



**CENTRO NAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA,
SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE**

Profea

STUDIO PASSI

Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



REGIONE CAMPANIA
ASL NAPOLI 4 DI POMIGLIANO D'ARCO

*Risultati della sperimentazione di uno studio pilota per lo sviluppo di
un sistema di sorveglianza dello stato di salute della popolazione fra i
18 ed i 69 anni di vita*

Anno 2005

A cura di:

Dott. Raffaele Palombino – Direttore SEP (Servizio epidemiologia e prevenzione)
Dipartimento di Prevenzione ASL Napoli 4 Regione Campania

Assistente Sociale Dott.ssa Gilda Panico Coordinatore Aziendale ASL NA 4 dello studio PASSI

Dott. Giancarlo Manetta Referente Aziendale ASL NA 4 dello studio PASSI SEP Dipartimento di
Prevenzione ASL Napoli 4 Regione Campania

Dott. Letizia Gigli – Referente Settore Malattie Cronico Degenerative SEP Dipartimento di
Prevenzione ASL Napoli 4 Regione Campania

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

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

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

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

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

Campionamento

Giancarlo Manetta Servizio Epidemiologia e Prevenzione

Intervistatori

Aprano	Raffaella	Tirocinanti corso di laurea in servizio sociale
De Falco	Maria	
Di Palma	Marianna	
Torino	Rossella	
Tremante	Maria	

Organizzazione interviste

Gilda Panico Direzione Sanitaria Settore Servizio Sociale

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

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Dott.ssa Letizia Gigli 081 3174225/27 – letiziasep@libero.it

Servizio di Epidemiologia e Prevenzione - Dipartimento di Prevenzione – P.zza San Giovanni – 80031 Brusciano (NA)

Dott.ssa Gilda Panico 081 3173038 – gilpanic@tin.it -Settore Servizio Sociale Direzione Sanitaria- Via Nazionale delle
Puglie ins. Ex L 219- 80038 Pomigliano d'Arco (NA).

INDICE

SINTESI	pag. 4 - 5
INTRODUZIONE	pag. 6
OBIETTIVI	pag. 7 - 8
METODI	pag. 9 - 10
RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE	pag. 11 - 13
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	pag. 14 - 16
Aspetti socio-demografici	
Conclusioni e raccomandazioni	
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	pag. 17 - 18
Buona percezione del proprio stato di salute	
Giorni in cattiva salute percepiti al mese	
Conclusioni e raccomandazioni	
ATTIVITÀ FISICA	pag. 19 - 20
Sedentari e attivi	
Promozione attività fisica	
Conclusioni e raccomandazioni	
ABITUDINE AL FUMO	pag. 21 - 24
Distribuzione dell'abitudine al fumo	
Caratteristiche dei fumatori	
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario	
Consigli sullo smettere di fumare	
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori	
Esposizione al fumo in ambiente domestico	
Esposizione al fumo nel luogo di lavoro	
Conclusioni e raccomandazioni	
ABITUDINI ALIMENTARI	pag. 25 - 26
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	
Quanti conoscono il "5 a day"	
Conclusioni e raccomandazioni	
CONSUMO DI ALCOL	pag. 27 - 30
Quante persone devono	
Quanti i bevitori a rischio	
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	
Conclusioni e raccomandazioni	
SICUREZZA STRADALE	pag. 31 - 32
L'uso dei dispositivi di sicurezza	
Quanti guidano in stato di ebbrezza	
Conclusioni e raccomandazioni	
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	pag. 33

Quanti si vaccinano	
Conclusioni e raccomandazioni	
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	pag. 34 -35
Quante donne sono vaccinate	
Quante donne sono suscettibili	
Conclusioni e raccomandazioni	
IPERTENSIONE ARTERIOSA	pag. 36 - 37
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	
Quanti sono ipertesi	
Come viene trattata l'ipertensione	
Conclusioni e raccomandazioni	
COLESTEROLEMIA	pag. 38 - 39
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	
Perché non si assumono farmaci	
Conclusioni e raccomandazioni	
SITUAZIONE NUTRIZIONALE	pag. 40 - 41
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	
Quanti sono in eccesso ponderale	
Conclusioni e raccomandazioni	
PUNTEGGIO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE	pag. 42
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
Conclusioni e raccomandazioni	
SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO	pag. 43 - 44
Quante hanno eseguito un pap test	
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	
Consigliato il pap test	
Conclusioni e raccomandazioni	
SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA	pag. 45 - 47
Quante hanno eseguito una mammografia	
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	
Consigliata la mammografia	
Conclusioni e raccomandazioni	
SCREENING TUMORE DEL COLON RETTO	pag. 48
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto	
Conclusioni e raccomandazioni	
TABELLA RIASSUNTIVA DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI	pag. 49 – 52
BIBLIOGRAFIA	pag. 53 – 54

Sintesi del rapporto aziendale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: Nella nostra Azienda è stato intervistato un campione casuale di 146 persone, selezionate dalla lista anagrafe assistiti. Il 47% degli intervistati è rappresentato da donne e il 53% da uomini, l'età media degli intervistati è 39 anni. Più della metà del campione (63%) ha un livello di istruzione alto e solo il 48% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Il 68,5 % delle persone intervistate ha una buona percezione del proprio stato di salute, il 31% lo ritiene appena sufficiente o cattivo; il 33% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 42% del campione. I medici si informano sull'attività fisica svolta dai loro assistiti solo nel 35% dei casi; consigliano genericamente di svolgere attività fisica nel 25% dei casi.

Abitudine al fumo: Il 20% circa degli intervistati si dichiara fumatore, il 10% ex fumatore. La maggior parte degli ex fumatori, 73%, ha smesso di fumare da sola e appena il 7% dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario.

A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, il 50% degli intervistati dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

Abitudini alimentari: Si osserva un buon livello di consumo di frutta e verdura anche se solo il 5% degli intervistati aderisce alle raccomandazioni internazionali sul consumo di frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine questa scarsamente diffusa nelle persone tra i 25-69 anni.

Consumo di alcol: Si stima che oltre un terzo della popolazione del campione, tra 18 e 69 anni, consumi bevande alcoliche e circa il 7% ha abitudini di consumo considerate a rischio. (l'1% è forte bevitore e l'1% è bevitore "binge"). Pochi intervistati dichiarano di essere interpellati dagli operatori sanitari sulle loro abitudini al consumo dell'alcol e nessuno dei forti bevitori, dei binge e dei bevitori fuori pasto ha ricevuto il consiglio di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: Si attesta sul 70% l'uso dei dispositivi di sicurezza (cintura anteriore e casco), la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo nell'1,5% degli intervistati. Il 2% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 4% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Vaccinazione antinfluenzale: Il 17% delle persone ha eseguito la vaccinazione negli ultimi 12 mesi, tra le persone al di sotto dei 65 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari) il 33% si è vaccinato lo scorso anno. Fra i soggetti nella fascia 65-69 anni, il 51% dichiara di essere stato vaccinato lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia: È possibile quantificare lo stato immunitario di appena il 31% delle donne in età fertile: in particolare, il 29% riferisce di essere stato vaccinato e il 6% di avere eseguito un rubeo test (con esito positivo il 2%, con esito sconosciuto il 2%). Pertanto, la percentuale di donne in età fertile suscettibile alla rosolia è ancora sensibilmente superiore ai valori ritenuti necessari per l'eradicazione della rosolia congenita.

Ipertensione arteriosa: Risulta iperteso il 21% del campione; il 45% degli ipertesi sono sotto trattamento farmaceutico. Al 29% del campione non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

Colesterolemia: Il 39% circa del campione dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo. Tra coloro che hanno effettuato l'esame l'8,3% dichiara di avere valori elevati di colesterolemia; tra gli ipercolesterolemici il 33% dichiara di essere sotto trattamento farmacologico.

Situazione nutrizionale: È in sovrappeso il 38% del campione, obeso il 10%. L'eccesso ponderale è trattato nel 13% dei casi con dieta e solo nel 15% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

Punteggio di rischio cardiovascolare: Ancora scarsamente utilizzato dai medici il punteggio di rischio cardiovascolare (2,8%).

Screening neoplasia del collo dell'utero: Solo il 51% delle donne, tra 25 e 64 anni, ha eseguito almeno un pap test nella vita; il 42% l'ha eseguito almeno entro tre anni.

