

ASL NAPOLI 4

RELAZIONE SULLO STATO DI SALUTE E SULL'UTILIZZO DEI SERVIZI ANNO 2007



A cura del gruppo di lavoro:

**-Coordinatore dott. R. Palombino – Direttore Servizio
Epidemiologia e Prevenzione**

**-dott. L. Gigli, dott. G. Manetta, dott. S. Russo
Spena – Servizio Epidemiologia e Prevenzione**

PREFAZIONE

Dr.ssa Angela Ruggiero - Direttore Generale ASL Napoli 4

Ritengo che l'occasione che mi viene offerta attraverso la pubblicazione del Rapporto sullo stato di salute e di utilizzo dei servizi per l'anno 2007 sia il modo migliore per manifestare la mia volontà a costruire, su basi già solide, il futuro della nostra ASL.

Non è superfluo ricordare che prima del mio arrivo da più parti si sussurrava di chissà quali disarticolati meccanismi amministrativi o quali inefficienti realtà assistenziali fossero, di prassi, il modo di essere delle nostre strutture.

In realtà, malgrado sia ancora recente la mia presenza, ho già potuto riscontrare di persona quanto le molteplici "voci" fossero prive di fondamento, sia sul versante amministrativo che su quello sanitario.

Anzi! Ho trovato, affianco a punti di criticità che purtroppo non mancano in nessuna realtà territoriale nazionale, risorse di elevato valore professionale, sia tra la dirigenza che tra gli operatori, e, in alcuni settori, dimensioni di elevato know-how che aspettano solo di essere motivate e sostenute per lo sviluppo di un livello di vera e propria eccellenza.

Questa stessa relazione, che pubblichiamo per condividerla con tutti gli operatori sanitari e con tutte le agenzie territoriali, manifesta la capacità dei nostri operatori di descrivere le problematiche del proprio territorio, le azioni già messe in campo per affrontarle, le criticità e le ulteriori azioni da implementare per garantire a tutta la popolazione il diritto alla salute: non è poco!

Quanto descritto in questo Rapporto disegna una immagine della nostra realtà territoriale che si mostra al suo interno molto eterogenea: si passa da aree fortemente industrializzate a realtà a carattere agricolo, da aree in cui è forte l'incremento delle nascite e l'immigrazione ad aree in cui si registra un indice di invecchiamento molto elevato, da aree con discreto livello socio-economico culturale ad aree con un forte indice di deprivazione socio-economica (alta disoccupazione, bassa scolarità, alto livello di evasione scolastica).

Tutto questo comporta delle precise conseguenze sulla vasta domanda di servizi che si indirizza, a volte anche impropriamente, all'Azienda Sanitaria.

In una realtà tanto variegata, e per molti versi difficile, come dimostrano importanti indicatori di salute quali quelli di mortalità, che, pur nell'ambito di una tendenza al miglioramento negli ultimi 25 anni, posizionano il nostro territorio fra quelli più problematici a livello regionale e nazionale, l'Azienda non può nascondersi dietro la trincea delle competenze specifiche ma ha una mission importante: dare al meglio le risposte che le competono e agire da catalizzatore sia confronti delle altre agenzie territoriali (scuola, ente locale, associazioni) sia nei confronti dei centri programmatori di Provincia e Regione (assessorati all'istruzione, all'ambiente, alla cultura, alle attività

produttive, etc) per costruire delle risposte comuni ai bisogni assistenziali della popolazione.

Per rispondere a tale mission l'Azienda può e deve contare su due importantissime risorse :

- la prima è costituita dagli operatori, dalla loro professionalità, dalla loro capacità di informare la loro azione quotidiana ad uno spirito solidaristico, senza il quale non è possibile in alcun modo interagire con le persone;
- la seconda è la capacità di avviare un processo di comunicazione sui problemi e sulle possibili soluzioni, che consenta di attivare risorse interne ed esterne all'Azienda e di realizzare, in una parola, la partecipazione della comunità locale nella promozione della salute, principio fondante del servizio sanitario nazionale dalla sua costituzione.

