in circa uno su cinque dei conducenti deceduti a seguito di un incidente stradale viene rilevato un eccesso di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro.

Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nel periodo di riferimento, sia come conducenti sia come persone trasportate.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Circa il 6% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente*.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è significativamente più frequente negli uomini che nelle donne.
- Analizzando con un'analisi multivariata l'associazione tra guida in stato di ebbrezza con età, sesso, istruzione e difficoltà economiche si conferma la significatività solo per gli uomini.

Guida sotto l'effetto dell'alcol*
Campania - PASSI 2010 (n=830)

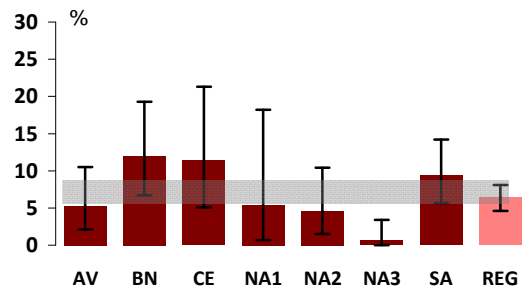


*aver guidato negli ultimi 30 giorni entro un'ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che, negli ultimi 30 giorni, dichiara di aver bevuto almeno un'unità alcolica e aver guidato

- Nelle ASL regionali, fatta eccezione la NA3, non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto riguarda la guida sotto effetto dell'alcol (range dal 0.6% di NA3 al 12% di BN).

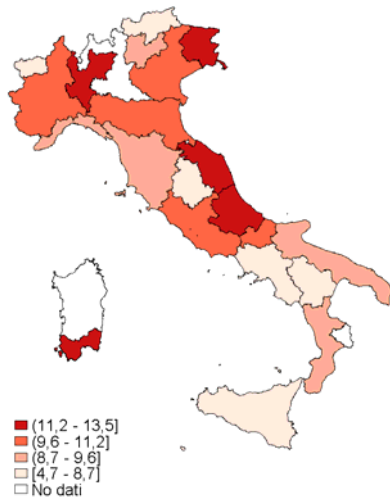
Guida sotto l'effetto dell'alcol

Campania – PASSI 2010

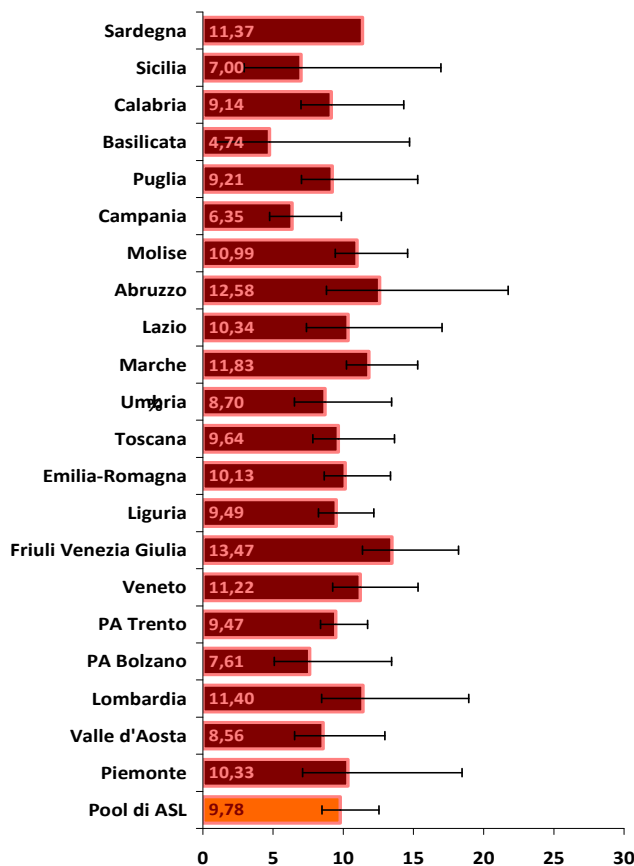


Guida sotto l'effetto dell'alcol

Pool di ASL - PASSI 2010



- Nel pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è del 10%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con percentuali più alte al Nord, al Centro e in Sardegna.

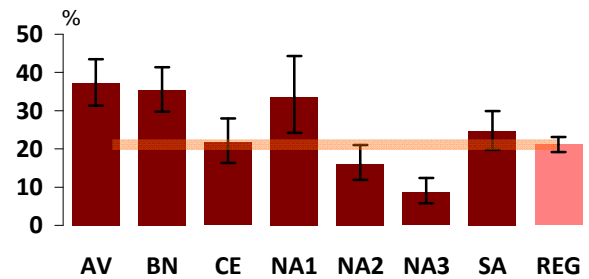


I controlli delle Forze dell'Ordine: ricorso all'etilotest

- Nel 2010, in Campania il 21% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.
- Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media due volte negli ultimi 12 mesi.
- L'11,5% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest.
- La percentuale di controlli con etilotest è maggiore nelle fasce d'età più giovani: si passa dal 27% dei 18-24enni al 3% dei 50-69enni.
- Nel 2010, nel Pool di ASL la percentuale di intervistati che riferiscono di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi è del 34% e, tra chi è stato fermato, l'11% riferisce che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest.

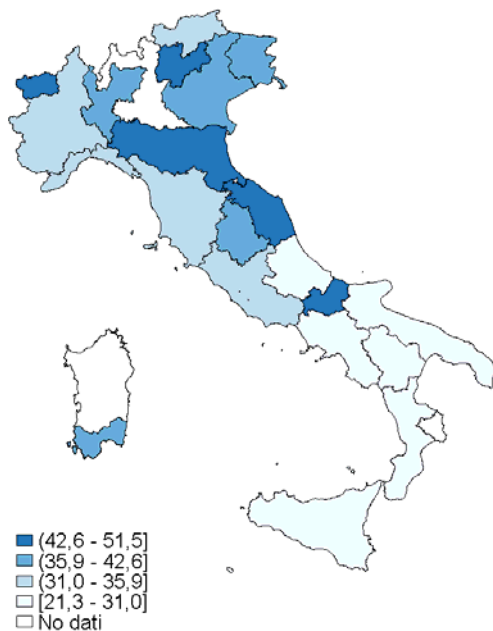
Controllo da parte delle Forze dell'Ordine

Campania – PASSI 2010



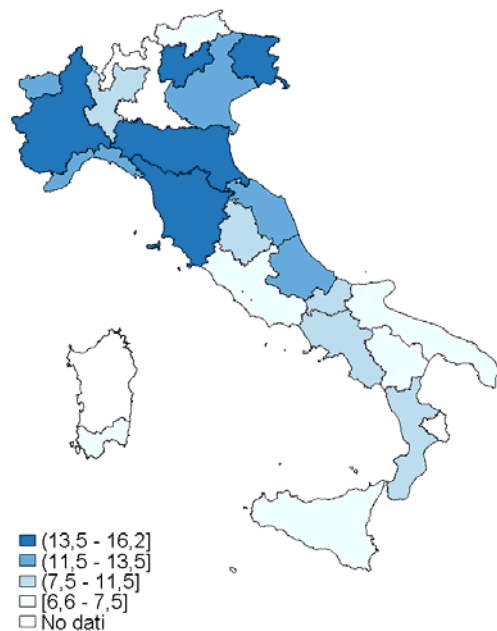
Controllo da parte delle Forze dell'ordine

Pool di ASL – PASSI 2010



Etilotest effettuato al guidatore

Pool di ASL – PASSI 2010



Conclusioni

Una minoranza (il 6% dei guidatori non astemi), piccola ma consistente, mette ancora a rischio la vita propria e quella degli altri, guidando anche quando è sotto l'effetto dell'alcol.

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

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

Occorre infine sottolineare come, in una prospettiva di lungo periodo, le politiche per la riduzione dell'uso di auto e moto, a favore del trasporto pubblico e del trasferimento attivo (andare a piedi o in bicicletta, in condizioni che garantiscano la sicurezza), creano sinergie positive: riducono gli incidenti stradali, promuovono l'attività fisica e migliorano la qualità dell'aria atmosferica.

Ulteriori Risorse

- Rapporto nazionale Passi 2009: Sicurezza stradale
http://www.epicentro.iss.it/passi/SicurezzaStradale/sicurezza_Passi09.pdf
- Who Global status report on road safety: time for action
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf
- Eurosafe Child Safety Report Card 2009
<http://www.epicentro.iss.it/temi/incidenti/Eurosafe09.asp>
- Istat: incidenti stradali, statistiche in breve. 2008
http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20091113_01/testointegrale20091113.pdf

Sicurezza domestica

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

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

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

- In Campania la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: l'88% degli intervistati ha dichiarato, infatti, di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio le persone con molte 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.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si conferma che la scarsa percezione del rischio di infortunio domestico è associata significativamente alla presenza di molte difficoltà economiche.

- Nelle varie Asl campane non emergono differenze statisticamente significative rispetto alla bassa percezione del rischio di infortunio domestico, ad eccezione della NA3 che mostra un valore inferiore rispetto a quello regionale (range dal 63,1% di NA3 al 99,3% di AV).
- Nel pool di Asl PASSI 2010 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 93%.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico

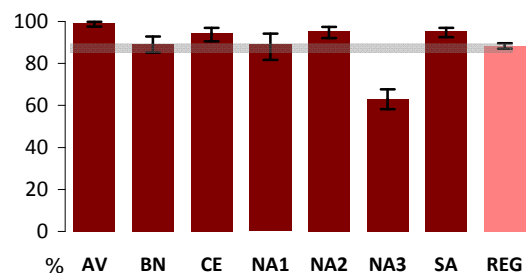
Campania - PASSI 2010 (n=2037)

Errore. Il collegamento non è valido.