Screening neoplasia della mammella: Solo il 35% delle donne, tra 50 e 69 anni, ha effettuato almeno una mammografia; una proporzione ancora minore (23%) l'ha eseguita a intervalli di due anni.

Screening tumore del colon retto: Appena il 5% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci; il 5% una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo.

Introduzione

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

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

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

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

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

Obiettivi

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

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

4. Abitudine al fumo

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

5. Abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'Indice di Massa Corporea
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli su consumi alimentari corretti da operatori sanitari
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura)
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo il peso corporeo, che ha tentato di perdere o mantenere il peso e che ha intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo

6. Consumo di alcol

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

7. Sicurezza stradale

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

8. Vaccinazioni in età adulta

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

9. Fattori di rischio cardiovascolare

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

10. Screening oncologici

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

Metodi

Tipo di studio

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

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria dell'ASL NA 4 (aggiornato al 31.12.2004). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASL NA 4 e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono stati: il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine, il rifiuto, l'assenza durante il periodo di svolgimento, vivono presso un altro comune, l'impossibilità a rintracciare l'utente dopo 3 (+2) tentativi telefonici.

Strategie di campionamento

Il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria dell'ASL NA 4. La dimensione del campione è stata di 200 individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

Interviste

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

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state realizzate da maggio a dicembre 2005 da personale tirocinante della laurea in scienze del servizio sociale.

L'intervista telefonica è durata in media circa 20 minuti.

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

Analisi delle informazioni

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

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

Etica e privacy

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

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

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

La sperimentazione

Risultati della valutazione su un pool di 89 ASL

Introduzione

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

Metodi

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

La valutazione di processo invece, è stata conclusa nel giugno 2005 utilizzando un questionario autocompilato dai coordinatori aziendali.

Risultati

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

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

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

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

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

Il **campionamento** è stato fatto a partire dalle liste delle anagrafi sanitarie; delle persone campionate solo per il 27% erano disponibili numeri di telefono ed indirizzi in quanto le liste sono incomplete e a volte non aggiornate. Tale percentuale è salita all'88%, dopo una ricerca tramite elenchi telefonici, l'aiuto dei medici di famiglia e le liste anagrafiche comunali. In totale quindi sono stati sostituiti il 12% di persone campionate. Nella fase di somministrazione del questionario per telefono si sono avuti il

5% di rifiuti e l'11% di persone non rintracciate. Quando interpellati i medici di base hanno collaborato a risolvere l'82% dei casi problematici (rifiuti, poca disponibilità diffidenza ecc).

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

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

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

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

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

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

	200 interviste	600 interviste
Formazione	2.000	2.000
Promozione	3.000	3.000
Interviste	4.000	12.000
Monitoraggio	2.000	2.500
Inserimento	500	1.500
totale	11.500	21.000

Discussione

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

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

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

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

Risultati della valutazione di processo nell'ASL NA4

Nell'ASL NA 4 la prima fase del processo (preparazione indagine e formazione intervistatori) è durata circa 45 giorni mentre le interviste hanno richiesto 8 mesi. Sono stati utilizzati 5 intervistatori.

La lista dell'anagrafe sanitaria, disponibile su supporto informatico, riportava nel 98% circa dei casi l'indirizzo delle persone campionate, ma solo in una esigua minoranza i numeri telefonici; nel 100% dei casi erano presenti il comune di residenza e il nominativo del medico di medicina generale. Ciò ha consentito, attraverso l'irrinunciabile e prezioso contributo dei medici di medicina generale, unitamente alla consultazione degli elenchi telefonici, di ottenere la lista completa di indirizzo e recapito telefonico dell'80% circa dei cittadini campionati casualmente, realmente residenti nel nostro territorio. Le criticità evidenziate riguardano la persistenza nell'anagrafe di deceduti o trasferiti.

Tra i 200 residenti inclusi nello studio, selezionati con il criterio della casualità semplice, è risultato irrintracciabile il 17%, mentre il 2.7% ha rifiutato l'intervista e il 9% non era intervistabile per altri motivi (patologie, servizio di leva, fuori sede per lavoro, studio, turismo, decesso); pertanto, i rimpiazzati, appaiati per classi di età e sesso, sono del 29%.

Le interviste telefoniche sono state effettuate in tutte le fasce orarie: mattino 53%, pranzo 6%, pomeriggio 25%, sera 9%; il restante 7% è stato effettuato in giorni prefestivi e festivi.

Non sono stati utilizzati telefonini né schede prepagate forniti dall'azienda e non si è ricorso all'utilizzo di alcuna ora di lavoro straordinario. Non ci sono stati costi aggiuntivi a quelli relativi all'impegno orario dei dirigenti dipendenti (30 giorni /uomo) e dei costi telefonici.

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 311.204 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria dell'ASL Napoli 4 al 31/12/2004.

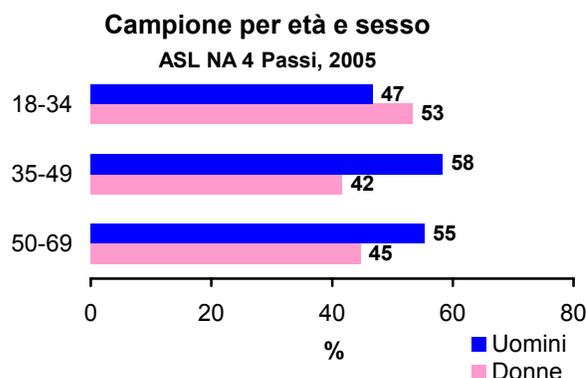
Dei 200 soggetti campionati è stato possibile raggiungerne 146, di cui 43 (29%) sono sostituiti; la maggior parte delle sostituzioni riguarda assistiti non rintracciabili telefonicamente o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale; solo il 3% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio.

Le interviste sono state effettuate da 5 tirocinanti del corso di laurea in Scienze del Servizio Sociale.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

- Nell'ASL NA 4 il 47% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 41% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 32,9% in quella 35-49 e il 26% in quella 50-69.
- Le donne sono rappresentate maggiormente nella fascia 18-34, i maschi in quella 35-49.



Il titolo di studio

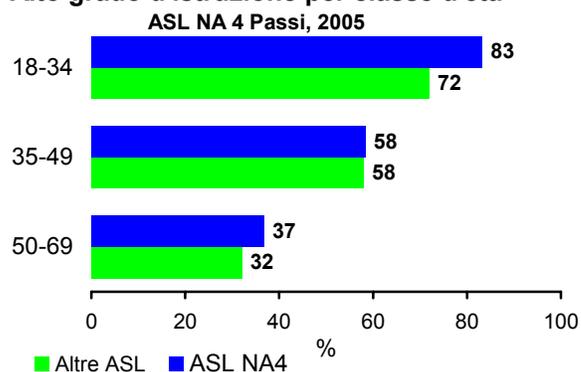
- Nell'ASL NA 4 l'1% del campione non ha alcun titolo d'istruzione, l'8% ha la licenza elementare, il 28% la licenza media inferiore, il 55% la licenza media superiore, l'8% è laureato.
- Questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine, per quanto riguarda la laurea e la media inferiore, mentre sono maggiormente rappresentati, nella ASL NA 4, i soggetti con la licenza media superiore; i soggetti con un basso livello di istruzione (elementare) sono circa la metà rispetto al campione delle altre ASL.



Il livello di istruzione

- Il 63% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni (83%).
- Nelle ASL partecipanti all'indagine il 51% presenta un alto livello d'istruzione, il livello maggiore si ritrova nelle fasce 18-34.
- Nelle fasce 35-49 e 50-69 la distribuzione dell'ASL NA 4 è sovrapponibile a quella delle altre ASL partecipanti.