La pubblicazione di questo rapporto e la conferenza dei servizi in cui esso verrà presentato e divulgato rappresentano proprio la manifestazione dell'intento di stimolare la partecipazione e, quindi, le immense risorse che questa può mettere a disposizione.

Mi rendo conto che la mission che ci proponiamo non è semplice, ma credo pure che le sfide siano il sale della vita e che le battaglie, per quanto difficili, onerose e faticose, se a fin di bene, valgano la pena di essere combattute, specialmente se poi si vincono insieme.

Voglio concludere, infine, ringraziando il Servizio di Epidemiologia ed il suo Direttore, Raffaele Palombino, che si sono fatti promotori di questo Rapporto, e tutti quanti hanno prestato la propria collaborazione per la realizzazione di un documento di analisi, sintetico e puntuale della realtà territoriale e dei servizi della nostra Azienda, che sicuramente rappresenterà per tutti uno stimolo per capire da dove partiamo e dove dobbiamo arrivare.

Indice

1. Territorio, demografia e ambiente	pg	1	-	67
a. Contesto socio economico	pg	1	-	17
b. Contesto demografico	pg	18	-	32
c. Natalità	pg	33	-	67
 2. Morbosità	 pg	 68	 -	 214
a. Malattie infettive	pg	68	-	80
b. Infezioni ospedaliere	pg	81	-	95
c. Esenzioni - Invalidità	pg	96	-	134
d. Tumori	pg	135	-	150
e. Disabilità	pg	151	-	166
f. Salute mentale	pg	167	-	176
g. Tossicodipendenza	pg	177	-	184
h. Infortuni	pg	185	-	195
i. Assistenza farmaceutica	pg	196	-	214
 3. Attività di prevenzione	 pg	 215	 -	 338
a. Vaccinazioni	pg	215	-	224
b. Vaccinazione antinfluenzale	pg	225	-	232
c. Screening	pg	233	-	246
d. Passi popolazione 18-69	pg	247	-	279
e. Passi popolazione 50-69	pg	280	-	294
f. Stato nutrizionale	pg	295	-	298
g. Adolescenti	pg	299	-	334
h. Trapianti	pg	335	-	338

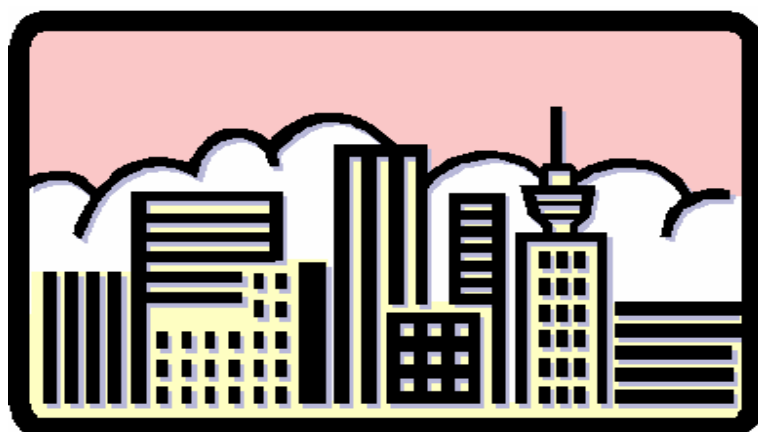
Territorio



Demografia



Ambiente



Contesto socio-economico

Carlo Esposito -Dipartimento della Riabilitazione

Le caratteristiche di un contesto sociale sono influenzate dagli aspetti geografici e ambientali, in quanto un insediamento antropico, come anche quello animale, predilige in prima istanza l'immediata disponibilità dei beni di sostentamento. Oggi le peculiarità degli insediamenti umani sono determinati da fattori socio-economici più complessi essendo cambiata la dinamica del soddisfacimento dei bisogni primari. Per descrivere una realtà siffatta è necessario reperire strumenti di misurazione "speciali" attraverso i quali poter disegnare in maniera verosimile la realtà sociale. Appare fondamentale la valutazione della popolazione.