* presenza di anziani e/o bambini

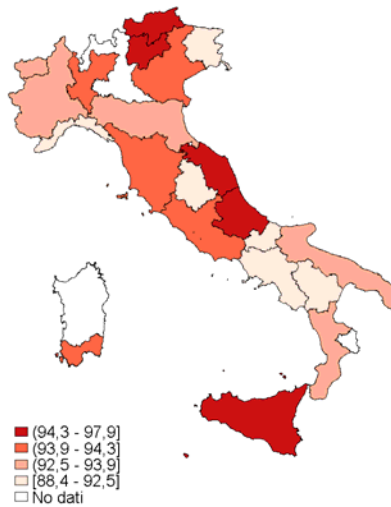
% di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico

Campania - PASSI 2010



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

Pool PASSI 2010

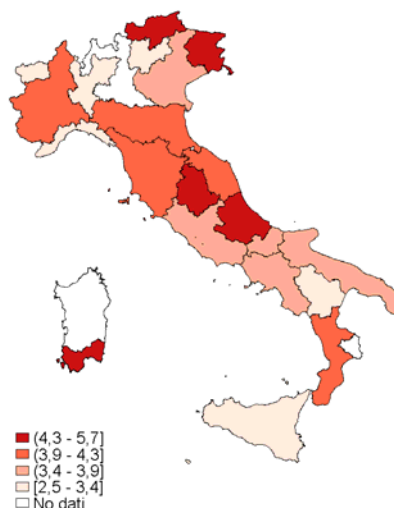


Quanti hanno subito un infortunio domestico per il quale sono dovuti ricorrere al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale?

- Nei 12 mesi precedenti all'intervista, 3,9% degli intervistati ha riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione. Nel pool di Asl PASSI 2010 questa percentuale corrisponde al 3,7%.

**% di persone che hanno subito un infortunio domestico
per il quale sono dovuti ricorrere al medico di famiglia,
al pronto soccorso o all'ospedale**

Pool PASSI 2010



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Programmi di prevenzione

- ☞ Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero
- ☞ Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella
- ☞ Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto
- ☞ Vaccinazione antinfluenzale
- ☞ Vaccinazione antirosolia

Tabella riassuntiva

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

	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni	55,5 (52,5-58,5)	57,9 (54,3-61,5)	76,4 (75,6-77,3)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	30,0 (27,6-32,5)	32,0 (29,0-35,1)	54,7 (53,8-55,6)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	55,6 (52,6-58,6)	55,0 (51,3-58,7)	64,4 (63,4-65,5)
Donne che hanno visto una campagna informativa	63,2 (60,4-65,9)	60,0 (56,4-63,6)	68,0 (67,0-69,0)
Donne che hanno effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni in funzione degli interventi di promozione (lettera dell'ASL, consiglio, campagna informativa)			
<i>0 interventi</i>	27,7 (21,1-34,4)	27,6 (20,0-35,2)	40,0 (36,3-43,8)
<i>1 intervento</i>	45,2 (39,5-50,9)	55,5 (48,6-62,5)	69,6 (67,5-71,6)
<i>2 interventi</i>	71,8 (67,2-76,4)	72,4 (66,5-78,3)	83,4 (82,1-84,7)
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	72,7 (65,9-79,4)	73,3 (65,5-81,1)	89,7 (88,6-90,8)

Screening delle neoplasie della mammelle (donne 50-69 anni) (% , IC95%)

	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Effettuata una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	39,3 (34,7-44,9)	43,7 (37,8-49,5)	70,2 (68,8-71,5)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	25,4 (21,7-29,0)	25,9 (20,8-30,9)	63,1 (61,9-64,2)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	51,8 (47,3-56,2)	52,3 (46,6-58,1)	66,4 (64,9-67,8)
Donne che hanno visto una campagna informativa	51,6 (47,6-55,7)	48,5 (42,8-54,3)	71,6 (70,3-73)
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>	15,7 (9,8-21,6)	16,4 (8,4-24,4)	20,7 (15,5-25,9)
<i>1 intervento</i>	38,4 (29,3-47,5)	56,3 (44,8-67,9)	56,2 (52,3-60,2)
<i>2 interventi</i>	42,8 (43,2-60,5)	57,9 (46,5-69,3)	76,0 (73,8-78,1)
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	61,7 (49,7-73,7)	56,3 (41,1-71,4)	83,5 (81,9-85,2)

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

	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Eseguito un test per la ricerca di Sangue occulto a scopo preventivo nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	7,6 (6,1-9,2)	12,1 (9,6-14,7)	29,2 (28,4-30,0)
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	6,2 (4,6-7,8)	4,8 (3,1-6,4)	11,9 (11,2-12,5)
Ha ricevuto la lettera dell'ASL	5,6 (4,6-6,7)	5,4 (4,0-6,9)	32,8 (32,2-33,4)
Ha ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	13,8 (11,9-16,0)	14,4 (11,7-17,1)	23,1 (22,3-24,0)
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>	4,3 (2,7-5,9)	2,5 (0,9-4,1)	3,5 (2,9-4,1)
<i>1 intervento</i>	30,0 (22,9-37,2)	29,0 (19,6-38,4)	35,0 (33,1-37,0)
<i>2 interventi</i>	61,1 (49,4-72,7)	55,4 (42,5-68,3)	64,2 (61,9-66,4)
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	65,0 (49,3-80,8)	72,0 (46,8-97,3)	72,0 (69,2-74,9)

Vaccinazione antinfluenzale (% , IC95%)

	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Vaccinati 18-65 (campagna antinfluenzale 2009-10)	11,1 (9,2-12,9)	12,0 (9,8-14,3)	11,5 (10,9-12,0)
Vaccinati 18-65 con almeno una patologia	35,9 (27,9-43,9)	33,7 (25,3-42,2)	28,1 (26,1-30,2)

Vaccinazione antirosolia (% , IC95%)

	Campania 2009	Campania 2010	Pool PASSI 2010
Donne vaccinate (18-49 anni)	19,8 (17,2-22,4)	20,4 (17,2-23,5)	35,6 (34,6-36,8)
Donne suscettibili (18-49 anni)	56,7 (53,5-59,9)	52,8 (48,9-56,7)	40,3 (39,1-41,5)

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

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

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (corrispondenti ad un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi; 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.

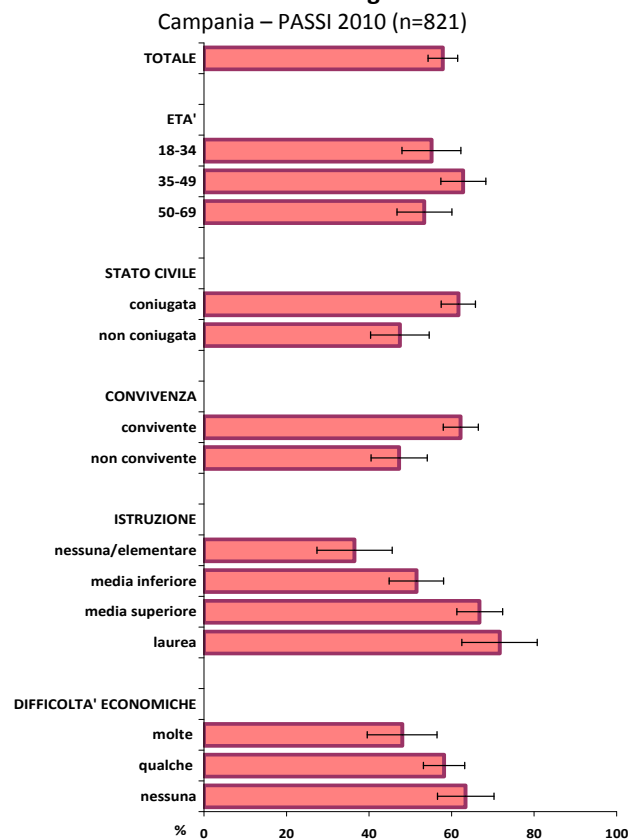
In Campania il programma di screening non è ancora a regime nelle diverse ASL, nonostante sia stato avviato tra il 1996 ed il 1999, coinvolgendo il 55% della popolazione femminile, pari a circa 1.200.000 donne.

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 58% 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 superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) sia al livello "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.
- In particolare l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - coniugate
 - che vivono con qualcuno
 - con più alto livello d'istruzione
 - con meno difficoltà economiche.
- 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 stato civile e livello d'istruzione.

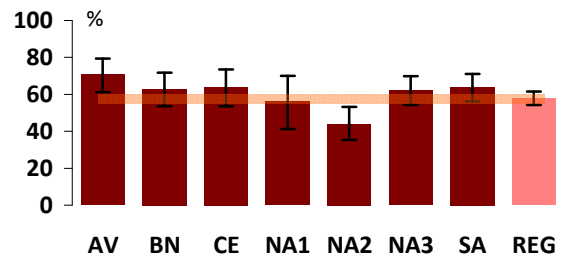
Donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni in assenza di segni o sintomi



- Nelle ASL regionali la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni va dal 70,9% di AV al 44,1% di NA2.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 76% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

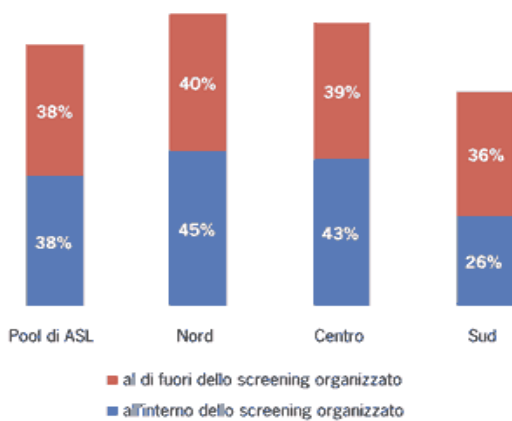
Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)

Campania - PASSI 2010



Copertura del pap-test negli ultimi 3 anni per macro area geografica – Donne 25-64 anni

Pool ASL Passi 2010



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

Pool PASSI 2007-10

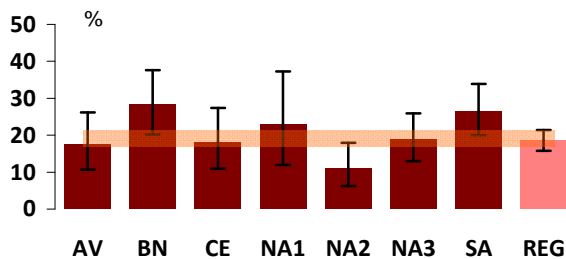


Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

- Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto un Pap-test negli ultimi tre anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.
- Tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 19% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 38% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

