



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale Giugno 2007 – Marzo 2008

ASL AVELLINO 1



A cura di:

Elvira Bianco¹, Francesco Natale¹, Nunzia Forgione¹, Incoronata Flammia¹, Patrizia Branca¹

[1] Dipartimento di Prevenzione – UOC Epidemiologia e Prevenzione

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

- Angelo Montemarano
(Assessore alla Salute - Regione Campania)

- Angelo D'Argenzio, Giuseppina De Lorenzo, Renato Pizzuti
(Coordinamento Regionale Sistema di Sorveglianza PASSI)

- a livello aziendale:

- Direttore Generale (Dott. Luigi Giordano)
- Direttore Sanitario (Dott. Rosario Tarzia)
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione (Dott. Carmelo Padula)

- Intervistatori: Angela Morone, Francesco Natale, Giovanna Moscaritolo, Nunzia Forgione,

- Collaboratori: I Medici di Medicina Generale

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale, i Sindaci dei Comuni della ASL per la preziosa collaborazione fornita.

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

Indice

Premessa

Il sistema di sorveglianza Passi "in breve": obiettivi e metodi

Sintesi del rapporto aziendale

I risultati

Descrizione del campione aziendale

Percezione dello stato di salute

Attività fisica

Abitudine al fumo

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Consumo di alcol

Sicurezza stradale

Vaccinazione antinfluenzale

Vaccinazione antirosolia

Rischio cardiovascolare

Infortunati domestici

Sintomi di depressione

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Appendice

Monitoraggio

Utilizzo della pesatura

Bibliografia

Premessa

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

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

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

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

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

Obiettivi

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

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

4. Abitudine al fumo

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

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

7. Consumo di alcol

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

8. Sicurezza stradale

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

9. Infortuni domestici

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

10. Vaccinazione antinfluenzale

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

11. Vaccinazione antirosolia

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

12. Fattori di rischio cardiovascolare

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

13. Diagnosi precoci delle neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la

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

14. Sintomi di depressione

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

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nella lista dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale AV 1, aggiornata al 31.12.2009 (complessivamente 153.638, fonte anagrafe sanitaria ASL Avellino 1).

Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età, direttamente effettuato sulle liste delle anagrafe sanitaria. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità.

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

Interviste

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

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

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

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

La raccolta dei dati è avvenuta tramite questionario cartaceo. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

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

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

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

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

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

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

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

Sintesi del rapporto aziendale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: Nella ASL AV 1 è stato intervistato un campione casuale di 250 persone, selezionato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria. Il campione intervistato è distribuito in egual modo tra i due sessi. L'età media complessiva per le donne è di 41 anni e per gli uomini di 42 anni. Più della metà ha un livello di istruzione alto e un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Il 38% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute, mentre solo il 19,6% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 28,6% del campione e solo il 30,6% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In circa un quarto dei casi i medici si informano e nel 19% dei casi consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: Il 26% si dichiara fumatore e il 21,2% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli. Il 79,4% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 24% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" o in "alcune zone".

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: Il 41,4% del campione aziendale è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 14,9%. L'eccesso ponderale è trattato nel 17,1% dei casi con dieta e solo nel 69,8% con la pratica di attività fisica regolare. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 2,4% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-34 anni.

Consumo di alcol: Si stima che circa il 65,5% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 14,6% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 6,8% beve fuori pasto, l' 8,5% è bevitore "binge" e il 2,4% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e non consigliano di moderarne eventualmente il consumo.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: l' 84,4% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 9,6% degli intervistati. Il 6,8% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 9,9% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortuni domestici: Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, nella ASL AV 1, non è elevata: il 94,4% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici, da medici o altri operatori sanitari, è limitata al 14,8%. Il 25% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale: In media, solo il 9,1% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia: Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è infatti pari al 65,9%.

Rischio cardiovascolare: Si stima che il 21.7 % della popolazione della AV1 sia iperteso, tra i 18 e 69 anni; il 77.3 % di tale popolazione è in trattamento farmacologico al 18.8% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Il 22.9% della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 23.9% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su cinque dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo l'1.3% degli ultraquarantenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

Sintomi di depressione: Nella ASL AV1 il 10,2% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive, nei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne e le persone affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

Screening neoplasia del collo dell'utero: Il 43.3% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test nella vita, ma soltanto il 28.8% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato.

Screening neoplasia della mammella: Il 31% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (16.7%) l'ha eseguita negli ultimi due anni.

Screening tumore del colon retto: Appena l'11.6% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo.

Descrizione del campione

La popolazione in studio è costituita da 153.638 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2009 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL AV/1 (Fonte Anagrafe Sanitaria ASL Avellino 1).

Sono state intervistate 250 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria.

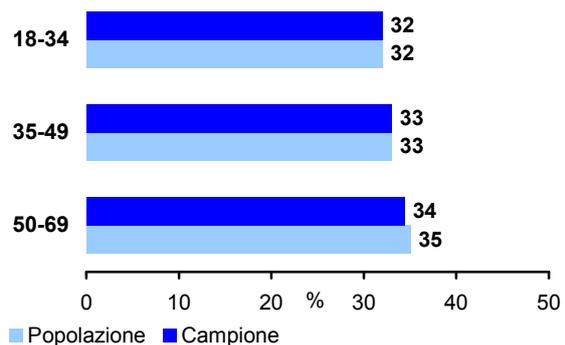
Le 250 interviste al campione della popolazione estratto da tale lista sono state effettuate da 4 operatori sanitari. Il tasso di risposta è stato dell'84% e quello di rifiuto del 13%. I 40 non eleggibili ha riguardato assistiti non rintracciabili telefonicamente o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

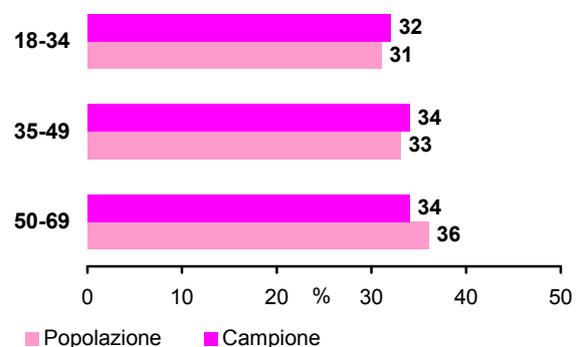
L'età e il sesso

- Nella ASL AV/1 il campione intervistato è costituito in ugual modo tra i due sessi e l'età media complessiva per le donne è di 41 anni, mentre per gli uomini è di 42 anni.
- Il 32% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 33.6% in quella 35-49 e il 34.4% in quella 50-69.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini
ASL AV 1 - PASSI 2007 (n=125)



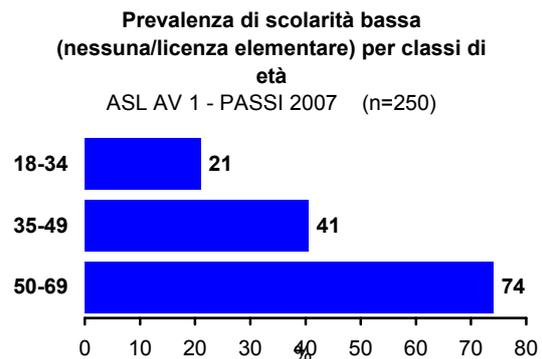
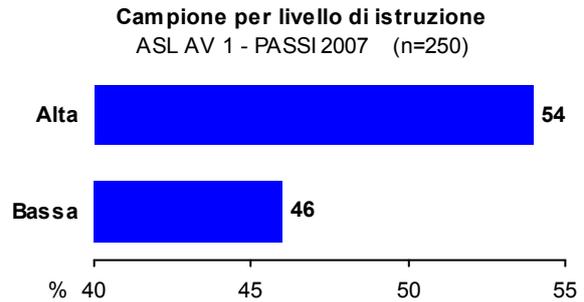
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=125)



- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

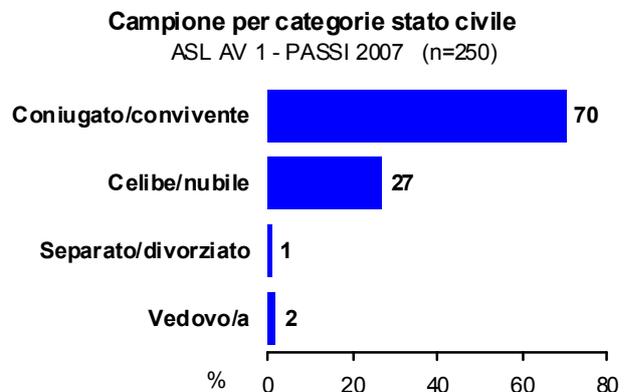
Il titolo di studio

- Nella ASL AV/1 il 46% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare o media inferiore, il 54% la licenza media superiore o laurea.
- Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, ma la differenza non è statisticamente significativa.
- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo comporta che i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).



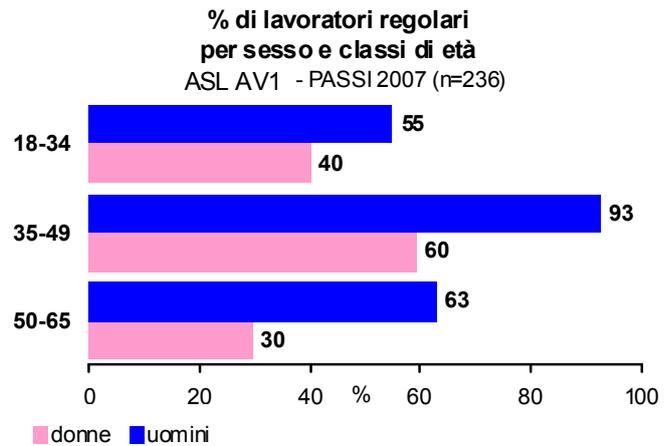
Lo stato civile

- I coniugati/conviventi rappresentano il 70% del campione, i celibi/nubili il 26.5%, i separati/divorziati l'1.2% ed i vedovi/e il 2.4%.



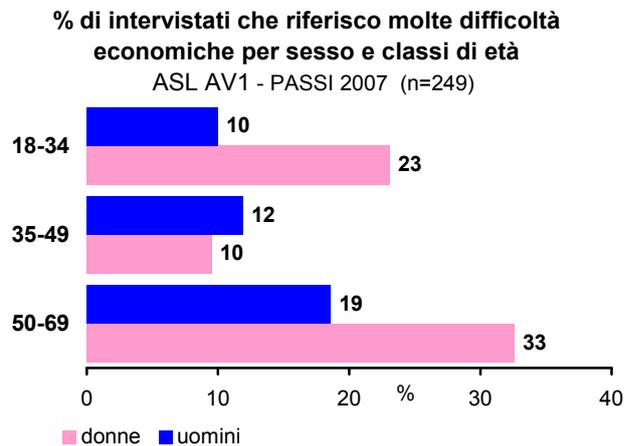
Il lavoro

- Complessivamente il 57.2% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Gli intervistati tra i 35 ed i 69 anni riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità.
- Le donne risultano meno "occupate" rispetto agli uomini (43.7% contro 70.9%).



Difficoltà economiche

- Il 17.7% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 48.2% qualche difficoltà, il 34.1% nessuna.
- È soprattutto la classe 50-69 anni che riferisce molte difficoltà economiche anche se le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.
- sono le donne a dichiarare più frequentemente di avere "serie difficoltà economiche".



Conclusioni

Il campione nella ASL AV 1 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione residente.

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

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.

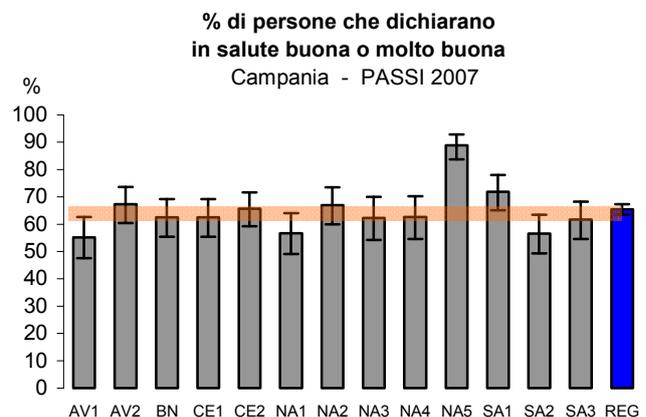
Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Il 55.2% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 38% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 6.8% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini (non significativo)
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe.

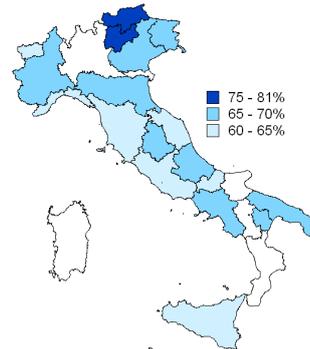
Stato di salute percepito positivamente*		
ASL AV 1 - PASSI 2007 (n=250)		
Caratteristiche		%
Totale		55.2 (IC95%: 48.8-61.5)
Età		
	18 - 34	86.3
	35 - 49	54.8
	50 - 69	26.7
Sesso		
	uomini	60.8
	donne	49.6
Istruzione**		
	bassa	35.7
	alta	71.9
Difficoltà economiche		
	sì	45.7
	no	72.9
Patologia severa***		
	presente	19.6
	assente	64.3

* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute
 ** istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea
 *** almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

- Nelle ASL della Regione Campania la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale (65.4%); soltanto i valori delle ASL AV 1 e NA5 mostrano, rispettivamente, un valore significativamente inferiore e superiore.



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

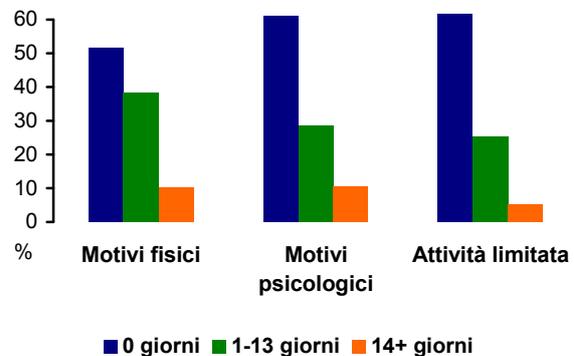


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 65% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.

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

- La maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene nei 30 giorni precedenti l'intervista (51.6% in buona salute fisica, 61% in buona salute psicologica e 69.5% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Il 10.2% ha avuto problemi fisici, il 10.6% disturbi psicologici e solo il 5.3% non è stato in grado di svolgere le abituali attività a causa di entrambi, che sono durati complessivamente più di 14 giorni in un mese.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASL AV1- PASSI 2007 (n=246)



- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è circa 3.8%, per motivi psicologici è circa 3.5%, mentre le abituali attività sono limitate per circa 2.3% giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi fisici e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Giorni in cattiva salute percepita (valore medio)			
ASL AV 1 - PASSI 2007 (n=246)			
Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3.8	3.5	2.3
Classi di età			
18 - 34	1.9	3.4	0.9
35 - 49	3.3	3.8	2.4
50 - 69	6.0	3.3	3.5
Sesso			
uomini	2.6	2.8	1.8
donne	5.0	4.3	2.8

Conclusioni e raccomandazioni

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

Le misure della qualità della vita forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica in particolare a livello di ASL, dove, in genere, questi dati sono difficilmente disponibili. Queste misure sono inoltre funzionali ad altre sezioni dell'indagine PASSI, come ad esempio per quella dei sintomi di depressione alle quali forniscono elementi di analisi e lettura.

Attività fisica

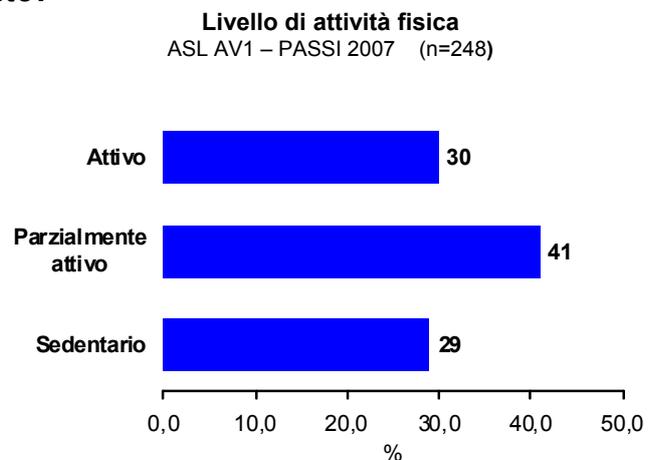
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei Paesi sviluppati; questo, oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) possono infatti essere utili nell'incrementare l'attività fisica, sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche, quali ad esempio le malattie cardiovascolari.

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Il 30,6% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 40,7% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 28,6% è completamente sedentario.



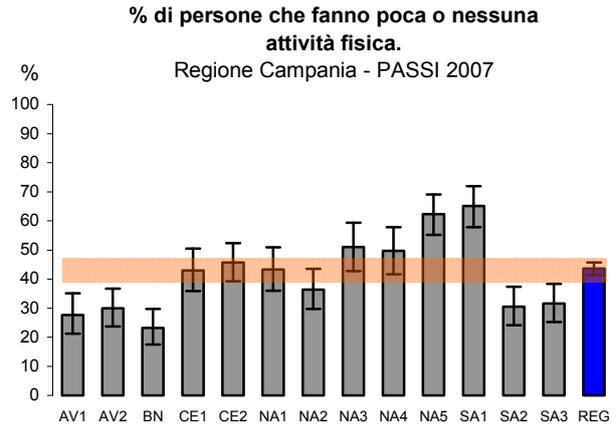
Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- Nella ASL AV1 il 71,4% delle persone intervistate riferisce di essere attivo fisicamente.
- Si sono osservate percentuali più alte di sedentari tra le donne, i meno giovani (50-69) e tra persone con basso livello di istruzione.

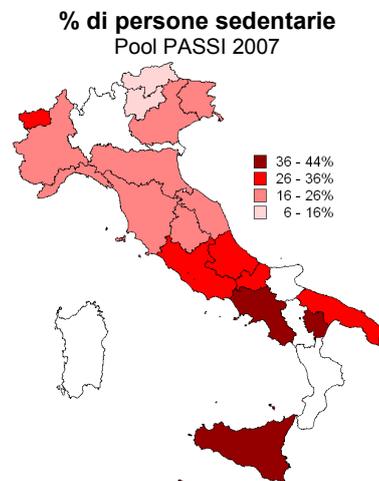
Sedentari ASL AV1- PASSI 2007 (n=248)	
Caratteristiche	%
Totale	28,6 (IC95%: 23.1-34,7)
Classi di età	
18 - 34	20
35 - 49	28
50 - 69	37,2
Sesso	
uomini	23,6
donne	33,6
Istruzione*	
bassa	31,9
alta	25,9
Difficoltà economiche	
sì	29
no	27,1

*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione

- Tra le 13 ASL della Regione emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che fanno poca o nessuna attività fisica: le ASL AV 1, AV 2, BN, SA 2 e SA 3 mostrano valori inferiori mentre le ASL NA5 e SA1 mostrano valori superiori rispetto a quello regionale (72%).

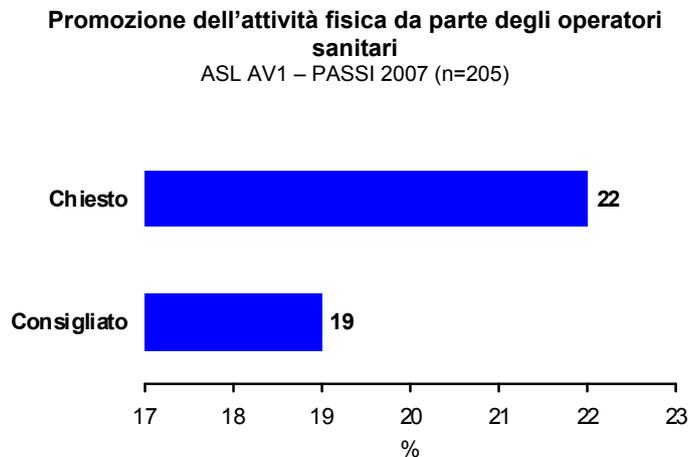


- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 33.2% della popolazione è attiva, il 38.8% parzialmente attivo e il 28% è sedentario.

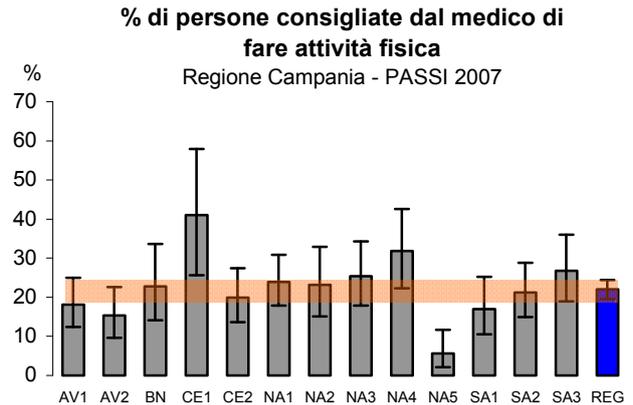


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Solo il 22,4% delle persone residenti in ASL intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 19% dei casi.