Tabella 1 Popolazione ASL NA4 al 31/12/2006

Città	Distretto	Superf. Km ²	Popolazione	Densità
Acerra	69	54,08	52.403	968,99
Marigliano	70	22,60	30.366	1.343,63
Brusciano	70	5,64	15.657	2.776,06
Mariglianella	70	3,22	7.039	2.186,02
San Vitaliano	70	5,30	6.018	1.135,47
Pomigliano D'Arco	71	11,44	39.806	3.479,55
Castello di Cisterna	71	3,97	6.972	1.756,17
Casalnuovo di Napoli	72	7,75	50.537	6.520,90
Nola	73	39,00	32.751	839,77
Casamarcano	73	6,26	3.309	528,59
Saviano	73	13,78	15.174	1.101,16
Liveri	73	2,63	1.682	639,54
Scisciano	73	5,46	5.428	994,14
San Paolo Bel Sito	73	2,97	3.436	1.156,90
Carbonara di Nola	73	3,53	2.167	613,88
Visciano	73	10,89	4.605	422,87
Roccarainola	74	28,10	7.275	258,90
Camposano	74	3,34	5.423	1.623,65
Cicciano	74	7,07	12.321	1.742,72
Cimitile	74	2,70	6.847	2.535,93
Comiziano	74	2,43	1.802	741,56
Tufino	74	5,26	3.618	687,83
Volla	75	6,16	23.214	3.768,51
Cercola	75	3,74	19.215	5.137,70
Massa di Somma	75	3,50	5.936	1.696,00
Pollena Trocchia	75	8,11	13.691	1.688,16
Somma Vesuviana	76	30,74	34.369	1.118,05
Sant'Anastasia	76	18,76	28.260	1.506,40
San Giuseppe Vesuviano	77	14,09	27.961	1.984,46
Ottaviano	77	19,85	23.562	1.187,00
Palma Campania	78	20,78	14.775	711,02
San Gennaro Vesuviano	78	6,97	10.842	1.555,52
Poggioreale	79	13,28	20.856	1.570,48
Striano	79	7,58	7.945	1.048,15
Terzigno	79	23,51	17.272	734,67
Totale ASL NA4		424,49	562.534	1.325,20

Tabella 2 - Densità per Km² per distretto

distretti	Al 31/12/2006			Al 31/12/2001		Δ	Δ %
	superficie	Popolaz.	densità	Popolaz.	densità	densità	densità
69	54,08	52.403	968,99	45.688	844,82	+124,17	+14,70%
70	36,76	59.080	1.607,18	57.153	1.554,76	+52,42	+3,37%
71	15,41	46.778	3.035,56	47.235	3.065,22	-29,66	-0,97%
72	7,75	50.537	6.520,90	47.940	6.185,81	+335,10	+5,42%
73	84,52	68.552	811,07	67.466	798,23	+12,85	+1,61%
74	48,90	37.286	762,49	36.914	754,89	+7,61	+1,01%
75	21,51	62.056	2.884,98	59.684	2.774,71	+110,27	+3,97%
76	49,50	62.629	1.265,23	61.284	1.238,06	+27,17	+2,19%
77	33,94	51.523	1.518,06	47.201	1.390,72	+127,34	+9,16%
78	27,75	25.617	923,14	24.648	888,22	+34,92	+3,93%
79	44,37	46.073	1.038,38	43.030	969,80	+68,58	+7,07%
Media ASL	424,49	562.534	1.325,20	538.243	1.267,98	+57,22	+ 4,51%
Incremento su 2001		+ 4,51%					

La popolazione residente nell'ASL NA4 (fonte ISTAT) al 31/12/2001 era di 538.243. In 6 anni essa è incrementata fino a 562.534 (+4,51%) con conseguente incremento della densità per Km². Nel dettaglio i distretti che incrementano di più sono, in primis, il distretto 72 di Casalnuovo che ha risentito di una discreta crescita delle unità abitative e un conseguente flusso migratorio (+ 5,42%). Seguono poi il distretto 77 e 69. In controtendenza il distretto 71 che resta tende ad avere un bilancio demografico negativo (-0,97%).