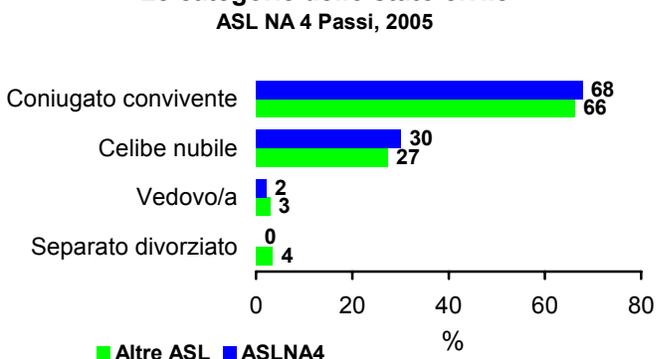
Alto grado d'istruzione per classe d'età



Lo stato civile

- Nell'ASL NA 4 i coniugati/conviventi rappresentano il 68%, celibi/nubili il 30%, vedovi/e il 2%, separati/divorziati lo 0%.
- La distribuzione per stato civile è abbastanza simile a quanto rilevato nelle ASL partecipanti.

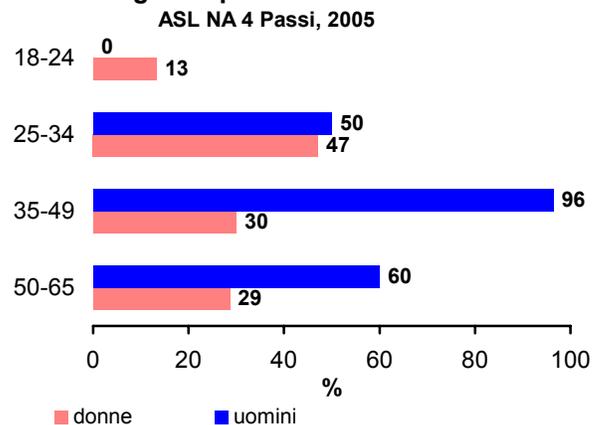
Le categorie dello stato civile



Il lavoro

- Nell'ASL NA 4 il 50% del campione (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (30% vs 63%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione, in particolare nei maschi nella fascia 18-24.
- Nelle ASL partecipanti riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.

Lavoro regolare per classe d'età e sesso



Conclusioni e raccomandazioni

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

Percezione dello stato di salute

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

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

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

- Nell'ASL Napoli 4 il 68,5% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione*
 - le persone senza patologie severe.
- Nelle ASL partecipanti allo studio i dati sono sovrapponibili infatti il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il loro stato di salute; si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.

Stato di buona salute percepito ASL NA 4 Passi, 2005

Caratteristiche Demografiche	%
Totale	68,5 (IC95%: 60,3-75,9)
Età	
18 - 34	85
35 - 49	54,2
50 - 69	60,5
Sesso	
M	74
F	62,3
Istruzione*	
bassa	61,1
alta	72,8
Patologia Severa**	
presente	33,3
assente	73,4

- istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
- ** almeno una delle seguenti patologie: Ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

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

- Nell'ASL Napoli 4 le persone intervistate riferiscono una media di circa 2,7 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici, 2,9 per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 1,6 giorni al mese.
- Il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici è maggiore nella fascia 50-69 anni, mentre il numero di giorni in cattiva salute per motivi psicologici e con limitazioni nelle abituali attività sono maggiori nella fascia 35-49.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi fisici e psicologici.
- Nelle ASL partecipanti il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,3 per motivi psicologici, 3,2 per motivi fisici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 gg al mese. Anche nelle altre ASL i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

Giorni in cattiva salute percepita ASL NA 4 Passi, 2005			
Caratteristiche Demografiche	N° gg/mese per		
	Motivi Fisici	Motivi Psicologic i	Attività Limitata
Totale	2,7	2,9	1,6
Età			
18 - 34	1,3	2,4	1,0
35 - 49	2,6	3,9	1,4
50 - 69	5,1	2,3	2,7
Sesso			
M	2,5	2,5	1,8
F	3,0	3,3	1,3

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, evidenzia una più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

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

Attività fisica

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

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

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

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

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nell'ASL Napoli 4 il 31% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 26% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato; il 42% è completamente sedentario, questo valore è circa il doppio di quello rilevato nelle altre ASL partecipanti.
- I completamente sedentari sono i meno giovani, i maschi e le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, il 42% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 35% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

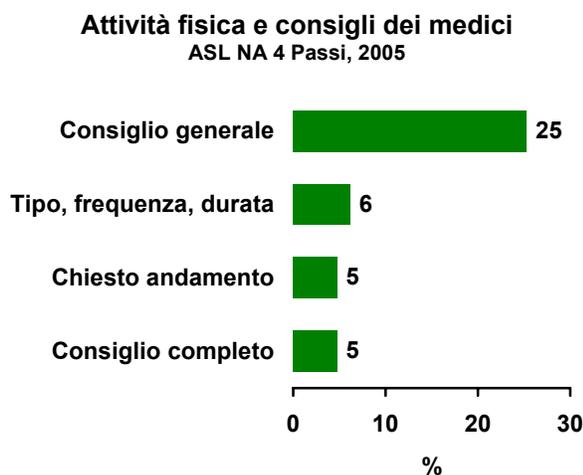
		Sedentarietà	
		ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche		Sedentari, %*	
Totale		42 (IC95%:34,2-50,9)	
Età			
	18 - 34		28,8
	35 - 49		53,2
	50 - 69		50
Sesso[^]			
	uomini		50
	donne		33,8
Istruzione^{**}			
	bassa		51,9
	alta		37

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

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

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

- Nell'ASL Napoli 4 le persone intervistate riferiscono che il 34,9% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 25,3% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica.
- Solo il 6,2% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e a circa il 5% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente circa il 5% dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.
- Tra le persone delle altre ASL partecipanti all'indagine: il 38% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica; il 40% ha ricevuto il consiglio di farla; il 10% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata ed il 10% la verifica in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi era del 7%.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che circa il 42% della popolazione dell'ASL NA4 conduca uno stile di vita sedentario e il 26% non pratichi sufficiente attività fisica.

Solo il 35% dei medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti, mentre la percentuale di medici che danno consigli più dettagliati su frequenza e durata dell'attività da svolgere è pari al 6%.

Tali risultati rendono urgente l'attuazione di interventi a largo raggio che si muovano su più direttrici:

1) la sensibilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta; 2) la sensibilizzazione di tutte le agenzie territoriali (scuole, enti locali, associazioni etc.); 3) l'informazione della popolazione generale.

L'abitudine al fumo

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

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

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

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

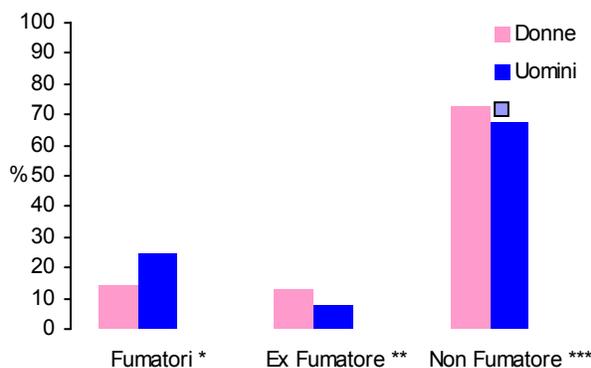
Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo ed alcune condizioni morbose. L'entrata in vigore della recente norma sul divieto di fumo nei locali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo.

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Nell'ASL Napoli 4 i fumatori sono pari al 20% circa, gli ex fumatori al 10,3%, e i non fumatori al 69,9%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (24,7% versus 14,5%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono di poco le donne rispetto ai maschi (72,5% versus 67,5%).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.

Abitudine al fumo

ASL NA 4 Passi, 2005



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

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

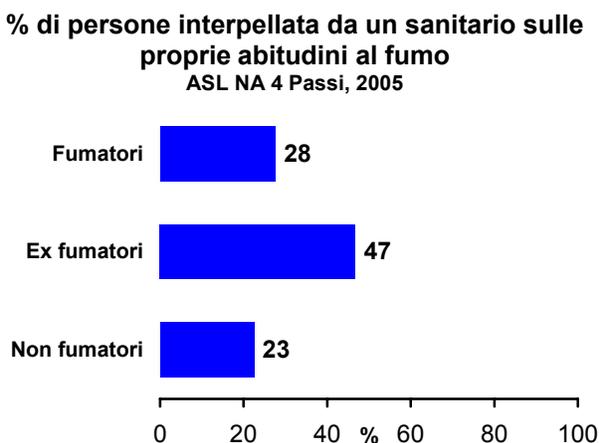
- Nella ASL Napoli 4 si sono osservati tassi più alti di fumatori tra le classi d'età 25-34 e 35-49, tra i maschi e nelle persone con basso livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 17 anni.
- In media si fumano circa 12 sigarette al giorno.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non vi sono differenze per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

Fumatori ASL NA 4 ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	19,9 (IC95% 13,7 - 27,3)
Età, anni	
18 - 24	12
25 - 34	25,7
35 - 49	25,0
50 - 69	13,2
Sesso ^	
M	24,7
F	14,5
Istruzione**	
bassa	29,6
alta	14,1

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno
 ** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore.