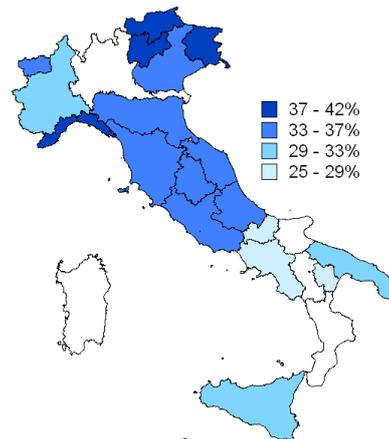


- Tra le 13 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone consigliata dal medico di fare attività fisica, eccetto che per le ASL CE 1 e NA 5 che mostrano, rispettivamente, un valore superiore e inferiore rispetto a quello regionale (22%).



- Tra le altre ASL partecipanti al sistema il 30.9% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto ed il 32.9% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.

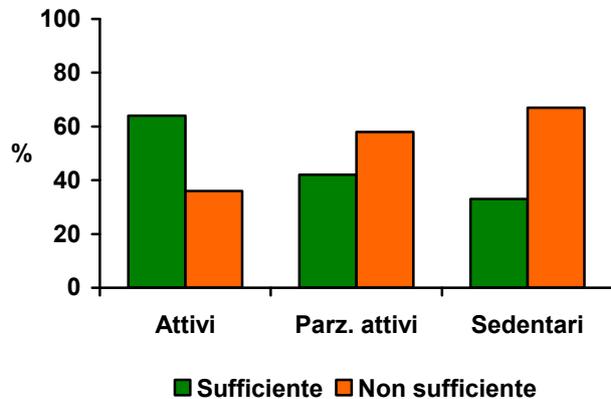
% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
 Pool PASSI 2007



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- E' interessante notare come nella ASL AV1 il 33,3% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti la percentuale di persone che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente pur essendo sedentarie è del 26%.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=244)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL AV1 il 30,6% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 28,6% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le donne, le persone anziane e con basso livello di istruzione.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale ed in gruppi particolari a rischio.

In circa il 20% dei casi i medici campani (1/5) si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti; la percentuale di coloro che danno dei consigli più dettagliati rimane ancora insoddisfacente e risulta inferiore alla media delle altre ASL. Un fatto che assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta.

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

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie 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 negli uomini, storicamente maggiore, si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

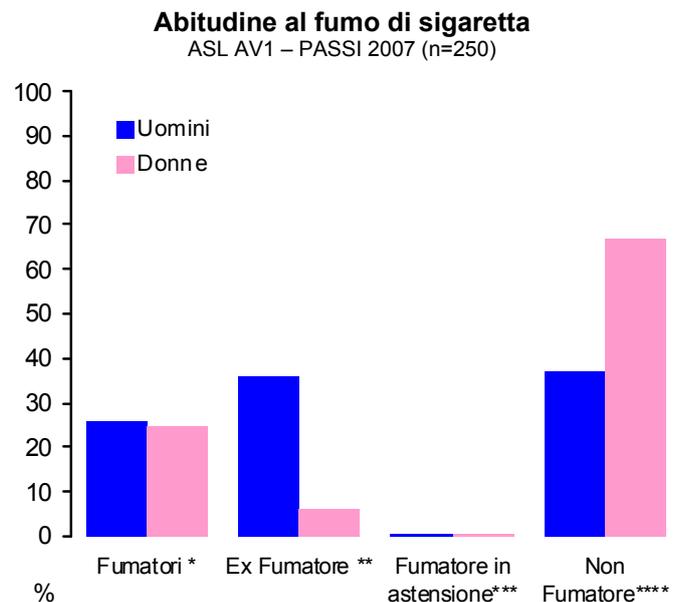
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

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

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- I fumatori, residenti nella ASL AV1, sono pari al 26%, gli ex fumatori al 21.2%, e i non fumatori al 52%. A questi si aggiungono 2 persone (0,8%), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver smesso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS).
- L'abitudine al fumo non mostra grande differenza tra gli uomini e le donne (26.4% versus 25.6%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (67.2% versus 36.8%).



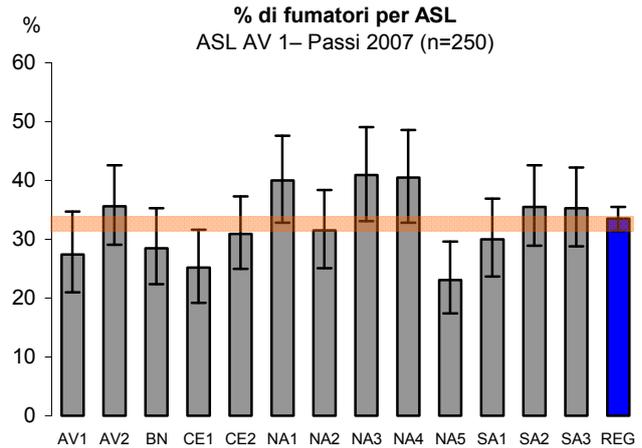
*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

**Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e

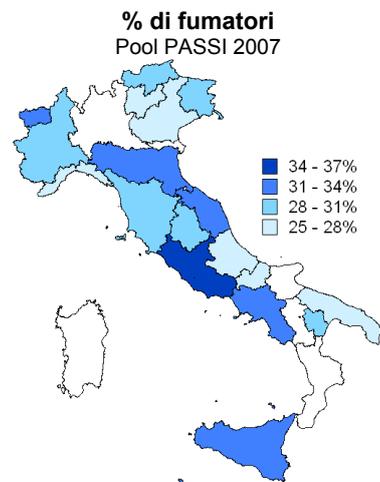
***Soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi

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

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori, eccetto che per la ASL NA 5 che mostra valori inferiori a quello regionale (33%).



- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 30.7%, gli ex fumatori il 19.1% e i non fumatori il 50.2%.



Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani (18-49), tra persone con alto livello di istruzione (in modo statisticamente significativo) e con difficoltà economiche.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 11.7 sigarette al giorno. Tra loro, il 4.6% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore).
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani, con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche; la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

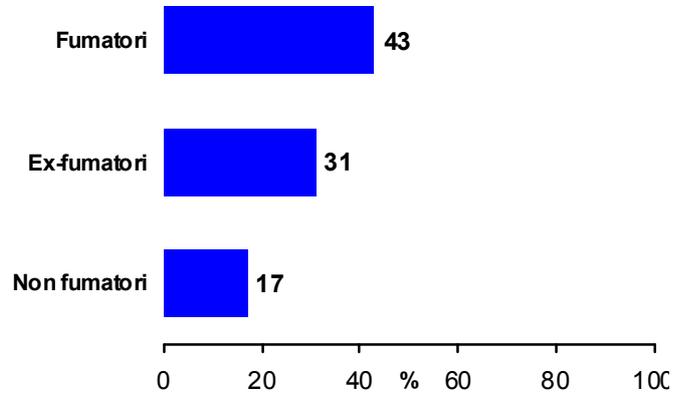
Fumatori ASL AV1 PASSI 2007 (n=250)		
Caratteristiche demografiche		% Fumatori*
Totale		26.8 (IC95%: 21.4-32.7)
Età		
	18 - 34	38.8
	35 - 49	25
	50 - 69	17.4
Sesso ^		
	M	27.2
	F	26.4
Istruzione**		
	bassa	19.1
	alta	33.3
Difficoltà economiche		
	si	28
	no	23.5

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, laurea

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

- Fra chi è stato da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, poco più di un intervistato su quattro (27%) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 43.3% dei fumatori, il 31.3% degli ex fumatori e il 16.9% dei non fumatori

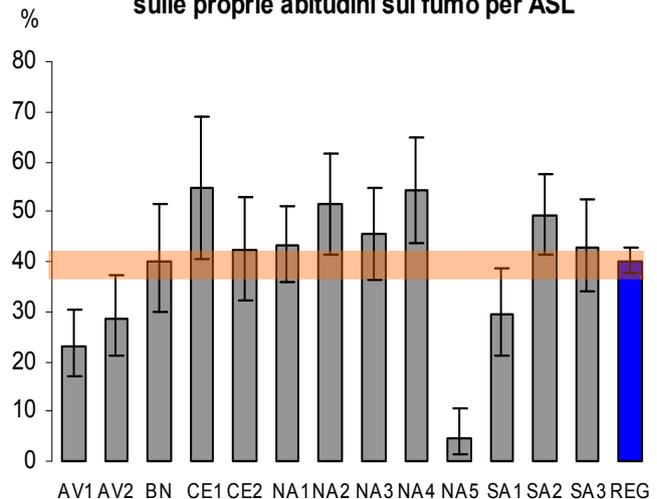
% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo
ASL AV1 - PASSI 2007 *



* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 226)

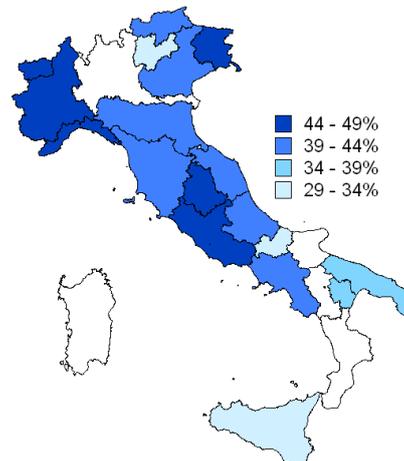
- Tra le ASL della Regione Campania emergono alcune differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: rispetto al valore regionale (40%), la percentuale di persone interpellate è più alta nella ASL NA 4 e più bassa nelle ASL AV 1, AV 2 e NA 5.

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



% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo
Pool PASSI 2007

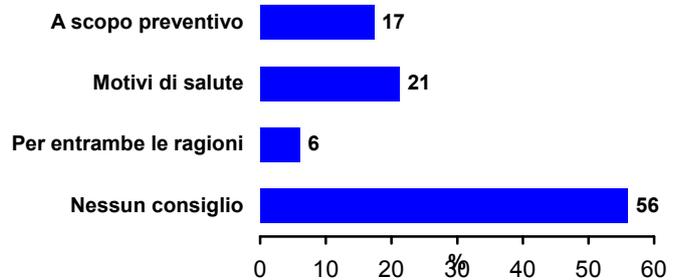
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 65% dei fumatori, il 39% degli ex fumatori e il 28% dei non fumatori.



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

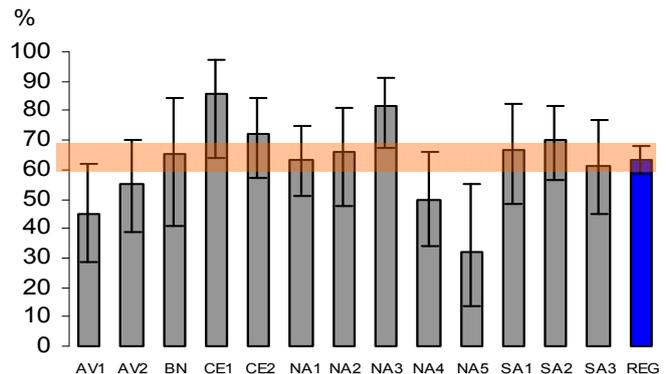
- Il 44.2% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente per motivi di salute (21.2%).
- Il 55,8% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione
ASL AV1 PASSI 2007 *



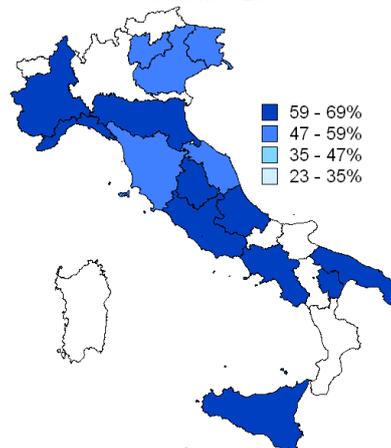
- Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 52)

% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare per ASL - Regione Campania - PASSI 2007



- Tra le 13 ASL della Regione, con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare, eccetto che per l'ASL NA 5 che mostra valori inferiori rispetto a quello regionale (63%).

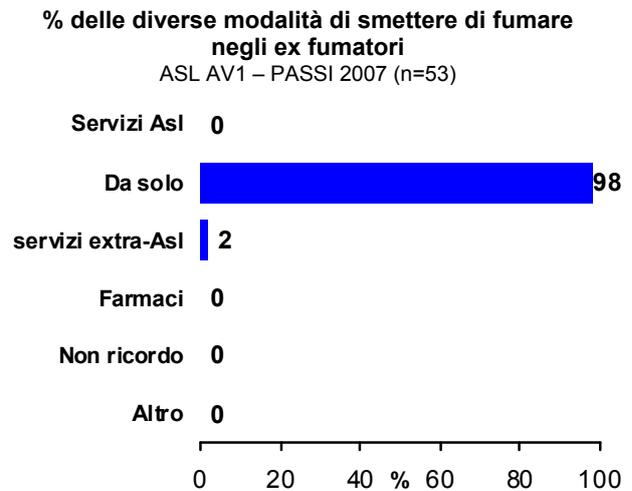
% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare
Pool PASSI 2007



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di fumatori che hanno riferito di aver ricevuto consiglio di smettere è risultata pari al 60%.

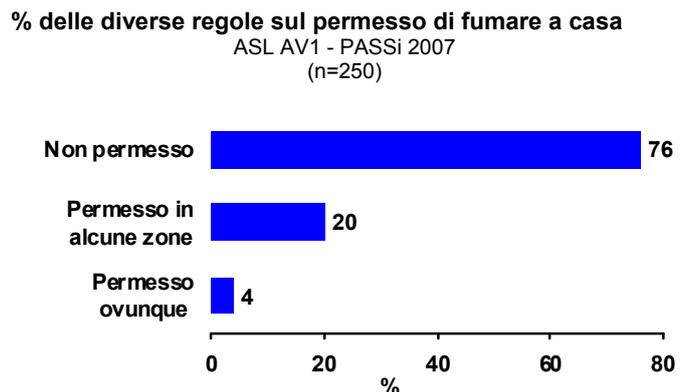
Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Quasi tutti gli ex fumatori (98,1%) hanno smesso di fumare da soli (tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 95.6%).
- Il 36,9% degli attuali fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno (tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 41%).
- Quasi tutti coloro che hanno tentato lo hanno fatto da soli (91,7%).



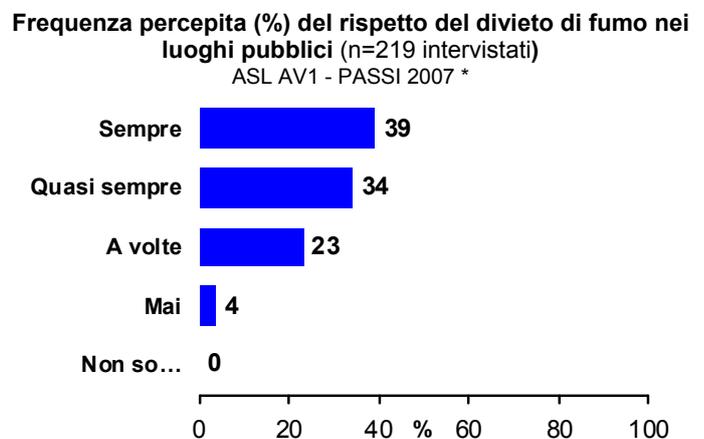
L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Il 75.6% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- Nel restante 24.4% dei casi si fuma ovunque (4%) o in alcuni luoghi (20.4%).



L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- Le persone intervistate riferiscono, nel 73,5% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 26,5% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.

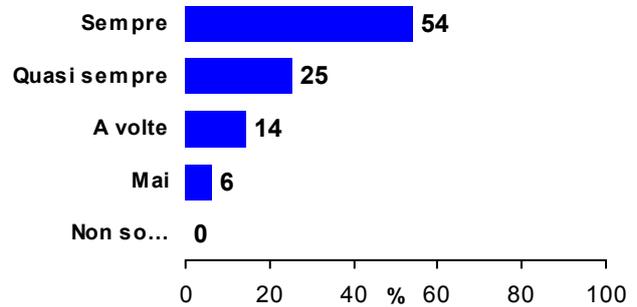


*intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 79,4% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 20,6% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.

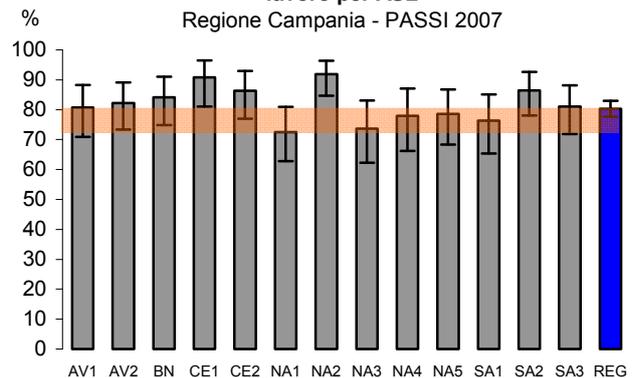
Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n=126 lavoratori)*
ASL AV1 - PASSI 2007



*chi lavora in ambienti chiusi, escluso chi lavora da solo

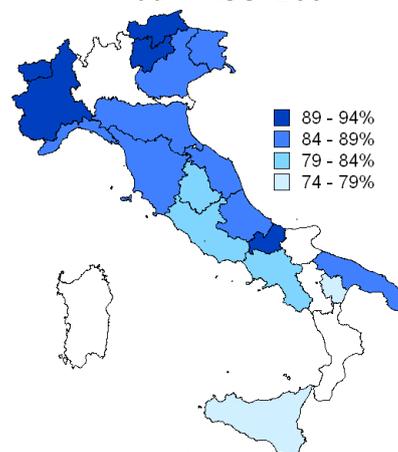
- In Campania le persone intervistate che lavorano riferiscono, nell'80% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 20% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.
- Nelle 13 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro, eccetto che per l'ASL NA 2 dove il rispetto del divieto viene riferito essere più frequente.

% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro per ASL
Regione Campania - PASSI 2007



% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro
Pool PASSI 2007

- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente dell'84.5% e del 15.5%.



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV1 un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra gli adulti, specialmente nella classe d'età dei 18-34enni, dove più di 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

Circa la metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile 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 un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

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

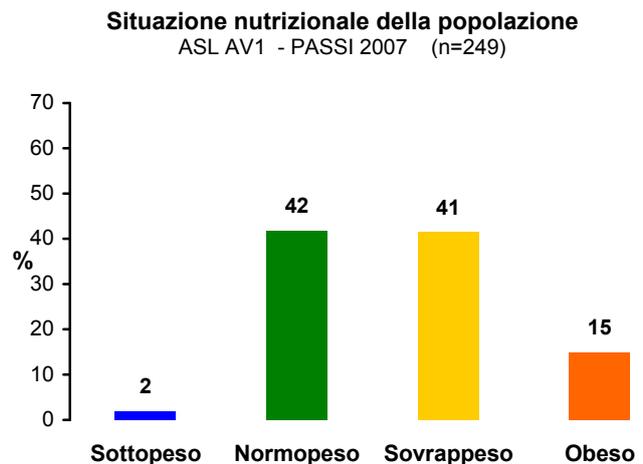
Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie pre-esistenti, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, *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?

- Il 2% delle persone intervistate nella ASL AV1 risulta sottopeso, il 41.8% normopeso, il 41.4% sovrappeso e il 14.9% obeso.
- Complessivamente si stima che il 56.2% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.

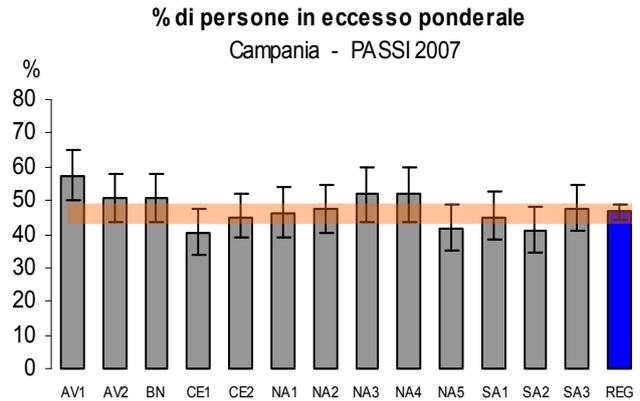


Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

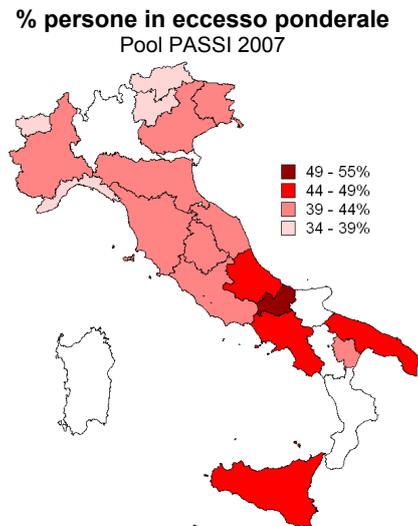
- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (66.1% vs 46.4%), nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche, con differenze tutte statisticamente significative

Eccesso ponderale	
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=249)	
Caratteristiche	Eccesso ponderale %
Totale	56.2 (IC95% 49,8-62,5)
Classi di età	
18 - 34	25
35 - 49	58.3
50 - 69	83.5
Sesso	
uomini	66.1
donne	46.4
Istruzione*	
bassa	73.7
alta	41.5
Difficoltà economiche	
sì	60.1
no	49.4
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea	

- Nelle 13 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative, eccetto che per l'ASL AV1 che mostra valori superiori a quello regionale (47%).