Tabella 3 - Popolazione al 31/12/06 per fasce d'età

Distretto Sanitario	0-14	15 - 29	30 - 44	45 - 59	60 - 74	75 - 89	90 e oltre	Totale
69 Acerra	11.338	12.341	13.087	8.400	5.179	1.933	125	52.403
70 Marigliano	11.350	13.280	14.248	10.653	6.730	2.641	178	59.080
71 Pomigliano D'Arco	8.374	10.499	10.875	9.203	5.708	1.968	151	46.778
72 Casalnuovo	12.576	10.576	13.928	7.874	4.147	1.377	59	50.537
73 Nola	11.873	15.182	16.632	12.077	8.596	3.873	319	68.552
74 Cicciano	6.492	7.970	8.935	6.603	5.168	1.993	125	37.286
75 Volla	13.023	14.975	14.530	11.740	5.678	1.990	120	62.056
76 Somma Ves.na	11.925	14.042	15.334	11.266	7.080	2.785	197	62.629
77 S. Giuseppe Ves.no	10.249	11.975	12.222	8.725	5.831	2.365	156	51.523
78 Palma Campania	4.926	5.827	6.317	4.362	2.806	1.292	87	25.617
79 Poggioreale	9.921	10.460	11.403	7.545	4.803	1.853	88	46.073
Totale ASL	112.047	127.127	137.511	98.448	61.726	24.070	1.605	562.534

I valori della popolazione rapportati a 100 descrivono l'incidenza della popolazione per fasce d'età in modo da poter confrontare l'indice di invecchiamento.

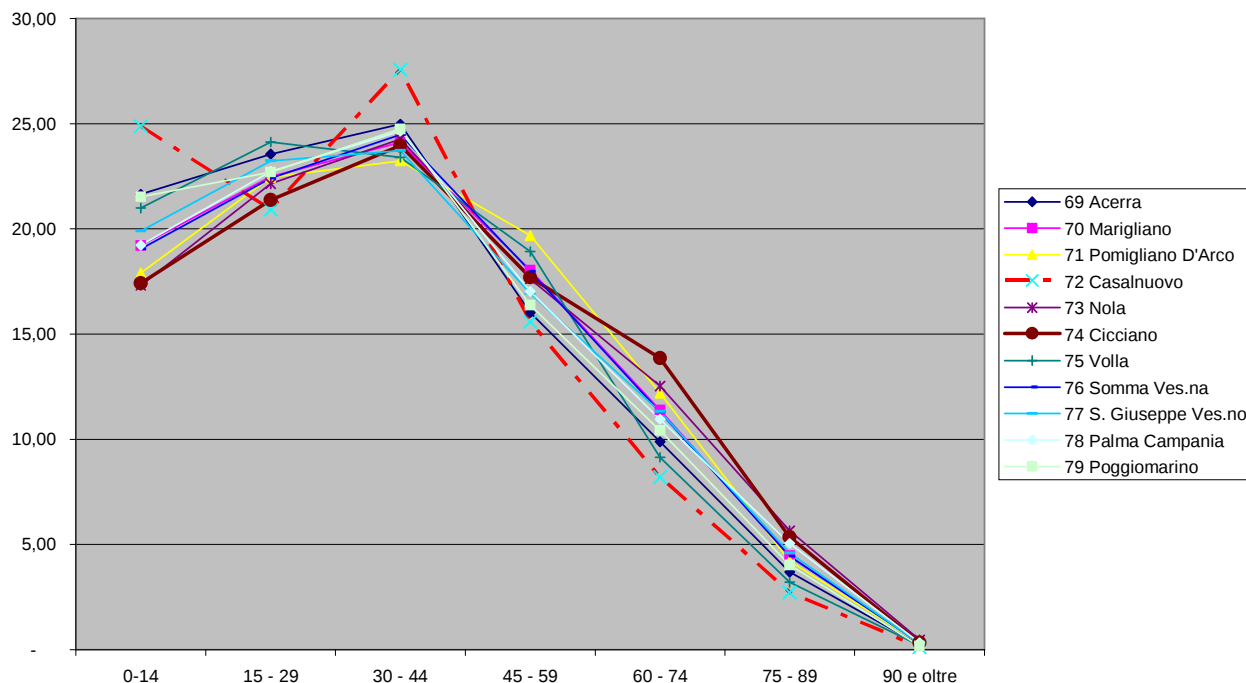
La tabella ed il grafico che seguono indicano la percentuale per fasce d'età sul totale della popolazione di un determinato distretto.