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

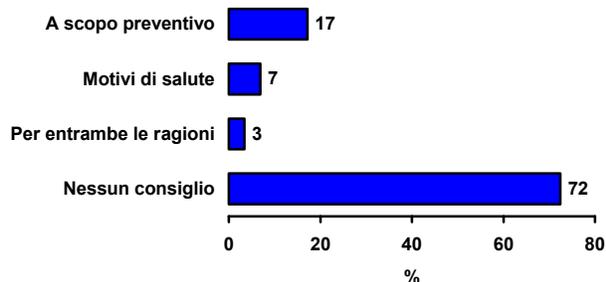
- Nella ASL Napoli 4 circa il 26% dichiara di essere stato intervistato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 28% dei fumatori, il 47% degli ex fumatori e il 23% dei non fumatori.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 38% degli intervistati riferisce di essere stato interpellato da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo; tra i fumatori la percentuale è del 64%.



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

- Il 27,6% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (17%).
- Il 72% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

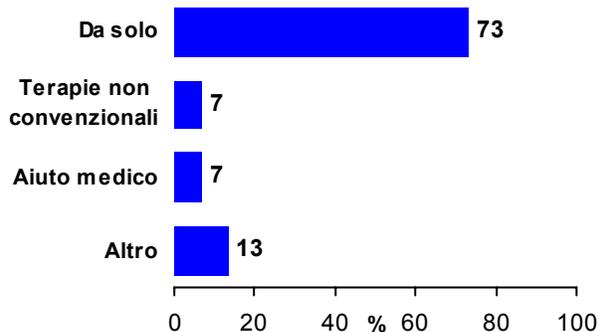
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione
ASL NA 4 Passi, 2005



Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 73% degli ex fumatori della ASL NA 4, ha smesso di fumare da solo; il 7% riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.
- Anche i dati relativi alle ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

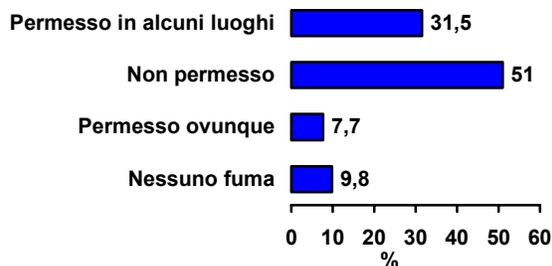
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori
ASL NA 4 Passi, 2005



Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- Gli intervistati nella ASL NA 4, dichiarano che nelle proprie abitazioni nel 51% dei casi non è permesso fumare; nel 9,8% nessuno fuma; nel 7,7% dei casi si fuma ovunque e nel 31,5 è permesso solo in alcuni luoghi.

% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
ASL NA 4 Passi, 2005



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

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono nel 50% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NA 4 la prevalenza di fumatori è maggiore nella classi d'età 25-34 e 35 – 49 anni e tra i soggetti con basso livello di scolarità.

Solo il 27,6 % dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un basso livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno implementare una strategia di offerta attiva di supporto a quanti volessero smettere di fumare.

Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro rappresenta ancora un problema, nonostante l'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

Abitudini alimentari

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

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

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

- Nella ASL NA 4 l'80,8% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 4,8% aderisce alle raccomandazioni, consumando 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.
- Questa abitudine è più diffusa nella fascia 18-34, tra le donne e tra i soggetti con un livello di istruzione alto.
- Nelle ASL partecipanti la percentuale di chi aderisce al "5 a day" risulta del 13%, percentuale maggiore rispetto a quella della ASL NA 4, il consumo è maggiore tra i 50-69enni e, anche in questo caso, significativamente più diffuso tra le donne e tra i soggetti con un livello di istruzione alto.

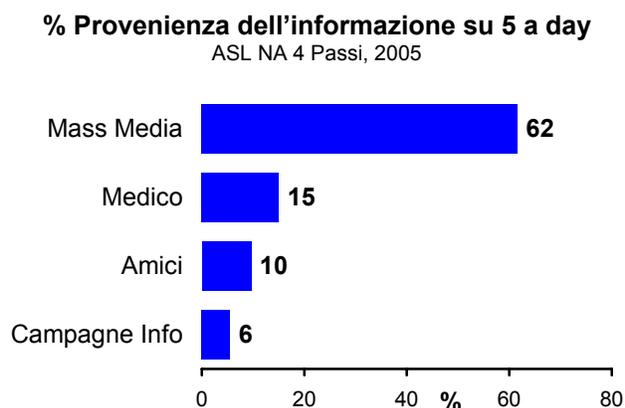
Adesione al "5 a day ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day" (%)
Totale	4,8 (IC95%:1,9-9,6)
Età	
18 - 34	12
35 - 49	6,3
50 - 69	2,6
Sesso ^	
uomini	2,6
donne	7,2
Istruzione**	
bassa	3,7
alta	5,4

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

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

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

- L' 80,1% degli intervistati della ASL NA 4 conosce il “5 a day “(rispetto al 56% delle ASL partecipanti).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo nel 15% dei casi da un medico (sovrapponibile al valore del 19% nelle altre ASL), il 6% ha acquisito informazioni da campagne informative.



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NA 4 la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo il 4,8% mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo consumo limitato può essere in parte attribuibile alla scarsa consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare.

La diffusione dell'informazione da parte del medico su questo corretto comportamento risulta in generale bassa. Appare pertanto opportuno sensibilizzare tutti gli operatori sanitari sull'importanza di questa abitudine alimentare e sull'impatto positivo che ha sulla salute della popolazione, garantendo una stretta collaborazione con i servizi di prevenzione.

Consumo di alcol

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

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

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

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

Quante persone consumano alcol?

- Nell'ASL NA 4 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 35,6%.
- Si sono osservati tassi più alti nella fascia 50-69, seguita dalla fascia 35-49 e 18-24; inoltre il consumo è più elevato tra i maschi e le persone con alto livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale rilevata è risultata pari al 64% superiore di gran lunga alla NA 4, con tassi più alti negli uomini (79% v. 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% v 60%). I tassi non appaiono significativamente diversi per classi d'età.

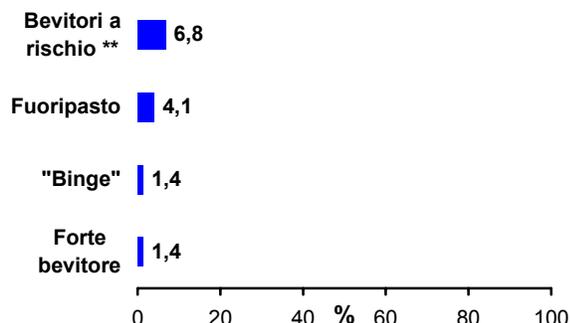
		Consumo di alcol ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche		% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese	
Totale		35,6 (IC95%:44,0-72,1)	
Età, anni			
	18 - 24		36
	25 - 34		25,7
	35 - 49		37,5
	50 - 69		42,1
Sesso[^]			
	uomini		53,2
	donne		15,9
Istruzione^{**}			
	bassa		27,8
	alta		40,2

* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.
 ** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore -

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 6,8 % degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- In un mese il 4,1% della popolazione beve fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- 1,4% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- 1,4% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Tra le ASL partecipanti il 12% beve fuoripasto, il 8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.

Bevitori a rischio per categorie
ASL NA 4 Passi, 2005



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

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta nella ASL NA 4 più diffuso nelle fasce 35-49 e 50-69, negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di bevitori "binge" è risultata pari al 8%, con un modello simile di valori più alti nei 18-24enni (14%), negli uomini (14% vs 2%) e leggermente più alti nelle persone con alto livello di istruzione (9% vs 7%).