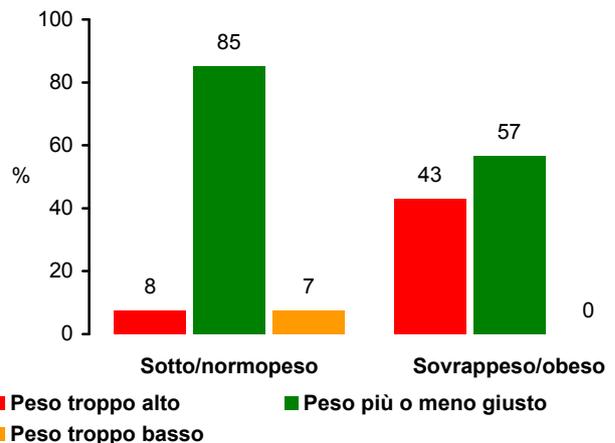
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza, a livello nazionale, tra le persone in eccesso ponderale il 30.8% è in sovrappeso e l'11.1% è obeso.
- La distribuzione dell'eccesso di peso evidenzia un gradiente nord-sud.



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- Tra i residenti della ASL AV1 la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (85.2%), mentre tra le persone in sovrappeso/obese solo il 43.5% ha una percezione coincidente.

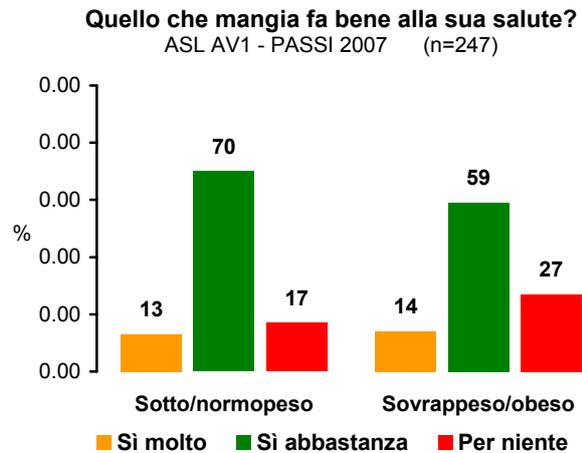
Percezione della propria situazione nutrizionale
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=246)



Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso l'82.1% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 90.2% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso/obese il 64.9% considera il proprio peso troppo alto rispetto al 28.4% degli uomini.

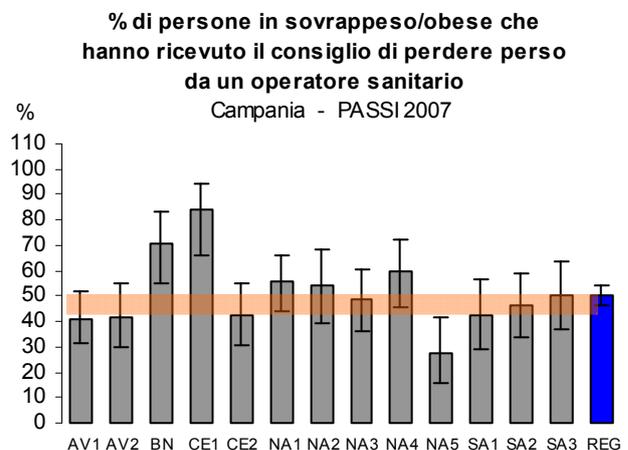
Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL AV1 mediamente il 77,8% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto") in particolare: l'83.2% dei sottopeso/normopeso, il 73.6% dei sovrappeso/obesi.



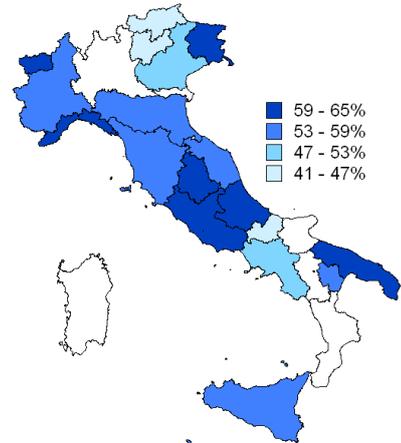
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Il 48.1% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 41.5% delle persone in sovrappeso ed il 65.7% delle persone obese.
- In Campania il 50% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 42% delle persone in sovrappeso e il 73% delle persone obese.
- Tra le 13 ASL della Regione emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario: i valori delle ASL BN e CE 1 si mostrano superiori e quelli della NA 5 inferiori rispetto a quello regionale.



% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Pool PASSI 2007

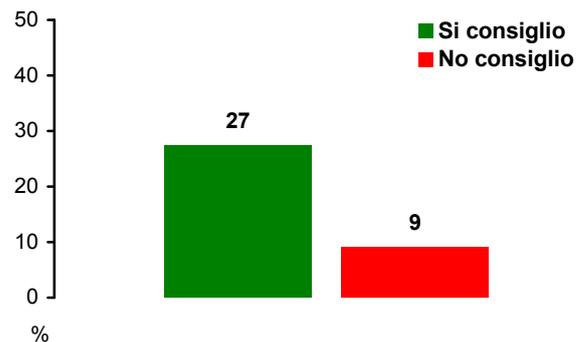
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 79% delle persone in sovrappeso ed il 95.3% degli obesi ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario.



- Solo il 17.1% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (19% vs 15.9% degli uomini)
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (27,4% vs 9% tra chi non ha ricevuto consiglio)
 - nelle persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (20% vs il 13.9% di coloro che ritengono il proprio peso "giusto").

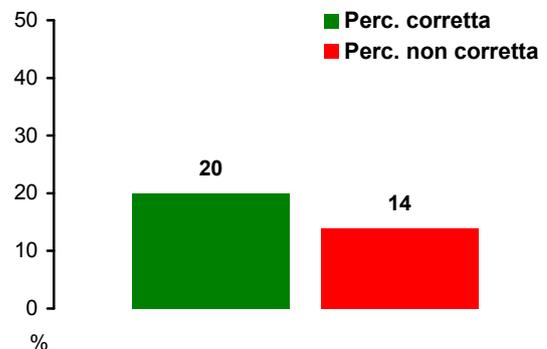
Percentuale di persone in sovrappeso/obese che fanno una dieta in rapporto al consiglio di un operatore sanitario

ASL AV1 - PASSI 2007 (n=129)



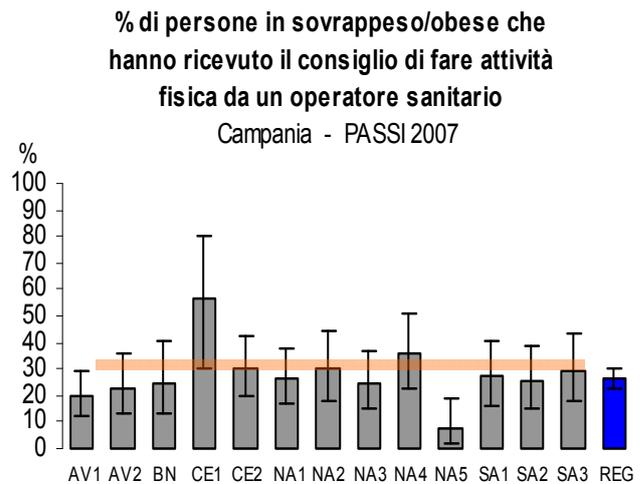
Percentuale di persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che fanno una dieta in rapporto alla percezione del proprio peso

ASL AV1 - PASSI 2007 (n=102)



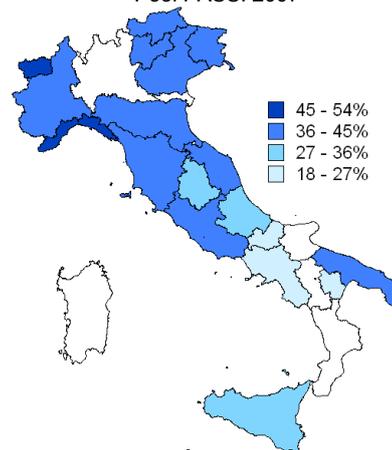
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

- Il 30.2% delle persone in eccesso ponderale residenti nella ASL AV1 è sedentario (25.5% nei sovrappeso e 43.2% negli obesi).
- Il 21.3% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 20.7% delle persone in sovrappeso e il 22.9% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 69.2% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 69.5% di chi non l'ha ricevuto.
- In Campania il 26% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 24% delle persone in sovrappeso e il 32% di quelle obese.
- Nelle 13 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, eccetto che per le ASL CE 1 e NA 5.



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 37% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 33% delle persone in sovrappeso ed il 45% degli obesi.

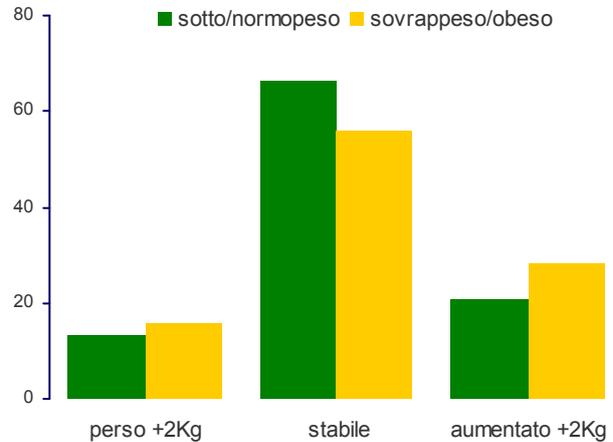
% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica
Pool PASSI 2007



Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Il 48.7% degli intervistati nella ASL AV1 ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso negli ultimi 12 mesi.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia d'età di 35-49 anni (31.7% vs 25.3% in quella 18-34 anni e 17.4% nella fascia 50-69 anni);
 - nelle persone in eccesso ponderale (28.1% nei sovrappeso/obesi vs il 20.6% nei sottopeso/normopeso);
 - nelle donne (34.4% vs 15.2% degli uomini).

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
ASL AV1 - PASSI 2007(n=246)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV1 l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 20% percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su due è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 17.1% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (69.8%). I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative ed interventi di provata efficacia.

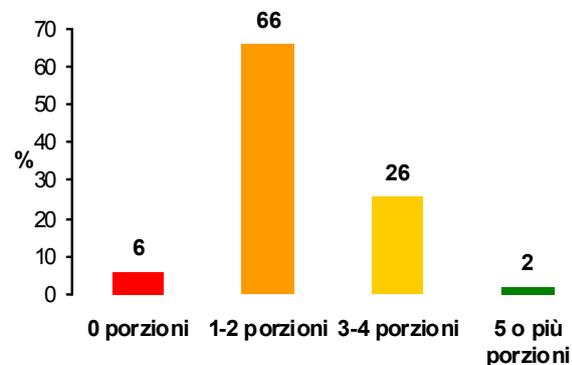
Abitudini alimentari: consumo di frutta e verdura

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di morbosità 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 riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno?

- Il 97.6% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 2.4% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 25.6% mangia 3-4 porzioni al giorno.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=250)

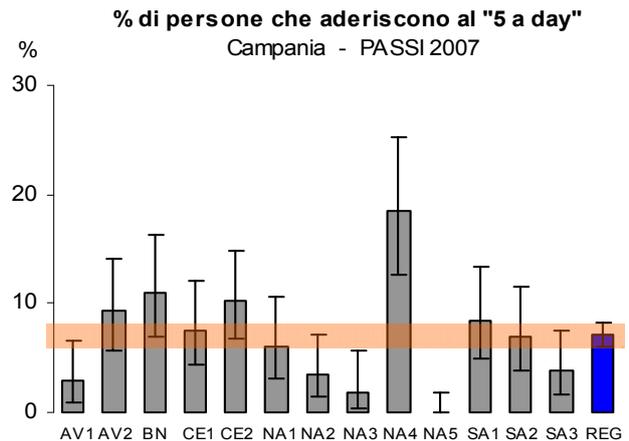


- Questa abitudine è più diffusa tra le persone fra i 35-69 anni (3.6%); non emergono differenze legate al sesso, al livello di istruzione, alla condizione economica e allo stato nutrizionale statisticamente significative.

Consumo di frutta e verdura ASL AV1 - PASSI 2007 n=244)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day"*** (%)
Totale	2.4 (IC95% 0.9-5.2)
Classi di età	
18 - 34	0
35 - 49	3.6
50 - 69	3.5
Sesso	
uomini	2.4
donne	2.4
Istruzione**	
bassa	1.7
alta	3.0
Difficoltà economiche	
sì	3.0
no	1.2
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	2.8
sovrapeso/obeso	2.1

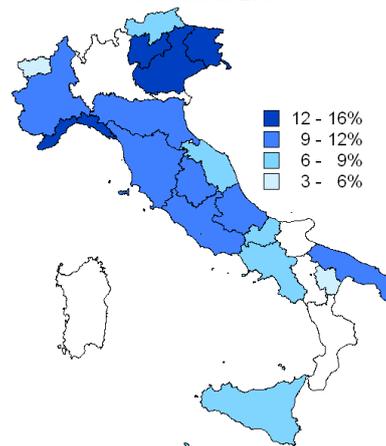
* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day", eccetto che per le ASL NA 4 e NA 5, che mostrano valori, rispettivamente, superiori ed inferiori rispetto a quello regionale (7%).



- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al "five a day" il 10% del campione

% persone che aderiscono al "five a day"
Pool PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, più della metà ne assume oltre 2 porzioni, ma solo il 2.4% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto, nell'ambito della promozione degli stili di vita sani, un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. Si tratta, infatti, di una sostanza potenzialmente cancerogena e di provata tossicità, in quanto capace di indurre un danno diretto alle cellule di molti organi, fra cui i più vulnerabili sono il fegato ed il sistema nervoso centrale. L'OMS stima che ogni anno siano, direttamente o indirettamente, attribuibili al consumo di alcol il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i tumori ed il 63% delle cirrosi epatiche. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per sé stessi e per gli altri (quali guida pericolosa di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza). A tale proposito, sempre secondo l'OMS, ben il 41% degli omicidi, il 45% di tutti gli incidenti ed il 9% delle invalidità sembrano attribuibili all'abuso di alcol. L'alcol è inoltre capace di indurre dipendenza ed è considerato, assieme al fumo, una "porta d'ingresso" verso il consumo di sostanze d'abuso.

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

Secondo l'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono quelle che bevono fuori pasto, i 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 quelle che indulgono in grandi bevute o binge drink (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione).

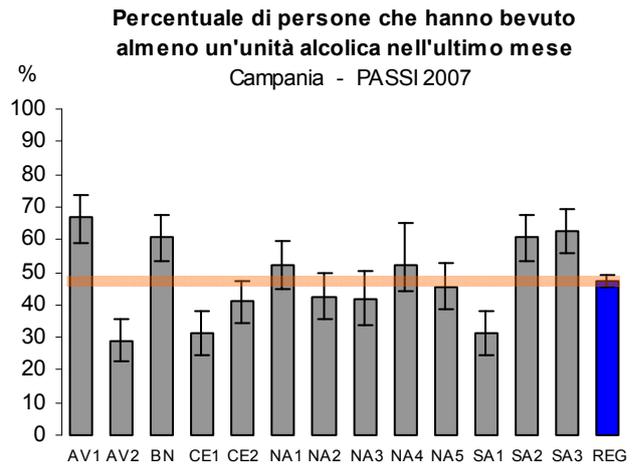
I medici e gli altri operatori possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol: un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo al consumo di alcol.

Quante persone consumano alcol?

- La percentuale di persone intervistate nella ASL AV1 che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 65.5%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 18-34 anni. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore negli uomini.
- Il 54.6% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 45.5% prevalentemente durante il fine settimana.

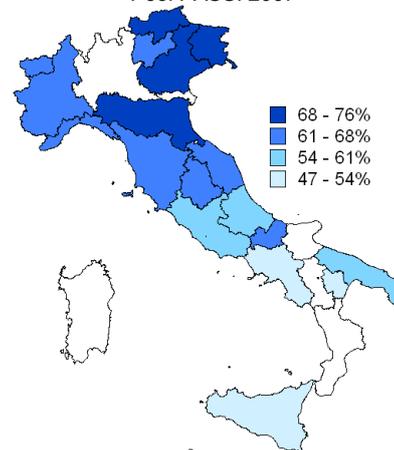
Consumo di alcol (ultimo mese) ASL AV1 - PASSI 2007 (n=249)		
Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*	
Totale	65.5% (IC95%:59.2-71.4)	
Classi di età		
	18 - 34	67.1
	35 - 49	64.3
	50 - 69	65.1
Sesso		
	uomini	81.5
	donne	49.6
Istruzione**		
	bassa	56.5
	alta	73.1
Difficoltà economiche		
	sì	65.2
	no	66.7
* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. **istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea		

- Nelle 13 ASL della Regione emergono differenze statisticamente significative: i valori delle ASL AV 1, BN, SA 2, SA 3 si mostrano superiori e quelli della ASL AV 2, CE 1 e SA 1 inferiori al valore regionale (47%).



- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61.3%.

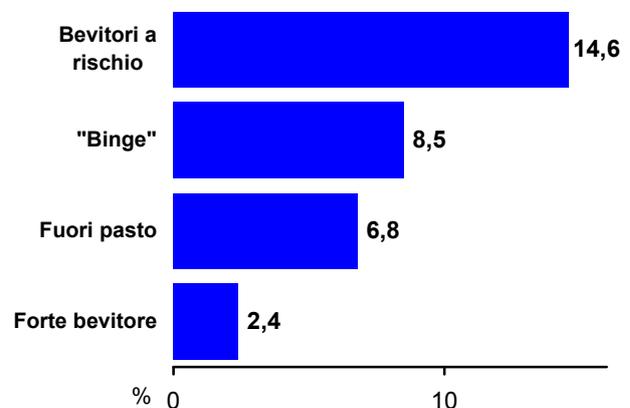
Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese
Pool PASSI 2007



Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 14.6% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 6.8% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- L'8.5% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 2.4% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

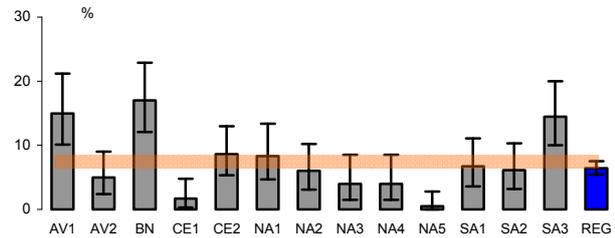
Bevitori a rischio* per categorie
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=247)



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

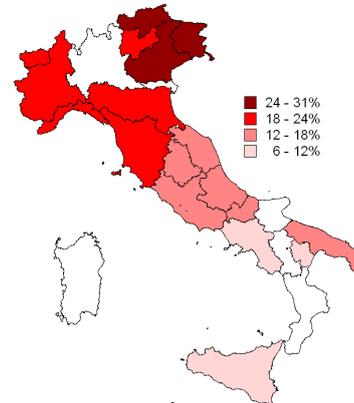
Percentuale di bevitori a rischio
Regione Campania - PASSI 2007

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale dei bevitori a rischio mostra differenze statisticamente significative rispetto al valore della Regione (6%): le ASL AV 1, BN e SA 3 mostrano valori superiori e le ASL CE 1 e NA 5 mostrano valori inferiori.



- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 16.1% degli intervistati è bevitore a rischio (3.9% consumo forte, 7.3% consumo binge, 8.4% consumo fuori pasto).

Percentuale di bevitori a rischio
Pool PASSI 2007



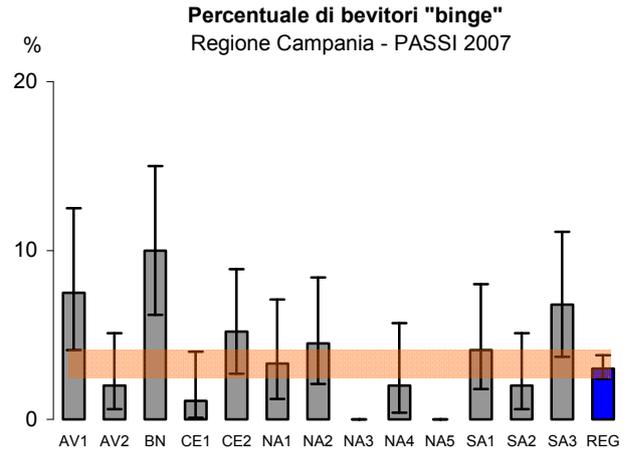
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda l'8,5% degli intervistati e risulta più diffuso tra la fascia di età 35-49, negli uomini, nelle persone con più elevato livello di istruzione e senza differenze per livello di reddito

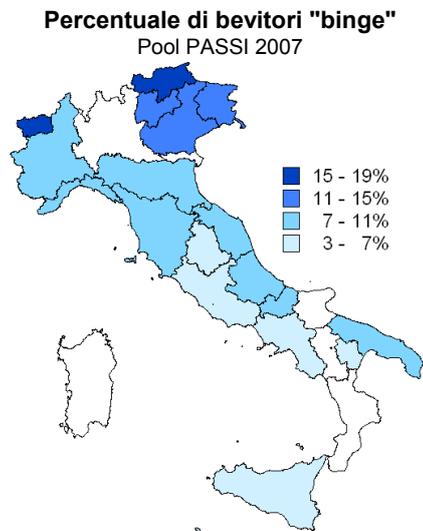
Consumo "binge" (ultimo mese)	
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=247)	
Caratteristiche	% bevitori "binge"*
Totale	8.5 (IC95%: 5.3-12.7)
Classi di età	
18 - 34	10.3
35 - 49	11.9
50 - 69	3.5
Sesso	
uomini	15.4
donne	1.6
Istruzione**	
bassa	7.8
alta	9.1
Difficoltà economiche	
sì	8.5
no	8.5

*consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;
istruzione alta: media superiore/laurea

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di bevitori "binge" delle ASL AV 1 e BN si mostra significativamente superiore rispetto al valore regionale (3%). Il numero di bevitori "binge" delle ASL NA3 e NA5 è pari a 0.