Tabella 4 - Popolazione % per fascia d'età anno 2006

Distretto Sanitario	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75-89	90 e oltre
69 Acerra	21,64	23,55	24,97	16,03	9,88	3,69	0,24
70 Marigliano	19,21	22,48	24,12	18,03	11,39	4,47	0,30
71 Pomigliano D'Arco	17,90	22,44	23,25	19,67	12,20	4,21	0,32
72 Casalnuovo	24,88	20,93	27,56	15,58	8,21	2,72	0,12
73 Nola	17,32	22,15	24,26	17,62	12,54	5,65	0,47
74 Cicciano	17,41	21,38	23,96	17,71	13,86	5,35	0,34
75 Volla	20,99	24,13	23,41	18,92	9,15	3,21	0,19
76 Somma Vesuviana	19,04	22,42	24,48	17,99	11,30	4,45	0,31
77 S. Giuseppe Ves.	19,89	23,24	23,72	16,93	11,32	4,59	0,30
78 Palma Campania	19,23	22,75	24,66	17,03	10,95	5,04	0,34
79 Poggioreale	21,53	22,70	24,75	16,38	10,42	4,02	0,19
ASL NA4	19,92	22,60	24,44	17,50	10,97	4,28	0,29

Grafico n°1 - Incidenza per fascia d'età anno 2006

Incidenza per fascia d'età su totale popolazione distrettuale ASL NA4



Il grafico descrive la concentrazione della popolazione per fascia d'età. Sono stati messi in evidenza i distretti di Casalnuovo e Cicciano, rispettivamente con popolazione più giovane e più vecchia

dell'ASL NA4. Dal grafico si osserva che il distretto 72 ha il massimo livello di incidenza nella fascia 0 - 14 anni (circa il 25% del totale) così come la fascia 30 - 44 anni (27 %). Di contro nelle altre fasce d'età (da 44 anni a 90 e oltre) la situazione di detto distretto si posiziona al minimo rispetto agli altri distretti dell'ASL NA4. Situazione opposta è descritta dal grafico del distretto 73 Nola. Si rileva in questo distretto il più basso indice di età infantile (nella fascia tra 0 e 4 anni qui non indicata il distretto di Nola si posiziona all'ultimo posto con il 5,11 % rispetto al totale della popolazione). Ovviamente, all'opposto, come descritto dal grafico, le fasce d'età dai 60 anni in su, per il distretto di Nola sono posizionate al 1° posto tra i distretti dell'ASL NA4, indicando come la popolazione di tale distretto sia quella più anziana del territorio.