Bevitori "binge"	
ASL NA 4 – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge" (n=28)
Totale	1,4 (95% CI 0,2 – 4,9)
Età, anni	
18 - 24	0
25 - 34	0
35 - 49	2,1
50 - 69	2,6
Sesso[^]	
M	2,6
F	0
Istruzione^{**}	
bassa	3,7
alta	0

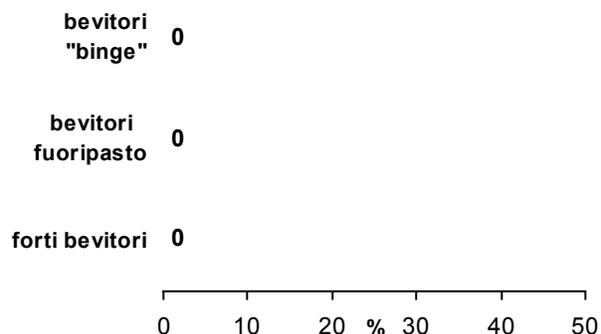
* coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore.

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

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

- Nell'ASL NA 4 solo il 5,5% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol ma a nessun bevitore (binge, fuoripasto e forte bevitore) è stato consigliato di bere meno.
- Nelle ASL partecipanti il 14% riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno al 12% dei "binge", al 7% dei bevitori fuoripasto e al 11% dei forti bevitori.

**Percentuale di bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi),
ASLNA 4– Passi, 2005**



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL NA 4 si stima che il 35,6% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 6,8 abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

Come nelle altre ASL anche nell'ASL NA 4 gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e non consigliano di moderare il consumo dell'alcol.

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

Sicurezza stradale

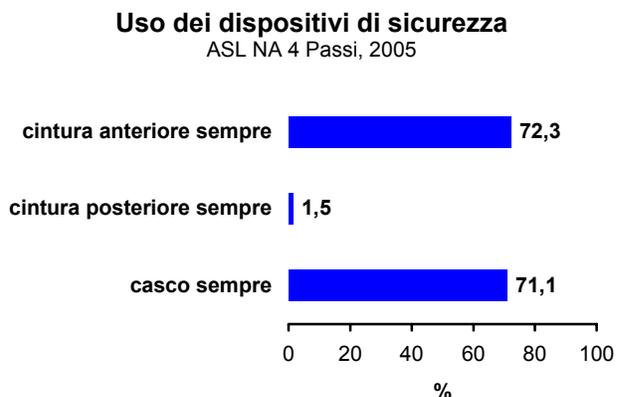
Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni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

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

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

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nella ASL NA 4 la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 72%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (1,5%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino il 71% riferisce di usare sempre il casco.
- Nelle ASL partecipanti le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Nell'ultimo mese il 2,1% degli intervistati (e il 5,8% di coloro che hanno guidato nell'ultimo mese) dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani e negli uomini.
- Il 4,1% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11% (16% tra i guidatori). La classe di età con percentuali più elevate è quella 25-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (20% vs2%).

Guida in stato di ebbrezza ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale	5,8 (IC95%:1,20-15,9)
Età*	
18 - 24	4
25 - 34	2,9
35 - 49	2,1
50 - 69	0
Sesso	
M	3,9
F	0
Istruzione****	
bassa	1,9
alta	2,2

*coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL NA 4 si registra un discreto livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza, fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. L'utilizzo dei dispositivi risulta più basso rispetto a quello delle ASL partecipanti all'indagine.

Il problema della guida in stato di ebbrezza risulta meno diffuso nell'ASL NA 4 rispetto alle ASL partecipanti; appaiono a rischio in particolar modo i giovani tra 18 e 24 anni.

Alla luce di queste considerazioni risulta importante implementare, in associazione con l'attività sanzionatoria, da parte delle forze dell'ordine gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche).

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

Quanti si vaccinano per l'influenza?

- Nell'ASL NA 4 il 17% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 50% sopra i 65 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 33% risulta vaccinato.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nella fascia tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)	
ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Vaccinati
Totale	17 (IC95%:11,4- 24,2)
Età	
≥65	50
<65	15,7
<65 con almeno una patologia cronica	33,3
Sesso[^]	
uomini	14,3
donne	20,3
Istruzione*	
bassa	22,2
alta	14,1

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

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie adottate in molte Aziende sanitarie mediante la vaccinazione da parte dei medici di medicina generale hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultra sessantacinquenni. Nell'Asl NA 4 la copertura vaccinale in tutta la popolazione di età superiore ai 65 anni è stata nel 2005-2006 del 77,2%; dall'indagine risulta che tra le persone con meno di 65 anni, affetti da patologie, solo il 33% risulta vaccinato. Per la prossima campagna si rende opportuna una particolare attenzione proprio a quest'ultima categoria.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna in età infantile, ma se viene contratta da una donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, nati mortalità o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

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

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

		Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=45) ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche		Vaccinate, %	
Totale		28,9 (IC95%: 16,4 – 44,3)	
Età			
	18-24	33,3	
	25-34	31,3	
	35-45	21,4	
Istruzione*			
	bassa	33,3	
	alta	27,3	

- Il 28,9% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.

- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 33,3% tra 18-24 anni al 21,4% tra 35 -45 anni) mentre le donne con un alto livello d'istruzione si vaccinano meno di quelle con livello basso (27.3% vs 33.3%).

- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

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

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

- Tra le donne non vaccinate il 2,2% riferisce di aver eseguito il rubeo test.
- È possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 31% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (28,9%) o con un rubeo test positivo (2,2%).
- Il 2,2% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeo test negativo.
- Nel rimanente 66,7% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.

Stato immunitario (donne 18-45 anni; n=45) ASL NA 4, Passi, 2005	
	%
Immuni	31
- vaccinate	28,9
- non vaccinate con rubeo test positivo	2,2
Suscettibili	68,9
- non vaccinate con rubeo test negativo	2,2
Stato immunitario sconosciuto	66,7
- non vaccinate con rubeo test effettuato, ma con esito non noto	
- non vaccinate con rubeo test non effettuato/non so se effettuato	

Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti rivelano che nella ASL NA 4, è possibile quantificare lo stato immunitario di appena il 31% delle donne in età fertile: in particolare il 28,9% riferisce di essere stato vaccinato e il 4% di avere eseguito un rubeotest (con esito positivo il 2,2% e sconosciuto nel 2,2%).

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

La ASL Napoli 4 ha attivato un progetto per la prevenzione delle malattie perinatali a partire dall'anno 2005, il progetto coinvolge tutte le strutture pubbliche e private della ASL (punti nascita, centri vaccinali, laboratori) e il Dipartimento di Pediatria della Università Federico II di Napoli con l'obiettivo di creare una rete sia per la promozione della vaccinazione delle donne in età fertile e dei bambini, sia per offrire un percorso lineare e consolidato per la diagnosi ed eventuale terapia dei casi di infezioni perinatali (www.aslnapoli4.it).

Le prime azioni sono state:

- Formare dei tavoli tecnici
- Formare gli operatori
- Omogeneizzare il referto di laboratorio in tutta la ASL
- Predisporre circolari informative ai laboratori, ai Medici di Medicina Generale, ai Medici specialisti sull'esenzione pagamento ticket esami (rubeo, toxo...), sul diritto e dovere della prescrizione esami, sull'obbligo della notifica dei casi sospetti e/o accertati dei casi di rosolia congenita e di rosolia in gravidanza
- Predisporre una circolare per definire delle linee guida comuni per la vaccinazione delle donne in età fertile.

Ipertensione arteriosa

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- Nell'ASL NA 4 il 61,6% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 9,6% più di 2 anni fa, mentre il 28,8% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate cresce fino a 49 anni per poi decrescere nella fascia 50-69, sono più controllate le donne e quelli con livello di istruzione più basso.
- La percentuale di persone controllate nelle ASL partecipanti è pari all'81% superiore a quello della ASL NA 4.

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni
ASL NA 4 Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	61,6 (IC95%:53,2-69,6)
Età, anni	
18 - 34	43,3
35 - 49	81,3
50 - 69	65,8
Sesso	
uomini	54,5
donne	69,6
Istruzione**	
bassa	68,5
alta	57,6

Quanti sono ipertesi?