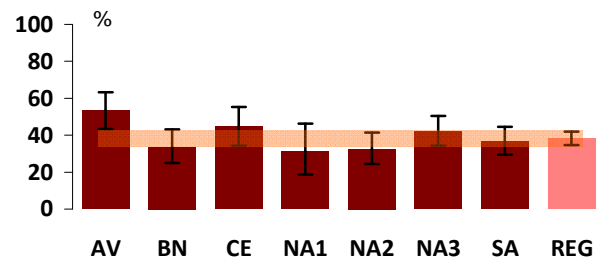
Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test in un programma di screening organizzato (%)

Campania - PASSI 2010



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

Campania - PASSI 2010

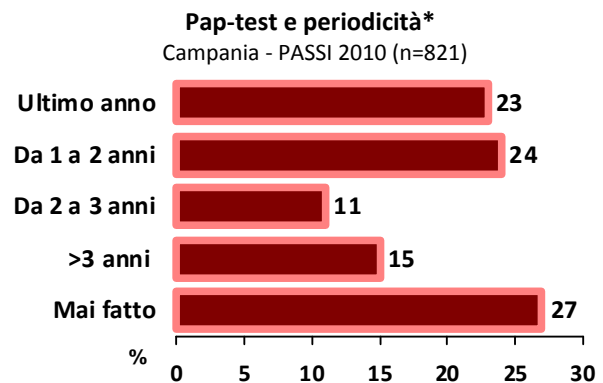


- Nelle diverse ASL non si sono rilevate differenze statisticamente significative rispetto al valore regionale nella percentuale di donne che hanno effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato.
- Non emergono differenze tra ASL nella percentuale di donne che hanno effettuato il Pap-test come prevenzione individuale. Sembra però esserci una differenza tra la ASL AV ed il valore regionale.

Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

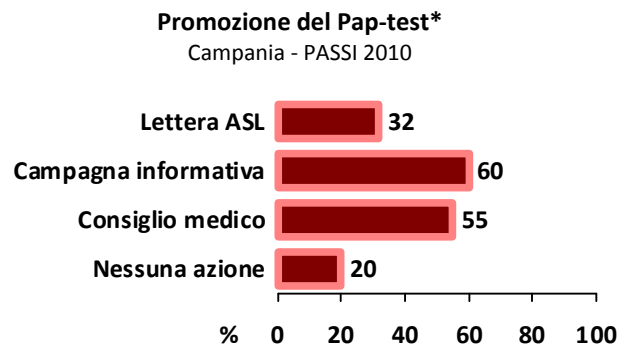
- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
 - il 23% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 24% da uno a due anni
 - l'11% da due a tre anni
 - il 15% da più di tre anni
- Il 27% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.

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



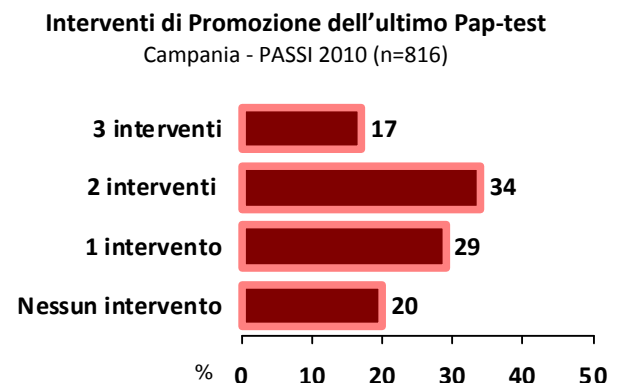
Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

- In Campania:
 - il 32% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 60% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test
 - il 55% 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

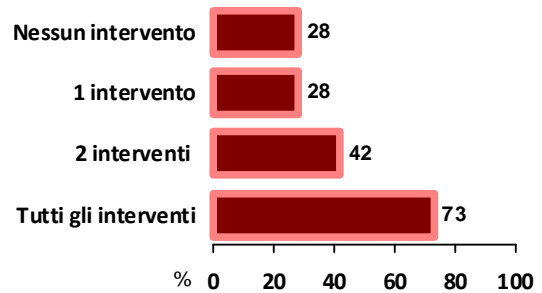
- Nelle ASL regionali si sono rilevate differenze statisticamente significative relative alla lettera d'invito (range dal 11,6% di NA2 al 60,6% di SA) e alla campagna informativa (range dal 52,1% di SA al 80% di NA1). Non si sono rilevate differenze statisticamente significative relative al consiglio dell'operatore sanitario (range dal 50% di NA1 al 65,3% di AV).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 64% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 68% ha visto una campagna informativa.
- In Campania il 17% 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 34% da due interventi ed il 29% da un solo intervento; solo il 20% 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 31%, 35%, 24% e 10%.



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 solo 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.

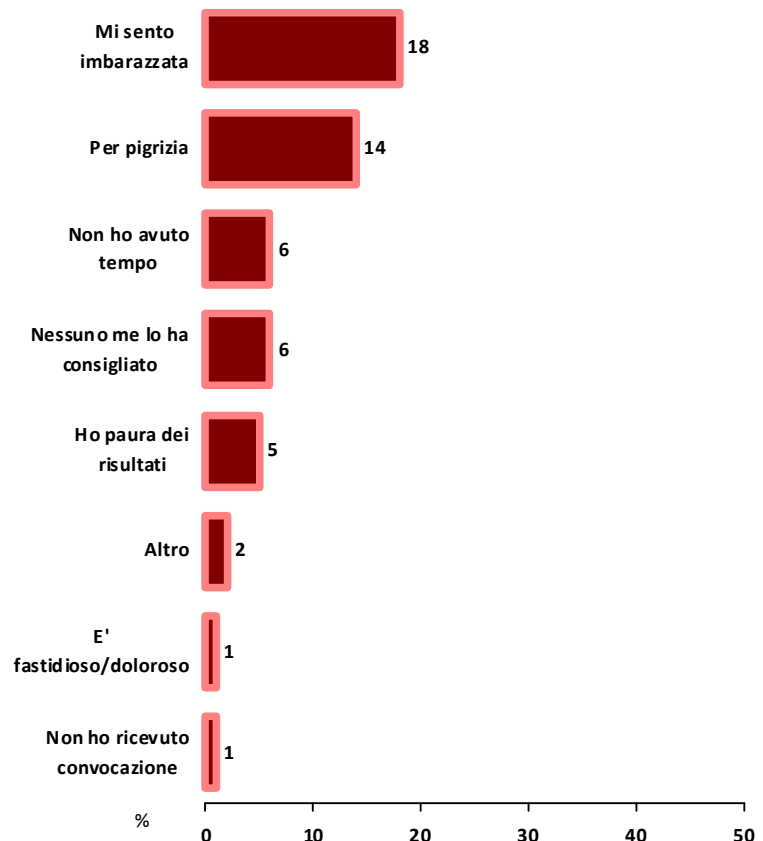
Interventi di promozione e effettuazione del Pap-test negli ultimi 3 anni
Campania - PASSI 2010



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

- In Campania il 42% 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 (27%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (15%).
- 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 41% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione del Pap-test secondo le linee guida
Campania - PASSI 2010 (n=308)*



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (7%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Campania la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (58%) 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 (19%) sia della quota rilevante di adesione spontanea (38%).

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

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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%.

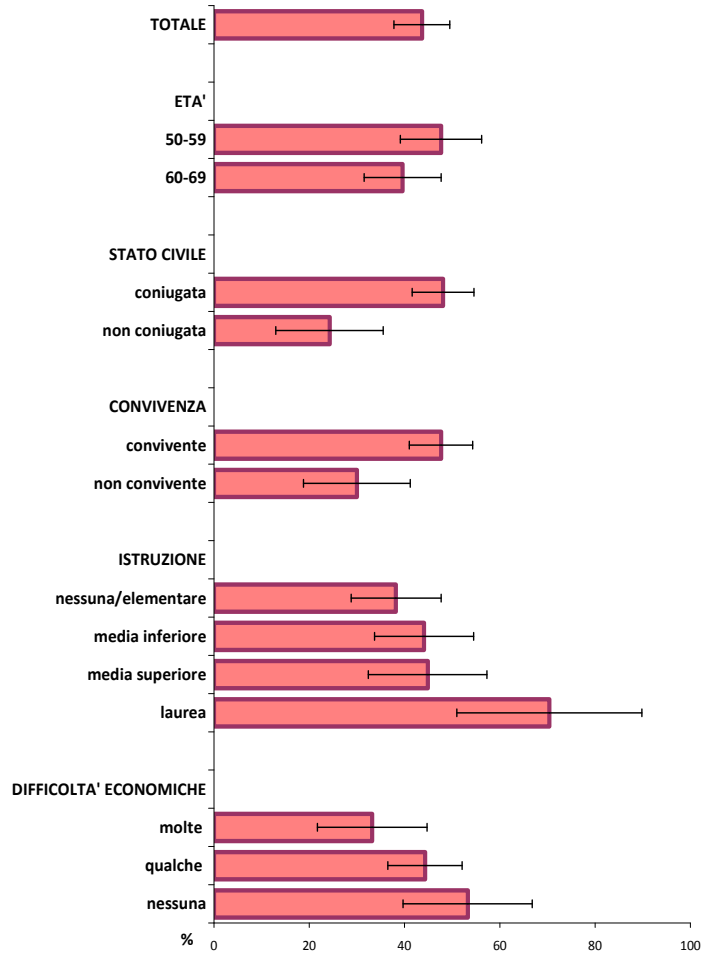
La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate, residenti e domiciliate, e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

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

- In Campania circa il 44% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali. La copertura stimata è inferiore sia al livello di copertura ritenuto “accettabile” (60%) sia al livello “desiderabile” (75%).
 - In particolare l’effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - coniugate
 - che vivono con qualcuno
 - con alto livello di istruzione
 - senza difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l’effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantiene la significatività per stato civile e livello di istruzione.
- L’età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 48 anni.
 - Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 50% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L’età media della prima Mammografia è 41 anni.

Donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni in assenza di segni o sintomi

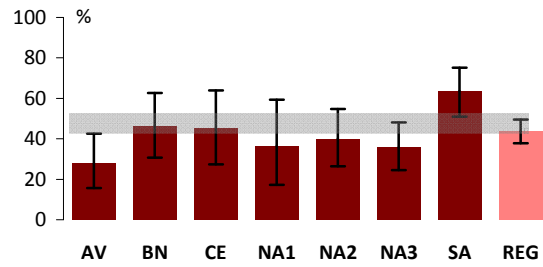
Campania - PASSI 2010 (n=327)



- Ad eccezione di SA, nelle ASL della Regione non si osservano differenze significative, relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (range dal 27,7% di AV al 63,6% di SA).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 70% 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 di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi 2 anni (%)

Campania - PASSI 2010



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

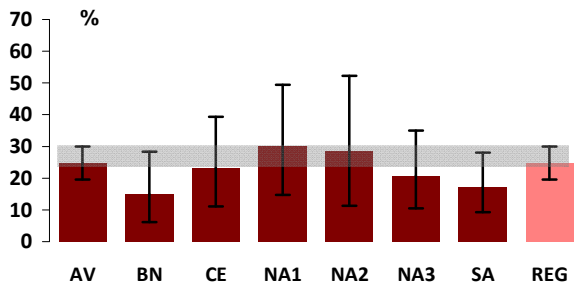
Pool PASSI 2007-10



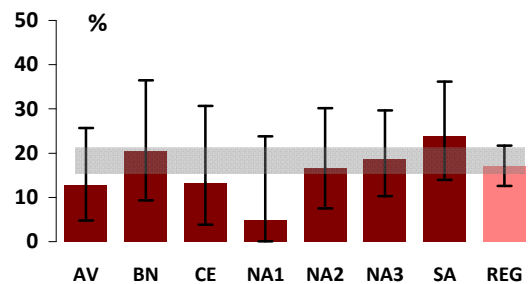
Quante donne hanno effettuato la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

- 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 25% ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 17% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia in un programma di screening organizzato (%)
Campania - PASSI 2010



Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia come prevenzione individuale (%)
Campania - PASSI 2010



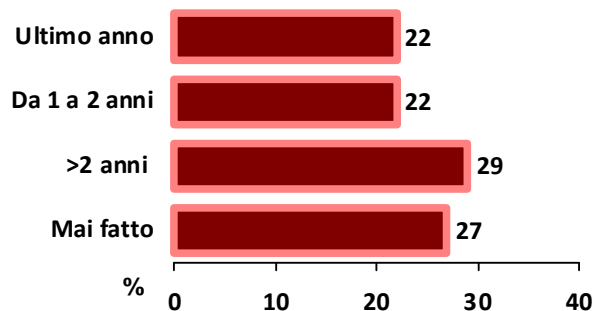
- Nelle diverse ASL non si sono rilevate differenze statisticamente significative rispetto al valore regionale nella percentuale di donne che hanno effettuato la Mammografia all'interno di un programma di screening organizzato.
- Non emergono differenze tra ASL nella percentuale di donne che hanno effettuato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

Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia*?

- Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:
 - il 22% delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 22% da uno a due anni
 - il 29% da più di due anni
- Il 27% 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 2010 (n=327)

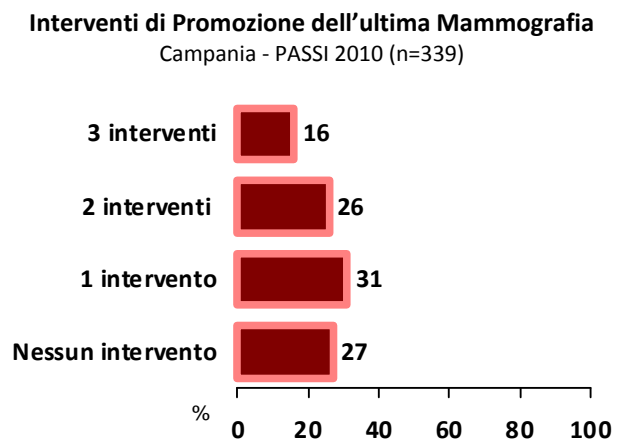


Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- In Campania:
 - il 26% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 49% 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, eccetto che per la NA3, non si sono rilevate differenze statisticamente significative relative alla lettera d'invito (range dal 11% di NA3 al 38,8% di SA) ed alla campagna informativa (range dal 30% di NA3 al 77,3% di NA1).
- Relativamente al consiglio dell'operatore sanitario non si sono rilevate differenze statisticamente significative (range dal 31,4% di CE al 61,2% di NA2 e SA).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 63% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 66% il consiglio dell'operatore sanitario e il 72% ha visto o sentito una campagna informativa.
- Il 16% 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 26% da due interventi ed il 27% da uno solo; il 31% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 38%, 34%, 18% e 10%.



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 56% 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.

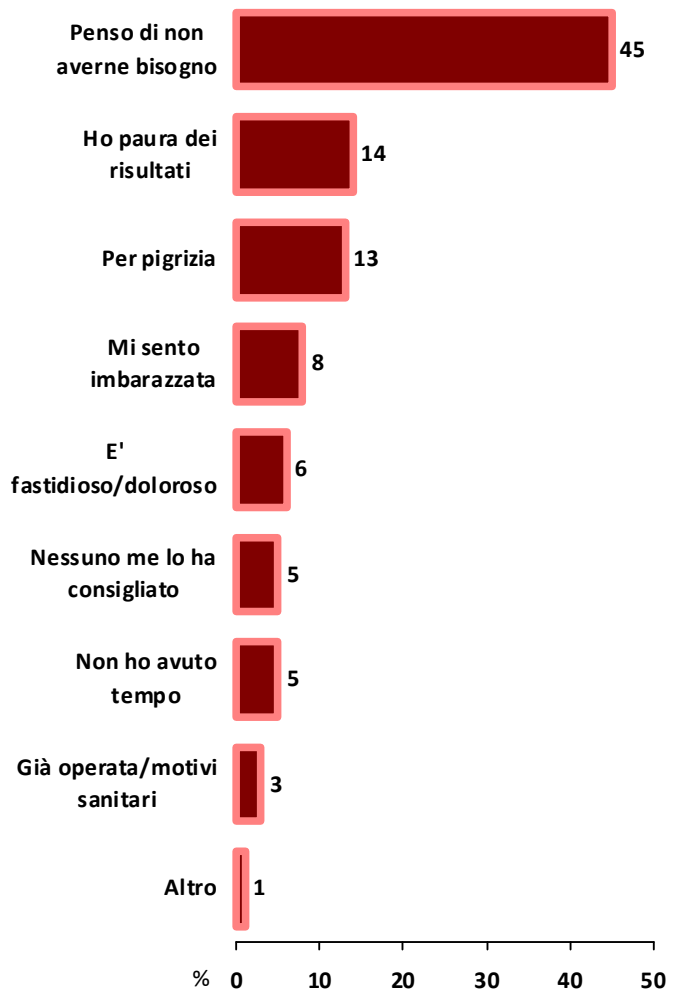


Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventivo?

- In Campania il 56% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuato la Mammografia (27%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (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 45% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida

Campania - PASSI 2010 (n=176)*



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (12%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Campania la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della Mammografia (44%) 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 (25%) sia della quota di adesione spontanea (17%), 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.

Diagnosi precoce 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.

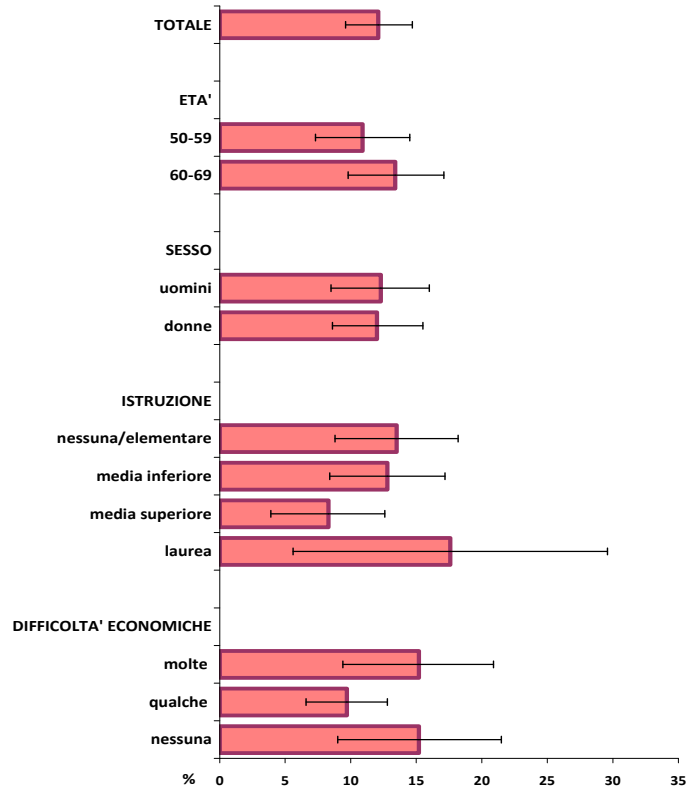
Il programma di screening regionale prevede la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-69 anni, la colonscopia nei familiari di primo grado dei casi riscontrati e la promozione della colonscopia per le persone di età 70-74 anni che non l'abbiano eseguita nei dieci anni precedenti.

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

- In Campania circa il 15% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettrali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- Il 12% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; non sono emerse differenze statisticamente significative relativamente ad età, sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche.