Occupazione - disoccupazione

I tassi di disoccupazione e di occupazione di una popolazione descrivono da soli una notevole quantità di aspetti interconnessi. Costituiscono indicatori "forti" per indicare come una popolazione ha accesso ai mezzi di sostentamento e di produzione di ricchezza, riuscendo in misura maggiore o minore a soddisfare i propri bisogni. La Campania e tutto il Sud Italia vive una condizione di evidente disagio occupazionale anche se, da recenti rilevazioni, il tasso di disoccupazione si è ridotto notevolmente, (come indicato nelle tabelle che seguono) rimanendo comunque molto alto rispetto alla media nazionale.

Tabella 5 - Dati popolazione censimento e rilevazione ISTAT

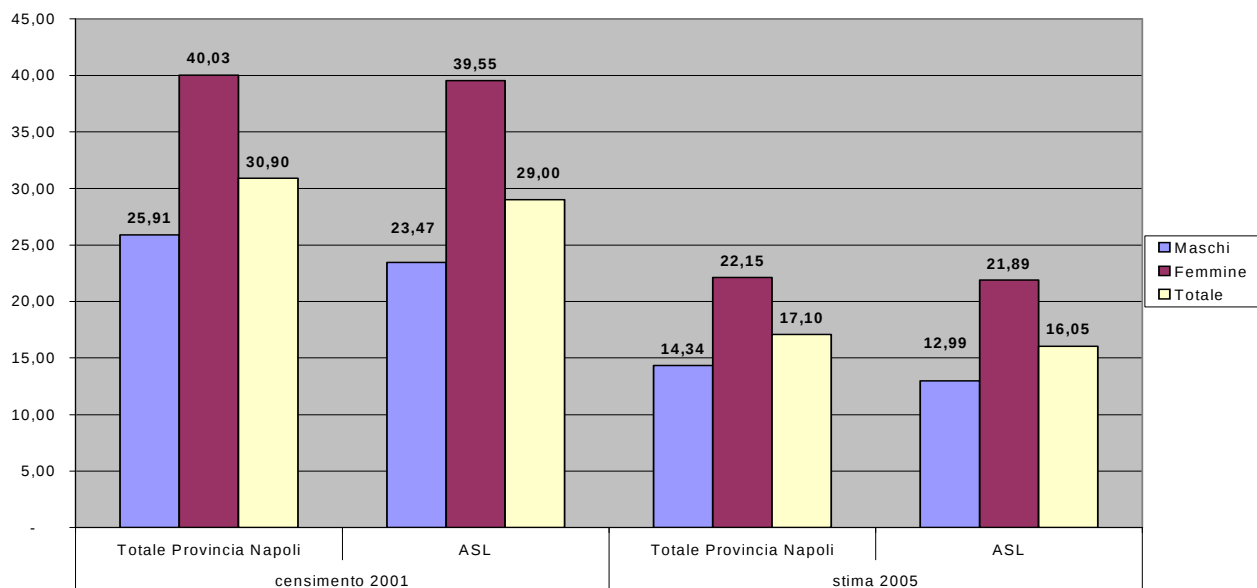
Censimento 2001	Maschi	Femmine	Totale
Italia	9,41	14,79	11,58
SUD	18,01	29,49	22,25
Campania	22,36	34,95	26,95
Napoli città	27,06	38,64	31,39
Totale Provincia Napoli	25,91	40,03	30,9
TOTALE ASL	23,47	39,55	29,00

Rilevazione 2005	Maschi	Femmine	Totale
Italia	5,50	9,50	7,10
SUD	10,00	19,20	13,20
Totale Provincia Napoli (stimato)*	14,34	22,15	17,10
TOTALE ASL (stimato)*	12,99	21,89	16,05