- Nell'ASL NA 4 il 21,4% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di ipertesi cresce nel gruppo di età 50-69 anni, il tasso è più alto tra i maschi e le persone con un basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti. I dati sono sovrapponibili a quelli della ASL NA 4.

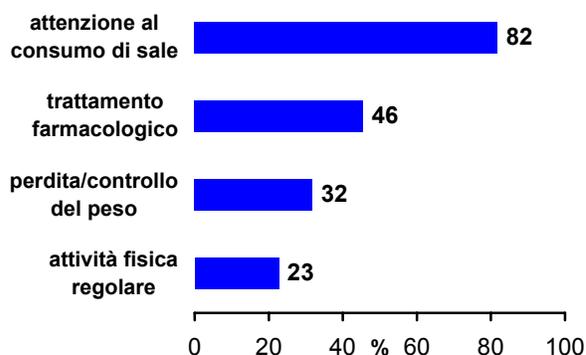
Ipertesi	
ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	21,4 (IC 95%13,9-30,5)
Età, anni^	
18 - 34	12,9
35 - 49	18,6
50 - 69	34,5
Sesso	
uomini	23,5
donne	19,2
Istruzione**	
bassa	23,3
alta	20

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano
 ** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 46% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi riferiscono di aver ridotto l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (82%), controllando il proprio peso corporeo (32%) e svolgendo regolare attività fisica (23%).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine la prevalenza di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 69%.

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa**
ASL NA 4 Passi, 2005



* * ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL NA 4 si stima che sia iperteso meno di un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni, il 35% degli ultracinquantenni e circa il 18% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone (9,6%) alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non "best practice" (specie nel controllo dei pazienti sopra ai 35 anni) e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

In molti casi, si può controllare l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo. In altri, è necessaria la terapia farmacologica per avere un controllo adeguato e per prevenire complicazioni, ma questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

Colesterolemia

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

Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Nell'ASL NA 4 il 61% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- Solo il 39% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49enni e i 50-59enni.
- Nelle ASL partecipanti la percentuale delle persone che riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita è pari al 79%.

Percentuale di persone a cui è stata misurata almeno una volta il colesterolo	
ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	60,7 (IC95%:52,2-68,7)
Età, anni	
18 - 34	39,0
35 - 49	77,1
50 - 69	73,7
Sesso	
M	62,3
F	58,8
Istruzione	
bassa	76,1
alta	76,4

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, l' 8,3% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte e nelle persone con livello di istruzione più basso; i maschi sono soggetti ad ipercolesterolemia più delle femmine.
- Nelle ASL partecipanti il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

Ipercolesterolemici	
ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	8,3 (IC 95%4,3-14,0)
Età, anni[^]	
18 - 34	1,7
35 - 49	8,3
50 - 69	18,4
Sesso	
M	10,3
F	6,5
Istruzione^{**} °	
bassa	11,1
alta	6,6

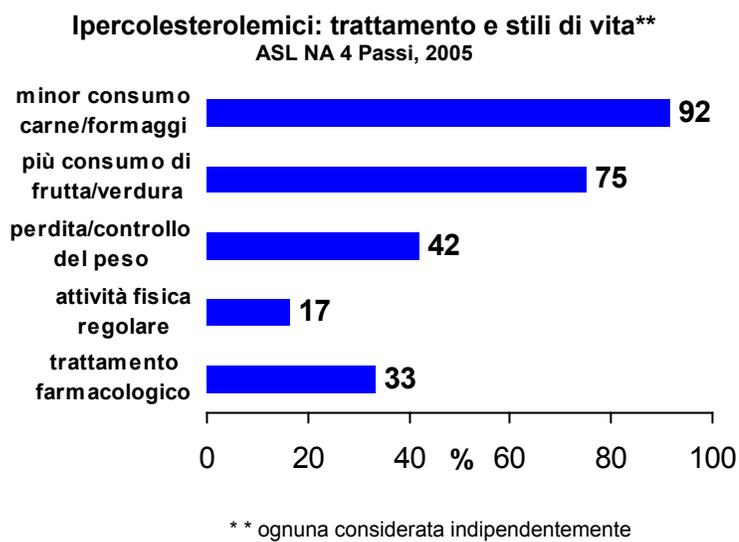
* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la colesterolemia

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

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

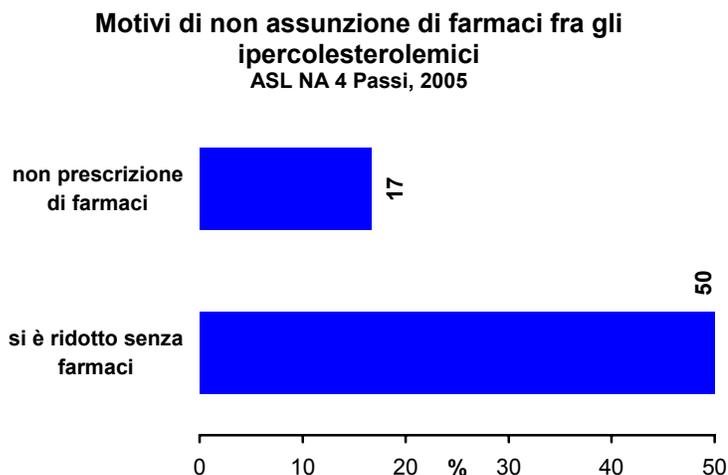
Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

- Il 33% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, il 92% degli ipercolesterolemici riferisce di aver ridotto il consumo di carne e formaggi, il 75% di aver aumentato il consumo di frutta e verdura, il 42% di controllare il proprio peso corporeo e il 17% di svolgere regolare attività fisica.
- Tra le ASL partecipanti il 24% riferisce di essere sottoposto a trattamento farmacologico.



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

- Il 17% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 50% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.



Conclusioni e raccomandazioni

Nel 39,3% della popolazione dell'ASL NA 4 non è stato mai misurato il livello di colesterolo, ciò suggerisce una maggiore attenzione dei medici di base alla problematica così come alla necessità di promuovere l'attività fisica.

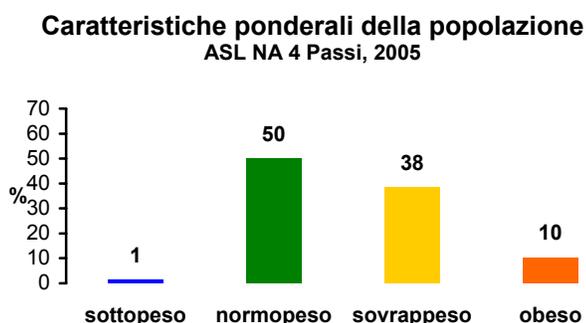
Situazione nutrizionale

L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura.

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nell'ASL NA 4 l' 1% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 50% normopeso, il 38% sovrappeso ed il 10% obeso.



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

- Nell'ASL NA 4 si stima che il 48,6 % della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 76% negli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 12,7 % segue una dieta e il 15,5 % fa attività fisica per perdere peso.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di queste il 28% segue una dieta e il 23% fa attività fisica per perdere peso.

Popolazione con eccesso ponderale ^	
ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	48,6 (IC 95%40,3-50,7)
Età, anni*	
18 – 24	32,0
25 – 34	31,4
35 – 49	47,9
50 – 69	76,3
Sesso**	
Uomini	62,3
Donne	33,3
Istruzione *** °	
bassa	66,7
alta	38,0

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL NA 4 si stima che il 49% della popolazione sia in eccesso ponderale, in linea con il dato relativo alle altre ASL partecipanti all'indagine. Tra le persone in eccesso ponderale, solo il 10% riferisce di seguire una dieta e poco di più (15%) pratica attività fisica per perdere peso.

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

Punteggio di rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

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

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

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

- Nell'ASL NA 4 la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 2,8%.
- Non emergono differenze statisticamente significative per età, sesso o livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è maggiore (9%).

Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	2,8 (IC 95%0,3-9,8)
Età, anni	
40 - 49	0,0
50 - 59	5,3
60 - 69	5,3
Sesso	
uomini	0,0
donne	6,5
Istruzione*	
bassa	2,6
alta	3,0

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

Conclusioni e raccomandazioni

Il punteggio del rischio cardiovascolare è ancora quasi del tutto inutilizzato da parte dei medici sia nell'ASL NA 4 sia nelle ASL partecipanti all'indagine.

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

Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale più diffusa tra le donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si contano circa 3.000 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati.