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

Campania - PASSI 2009 (n=650)

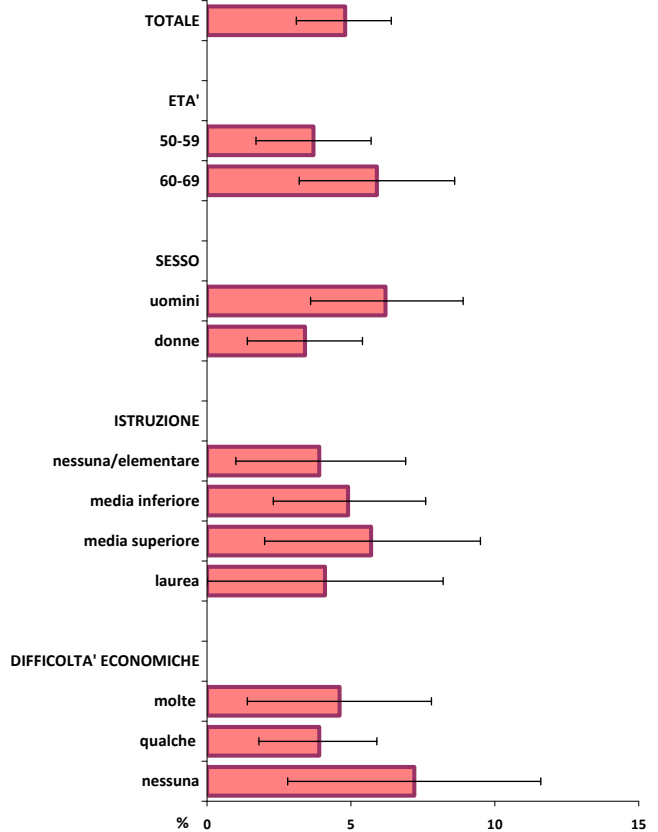


° in assenza di segni o sintomi

- Il 5% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; non sono emerse differenze statisticamente significative relativamente ad età, sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche.

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

Campania - PASSI 2009 (n=637)

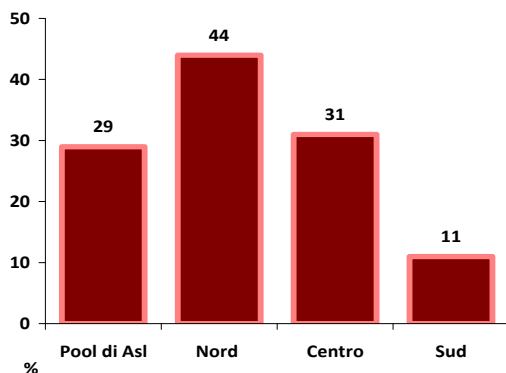


° in assenza di segni o sintomi

- 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 NA3 (range dal 2,7% della ASL NA1 al 22,1% della ASL NA3).
- La percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni ha mostrato differenze statisticamente significative per la ASL AV (range dal 2,7% della ASL NA1 al 12,7% della ASL AV).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 29% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 12% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

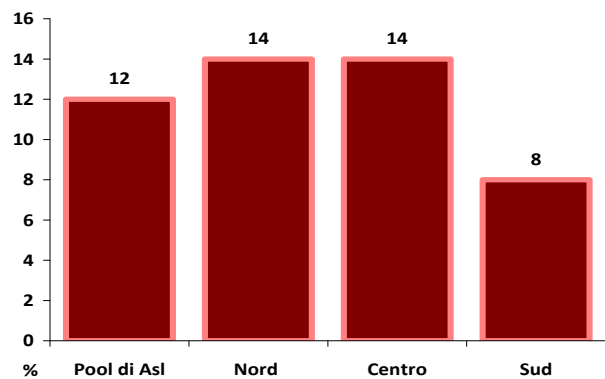
**Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni
per macro area geografica (50-69 anni)**

Pool Asl – Passi 2010



**Colonscopia negli ultimi cinque anni
per macro area geografica (50-69 anni)**

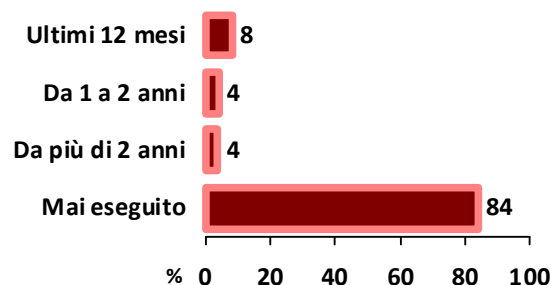
Pool Asl – Passi 2010



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

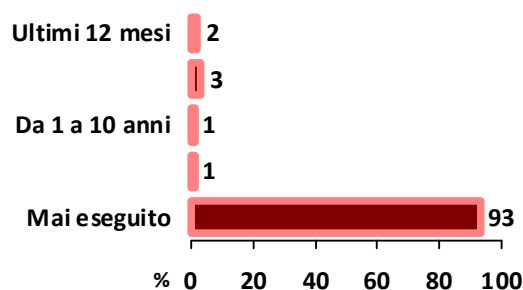
- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
 - l'8% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 4% da uno a due anni
 - il 4% da più di 2 anni
- L'84% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

Sangue occulto e periodicità
Campania - PASSI 2010 (n=650)



- Rispetto all'ultima colonscopia:
 - il 2% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 3% da uno a cinque anni
 - l'1% da cinque a dieci anni
 - l'1% da più di dieci anni.
- Il 93% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.

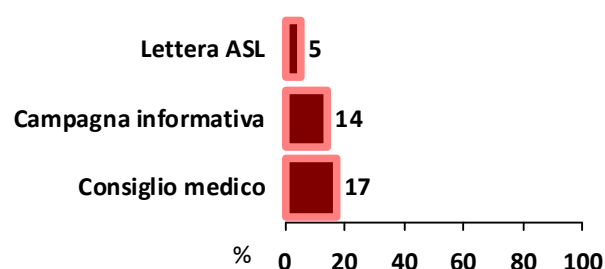
Colonscopia e periodicità
Campania - PASSI 2010 (n=637)



Quale promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci?

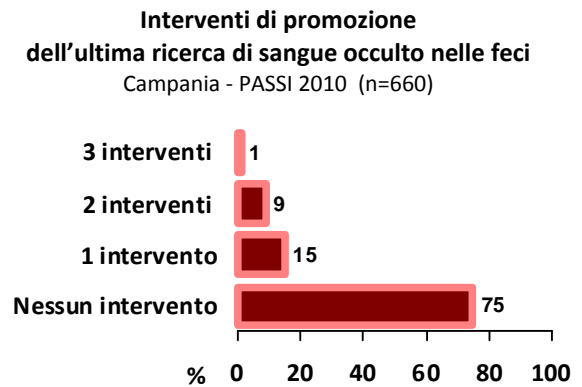
- In Campania:
 - il 5% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 14% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 17% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening colorettaale.

Promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci
Campania - PASSI 2010 (n=649)



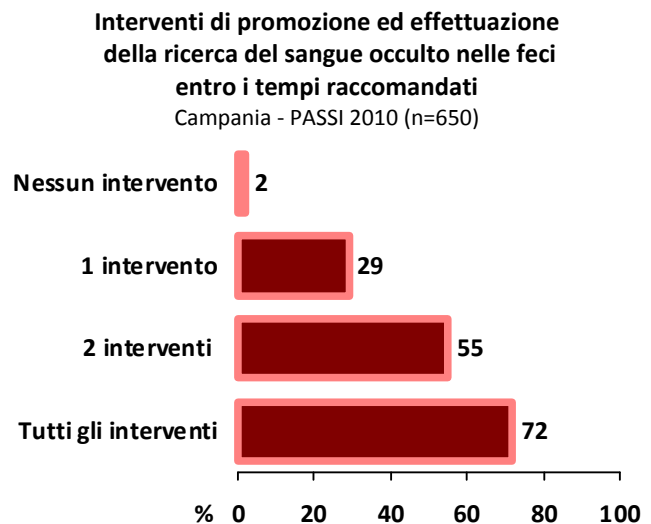
- Nelle ASL regionali:
 - per la lettera d'invito si sono rilevati valori significativamente più alti ad AV e SA, con un range dallo 0% delle ASL BN, CE, NA1 e NA2 al 30,4% della ASL AV
 - per il consiglio dell'operatore sanitario si sono rilevati valori significativamente più alti a NA3 e SA (range dal 2,7 di NA1 al 26,7 di NA3)
 - per aver visto o sentito una campagna informativa si è rilevato un valore significativamente più alto nella ASL NA3 ed un valore significativamente più basso nella ASL NA2 (range dal 5,4% della ASL NA2 al 34,4% di NA3).

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 33% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 35% ha visto una campagna informativa.
- L'1% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening colorettales considerati (lettera, consiglio o campagna), il 9% da due interventi di promozione ed il 15% da un solo intervento; il 75% non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 9%, 19%, 24% e 48%.



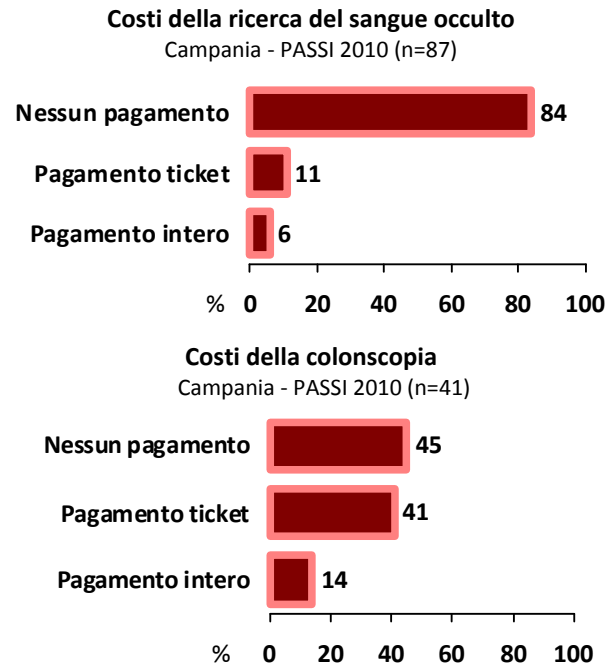
Quale efficacia degli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci?