fonte: elaborazione su dati ISTAT - RCFL medie
2004-2005

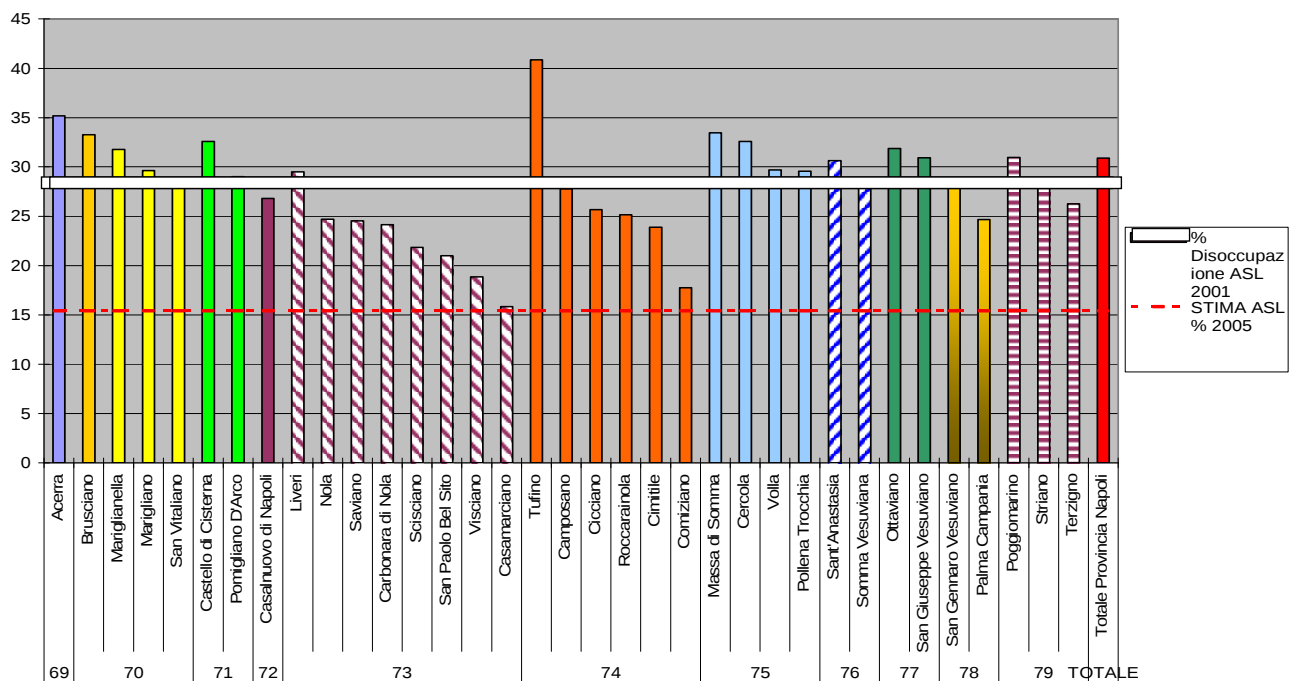
Grafico 2 - Disoccupazione censimento 2001 e stima 2005

Tasso Disoccupazione Censimento 2001 e Stima provinciale 2005 (fonte ISTAT - RCFL)



Nel 2001 il tasso medio di disoccupazione nell'ASL NA4 era del 29 % a fronte di un 11,50% del totale Italia. Come si osserva dal dettaglio, il comune di Tufino deteneva il primato del tasso di disoccupazione superando il 40%. Se si tiene conto delle dimensioni demografiche, Acerra con il 35% di disoccupazione, risulta essere di fatto in testa alla classifica, seguita da Poggioreale e dai comuni dei distretti 75, 76 e 77 tutti intorno al 30% che sono la realtà più evidente in termini di fenomeno.