Lo screening si basa sul pap test effettuato ogni tre anni nelle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. I programmi di screening, partiti nel 1995 in maniera disomogenea sul territorio nazionale, stanno raggiungendo una copertura territorialmente più uniforme. Nonostante l'avvio della maggior parte dei programmi sia ancora troppo recente per valutarne l'impatto di salute, nelle realtà in cui lo screening è ormai consolidato si osserva un trend significativo verso una riduzione dell'incidenza dei tumori della cervice uterina ascrivibile ai programmi attuati.

Quante donne hanno eseguito un pap test?

- Nell'ASL NA 4 il 51% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, riferisce di aver effettuato il pap test in assenza di segni e sintomi; le percentuali sono più elevate al crescere dell'età. Non si osservano differenze significative per livello d'istruzione.
- L'età media del primo pap test a scopo preventivo è risultata essere 40 anni.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 78% delle donne intervistate tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver eseguito il pap test a scopo preventivo.

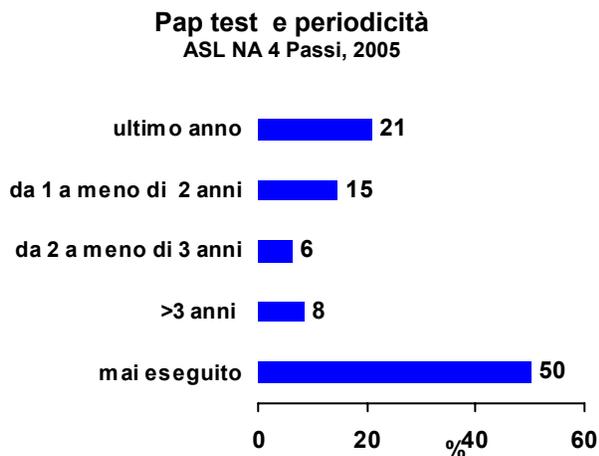
Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni)		
ASL NA 4 Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche	Effettuato il pap test *	
Totale	51% (IC95%:36,3-65,6)	
Età		
	25 - 34	12,5
	35 - 49	70,0
	50 - 64	69,2
Istruzione**		
	bassa	60,0
	alta	44,8

* chi ha eseguito il pap test in assenza di segni e sintomi

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

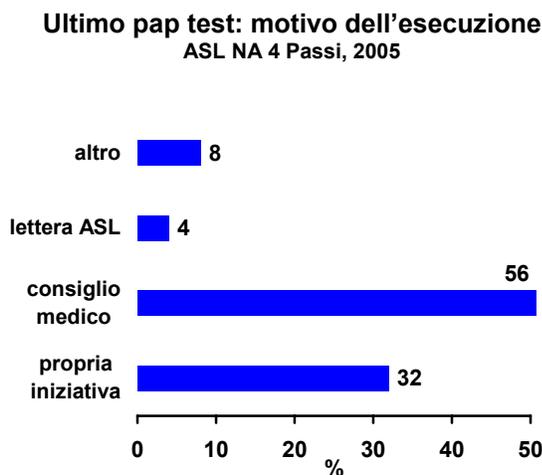
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni?

- L'ultimo pap test è stato eseguito dal 51% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni negli ultimi tre anni.
- Il 21% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- Il 50% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni.



Viene consigliato il pap test alle donne?

- Il 59,2% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il pap test e il 34,7% di aver ricevuto una lettera invito dall'ASL.
- L'ultimo pap test è stato effettuato su invito dell'ASL nel 4% dei casi, su consiglio del medico nel 56%, di propria iniziativa nel 32%, per altri motivi nell'8%.
- Tra le donne delle altre ASL partecipanti all'indagine il 70% dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il pap test e il 56% di aver ricevuto una lettera di invito. L'ultimo pap test è stato effettuato su propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito dell'ASL nel 25%.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL NA 4 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è bassa (51%). La percentuale si abbassa ulteriormente per le donne che hanno effettuato almeno un pap test nell'intervallo raccomandato (40% ultimi tre anni). Nell'Asl Napoli 4 il 34,7% delle donne ha ricevuto l'invito da parte dell'ASL e di queste solo il 4% ha praticato il test mentre sembra più rilevante per le utenti il consiglio del medico.

Screening neoplasia della mammella

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

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

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

Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- Nell'ASL NA4 il 35% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi; tale percentuale è maggiore nelle coniugate e nella fascia d'età 50-59 anni. Non si apprezzano differenze in base al livello d'istruzione.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 40 anni, più bassa pertanto rispetto a quella raccomandata per la mammografia periodica (50 anni).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.

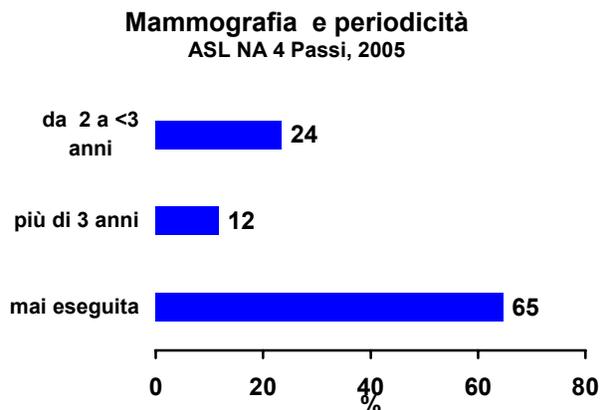
Screening cancro della mammella (≥50 anni)	
ASL NA4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Effettuata mammografia*
Totale	35% (IC95%:14,2- 61,7)
Età	
50 - 59	62,5
60 - 69	11,1
Stato civile[^]	
coniugata	35,7
non coniugata	33,3
Istruzione^{**}	
bassa	36,4
alta	33,3

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

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

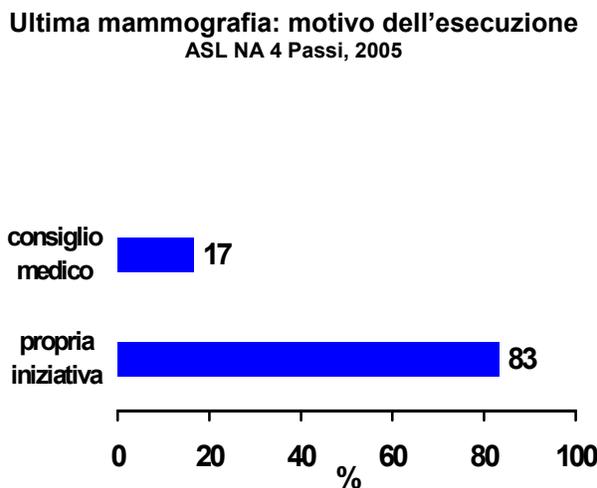
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni?

- Nell'ASL NA 4 il 24% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 12% più di 3 anni fa. Il 65% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.



Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Il 58,8% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; il 29,4% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 17% su consiglio medico, nell' 83% di propria iniziativa.
- Tra le altre ASL partecipanti all'indagine il 66% delle donne ha ricevuto il consiglio da un medico e il 58% una lettera di invito. L'ultima mammografia è stata eseguita nel 29% su consiglio del medico, nel 39% in seguito ad un'offerta attiva dall'ASL e nel 32% di propria iniziativa.



Conclusioni e raccomandazioni

A fronte di un programma regionale ed aziendale di offerta attiva, avviato nel 1998, l'esame mammografico risulta eseguito almeno una volta dal 35,3% delle donne tra i 50 e 69 anni, ma solo il 24% l'ha effettuato entro la cadenza biennale consigliata delle linee guida. Il dato dello 0% di donne che non hanno effettuato la mammografia in seguito all'invito dell'ASL lascia alquanto perplessi, anche perché dai dati del Servizio Materno Infantile la percentuale di donne che hanno aderito allo screening in seguito all'invito ASL NA 4 è del 26,58%. Un altro dato discordante con lo Studio Passi riguarda la fascia d'età, più rappresentata, delle donne che accedono allo screening, infatti, per lo Studio Passi è quella 50-59 mentre i dati del portale "Progetto Viva" del programma della Regione Campania evidenziano la fascia 60-69 anni. L'adesione corretta al programma di screening della ASL NA 4, riferita all'anno 2005, è del 26,58%, inferiore a quella degli anni precedenti (30-40%) sia in quanto una buona parte degli invitati erano al primo passaggio di screening sia per la scarsa recettività dei centri di screening attivi sul territorio (2 centri per una popolazione di circa 60000 donne). I risultati avvalorano, comunque, la necessità di potenziare il programma per l'offerta attiva della mammografia: i dati di letteratura mostrano infatti come solo all'interno di un programma di screening organizzato sia possibile aumentare la percentuale di donne che effettuano la mammografia nei tempi e nelle modalità raccomandate.