- In Campania la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening colorettales nei tempi raccomandati, è solo del 2% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 72% 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.



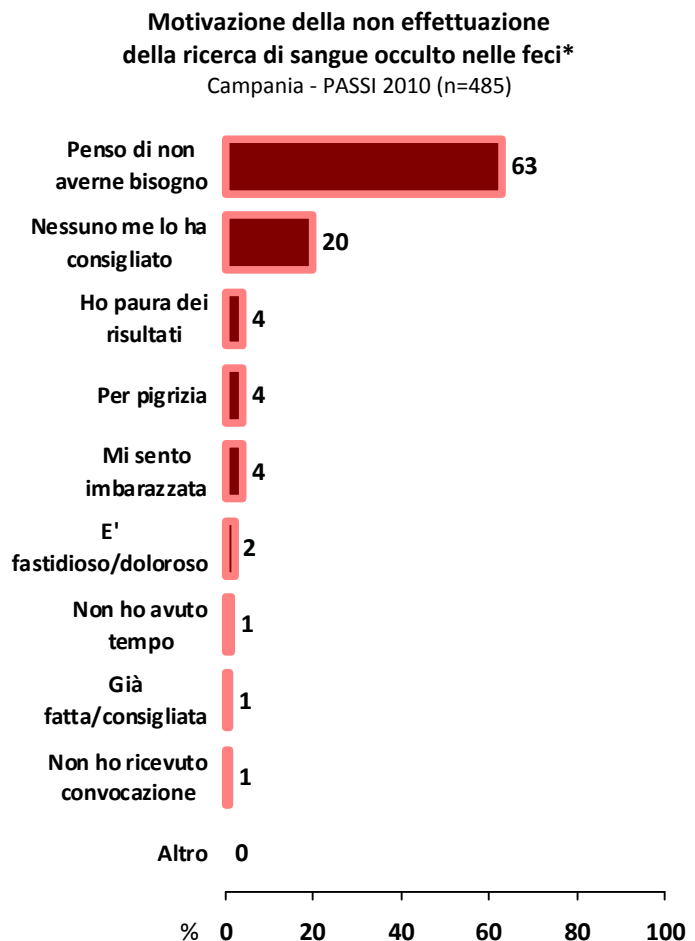
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- In Campania l'84% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; l'11% ha pagato solamente il ticket ed il 6% l'intero costo dell'esame.
- Il 45% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 41% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 14% l'intero costo dell'esame.



Perché non è stata effettuata la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo?

- Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il pensare di non averne bisogno (63%) e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito. Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro coloretale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.



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

Conclusioni e raccomandazioni

In Campania l'offerta dello screening del cancro del colon-retto è stata attivata da 7 anni e al 2010 si è raggiunto un livello di copertura del 15% nella popolazione target; chiaramente esiste un ampio margine di migliorabilità: infatti circa l'85% delle persone nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

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

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

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di salute a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio, come gli anziani e i portatori di patologie croniche. Conseguenze che hanno forti ripercussioni sanitarie ed economiche in termini di mortalità, ospedalizzazioni, perdita di produttività e altri costi sociali.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire le conseguenze negative dell'infezione ed è raccomandata ogni anno ai soggetti a rischio, in particolare: persone di 18-64 anni vulnerabili perché affette da malattie croniche, in persone che si prendono cura di questi soggetti (per esempio, operatori sanitari) e persone con oltre 64 anni.

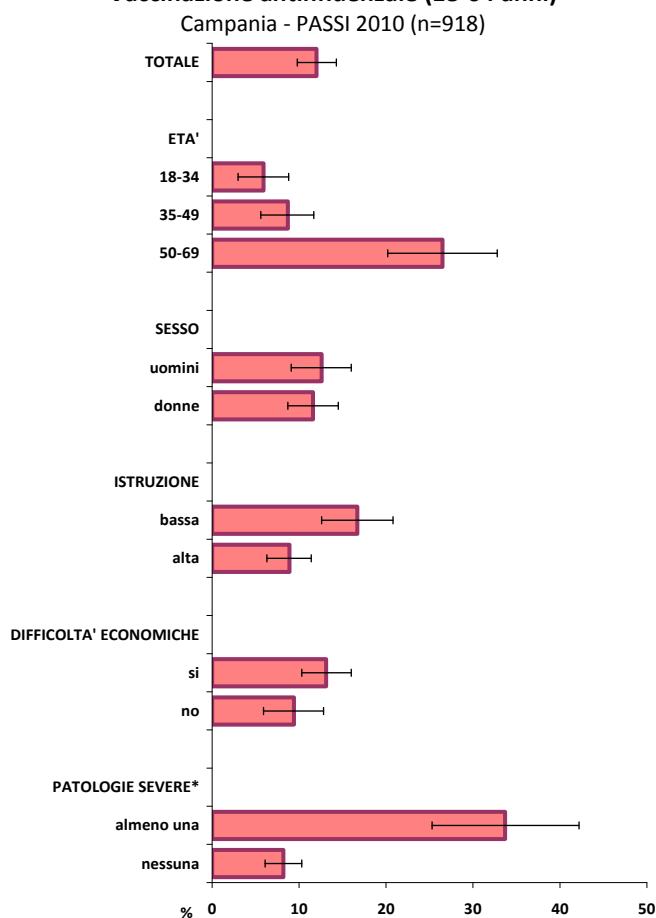
L'effetto della vaccinazione stagionale è stato indagato in numerose ricerche presenti in letteratura scientifica e i risultati confermano il rapporto positivo tra rischi e benefici della vaccinazione stagionale. Sulla scorta di queste valutazioni, il Servizio sanitario nazionale promuove e offre la vaccinazione antinfluenzale a coloro che hanno il maggior rischio di conseguenze negative dall'influenza e ha stabilito l'obiettivo di copertura di almeno i tre quarti della popolazione target.

Tuttavia, mentre è facile calcolare le coperture vaccinali tra le persone con più di 64 anni (per la presenza di dati affidabili sul numero di persone residenti in questa fascia di età), non esistono invece dati altrettanto solidi sulla copertura vaccinale degli adulti tra i 18 e i 64 anni affetti da malattie croniche, a causa delle difficoltà a stimare il numero complessivo di persone che rientrano in questa definizione e che quindi dovrebbero vaccinarsi. Al momento, Passi è l'unico sistema informativo che può fornire una stima tempestiva della copertura vaccinale tra gli adulti con e senza malattie croniche.

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

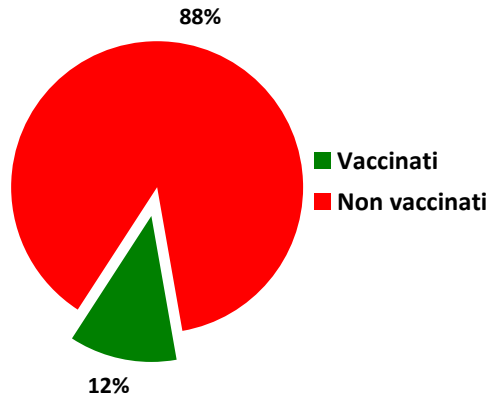
- In Campania il 12% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2009-2010.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 34%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata significativamente più elevata:
 - nella fascia 50-64 anni (26%)
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con almeno una patologia cronica (34%).
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si conferma la significatività relativa alla classe d'età più elevata e alla presenza di patologie croniche.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica vaccinate contro l'influenza è risultata del 30%.

Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni)



Vaccinazione antinfluenzale 2009-10 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica

Campania - PASSI 2010 (n=918)

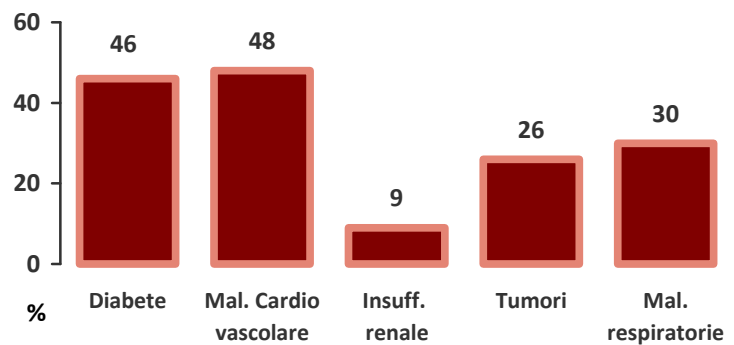


- In Campania, la copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:

- basse coperture tra le persone affette da tumori (26%), da patologie respiratorie croniche (30%) e da insufficienza renale (9%);
- poco più elevati i valori tra le persone con malattie cardiovascolari (48%) e diabete (46%).