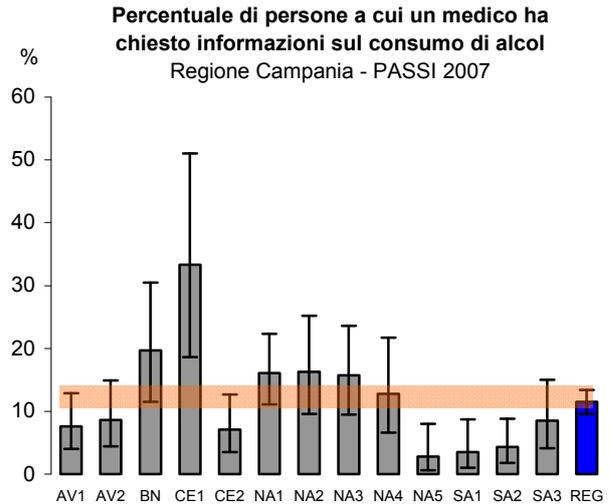
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori binge è risultata del 7%.



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

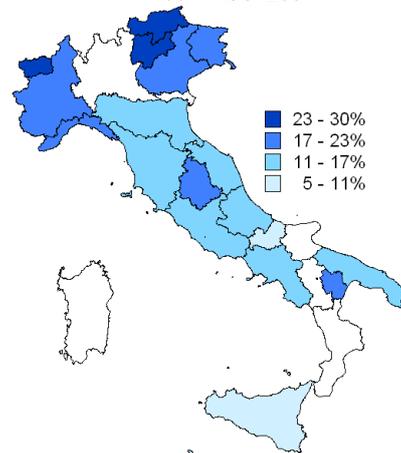
- Nella ASL AV1 solo il 9% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra i bevitori a rischio che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 3.4% ha avuto consiglio di bere meno.

- Nelle 13 ASL della Campania, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol mostra differenze statisticamente significative rispetto al dato regionale (11%): i valori dell'ASL CE 1 si mostrano superiori e quelli delle ASL NA 5, SA 1 e SA 2 inferiori.



- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 15.1%.
- Il 12.7% dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario.

Percentuale di persone a cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol
Pool PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV1 si stima che più della metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un decimo abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Si tratta di livelli di consumo che tuttavia non si discostano troppo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2007.

I risultati dell'indagine evidenziano la scarsa attenzione degli operatori sanitari, che solo raramente si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e, peraltro, non consigliano mai di moderarne l'uso.

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

Il consiglio degli operatori sanitari si è rivelato efficace nel ridurre alcuni fattori di rischio comportamentale relativi agli stili di vita.

Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nel tempo nell'ambito delle attività di informazione ed educazione, in particolare coinvolgendo famiglia, scuola e società, col supporto importante mass-media. Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della legalità (es. limite dei 0,5 gr/litro di tasso alcolico nel sangue per la guida), della sicurezza per sé e per gli altri e dall'altro all'offerta di aiuto per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

Sicurezza stradale

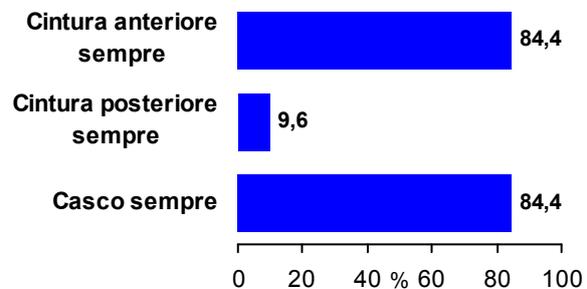
Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di Sanità Pubblica nel nostro Paese. Nel 2005 si sono verificati in Italia oltre 225.078 incidenti stradali con 5.426 morti e 313.727 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità. In Campania, nel 2005, gli incidenti stradali sono stati 10.457 con 313 morti e 15.698 feriti.

Gli incidenti stradali sono spesso provocati dall'alcol: si stima che in Italia oltre un terzo della mortalità per questa causa sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza. La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato tra l'altro a ridurre la guida sotto l'effetto dell'alcol e al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

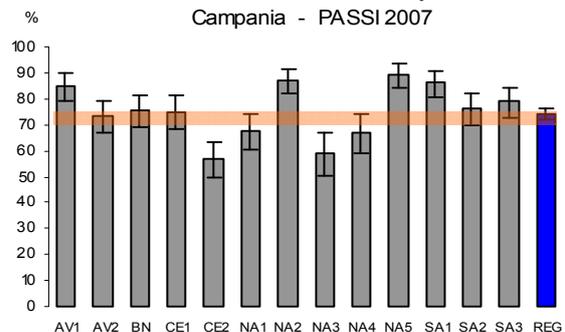
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all' 84.4%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (9.6%)
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino nella ASL AV1 l'84.4% riferisce di usare il casco sempre.
- In Campania, il 74% delle persone intervistate riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza, il 14% quella posteriore e, tra le persone che vanno in moto o in motorino, il 76% riferisce di usare sempre il casco.
- Nelle 13 ASL della Campania con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza presenta differenze statisticamente significative rispetto al valore regionale:
- per la cintura anteriore, i valori delle ASL AV 1, NA 2, NA 5 e SA1 si mostrano superiori e quelli delle ASL CE2 e NA3 inferiori;
- per la cintura posteriore i valori delle ASL AV 2 e NA 5 si mostrano superiori e quelli delle ASL CE2, SA 2 e SA3 inferiori.
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è maggiore del dato aziendale, essendo dell'81.8% per la cintura anteriore, del 19% per quella posteriore e del 91.6% per l'uso del casco.

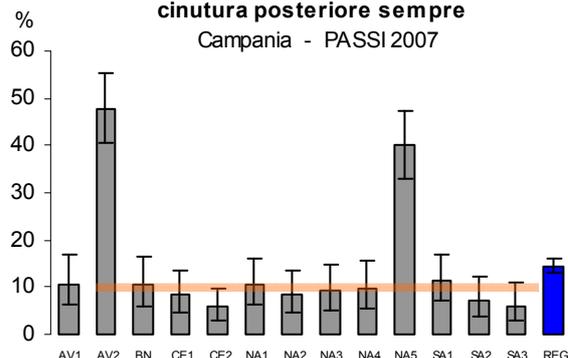
Uso dei dispositivi di sicurezza
ASL AV1 - PASSI 2007



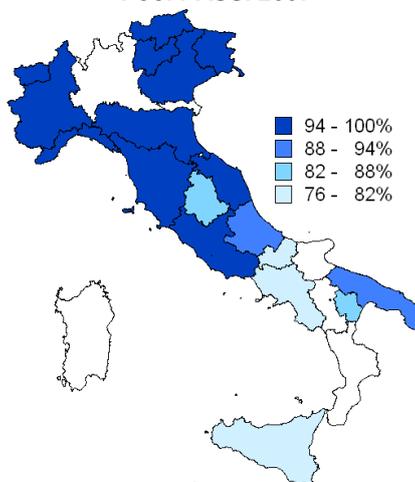
Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre
Campania - PASSI 2007



Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre
Campania - PASSI 2007

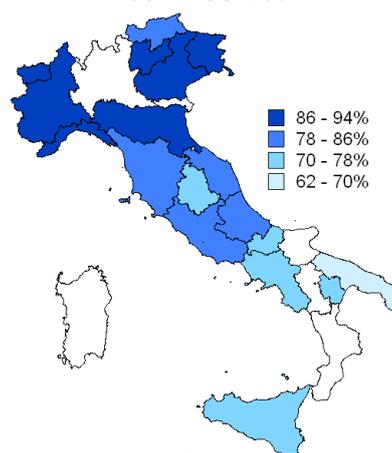


**Percentuale di persone che usano il casco sempre
Pool PASSI 2007**

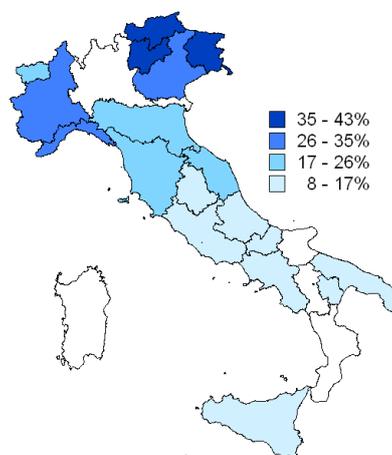


- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è maggiore del dato aziendale, essendo dell'81.8% per la cintura anteriore, del 19% per quella posteriore e del 91.6% per l'uso del casco.

**Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre
Pool PASSI 2007**



**Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre
Pool PASSI 2007**



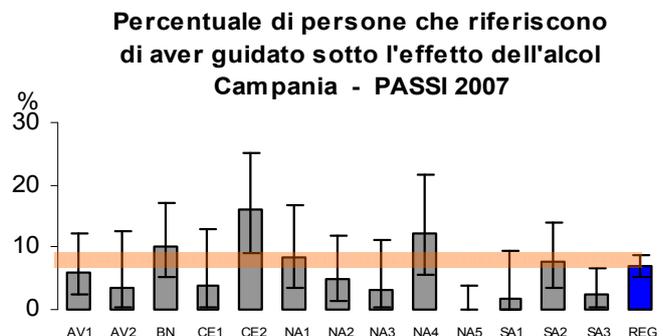
Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 4.4% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 6.8%;
- il 9.9% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Guida sotto l'effetto dell'alcol* ASL AV1 - PASSI 2007 (n=162)	
Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	6.8 (IC95%: 3.4-11.8)
Classi di età	
18-34	9.4
35 - 49	3.7
50 - 69	7.3
Sesso	
uomini	9.9
donne	1.6
Istruzione	
nessuno/elementare	8.7
scuola media inferiore	7.3
scuola media superiore	3.8
laurea/diploma universitario	15.8
Difficoltà economiche	
sì	7.5
no	5.4

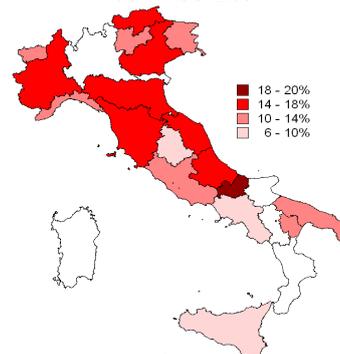
* il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato
**coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

- Tra le diverse ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, eccetto che per la ASL NA 5 che mostra valori inferiori a quello regionale (7%).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è stata del 13%, con un evidente gradiente territoriale.

**Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol
Pool PASSI 2007**



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV1 si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce ancora un problema piuttosto diffuso.

Dalla letteratura scientifica si evince che di migliore efficacia sono gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, facendo particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

Vaccinazione antinfluenzale

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

Si stima, che, nei paesi industrializzati, la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive.

Le complicanze e l'incremento dei casi di ospedalizzazione determinano forti ripercussioni sanitarie ed economiche, sia nell'ambito della comunità che per il singolo individuo.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale).

Pertanto è raccomandata soprattutto a soggetti per i quali l'influenza si può rivelare particolarmente grave (anziani e soggetti affetti da determinate patologie croniche) e a particolari categorie di lavoratori.

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

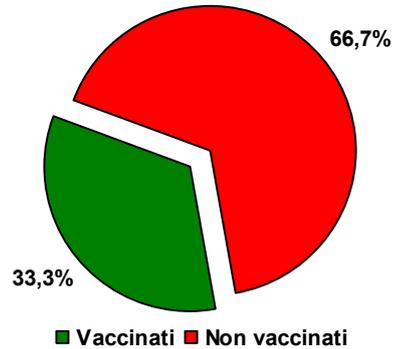
- Nella ASL AV1 il 9.1% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata. Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza "Passi" (la fascia d'età del campione osservato è 18-69 anni) e, peraltro, sono fornite dalle rilevazioni routinarie del Ministero della Salute.
- Emergono differenze statisticamente significative relativamente all'età e alla presenza di almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)		
ASL AV1 - Passi, 2007 (n=77)		
Caratteristiche		Vaccinati (%)
Totale		9.1
		(IC95% 3.7-17.8)
Età		
	18-34	3.7
	35-49	3.7
	50-64	21.7
Sesso		
	uomini	11.1
	donne	7.3
Istruzione*		
	bassa	14.7
	alta	4.7
Difficoltà economiche		
	sì	12.2
	no	3.7
Patologia cronica		
	sì	33.3
	no	3.2

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

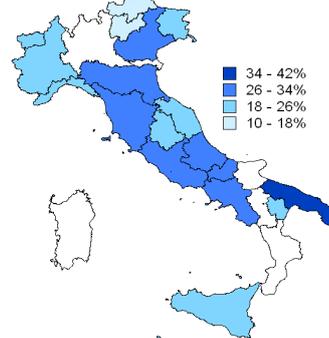
Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
ASL AV1 (n=15)

- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 33.3% risulta vaccinato.



Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
Pool PASSI 2007

- Tra le ASL partecipanti (pool ASL Passi) la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del 13.8% e del 30.2% tra i portatori di almeno una patologia cronica.



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute e le strategie adottate in Regione Campania hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni (73% nella campagna 2006/07 secondo i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale), ma, tra le persone con meno di 65 anni, affette da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente (tre persone su dieci).

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere, pertanto, ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con programmi di offerta attiva ai gruppi target in collaborazione con i medici specialisti ed altre istituzioni territoriali.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, della rosolia congenita.

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

Si stima che, per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immune alla malattia deve essere superiore al 95%.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Il 13.4% delle donne intervistate di 18-49 anni tra le residenti nella ASL AV1 riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate non mostra differenze statisticamente significative per età, livello di istruzione e reddito.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)

ASL AV1- Passi, 2007 (n=82)

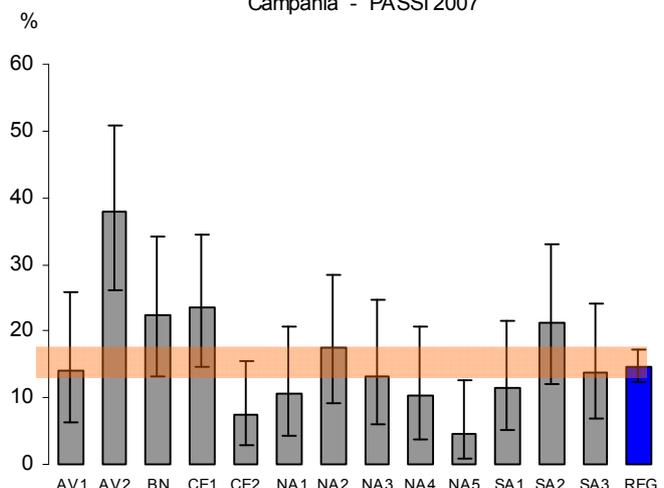
Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %	
Totale		13.4 (IC95%: 6.9 – 22.7)
Età		
	18-24	40.0
	25-34	12.0
	35-49	4.8
Istruzione*		
	bassa	19.4
	alta	9.8
Difficoltà economiche		
	sì	6.1
	no	25.0

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

- In Campania il 14.7% delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.
- Nelle 13 ASL della Campania emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate: le donne della ASL AV2 hanno riferito con una frequenza maggiore di aver praticato il vaccino.

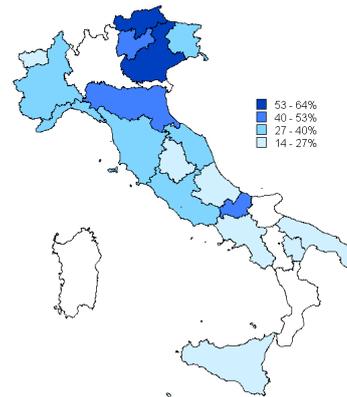
Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia (%)

Campania - PASSI 2007



Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia
Pool PASSI 2007

- Tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne vaccinate è risultata del 32.3%, valore nettamente superiore a quello regionale.



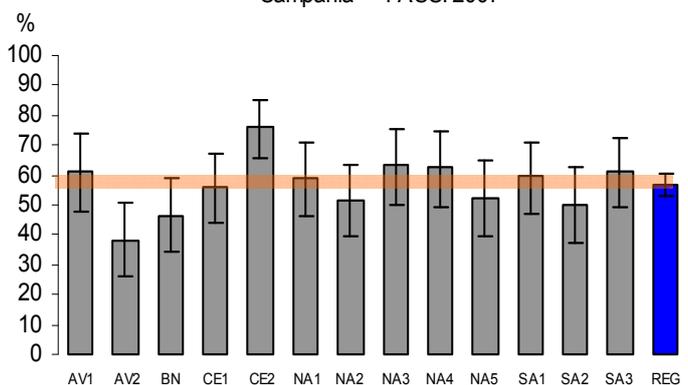
Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Il 34.1% delle donne di 18-49 anni residenti in ASL AV1 è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (13.4%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (20.7%).
- Il 7.3% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 51.2% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) ASL AV1 - Passi 2007 (n=82)	
Immuni	% 34.1
Vaccinate	13.4
Non vaccinate con rubeotest positivo	20.7
Suscettibili/stato sconosciuto	65.9
Non vaccinate; rubeotest negativo	7.3
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	7.3
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	51.2

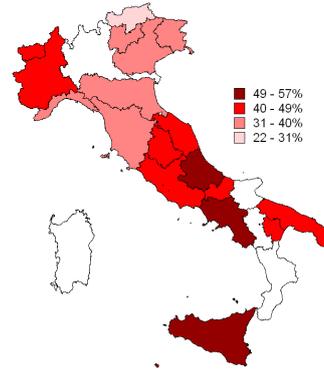
- In Campania il 56.8% delle donne è suscettibile alla rosolia. Il 43.2% delle intervistate di 18-49 anni è invece immune o per aver praticato la vaccinazione (14.7%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (28,5%).
- Tra le 13 ASL della Campania con campione rappresentativo, la più alta percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia è alla ASL CE 2 (70%), la più bassa alla ASL AV 2 (37.9%), in linea con i valori di copertura vaccinale.

Donne 18-49 anni suscettibili alla Rosolia (%)
Campania - PASSI 2007



Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia
Pool PASSI 2007

- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne suscettibili è del 44.5%.



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come, sia su scala nazionale che, soprattutto, a livello aziendale il numero di giovani donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, sia ancora molto alto.

Appare pertanto 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, pediatri, ginecologi e ostetriche).

Rischio cardiovascolare

La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle patologie cardiovascolari; dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete, fumo ed obesità sono i principali fattori di rischio positivamente correlati allo sviluppo di tali patologie.

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di determinati gruppi di popolazione, con l'obiettivo di indurre modificazioni negli stili di vita delle persone a rischio e favorire una riduzione dell'impatto sfavorevole dei predetti fattori sulla loro salute.

In questa sezione dello studio PASSI sono state indagate ipertensione, ipercolesterolemia e uso della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio CV.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare importante e molto diffuso, implicato nella genesi di molte malattie, in particolare ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, 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.

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, sebbene molte persone con ipertensione necessitino anche di un trattamento farmacologico.

L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

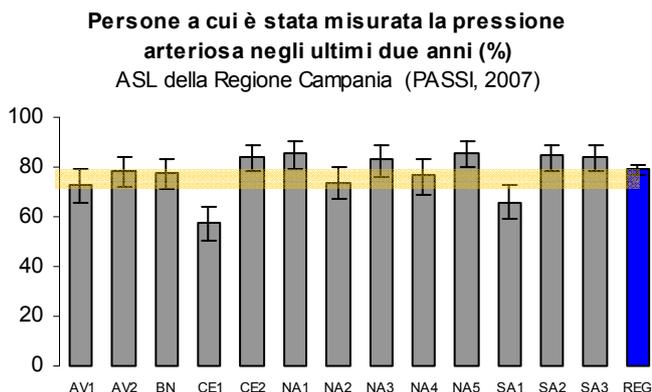
- Nella ASL AV1, il 73.6% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 7.6% più di 2 anni fa. Il restante 18.8% non ricorda o non l'ha misurata.

- Si rilevano differenze significative nella percentuale di persone controllate negli ultimi due anni in base all'età (50-69 rispetto a 18-34 e 35-49).

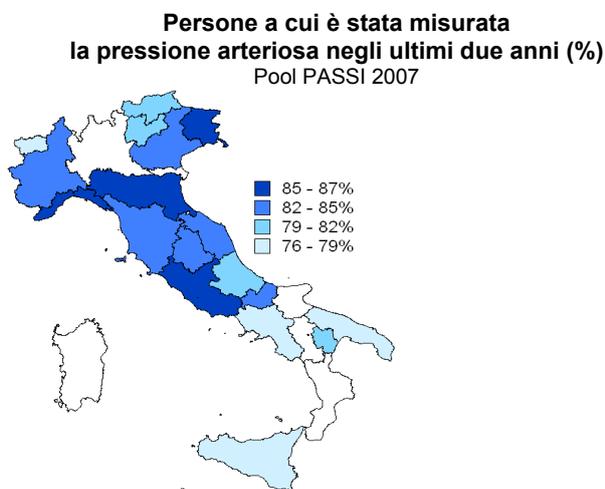
Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni ASL AV1 - PASSI 2007 (n=250)	
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
Totale	73.6 % (IC95%: 67.7 % - 79 %)
Classi di età	
18 - 34	62.5
35 - 49	70.2
50 - 69	87.2
Sesso	
M	72.8
F	74.4
Istruzione*	
bassa	82.6
alta	65.9
Reddito**	
sì	72.6
no	75.3

*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea
**"con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

Tra le 13 ASL della Campania con campione rappresentativo, le ASL CE 1 e SA 1 presentano valori inferiori a quello regionale (79%) per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni.



- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 92.8%



Quante persone sono ipertese?

- Il 21.7% degli intervistati della ASL AV1, che hanno avuto misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50-69 anni più di una persona su 3 riferisce di essere ipertesa (39%). Emergono differenze anche per il livello di istruzione.

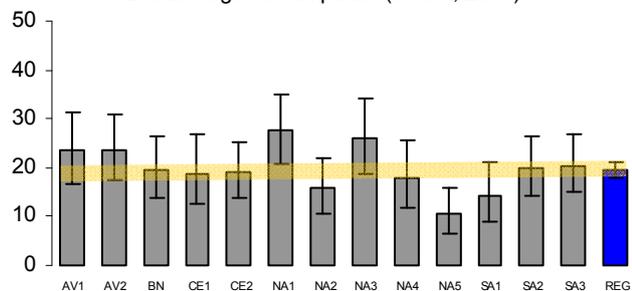
Ipertesi		
ASL AV1 (n=203) - PASSI 2007		
Caratteristiche demografiche	Ipertesi (%)	
Totale	21.7 (IC95%: 16.2% - 28%)	
Età		
	18 - 34	5.3
	35 - 49	15.9
	50 - 69	39
Sesso		
	M	27.6
	F	16.2
Istruzione*		
	bassa	29.7
	alta	13.7
Difficoltà economiche **		
	sì	23.5
	no	18.2

*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea
 **con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

- Tra le 13 ASL della Regione non si osservano differenze significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi, eccetto che per l'ASL NA 5 che mostra valori inferiori a quello regionale (20%).

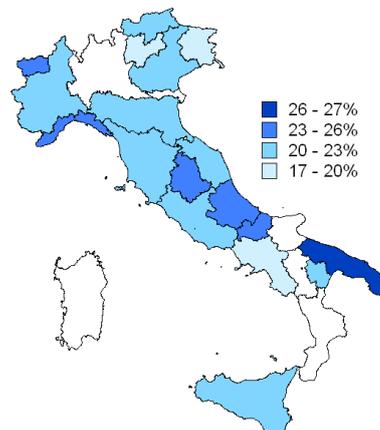
Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa (%)

ASL della Regione Campania (PASSI, 2007)



Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)

Pool PASSI 2007

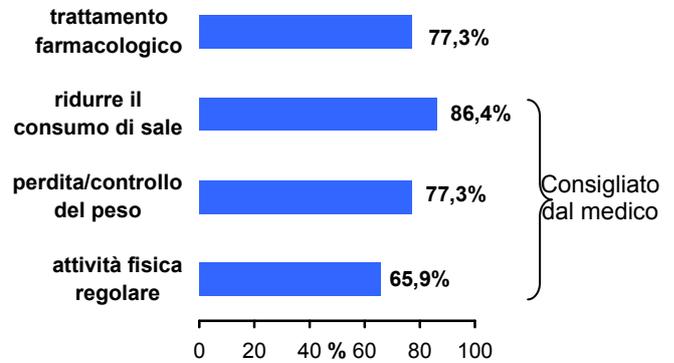


- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 22%

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

- Il 77.3% degli ipertesi nella ASL AV1 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (86.4%), ridurre o mantenere il peso corporeo (77.3%) e svolgere regolare attività fisica (65.9%).

Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico *
ASL AV1 PASSI – 2007 (n=44)

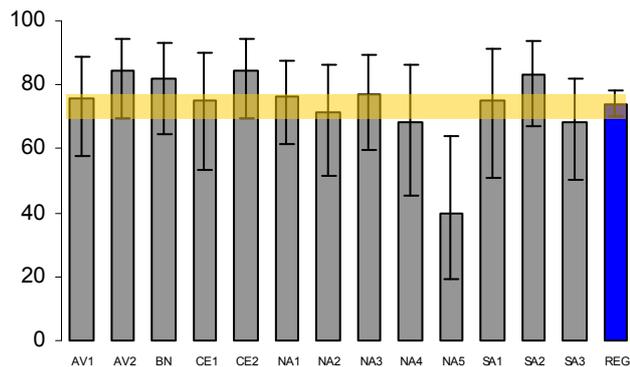


- ognuno considerata indipendentemente

- Il 74% degli ipertesi in Regione Campania riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Tra le 13 ASL della Regione soltanto la ASL NA5 presenta differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati.

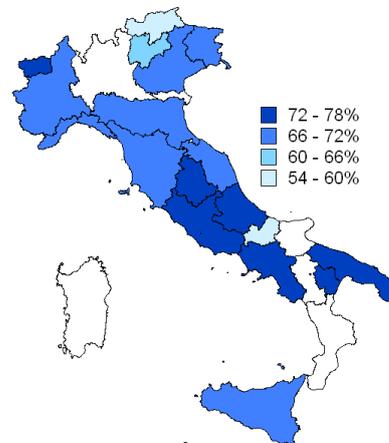
Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci

ASL della Regione Campania (PASSI, 2007)



Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci

Pool PASSI 2007



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 71%.

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV1 si stima che sia iperteso circa il 21.7% della popolazione tra 18 e 69 anni; tra gli ultracinquantenni il valore è del 39%.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se 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 efficacemente. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali fumo e ipertensione.

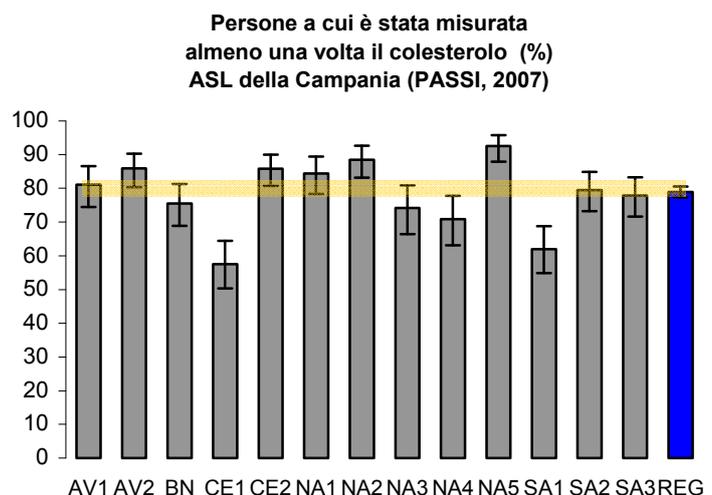
Quante persone hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- L'80.4% degli intervistati nella ASL AV1 riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 54% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 18% tra 1 e 2 anni fa, l'8.4% più di 2 anni fa, mentre il 19.6% non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, passando dal 63.8% nella classe 18-34 anni al 93% nei 50-69enni (in modo statisticamente significativo) e nelle persone con basso livello di istruzione.

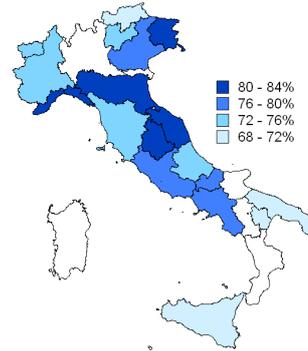
Colesterolo misurato almeno una volta ASL AV1 - PASSI 2007 (n=250)	
Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
Totale	80.4% (IC95%: 74.9% - 85.1%)
Classi di età	
18 - 34	63.8
35 - 49	83.3
50 - 69	93
Sesso	
M	80
F	80.8
Istruzione*	
bassa	81.7
alta	79.3
Difficoltà economiche**	
sì	80.5
no	80

*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea
**con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

- In Campania, il 79% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia: di questi, il 55% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 17% tra 1 e 2 anni fa, il 7% più di 2 anni fa, mentre il 21% non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- Tra le 13 ASL della Regione si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo: le ASL CE 1 e SA 1 mostrano valori inferiori e le ASL NA 2 e NA 5 valori superiori a quelli regionali.



Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)
Pool PASSI 2007



- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 76.8%

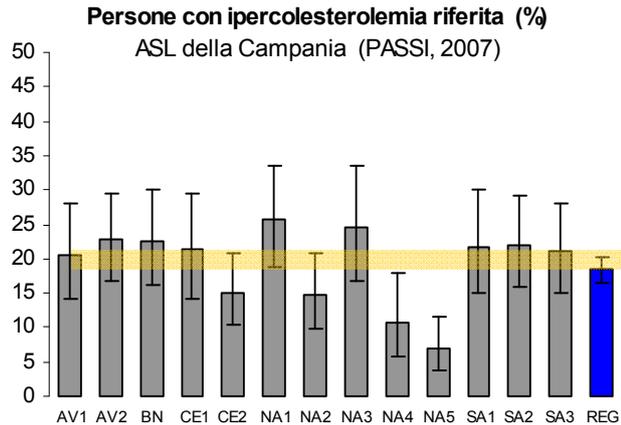
Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 22.9% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, nei maschi, nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

Ipercolesterolemia riferita ASL AV1 - PASSI 2007 (n=201)		
Caratteristiche demografiche		Ipercolesterolemia (%)
Totale		22.9 (IC95%: 17.3% - 29.3%)
Età		
	18 - 34	9.8
	35 - 49	22.9
	50 - 69	31.3
Sesso		
	M	29
	F	16.8
Istruzione*		
	bassa	29.8
	alta	16.8
Difficoltà economiche**		
	sì	25
	no	19.1

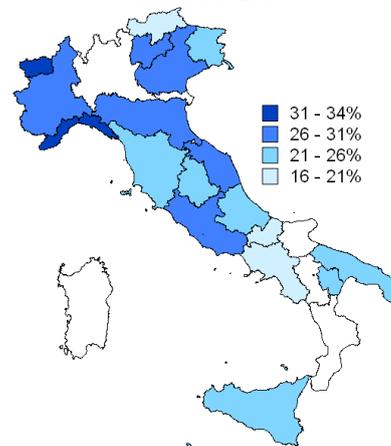
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea
**"con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare)come arriva a fine mese?"

- In Campania tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 18% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- Tra le 13 ASL della Regione non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia, eccetto che per la ASL NA 5 che mostra valori inferiori a quello regionale.



- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone che riferisce una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 25%, con un evidente gradiente territoriale nord-sud.

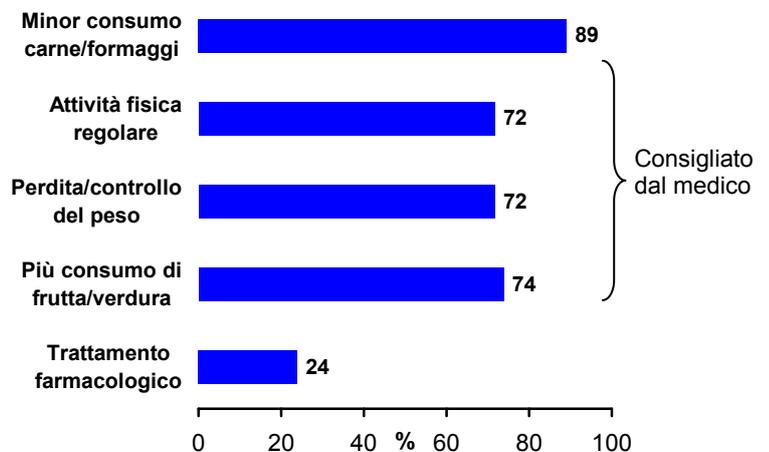
Persone con ipercolesterolemia riferita (%)
Pool PASSI 2007



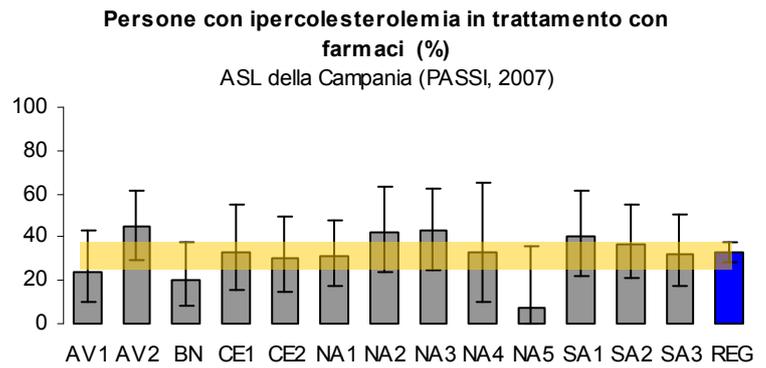
Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 23.9% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- L'89.1% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 73.9% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 71.7% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 71.7% di svolgere regolare attività fisica.

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=46)

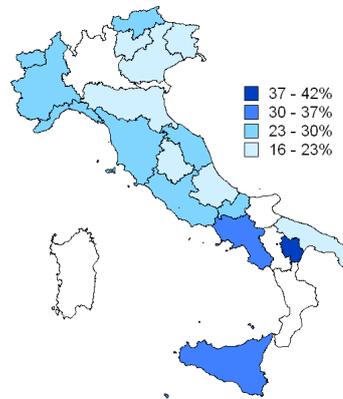


- In Campania il 33% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Tra le 13 ASL della Regione non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati.



- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 25%.

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)
Pool PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 19.6% della popolazione di 18-69 anni della ASL AV1 non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 22.9% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 31.3% tra le persone di 50-69 anni.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico.

La variabilità nei consigli ricevuti dalle persone con ipercolesterolemia da parte degli operatori sanitari mostra la necessità di ricorrere ad un approccio maggiormente standardizzato e più esteso alla popolazione caratterizzata da questo fattore di rischio.

Carta e punteggio individuale del 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 prematuramente (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno, complessivamente, oltre 200.000 anni di vita alle persone sotto ai 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 a familiarità per la 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.

La carta e il punteggio individuale 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. Per questo motivo il piano di prevenzione regionale ne prevede una sempre maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

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

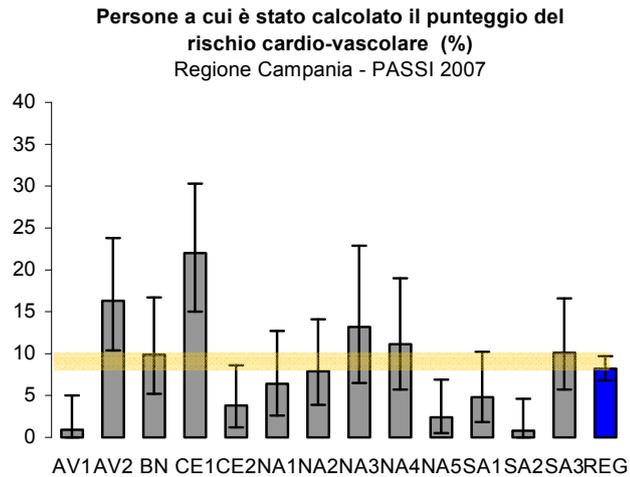
- ASL AV1 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 1.3%.

- Non si osservano differenze per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare.

Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ASL AV1 (n=157) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)
Totale	1.3 (IC95%: 0.2% - 4.5%)
Classi di età	
35 - 49	1.3
50 - 69	1.3
Sesso	
M	1.4
F	1.2
Istruzione*	
bassa	1.1
alta	1.5
Difficoltà economiche**	
basso	1.8
alto	0.0
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***	
sì	1.5
no	0.0

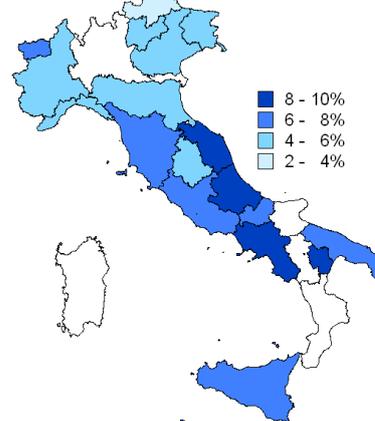
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea
 **con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?
 *** soggetti che fumano o sono ipercolesterolemici o ipertesi o in eccesso ponderale o con diabete

- Tra le 13 ASL della Regione si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare: i valori delle ASL AV 1, NA 5 e SA 2 sono inferiori e quelli delle ASL AV 2 e CE 1 e NA 3 superiori rispetto al dato regionale (8%).



- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 7.2%

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)
Pool PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nella ASL AV1.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto. Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare infatti, il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile perché confrontabile con quello calcolato nelle visite successive, permettendo così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica) del paziente come d'altra parte i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente che, informato dal medico con quali elementi ha calcolato il livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere i propri comportamenti seguendo le indicazioni del curante.

Nella sorveglianza delle attività a favore della prevenzione cardiovascolare, la proporzione di persone cui è stato applicato il punteggio di rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore sensibile e utile.

Infortuni domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi conseguono, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza.

Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000. Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni. Probabilmente una parte di questi incrementi sono da attribuire ad una maggiore attenzione alla problematica e al miglioramento della capacità di rilevazione del fenomeno. Circa 1,3 milioni di persone (SINIACA, 2004) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500/anno.

In generale non è facile avere stime concordanti del fenomeno in quanto la stessa definizione di caso non è univoca nei diversi flussi informativi e le misclassificazioni sono molto frequenti.

La definizione di caso adottata per l'indagine PASSI, coerente con quella ISTAT, prevede: la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, l'accidentalità dell'evento e che questo si sia verificato in una civile abitazione, sia all'interno che all'esterno di essa.

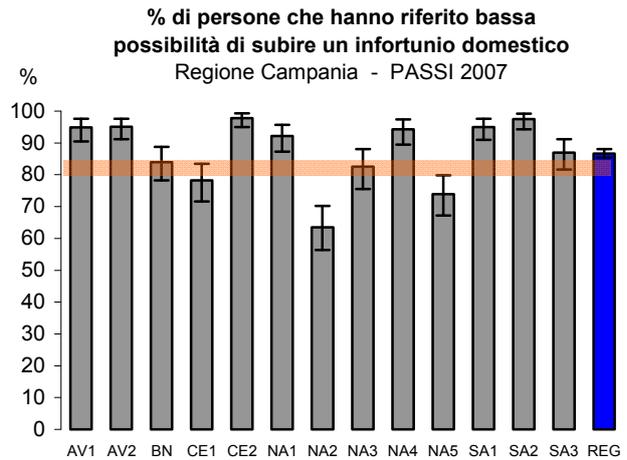
Quale è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

- Nella ASL AV1 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico è molto bassa. Infatti il 94.4% degli intervistati lo ritiene basso o assente; non si rilevano differenze statisticamente significative per sesso, età, istruzione e reddito. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) non influenza la percezione del rischio.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico ASL AV1 (n=250) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Totale	94.4 (IC 95%: 90.8-96.9)
Età	
18 - 34	97.5
35 - 49	89.3
50 - 69	96.5
Sesso	
Uomini	98.4
Donne	90.4
Istruzione**	
bassa	93.9
alta	94.8
Difficoltà economiche	
si	93.9
no	95.3

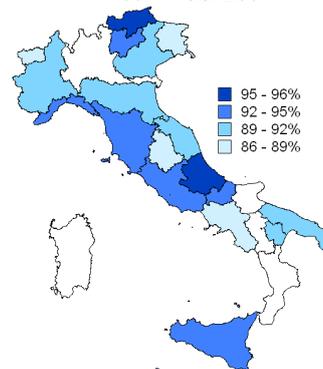
si	94.6
no	94.3
*possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa **istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea ***si: presenza di anziani e/o bambini	

- In Campania la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti l'87% degli intervistati lo ritiene basso o assente.
- Nelle varie ASL della Regione Campania, emergono differenze statisticamente significative per la percentuale di rischio di infortunio: i valori delle ASL CE 1, NA 2 e NA 5 si mostrano inferiori e quelli delle ASL AV 1, AV 2, CE 2, NA 4, SA 1, SA 2 superiori a quello regionale.



- Nelle pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91.2%.

% di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Pool PASSI 2007



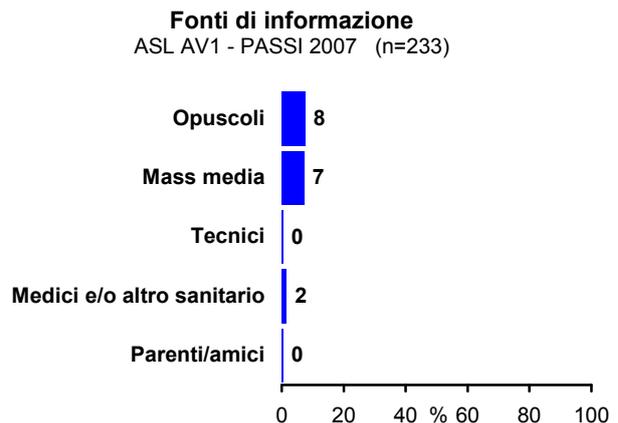
Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

- Nella ASL AV1 solo il 14.8% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 35-49 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Percentuali più elevate si hanno nelle donne ed in quelli con reddito più elevato.