Screening tumore del colon retto

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

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

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

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

- Nell' ASL NA 4 il 5,3% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo.
- Il 5,3% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%.

Screening cancro colon retto (≥50 anni) ASL NA 4 Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test* per motivi preventivi	
Totale	53 (IC95%:0.6-17,7)	
Età		
	50 - 59	5,3
	60 - 69	5,3
Sesso[^]		
	uomini	9,5
	donne	0,0
Istruzione^{**}		
	bassa	8,3
	alta	0,0

* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

[^] le differenze non risultano statisticamente significative

Conclusioni e raccomandazioni

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

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia. Nella ASL NA4 è stato pianificato un programma di screening che prevede campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

Tabella riassuntiva risultati studio PASSI (ASL NA4 e 123 ASL, non pesati)

Descrizione del campione aziendale	Stima ASL NA 4	ASL partecipanti allo studio
età media	39	43,9 anni
donne, %	47,3	51,6
titolo di studio, %		
<i>laurea</i>	8,2	11,2
<i>media superiore</i>	54,8	40,4
<i>media inferiore</i>	28,1	30,5
<i>elementare</i>	8,2	16,0
<i>nessuno</i>	07,0	1,3
livello di istruzione*, %		
<i>alto</i>	63,0	51,6
stato civile, %		
<i>coniugati/conviventi</i>	67,8	66,2
<i>celibi/nubili</i>	30,1	27,4
<i>vedovi/e</i>	2,1	2,9
<i>separati/divorziati</i>	0,0	3,5
lavoro regolare**, %	47,9	62,5

* alto: laurea o licenza media superiore

basso: licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

**Campione compreso tra 18 e 65 anni

Percezione dello stato di salute	Stima ASL NA 4 (%,gg)	ASL partecipanti allo studio (%,gg)
salute molto-buona/buona, %	68,5	63,5
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	2,8	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	2,9	3,3
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,6	1,6

Attività fisica	Stima ASL NA 4 (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
adesione linee guida [^] o lavoro pesante dal punto di vista fisico	31,3	42,4
popolazione completamente sedentaria ^{^^}	42,4	23,3
consigli dei medici: ^{^^^}		
<i>chiesto sull'attività fisica</i>	34,9	38,2
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	25,3	40,1
<i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i>	6,2	10,2
<i>verificato andamento in altre visite</i>	4,8	9,9
<i>ricevuto consigli completi</i>	4,8	7,2

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

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

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

Abitudine al fumo	Stima ASL NA 4 (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
fumatori*	19,9	26,5
<u>uomini</u>	24,7	31,5
<u>donne</u>	14,5	21,7
ex fumatori**	10,3	19,7
non fumatori***	69,9	53,9
come hanno smesso gli ex fumatori:		
da solo	73,3	94,2
aiuto del medico	6,7	1,8
consigli dei medici:		
chiesto se fuma	26,0	38,6
a fumatori	27,6	64,9
consigliato di smettere di fumare (a fumatori)	27,6	62,2
permesso di fumare in ambiente domestico:		
non permesso	51,0	37,0
nessuno fuma	9,8	25,4
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora):		
sempre	50,0	57,6
a volte/mai	5,9	15,5

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

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

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

Abitudini alimentari	Stima ASL NA 4 (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	80,8	90,8
conosce il 5 a day [^]	80,1	55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	4,8	13,3
da chi ne hanno sentito parlare:		
mass media	61,6	45,4
medico	15,4	18,5
campagne informative	5,5	12,1

[^]mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

Consumo di alcol	Stima ASL NA 4 (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	35,6	63,8
bevitori fuoripasto ^{◇◇}	4,1	12,4
bevitori binge ^{◇◇◇}	1,4	8,0
forti bevitori ^{◇◇◇◇}	1,4	5,5
chiesto dal medico sul consumo	5,5	14,4

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

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

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

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

Sicurezza stradale	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
cintura anteriore sempre	72,3	83,0
cintura posteriore sempre	1,5	19,7
casco sempre [#]	71,1	88,1
guida in stato di ebbrezza ^{##}	2,1	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ^{###}	4,1	12,0

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

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

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

Vaccinazione antinfluenzale	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
vaccinati 18-69 anni	17,1	15,3
vaccinati ≥ 65	50,0	51,2
vaccinati <65 con almeno una patologia	33,3	27,9

Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
vaccinate	28,9	30,6
hanno eseguito rubeotest*	6,3	40,6
Immune**	31,1	52,6

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

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

Ipertensione arteriosa	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	61,6	81,4
Ipertesi*	21,4	22,6
come viene trattata l'ipertensione:		
<i>trattamento farmacologico</i>	45,5	69,1
<i>riduzione consumo di sale</i>	81,8	71,0
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	31,8	37,4
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	22,7	34,6

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

Colesterolemia	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
misurazione colesterolo almeno una volta	60,7	79,3
Ipercolesterolemici [^]	8,3	24,7
come viene trattata l'ipercolesterolemia:		
<i>trattamento farmacologico</i>	33,3	24,3
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	91,7	76,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	75,0	57,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	41,7	41,6
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	16,7	39,0

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

Situazione nutrizionale	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
popolazione con eccesso ponderale	48,6	43,6
<i>sovrappeso</i>	38,4	32,5
<i>obeso</i>	10,3	10,8
come viene trattato l'eccesso ponderale:		
<i>dieta</i>	12,7	28,0
<i>svolgimento di attività fisica</i>	15,5	22,7

Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
popolazione cui è stato calcolato il punteggio#	2,89	9,0

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

Screening neoplasia del collo dell'utero^ (donne 25 - 64 anni)	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
eseguito almeno un pap test	51,0	78,4
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	42,0	69,7
viene consigliato pap test periodico	59,2	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	34,7	56,0
ultimo pap test è stato eseguito per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	4,0	24,6
<i>consiglio medico</i>	56,0	30,6
<i>propria iniziativa</i>	32,0	43,6

^eseguito a scopo preventivo

Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) ^{◇,◇◇}	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
eseguita almeno una mammografia	35,3	74,9
ultima mammografia eseguita a intervalli di due anni	23	56,7
viene consigliata mammografia periodica	58,8	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	29,4	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	0,0	38,7
<i>consiglio medico</i>	16,7	28,6
<i>propria iniziativa</i>	83,3	32,0

◇ valori ASL partecipanti, senza il campione di supplemento

◇◇ eseguita a scopo preventivo

Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)#	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	5,3	14,0
eseguito negli ultimi due anni	5,3	8,3

#eseguita a scopo preventivo

Bibliografia

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

Salute e qualità di vita percepita

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

Attività fisica

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

Fumo

10. Lancaster T., Stead L., Silagy C., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings
11. 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.
12. Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002.
13. ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000
14. 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)
15. Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
16. Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia. Maggio 2005 (www.ossfad.iss.it)
17. Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003

Alimentazione

18. 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
19. Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
20. 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)
21. Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Home and Garden Bulletin no. 232. Washington, DC: Department of Agriculture, 1992.

Alcol

22. 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
23. <http://www.epicentro.iss.it/focus/alcol/alcol.htm>
24. European Alcohol Action Plan 2000-2005, http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/20020923_1
25. I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo <http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/alc%20REP%202004.1133945788.pdf>

Sicurezza stradale

26. 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
27. Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, The Lancet, 2003; 362: 9390
28. Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
29. Motor –Vehicle Occupant Injury: Strategies for Increasing use of Child Safety Seats, Increasing Use of Safety Belts, and Reducing Alcol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)

Rischio cardiovascolare

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

Screening oncologici

34. LILT- Dossier “Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione” – 2002
35. ISTAT: La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000 –2002 reperibile sul sito www.istat.it
36. www.epicentro.iss.it
37. <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
38. Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili -secondo Rapporto
39. 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)