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

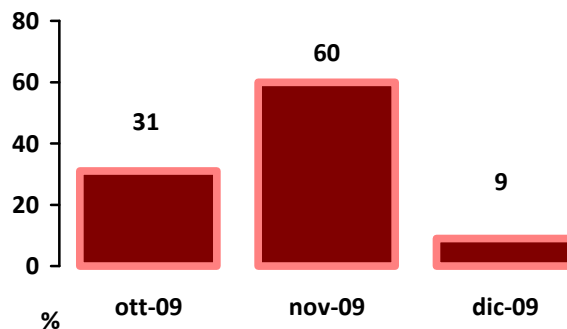
Campania - PASSI 2010



- In Campania la maggior parte (65%) 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 2010 (n=103)



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 una persona su otto si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

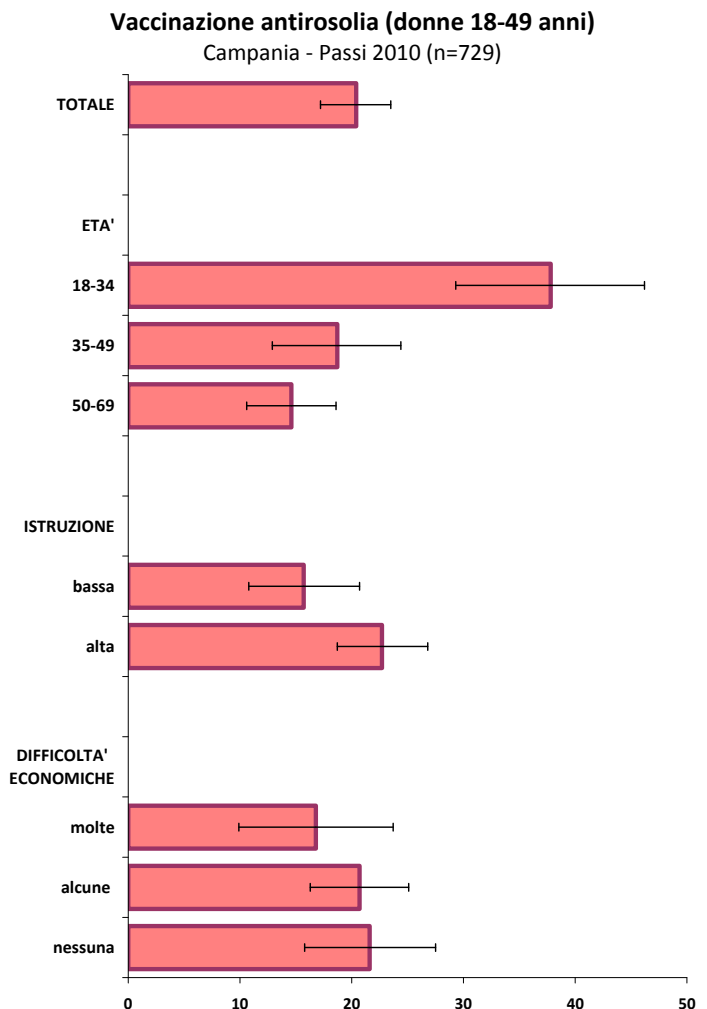
Vaccinazione antirosolia

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). Il Piano strategico per la rosolia congenita dell'Organizzazione mondiale della sanità si prefiggeva di ridurre entro il 2010 a meno di 1 caso per 100.000 nati l'incidenza della rosolia congenita. La strategia adottata nel nostro Paese prevedeva il raggiungimento e il mantenimento di coperture vaccinali superiori al 95% entro i 2 anni di età utilizzando il vaccino combinato contro rosolia, morbillo e parotite (MPR), la vaccinazione dei bambini oltre i 2 anni di età e degli adolescenti ancora suscettibili attraverso una attività straordinaria di recupero, e l'introduzione della seconda dose di vaccino MPR. Tuttavia, i dati routinari di copertura vaccinale rilevati dal ministero della Salute nel 2009 evidenziano che la copertura per MPR nei bambini a 24 mesi di età è ancora inferiore al 90%. Il Piano prevedeva inoltre azioni mirate ad aumentare la copertura vaccinale nelle donne in età fertile, oltre che interventi finalizzati a potenziare i sistemi di sorveglianza e migliorare la formazione degli operatori sanitari sui benefici e i rischi della vaccinazione antirosolia.

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

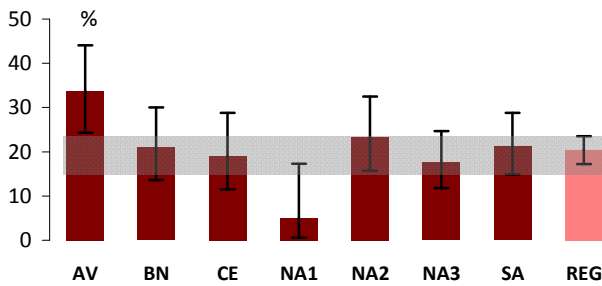
Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- In 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 (59%)
 - con alto livello d'istruzione.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantiene le significatività per l'età.
- Tra le Asl regionali, AV ha mostrato una percentuale di donne vaccinate significativamente più alta (range dal 5,1% della Asl NA1 al 33,7% della Asl AV).
- Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 36%.



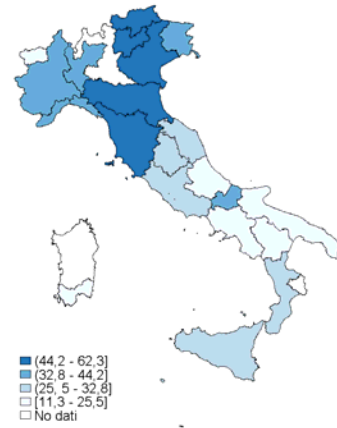
Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia

Campania - PASSI 2010



Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia

Pool PASSI 2010

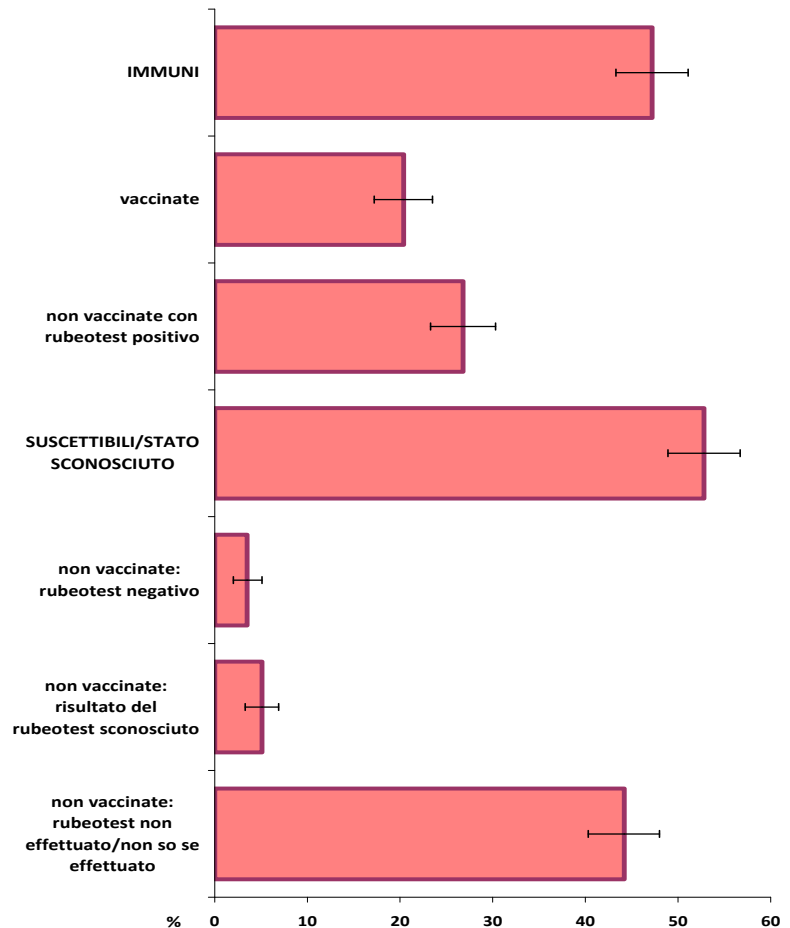


Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

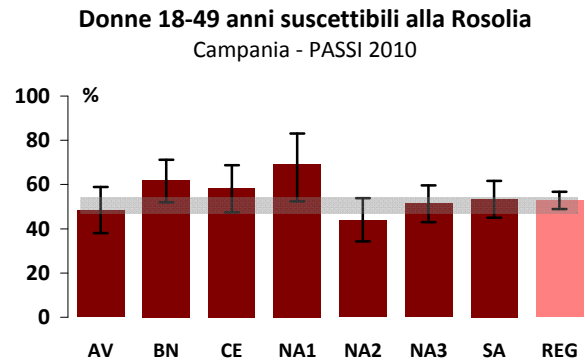
- In Campania il 47% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (20%)
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (27%).
- Il 9% è risultata suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione (4%)
 - ha riferito un rubeotest negativo (5%).
- Nel rimanente 44% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni)

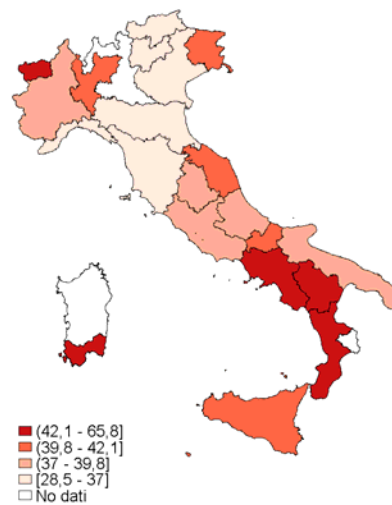
Campania - PASSI 2010 (n=729)



- Tra le Asl regionali, non si sono osservate differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne stimate suscettibili alla rosolia (range dal 43,9% di NA2 al 69,2% di NA1).
- Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione è pari al 40%.



Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia
Pool PASSI 2010



Conclusioni e raccomandazioni

A livello regionale si stima che circa una donna in età fertile su tre 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**

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 ASL¹⁶:

	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
ASL AV	95,1	4,9	4,9	0	97,8
ASL BN	96,8	3,2	2,8	0,4	97,3
ASL CE	75	25	23,7	1,3	97,4
ASL NA1 CENTRO	88,9	11,1	10,5	0,7	95,6
ASL NA2 NORD	97	3	2,6	0,3	99,3
ASL NA3 SUD	92,3	7,7	5,1	2,6	94,8
ASL SA	95,9	4,1	2,7	1,4	97,3
CAMPANIA	92	8	6,9	1,1	97
POOL ASL	86,6	13,4	9,8	3,5	95,5

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

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

¹⁶ 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

- 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:

$$RR1 = \frac{\text{nr intervistate}}{\text{nr intervistate} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \times 100$$

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:

$$S = \frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{\text{nr int.} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} \times 100$$

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:

$$REF1 = \frac{\text{nr rifiuti}}{\text{nr intervistate} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \times 100$$

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:

$$NR = \frac{\text{non reperibili}}{\text{nr int.} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \times 100$$

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

• TASSO DI ELEGGIBILITÀ "E"

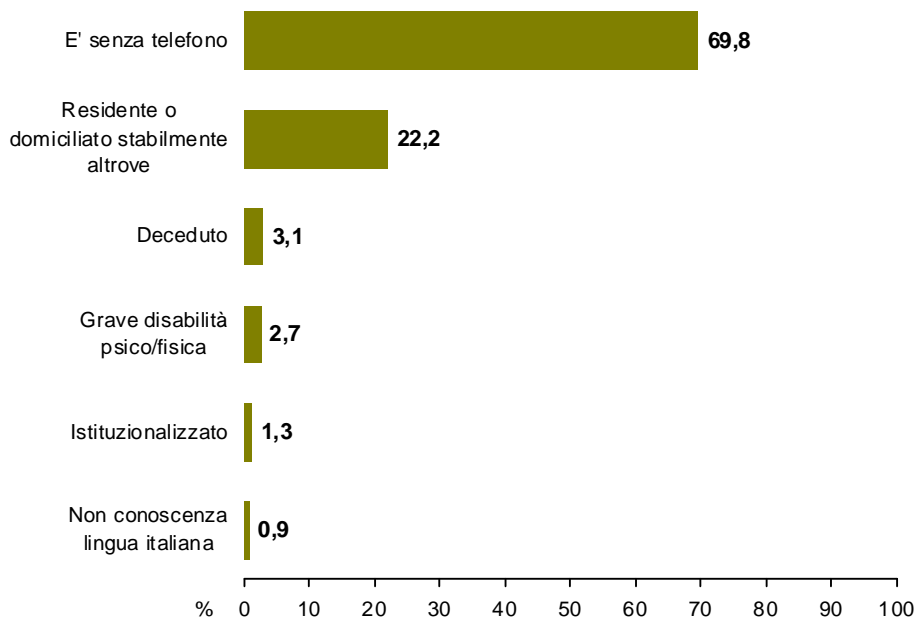
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il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

$$\frac{n^{\circ} \text{ inq. - rif.}}{n^{\circ} \text{ inq. - rif.} + \text{residi altrove} + \text{Istituz. - dec. - no italiano} + \text{disabili} + \text{fuori dal range di età}} \times 100$$

• DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI MOTIVI DI NON ELEGGIBILITÀ

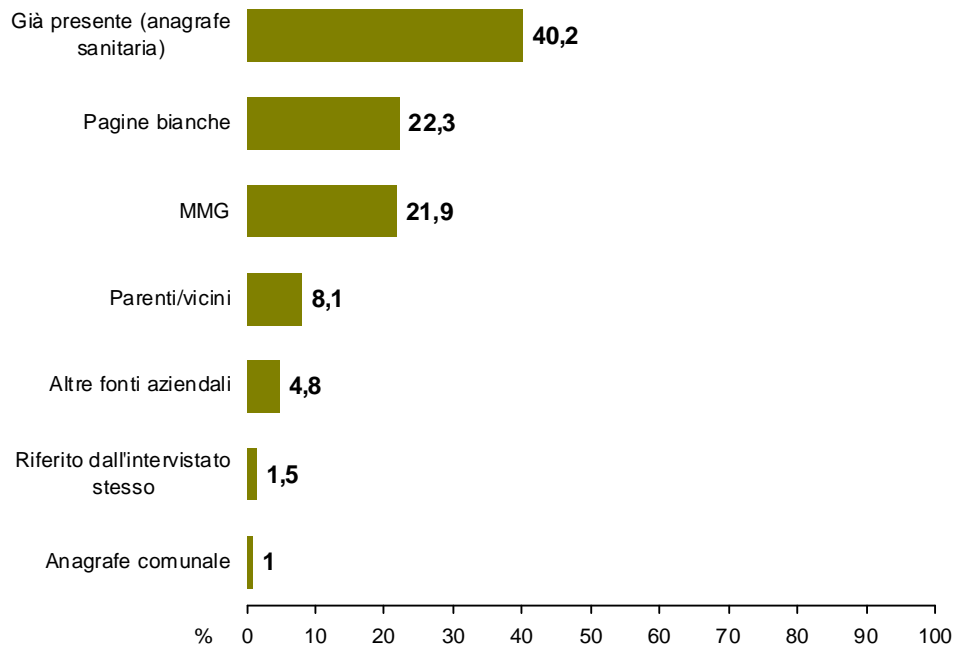
E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

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.



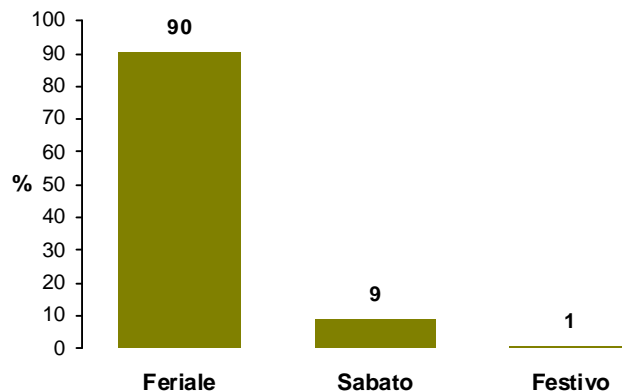
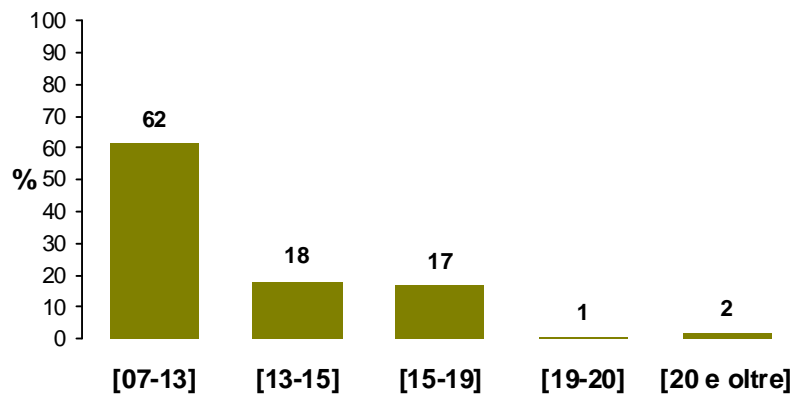
• MODALITÀ DI REPERIMENTO DEL NUMERO TELEFONICO

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.



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.

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 2072 individui.

Il campione complessivo è risultato così suddiviso per ASL¹⁷:

ASL	Persone di 18-69 anni
AV	292
BN	275
CE	231
NA1 CENTRO	136
NA2 NORD	294
NA3 SUD	418
SA	426
Totale regionale	2072

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

¹⁷ 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

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

Percezione dello stato di salute

- 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

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>)

Attività fisica

- National Cancer Institute, Physical Activity and Cancer
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion and Centers for Disease Control and Prevention (1996). Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Retrieved June 26, 2009
- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases
- U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 Vol. 1 Understanding and Improving Health; Objectives for Improving Health (Part A: Focus Areas 1-14). Washington, DC Government Printing Office 2000
- U.S. Department of health and human service. Physical activity guideline for Americans, 2008
- 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
- CDC "Guide to Community Preventive Service Physical activity"
- WHO "Collaboration between health and transport sectors in promoting physical activities", 2006
- World Health Organization; Regional Office for Europe. Steps to health. A European Framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007

- I progetti Ccm in capo alle Regioni: Emilia-Romagna con Azioni; il Veneto con Progetto nazionale di promozione dell'attività motoria

Stato nutrizionale ed abitudini alimentari

- 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

Consumo di 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>

Abitudine al 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.

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

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

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)

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 Campania 2010

ASL Avellino	Elvira Bianco (<i>coordinatore</i>), Maria Antonietta Ferrara (<i>coordinatore</i>), Francesco Natale, Patrizia Branca, Mafalda Adda, Elisa Iervolino, Maria Flora Pagliuca
ASL Benevento	Elena Fossi (<i>coordinatore</i>), Carmela Orlacchio, Giuseppe Rapuano, Ermelinda Zollo, Anatile Iannace
ASL Caserta	Angelo D'Argenzio (<i>coordinatore</i>), Domenico Protano (<i>coordinatore</i>), Maria Rosaria Morrone, Andrea Quassone, Angela Cerreto, Elisabetta Diana, Laura Leoncini, Maria Porto, Maria Castorio, Maria Offi, Concetta De Biase, Milena Merola, Stefania Fornasier, Rita Ullucci, Giovanna Di Matteo, Franco Cantile, Alessandra Sessa, Raffaella Buonocore, Antonio, Clemente, Lina, Luigi
ASL Napoli 1 Centro	Luigi Esposito (<i>coordinatore</i>), Giovanni Arrichiello, Mario Avano, Salvatore Avolio, Maria Teresa Ceccarelli, Anna Cutillo, Gerardo De Rosa, Patrizia Iannucci, Angelo Nicola Juliani, Vincenzo Minciguerra, Giuseppina Motta, Annalisa Quagliotti, Emma Sandomenico
ASL Napoli 2 Nord	Giancarlo D'Orsi (<i>coordinatore</i>), Marianna Faredo, Rosaria Granata, Emilia Lorido, Antonietta Musella, Lucio Sanniola, Annamaria Lucariello, Regina Luongo, Antonella Speranza, Maria Sossia Di Gennaro, Michele Lombardi
ASL Napoli 3 sud	Maura Isernia (<i>coordinatore</i>), Francesco Giugliano (<i>coordinatore</i>), Armando Di Buono, Giovanni Trombetta, Annamaria Avino, Roberto Russo
ASL Salerno	Anna Luisa Caiazzo (<i>coordinatore</i>), Maria Grazia Panico (<i>coordinatore</i>), Giuseppe Della Greca (<i>coordinatore</i>), Maria Sarina Belmonte, Anna Berritto, Anna Bianco, Raffaelina Bruno, Giovanna Catino, Chiara Ronga, Anna Bassano, Adele D'Anna, Annamaria Trani, Mirta Barra, Giuseppina Montoro, Michela Raimondo, Dora Caputo, Elena Fiordispina, Esposito Antonietta