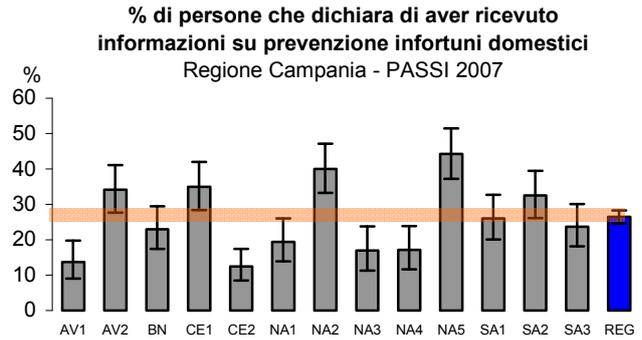
Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi ASL AV1 (n=250) PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	14.8 (IC 95%: 10.6-19.8)
Età	
18 - 34	13.8
35 - 49	16.7
50 - 69	14.0
 Sesso	
Uomini	13.6
Donne	16.0
Istruzione*	
bassa	14.8
alta	14.8
Difficoltà economiche	
si	14.0
no	16.5
Persone potenzialmente a rischio**	
si	12.9
no	15.9
Percezione del rischio	
alta	14.3
bassa	14.8

*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea
**si: presenza di anziani e/o bambini

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono gli opuscoli e i mass media (8% e 7% rispettivamente).

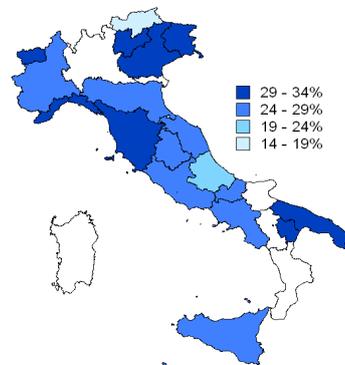


- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che ha ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi: i valori delle ASL CE 1, NA 2 e NA 5 si mostrano superiori e quelli delle ASL AV 1, CE 2, NA 3 e NA 4 inferiori a quello regionale (26.5%).



- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi per prevenire gli infortuni domestici è del 27.6%.

% di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici
Pool PASSI 2007



Tra chi riferisce di aver ricevuto informazioni, sono state adottate misure per rendere l'abitazione più sicura?

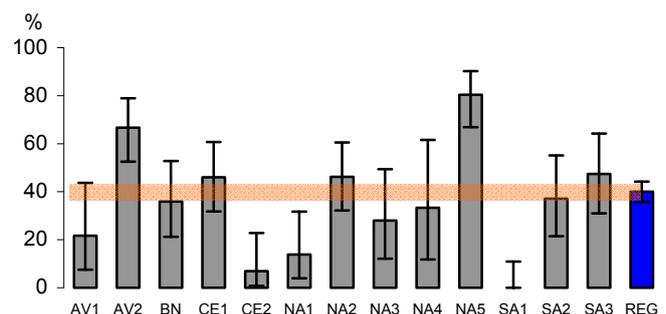
- Nella ASL AV1 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 25% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore nella classe di età tra i 50-69 anni, tra i maschi, chi ha difficoltà economiche, chi ha una bassa percezione del rischio e in assenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani).

% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione ASL AV1 (n=32) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	25.0 (IC 95%: 11.5 -43.4)
Età	
18 - 34	20.0
35 - 49	16.7
50 - 69	40.0
Sesso	
Uomini	35.7
Donne	16.7
Istruzione*	
bassa	28.6
alta	22.2
Difficoltà economiche	
si	28.6
no	18.2
Persone potenzialmente a rischio**	
si	9.1
no	33.3
Percezione del rischio	
alta	0.0
bassa	26.7

*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea
**si: presenza di anziani e/o bambini

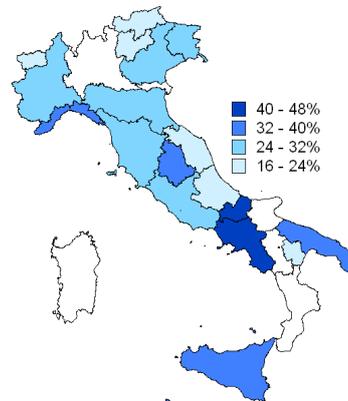
- In Campania, tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, il 40% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- Nelle ASL della regione emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive: i valori delle ASL AV 2 e NA 5 si mostrano superiori e quelli delle ASL CE2, NA 1 e SA 1 inferiori a quello regionale.

% di persone che dichiara di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni)
Campania - PASSI 2007



- Nel pool delle ASL nazionali partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30%.

% di persone che dichiara di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni)
Pool PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di Sanità Pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nella ASL AV1, come nel resto della Regione Campania, le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico.

È necessario tuttavia considerare che i gruppi di popolazione più facilmente soggetti agli incidenti domestici (bambini e anziani) non rientrano nel gruppo di età campionato dal PASSI e pertanto la stima degli incidenti fatta dallo studio può rivelarsi molto inferiore alla realtà.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da mass media e opuscoli. Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, meno di un decimo ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema.

Si evidenzia quindi la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal piano di prevenzione regionale recentemente approvato, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, può risultare in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità (1). Per i cittadini la salute mentale è infatti una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa. Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati (2). In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo affettivo (ESMED).

Per comprendere meglio l'entità del fenomeno a livello regionale e locale, si è deciso di aggiungere un breve modulo riguardante la depressione al questionario PASSI. Le domande che vengono somministrate sono state desunte dal Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consta di due quesiti di un grado elevato, scientificamente provato, di sensibilità e specificità per la tematica della depressione a fronte di una comparazione con i criteri diagnostici internazionali. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: (1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e (2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi (1 e 2) sono poi sommati e vengono utilizzati per calcolare un punteggio da 0 a 6. Coloro che ottengono un punteggio maggiore o uguale a tre sono considerati depressi, nonostante tale diagnosi di questa condizione richiede una valutazione clinica approfondita.

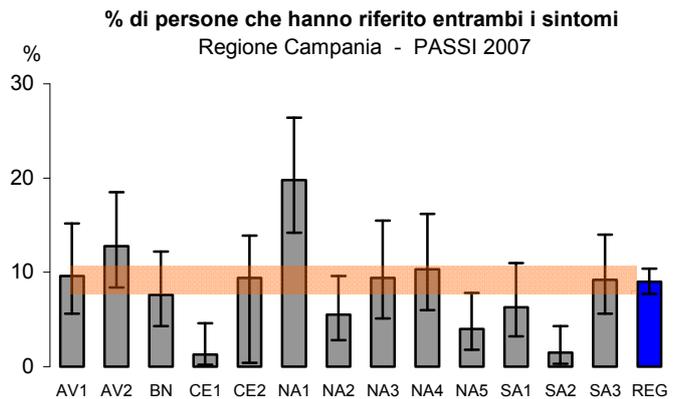
Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- Il 10,2% delle persone intervistate della ASL AV1 riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- I sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che i più colpiti siano le persone con istruzione bassa (in modo statisticamente significativo) e le persone con almeno una malattia cronica.

Sintomi di depressione ASL AV1 - PASSI 2007 (n=236)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
Totale	10,2 (IC95%: 6.6-14.8)
Classi di età	
18-34	8,1
35 - 49	11,1
50 - 69	11,1
Sesso	
uomini	9,2
donne	11,1
Istruzione*	
bassa	14,8
alta	6,3
Difficoltà economiche	
sì	10,4
no	8,6
Stato lavorativo	
Lavora	9,4
Non lavora	11
Malattie croniche	
Almeno una	14,3
Nessuna	9,1

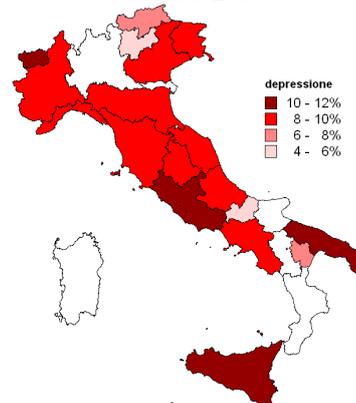
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- In Campania il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Tra le 13 ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che riferiscono di avere entrambi i sintomi di depressione nelle ASL CE 1, NA 5 e SA 2, che mostrano valori inferiori a quello regionale, e nella NA 1 che mostra valori superiori.



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 9%

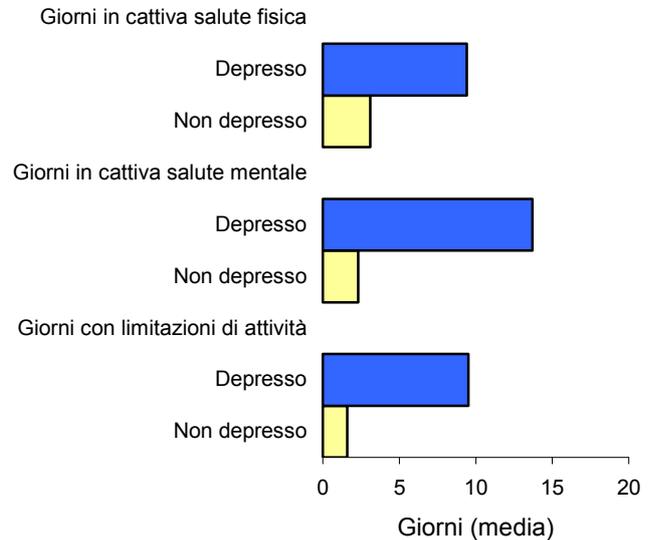
Persone con sintomi di depressione (%)
Pool PASSI 2007



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 25% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", versus il 58,5% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- La media di giorni con limitazioni di attività e' anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione.

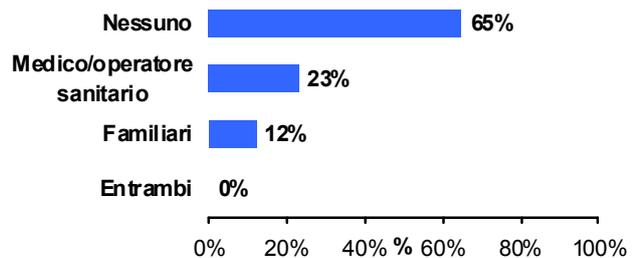
Giorni di cattiva salute (media)
ASL AV1 –PASSI 2007 (n=235)



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Su tutte le persone con sintomi di depressione della ASL AV1, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del 35.3%.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, circa la metà non ne ha parlato con nessuno (64.7%); la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde il 23.5%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=17)



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le persone con istruzione bassa e le persone con malattie croniche. I risultati evidenziano inoltre che il trattamento dei disturbi mentali è ancora insoddisfacente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, attestandosi ancora significativa la parte del bisogno non trattato.

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. In Italia (area AIRT¹) il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel periodo 1998-2002 è stato di 10/100.000 donne residenti, per anno; le stime indicano un totale di 3.418 nuovi casi diagnosticati ogni anno mentre i decessi, nel 2002, sono stati 370. L'incidenza e la mortalità mostrano una tendenza alla riduzione nel corso del tempo.

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 alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2004 le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano oltre 10 milioni (il 64%); l'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme.

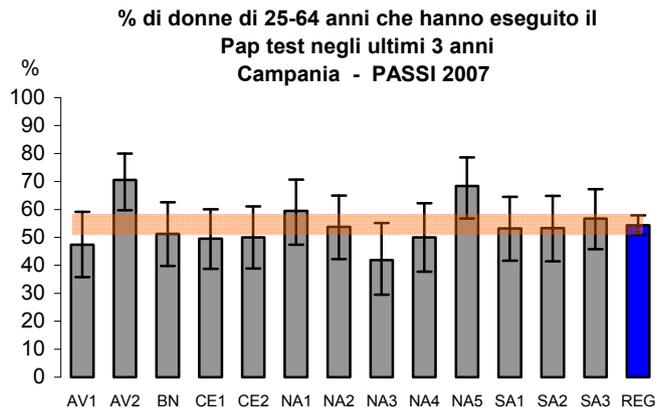
Quante donne hanno eseguito un Pap test in accordo alle linee guida?

- Circa il 43.3% delle donne di 25-64 anni, intervistate nella ASL AV1, ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo siano soprattutto quelle della fascia di età 25-49 anni, coniugate e senza molte difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL AV1 - PASSI 2007 (n=104)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	43.3% (IC95%:33.6-53.3)
Classi di età	
25 - 34	52
35 - 49	50
50 - 64	29,7
Stato civile	
coniugata	47.6
non coniugata	27.3
Convivenza	
convivente	47.6
non convivente	27.3
Istruzione**	
bassa	42.4
alta	44.4
Difficoltà economiche	
sì	34.2
no	64.5
* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni o sintomi **istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea	

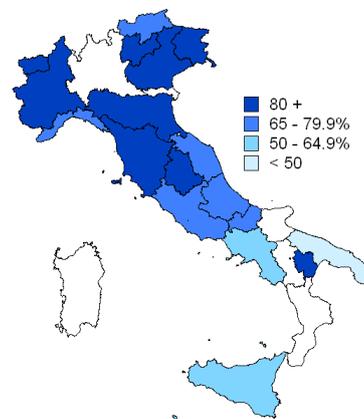
¹ AIRT: Associazione Italiana Registri Tumori; *Italian Cancer Figures - Report 2006. Incidence, mortality and estimates. Epidemiologia & Prevenzione. January-February 2006 (2).*

- In Campania circa il 54% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida.
- Nelle 13 ASL della Campania, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni non è alta: differenze statisticamente significative emergono solo per l'ASL AV 2 che mostra valori superiori a quelli regionali.



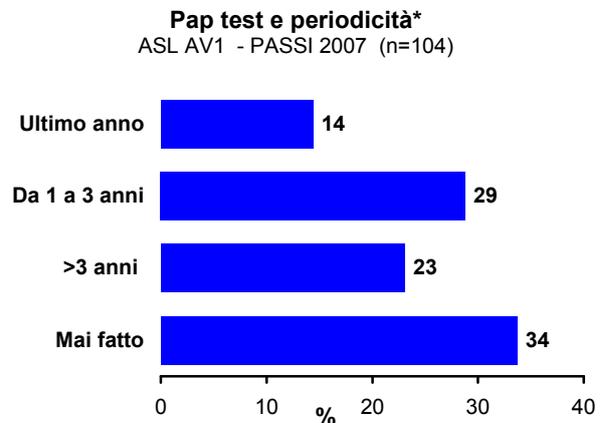
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73.1% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.
- È evidente un gradiente territoriale nord-sud confermato dall'indagine Multiscopo Istat e dalle survey Gisci che attestano il ridotto ricorso allo screening nelle regioni meridionali dove i programmi organizzati sono di più recente diffusione

**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap test negli ultimi 3 anni (%)
Pool PASSI 2007**



Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

- Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:
 - il 14.4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno;
 - il 28.8% da uno a tre anni;
 - il 23.1% da più di tre anni.
- Il 33.7% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



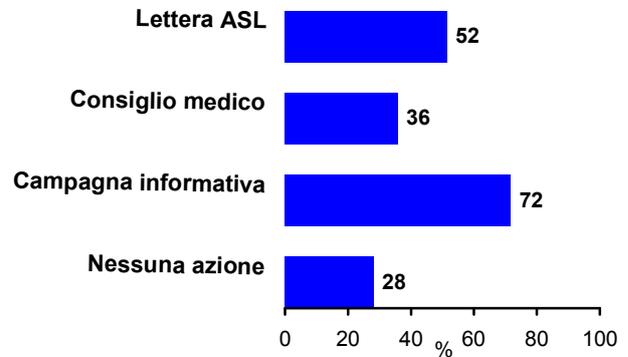
* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 3 anni per tutte le donne in età fra 25 e 64 anni

Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

- Nella ASL AV1:

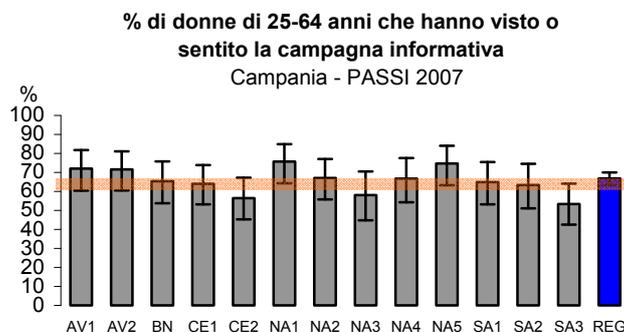
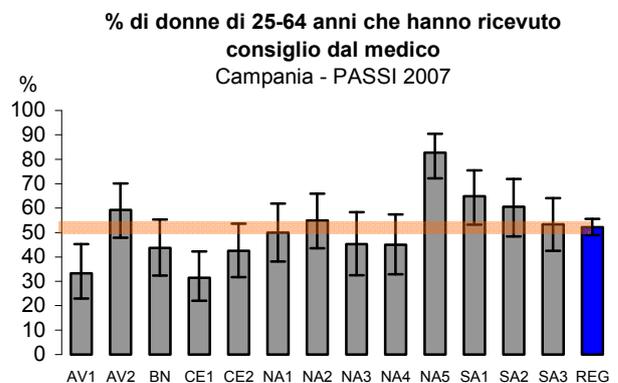
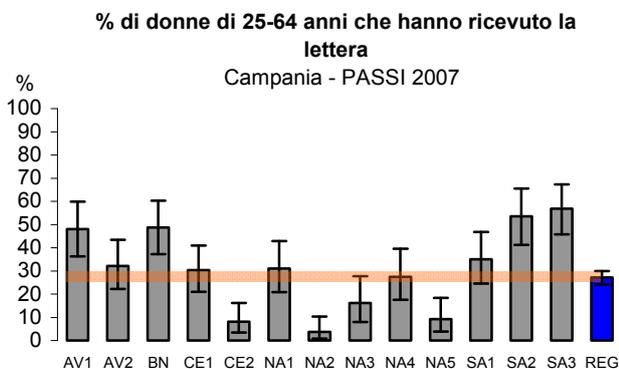
- il 51.5% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL;
- il 71.8% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa;
- il 35.9% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.

Promozione del Pap test
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=103)



* L'isterectomia è l'intervento chirurgico di asportazione dell'utero

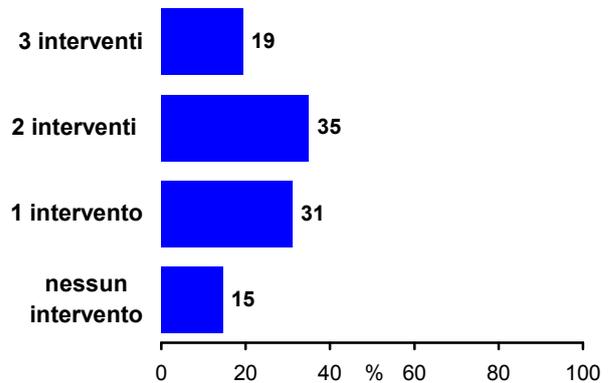
- Nelle 13 ASL della Campania, la percentuale di donne che hanno ricevuto la **lettera** mostra differenze statisticamente significative rispetto ai valori della Regione (27%): le ASL AV 1, BN, SA 2, SA 3 mostrano valori superiori e le ASL CE 2, NA 2 e NA 5 mostrano valori inferiori;
- la percentuale di donne che hanno ricevuto il **consiglio** dell'operatore sanitario mostra differenze statisticamente significative rispetto ai valori della Regione (52%): l' ASL NA 5 mostra valori superiori, mentre le ASL AV 1 e CE 1 mostrano valori inferiori;
- la percentuale di donne che hanno visto o sentito una **campagna informativa** non mostra differenze statisticamente significative rispetto ai valori della Regione (27%).



- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 54.4% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario e il 65.8% ha visto una campagna informativa.

- Soltanto il 19,4% delle donne della ASL AV1 ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 35% due interventi di promozione, il 31,1% uno solo.
- Il 14,6% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

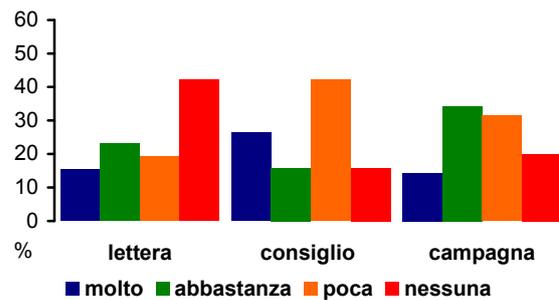
Interventi di Promozione dell'ultimo Pap test
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=103)



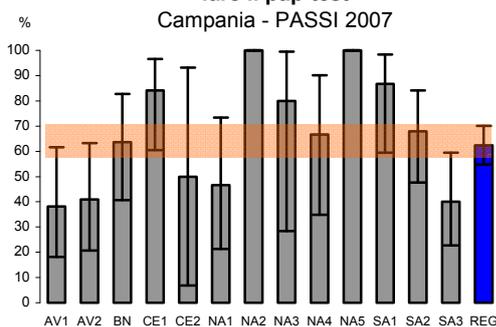
Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test?

- Il 23,1% delle donne di 25-64 anni che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto un'influenza abbastanza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test, mentre il 19,2% poca influenza sulla scelta ed il restante 42,3% nessuna; tra le 13 ASL della Regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva rispetto ai valori della Regione (62%).

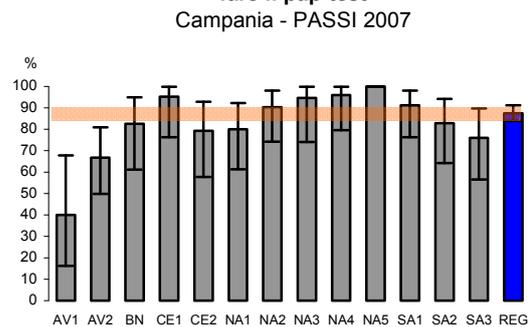
Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=103)



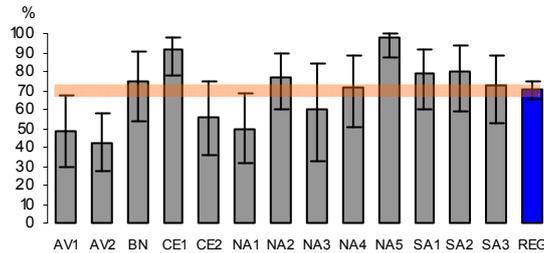
Percezione dell'influenza positiva che la lettera dell'ASL ha avuto per decidere di fare il pap-test



Percezione dell'influenza positiva che il consiglio dal medico ha avuto per decidere di fare il pap-test



**Percezione dell'influenza positiva che la
campagna informativa ha avuto per decidere
di fare il papa-test
Campania - PASSI 2007**



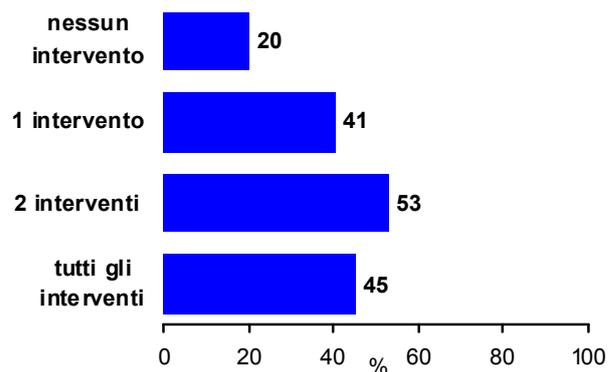
- Il 42.1% delle donne di 25-64 anni residenti in ASL che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (26.3% molta e 15.8% abbastanza), mentre il restante 57.9% reputa di scarsa importanza il consiglio ricevuto nell'influenzare la scelta;
- tra le 13 ASL della Regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva, eccetto che per le ASL AV 1 e AV 2 che mostrano valori inferiori a quello regionale (87%).
- Il 48.6% delle donne della ASL che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (14.3% molta e 34.3% abbastanza), mentre il 31.4% poca influenza sulla scelta ed il 20% nessuna;
- tra le 13 ASL, le ASL CE 1 e NA 5 mostrano valori superiori rispetto a quello regionale (69%) e l'ASL AV 2 mostra valori inferiori.
- Tra le ASL partecipanti (pool ASL Italia) viene riferita un'influenza positiva del 65.2% per la lettera dell'ASL, il 76.9% per il consiglio dell'operatore e del 61.9% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione del Pap test?

- Solo il 20% delle donne di 25-64 anni della ASL AV1, che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 40.6% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 52.8% con due interventi e al 45% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati, come avviene all'interno dei programmi organizzati.

Interventi di promozione e effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni

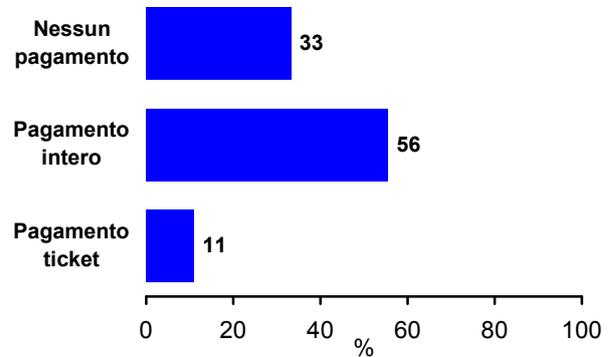
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=103)



Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

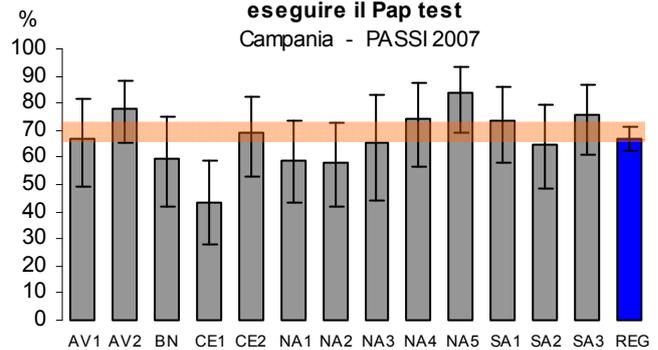
- Nella ASL AV1 il 33.3% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; l' 11.1% ha pagato solamente il ticket e il 55.6% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi del Pap test per le pazienti
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=45)



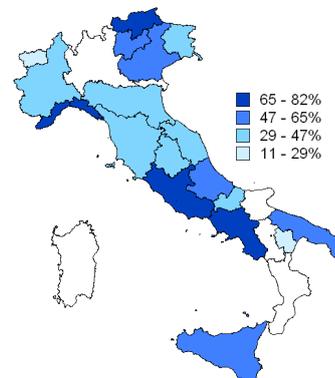
- Nelle 13 ASL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening, eccetto che per l' ASL CE 1, che presenta un valore sensibilmente inferiore a quello regionale (67%).

% di donne di 25-64 anni che hanno riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per eseguire il Pap test
Campania - PASSI 2007



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 51% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato il Pap test a pagamento.

Donne di 25-64 anni che hanno riferito di aver pagato per il Pap test preventivo (%)
Pool PASSI 2007



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

- Il 33,7% delle donne di 25-64 anni in ASL ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 23,1% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo la frequenza consigliata sono:
 - "penso di non averne bisogno" 63,2%;
 - "mi sento imbarazzata" 19,3%.
 - "nessuno me lo ha consigliato" 8.8%;
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 3.5%.
- Il 3,4% delle donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida rispondono a questa domanda "non so/ non ricordo".



* in questo grafico sono esclusi dall'analisi i non so/non ricordo

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV1 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo non è ancora elevata nonostante la presenza di un programma di screening organizzato, attivo, tuttavia, soltanto da pochi anni.

Lo studio PASSI informa della copertura totale (50%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma aziendale (33.3% tra tutte coloro che hanno effettuato l'esame di screening), anche quelle che lo hanno effettuato privatamente (55.6%). Inoltre, l'11.1% delle donne riferisce di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap test, probabilmente perché hanno fatto l'esame con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening (tre anni).

Il valore di adesione al pap-test si dimostra migliorabile soprattutto riguardo le donne da raggiungere con il programma organizzato (risulta elevato il valore di donne che praticano il pap-test per propria iniziativa)

Nonostante gli sforzi attuati negli ultimi due anni per l'implementazione dello screening è evidente, come mostrano gli indicatori di processo, che l'adesione debba essere ulteriormente migliorata mediante l'implementazione di tutte le best-practices di riconosciuta efficacia per il miglioramento dell'adesione.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 37.000 nuovi casi e oltre 11.000 decessi all'anno.

In Italia il tasso medio annuo di incidenza del tumore della mammella (area AIRT²), nel periodo 1998-2002, è stato di 152/100.000 donne residenti, per anno. L'incidenza mostra un trend in crescita negli ultimi anni mentre la mortalità mostra una tendenza alla riduzione. I tassi di incidenza più bassi si osservano generalmente per il sud Italia.

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 di 50-69 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 una mammografia in accordo alle linee guida?

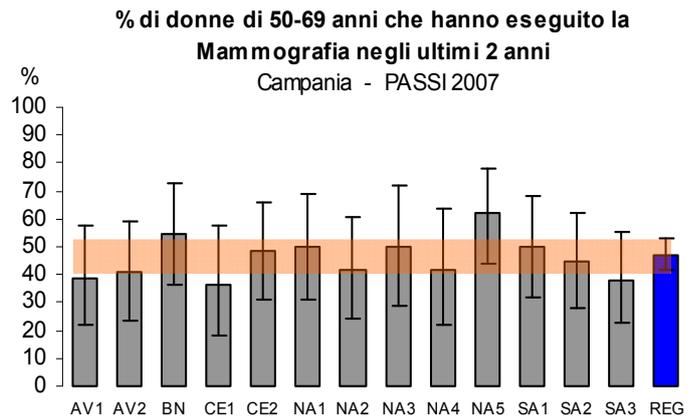
- Nella ASL AV1 circa il 31% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.
- L'analisi delle principali variabili socio-demografiche mostra, in modo statisticamente significativo, che l'esame viene eseguito di più tra le donne con difficoltà economiche.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 48.5 anni, più bassa rispetto a quella alla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 50% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 38.7 anni).

Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni) ASL AV1- PASSI 2007 (n=42)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	31 (IC95%:17.6-47.1)
Classi di età	
50- 59	32
60 -69	29.4
Stato civile	
coniugata	29.4
non coniugata	37.5
Convivenza	
convivente	29.4
non convivente	37.5
Istruzione**	
bassa	27
alta	60
Difficoltà economiche	
sì	25
no	66.7

* chi ha eseguito la Mammografia in assenza di segni o sintomi
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Nelle 13 ASL della Regione la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni non è alta e tale aspetto è comune a tutte le ASL (non emergono differenze significative rispetto al valore di riferimento regionale - 47%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 67.7% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 3 anni.

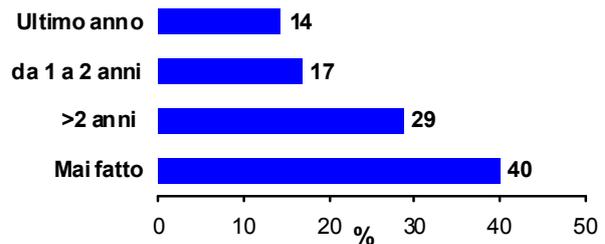


Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:

- il 14.3% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno;
- il 16.7% da uno a due anni;
- il 28.6% da più di due anni.
- Il 40.5% non ha mai eseguito una Mammografia preventiva.

Mammografia e periodicità*
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=42)

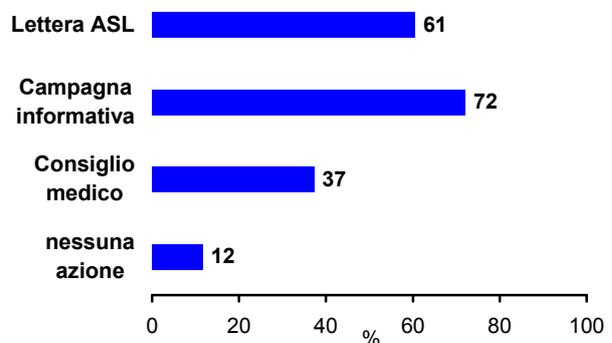


* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Nella ASL AV1:
 - il 60.5% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL;
 - il 72.1% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa;
 - il 37.2% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia.

Promozione della mammografia
ASL AV1- PASSI 2007 (n=43)

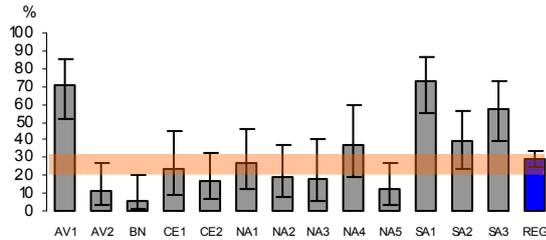


- Nelle 13 ASL della Regione la percentuale di donne che ha ricevuto una **lettera** di invito dall'ASL1 mostra differenze statisticamente significative rispetto al valore della Regione (29%): le ASL AV 1, SA 1 e SA 3 mostrano valori superiori, mentre la ASL BN valori inferiori;
- la percentuale di donne che ha ricevuto il **consiglio** dell'operatore sanitario non mostra

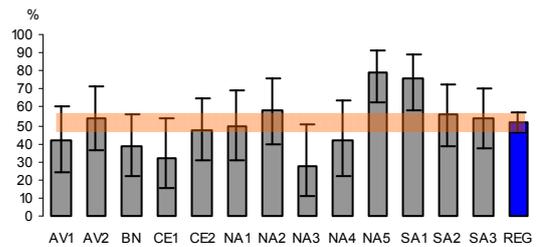
differenze statisticamente significative rispetto al valore della Regione (52%), eccetto che per le ASL NA 5 e SA 1, che hanno valori superiori a quelli regionali;

- la percentuale di donne che riferisce di aver visto o sentito una **campagna informativa** non mostra differenze statisticamente significative rispetto al valore della Regione (58%), eccetto che per la ASL SA 1, che ha valori superiori a quelli regionali.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 61.7% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 59.4% il consiglio dell'operatore sanitario e il 73.5% ha visto una campagna informativa.

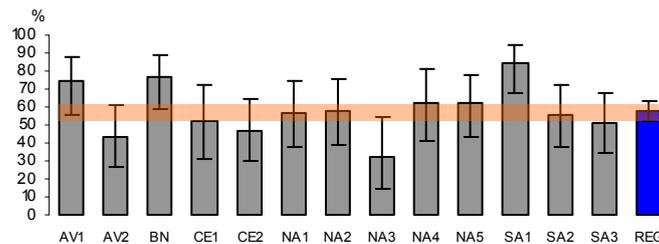
% di donne di 50-69 anni che hanno ricevuto la lettera di invito
Campania - PASSI 2007



% di donne di 50-69 anni che hanno ricevuto consiglio dal medico
Campania - PASSI 2007

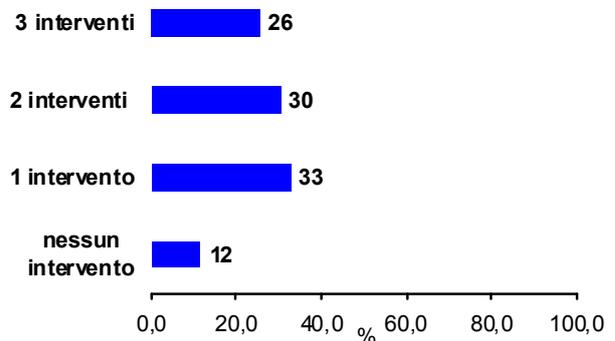


% di donne di 50-69 anni che hanno visto o sentito la campagna informativa
Campania - PASSI 2007



- Il 25.6% delle donne in ASL ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della Mammografia consigliati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 30.2% due, il 32.6% uno solo.
- L'11.6% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

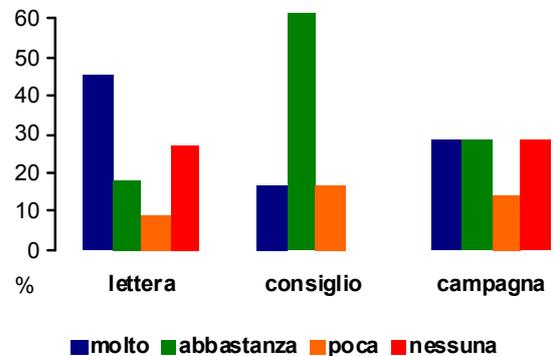
Interventi di Promozione dell'ultima mammografia
ASL AV1- PASSI 2007 (n=43)



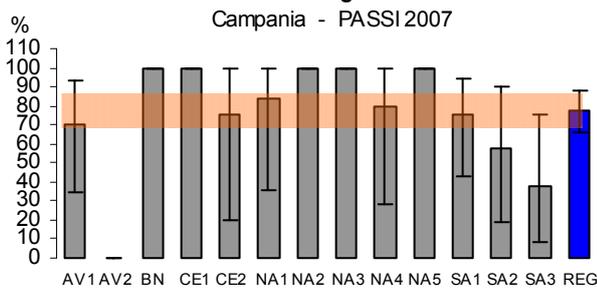
Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia?

- Il 63.7% delle donne di 50-69, nella ASL AV1, che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (45.5% molta e 18.2% abbastanza), mentre il 9.1% poca influenza sulla scelta;
- tra le 13 ASL non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva che la lettera ha avuto sulla scelta di effettuare la mammografia, rispetto al valore regionale (77%).

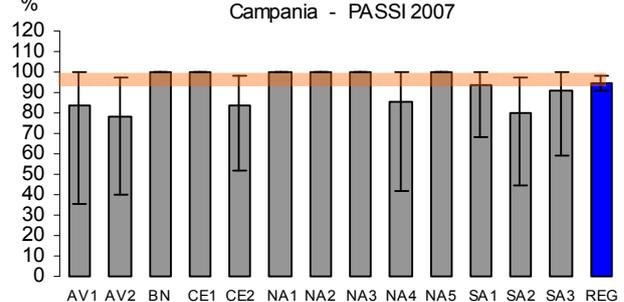
Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia
ASL AV1- PASSI 2007 (n=11)



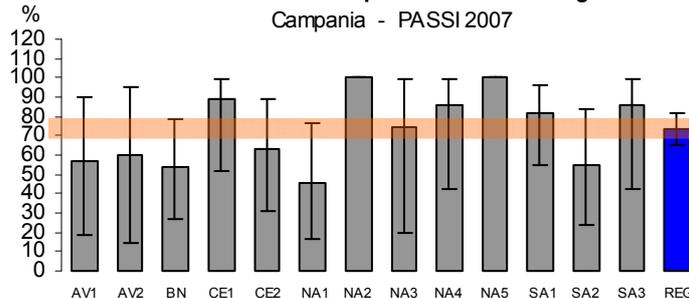
Percezione dell'influenza positiva che la lettera di invito ha avuto per fare la mammografia



Percezione dell'influenza positiva che il consiglio del medico ha avuto per decidere di fare la mammografia



Percezione dell'influenza positiva che la campagna informativa ha avuto per fare la mammografia

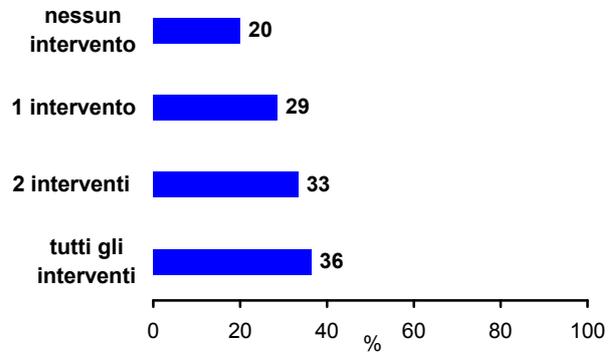


- L' 83.4% delle donne di 50-69 anni che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (16.7% molta e 66.7% abbastanza); il 16.7% poca influenza e l'8.3% nessuna;
- Tra le 13 ASL della Regione non emergono differenze rilevanti rispetto al valore regionale (95%) nella percezione dell'influenza positiva che il consiglio di un operatore sanitario ha avuto per effettuare la mammografia.
- Il 57.2% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (28.6% molta e 28.6% abbastanza); il 14.3% poca influenza ed il 28.6% nessuna;
- Tra le 13 ASL della Regione non emergono differenze rilevanti rispetto al valore regionale (73%) nella percezione dell'influenza positiva.
- Tra le ASL partecipanti (pool) viene riferita un'influenza positiva del 72% per la lettera dell'ASL, l'81.4% per il consiglio dell'operatore e del 66.7% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- Solo il 20% delle donne di 50-69 della ASL AV1, che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 28.6% nelle donne che hanno ricevuto almeno un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 33.3% con due interventi e al 36.4% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

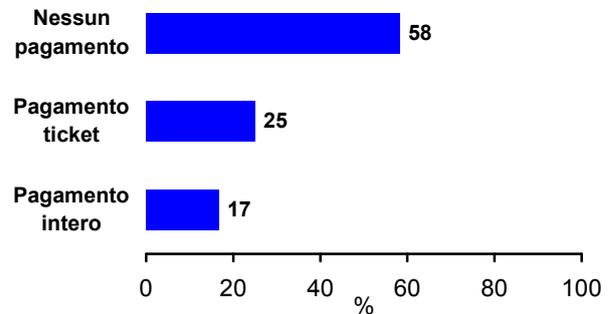
Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione
ASL AV1- PASSI 2007 (n=43)



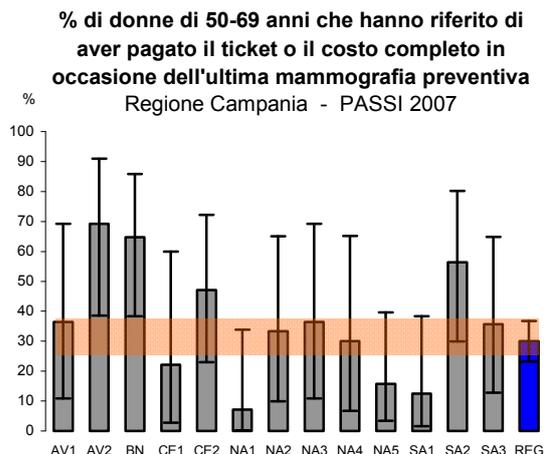
Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ASL AV1 il 58.3% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima Mammografia; il 25% ha pagato solamente il ticket e il 16.7% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi della mammografia per le pazienti
ASLAV1- PASSI 2007 (n=13)

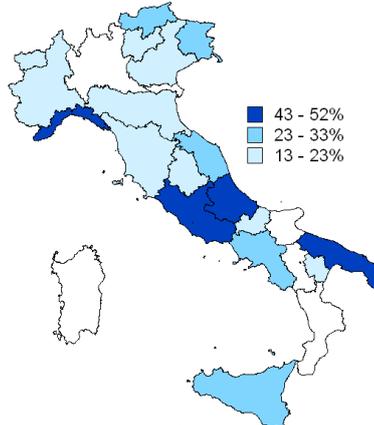


- Nelle 13 ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening: i valori delle ASL AV 2 e BN si mostrano superiori rispetto a quello della Regione (30%).



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 27% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato la mammografia a pagamento, con un evidente gradiente territoriale.

Donne di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la mammografia preventiva (%)
Pool PASSI 2007

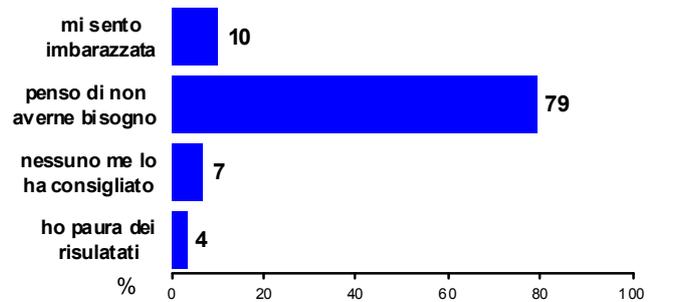


Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventivo?

- Nella ASL AV1 il 40.5% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e il 28.6% di averla effettuata oltre i 2 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 79.3%;
 - "mi sento imbarazzata" 10.3%;
 - "nessuno me lo ha consigliato" 6.9%.

Il 3.3% delle donne che non hanno effettuato la Mammografia secondo le linee guida risponde a questa domanda "non so/non ricordo".

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida
ASL AV1 PASSI 2007 (n=29*)



in questo grafico sono esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" **

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV1 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventiva non è elevata nonostante la presenza di un programma di screening.

Risulta infatti ancora inferiore al valore minimo desiderabile la percentuale di donne (31%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni.

Secondo i risultati di PASSI il 16.7% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno del programmi aziendale di screening, seguendo la periodicità consigliata, il 28.6% con una periodicità superiore e il 16.7% l'ha effettuata in forma completamente privata. L'età media della prima mammografia è di 38.7% anni, indica un ricorso all'esame preventiva prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali, fenomeno questo che dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

I tumori del colon-retto rappresentano 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 38.000 persone e i decessi sono circa 16.000 per i maschi e 14.000 per le femmine.

Il tasso medio annuo di incidenza del tumore del colon-retto (area AIRT³ - periodo 1998/2002), è stato di 89/100.000 uomini e 70/100.000 donne, residenti, per anno. L'incidenza mostra un trend in crescita negli ultimi anni mentre la mortalità mostra una tendenza alla riduzione. I tassi di incidenza più bassi si osservano generalmente per il sud Italia.

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

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale. Nella ASL AV1, come nel resto delle ASL regionali, il programma di screening è in fase di avvio.

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

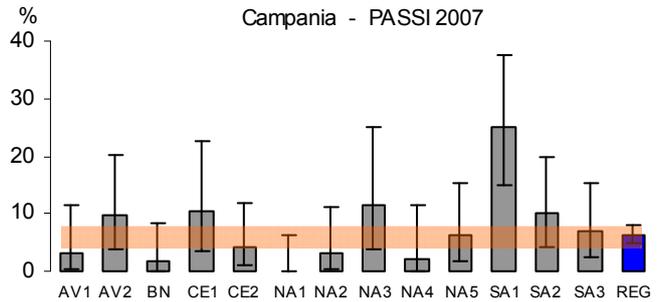
- L' 11.6% delle persone intervistate della ASL AV1 riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Il 3.5% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- L' 8.1% riferisce aver di effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato. L'analisi multivariata non indica differenze statisticamente significative.

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni) ASL AV1- PASSI 2007 (n=86)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale	3.5 (IC95% 0.7-10)	8.1 (IC95% 3.3-16.1)
Classi di età		
50 - 59	4.3	4.3
60 - 69	2.6	12.8
Sesso		
uomini	4.8	11.6
donne	2.3	4.7
Istruzione		
bassa	3.2	10.9
alta	4.5	0.0
Difficoltà economiche		
sì	3.1	7.6
no	5.0	10.0

³ AIRT: Associazione Italiana Registri Tumori; *Italian Cancer Figures - Report 2006. Incidence, mortality and estimates. Epidemiologia & Prevenzione. January-February 2006 (2).*

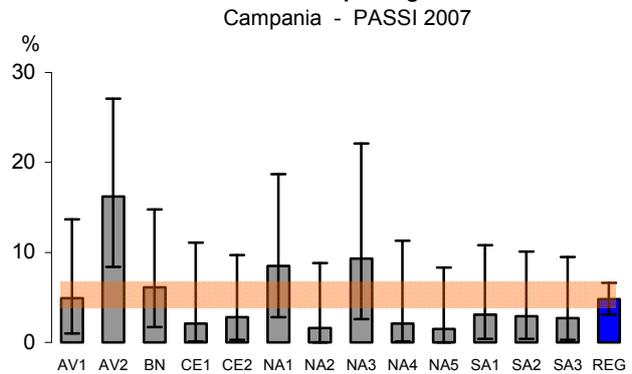
- In Campania il 6% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni.
- Nelle 13 ASL della Regione la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del **sangue occulto** negli ultimi 2 anni non mostra differenze significative, eccetto che per l'ASL SA 1.

% di persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue Occulto negli ultimi 2 anni

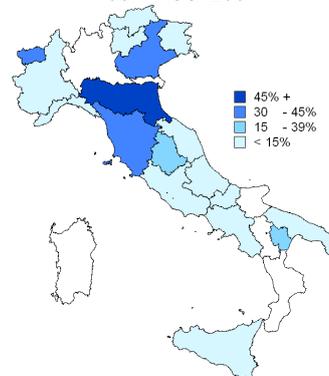


- In Campania il 5% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la colonscopia negli ultimi due anni.
- La percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la **colonscopia** negli ultimi 5 anni non mostra differenze statisticamente significative, sempre tra le ASL regionali, eccetto che per l'ASL AV 2.

% di persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni

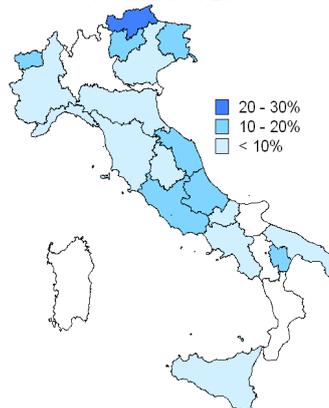


Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)
Pool PASSI 2007



- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 19.2% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 6% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

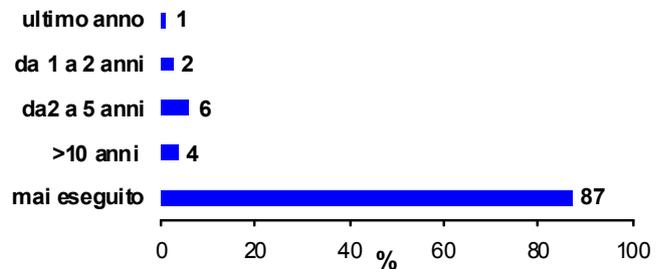
Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una colonscopia negli ultimi 5 anni (%)
Pool PASSI 2007



Come è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

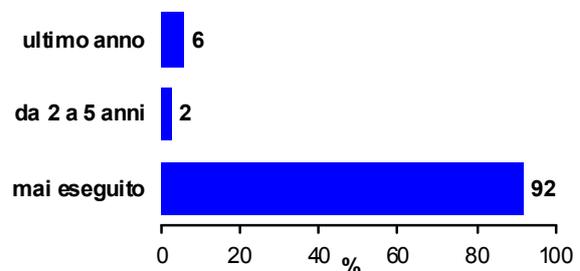
- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:
 - L' 1.2% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno;
 - il 3.5% da più di dieci anni;
 - l' 87.1% non ha mai eseguito il test.

Sangue occulto e periodicità*
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=85)



- Rispetto alla colonscopia:
 - Il 6% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno;
 - Il 2% da 2 a 5 anni;
 - il 91.9% non ha mai eseguito il test.

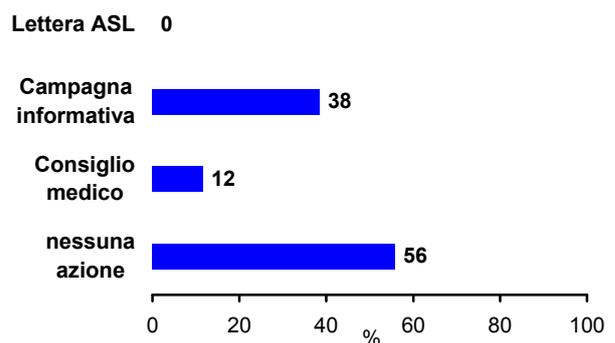
Colonscopia e periodicità*
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=86)



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

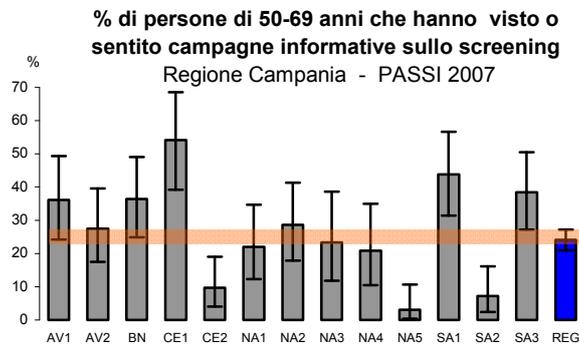
- Nella ASL AV1:
 - le persone intervistate con 50 anni o più hanno riferito di non aver ricevuto alcuna lettera di invito dall'ASL;
 - l'11.6% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto;
 - il 38.4% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.

Promozione dello screening coloretale
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=86)



- La percentuale di persone che riferisce di aver visto o sentito una **campagna informativa** mostra una discreta variabilità tra le diverse ASL (range dal 3% dell'ASL NA 5 al 54% dell'ASL CE 1).
- L'esiguità del numero di persone che ha dichiarato di aver ricevuto una lettera dalla ASL o di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario è tale da non consentire di effettuare confronti tra i valori delle diverse ASL regionali.

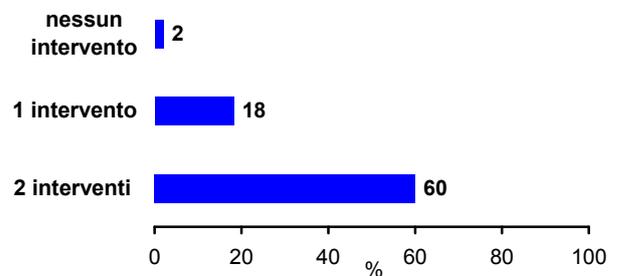
- tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale (pool) il 21.4% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 20.7% il consiglio dell'operatore sanitario e il 41.3% ha visto una campagna informativa.



Quale efficacia della promozione per l'effettuazione esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettaali?

- Solo il 2.1% delle persone di 50-69 anni che non hanno ricevuto, in ASL, alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 18.2% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 60.0% con due interventi.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si rileva lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

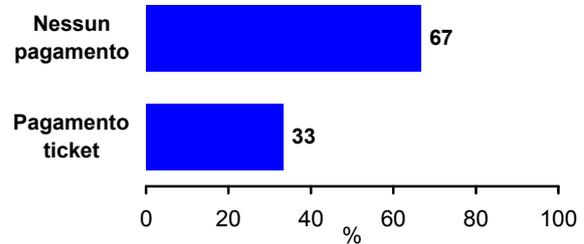
Interventi di promozione e effettuazione dello screening colorettaale secondo le Linee Guida
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=10)



Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

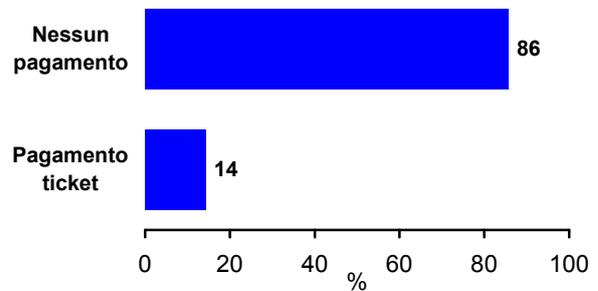
- Il 66.7% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni, in ASL AV1, ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; il 33.3% ha pagato solamente il ticket e nessuno ha pagato l'intero costo dell'esame.

Costi della ricerca di sangue occulto
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=3)



- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece l'85.7% non ha effettuato alcun pagamento, il 14.3% ha pagato solamente il ticket e nessuno ha pagato l'intero costo dell'esame.

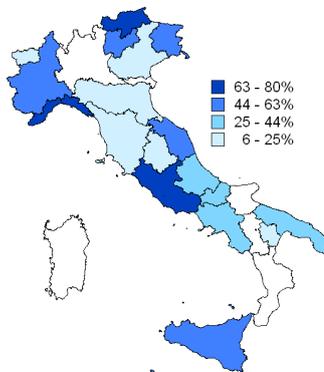
Costi della colonscopia
ASL AV1 - PASSI 2007 (n=7)



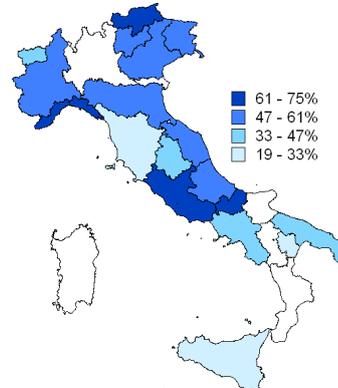
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 19% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto a pagamento.

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 53% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la colonscopia a pagamento.

Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la ricerca di sangue occulto (%)
Pool PASSI 2007



Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la colonscopia preventiva (%)
Pool PASSI 2007



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

- Nella ASL AV1 il 79.1% delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dello screening (o anche della mancata effettuazione degli screening secondo le linee guida) sono:
 - "penso di non averne bisogno" 72.3%;
 - "nessuno me lo ha consigliato" 21.5%;
 - "mi sento imbarazzata/ho paura" 3%;
 - "è fastidioso" 3,1%.
- Il 4.4% delle persone ha risposto a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida

ASL AV1 - PASSI 2007 (n=65)



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, si stima che solo una piccola percentuale di persone vi si sia sottoposto a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale.

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia: anche nelle ASL della Regione Campania è stato pianificato questo programma di screening sul territorio che prevede anche campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica: tra queste anche la ASL AV1, nell'ambito delle attività del Piano di Prevenzione attiva, sta pianificando le attività per la realizzazione di un programma organizzato di offerta attiva dello screening colon-rettale.

APPENDICE 1. Monitoraggio

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

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

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la Regione Campania e l'ASL AV1

	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
ASL AV 1	83.7	16.3	13.4	2.9	95.8
CAMPANIA	92.1	7.9	6.3	1.6	95.8
POOL ASL	85	15	11	4.1	95.3

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

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

- Tasso di risposta

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

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

$$RR1 = \frac{\text{n° interviste}}{\text{n° intervistati - rifiuti - non reperibili}} \times 100$$

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

- Tasso di sostituzione

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

$$\frac{\text{non rep. - rifiuti}}{\text{n° int + rifiuti - non rep.}} \times 100$$

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

- Tasso di rifiuto

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

$$REF1 = \frac{\text{n° rifiuti}}{\text{n° intervistati - rifiuti + non reperibili}} \times 100$$

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

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

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

- Tasso di non reperibilità

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

$$\frac{\text{non reperibili}}{\text{n° int - rifiuti - non reperibili}} \times 100$$

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

- Tasso di eleggibilità "e"

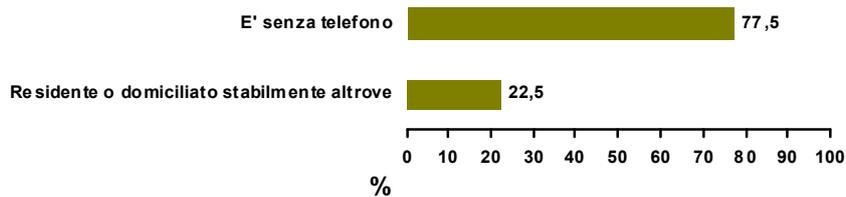
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il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

$$\frac{n^{\circ} \text{ inel.} \cdot e}{n^{\circ} \text{ inel.} + \text{resid. altrove} + \text{istituc.} + \text{dec.} + \text{no ischiano} + \text{disabili} + \text{fuori dal range di età}} \cdot 100$$

- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

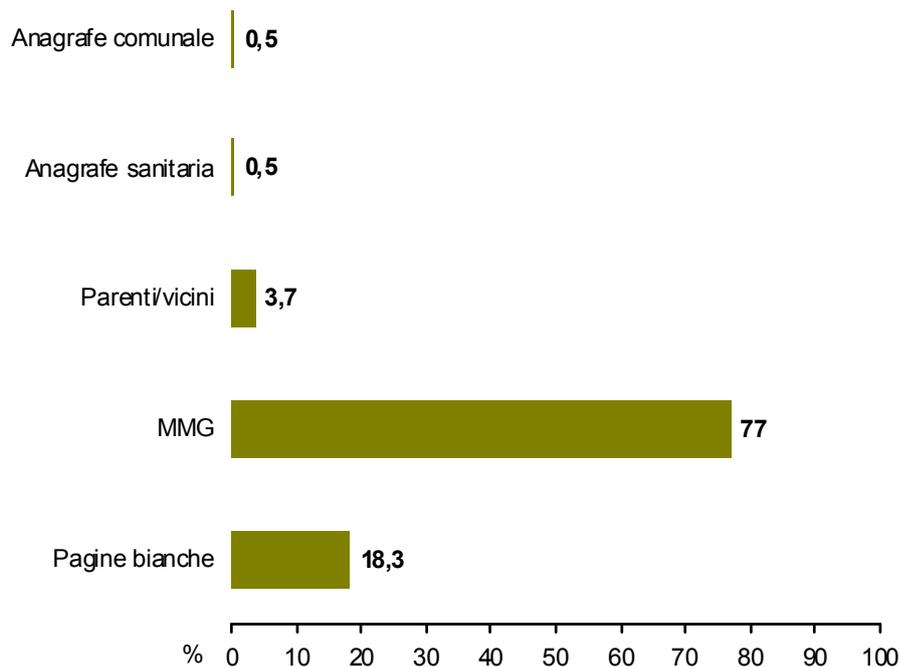
E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

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



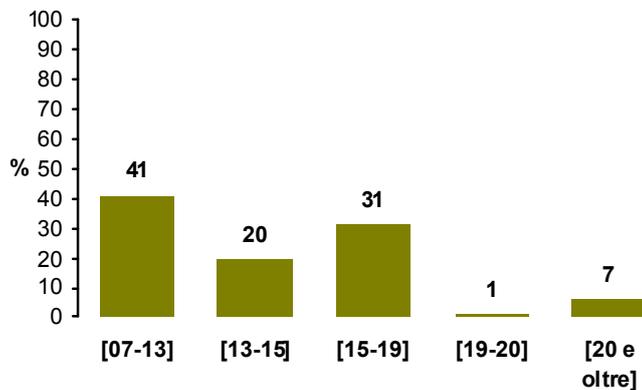
- Modalità di reperimento del numero telefonico

Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.



- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore. Le interviste sono state somministrate solo durante i giorni feriali.



APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

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

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

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

Il "Peso_1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione ${}_i P_k$ (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2006) dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte ${}_i \hat{p}_k$ in quel dato periodo dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera regione, formalmente:

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

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{pop_strato}_k_ASL_i}{\text{pop_strato}_k_Reg}$$

$${}_i \hat{p}_k = \frac{\text{numero_int_strato}_k_ASL_i}{\text{numero_int_strato}_k_Reg}$$

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

$${}_i \text{Peso2}_k = \frac{\text{pop_strato}_k_ASL_i}{\text{numero_int_strato}_k_ASL_i}$$

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

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

Bibliografia

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

Salute e qualità di vita percepita

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

Attività fisica

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996 <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>
- Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 52.8 – European Opinion Research Group EEIG, December 2003
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ebs_183_6_en.pdf
- Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 1423-1434, 2007
- Healthy People 2010 www.healthypeople.gov
- Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)
http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 disponibile presso il sito internet del Ministero:
http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf
Ministero della Salute – Programma “Guadagnare salute Rendere facili le scelte salutari”
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf

Fumo

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Sowden A., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, BMJ 2000;321:355-358
- Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F., *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000
- Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 (www.ossfad.iss.it)
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Relazione annuale sul tabagismo 2008 (www.ossfad.iss.it)
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003

- Valery L, Anke O, Inge KK, Johannes B. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. Eur J Cancer Prev. 2008 Nov;17(6):535-44.

Alimentazione

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

Alcol

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

Sicurezza stradale

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

Sicurezza domestica

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

Rischio cardiovascolare

- Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology, 2004; 33: 235-239
- Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. Ital Heart J; 5 (Suppl 3): 94-101

- Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, *BMJ*, 2003; 326 (7404): 1491
- Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial *JAMA* 2003 30;289 (16):2083 - 93

Diagnosi precoce oncologica

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

Sintomi di depressione

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

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

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

Diagnosi precoce delle neoplasie delle neoplasie del colon-retto

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