Grafico 3 - disoccupazione anno 2001 per città e stima ASL NA4 anno 2005



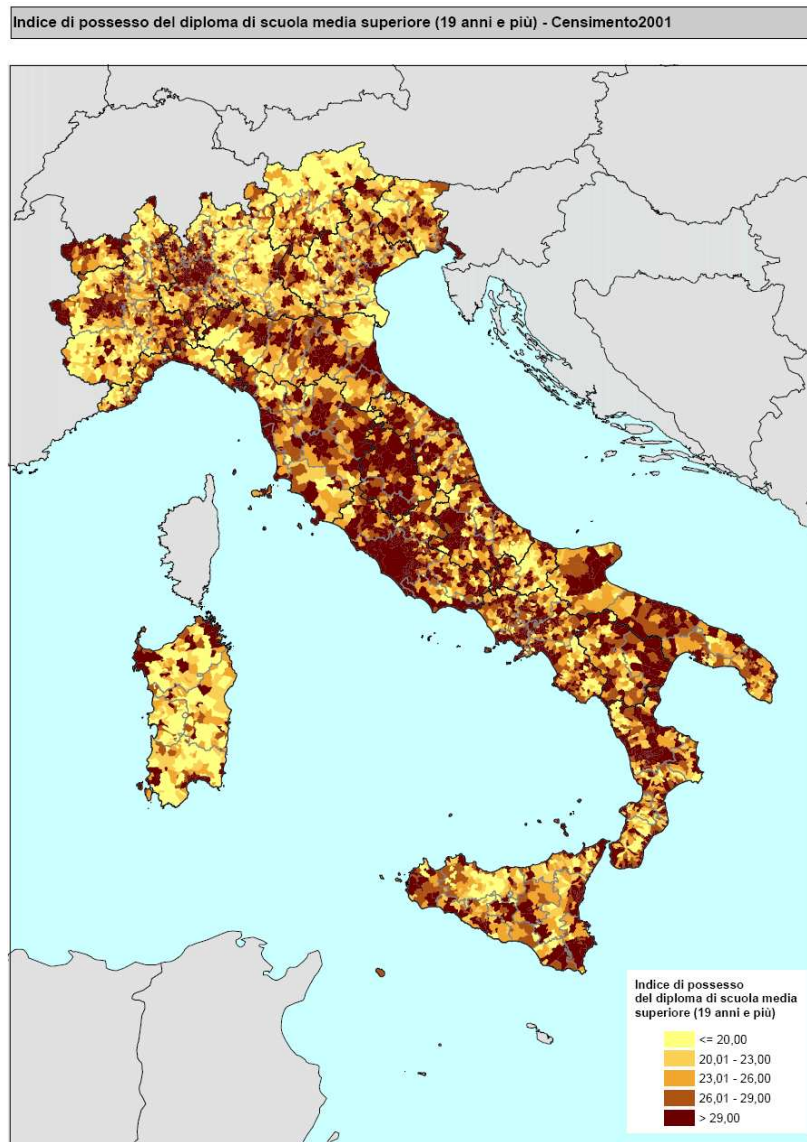
Il tasso di disoccupazione è stato stimato tenendo conto dei rapporti di proporzione tra il tasso storico (2001) della Provincia di Napoli (30,9 %) con quello calcolato (fonte ISTAT) nei paesi dell'ASL NA4 (29 %). Si è ritenuto opportuno, nel grafico sopra, lasciare le rappresentazioni dei tassi di disoccupazione del 2001. La riga bianca indica il tasso di disoccupazione dell'ASL nell'anno 2001; la stima (linea tratteggiata) della media ASL per l'anno 2005 è pari al 16,05 %, calcolata valutando inalterato il rapporto tra tasso ufficiale della Provincia di Napoli che si attesta al 17,10 % (fonte ISTAT anno 2005) e l'ASL NA4 stimato al 16,05 %. Questa rappresentazione può, con un buon margine di approssimazione, almeno descrivere la proporzione del fenomeno che resta comunque rilevante nell'area geografica di pertinenza, se si tiene conto che esso è più che doppio rispetto al totale Italia (7,10 %) nell'anno 2005.

Istruzione

Il tasso di istruzione insieme al quello di non conseguimento della scuola dell'obbligo sono indicatori rilevanti della condizione sociale di un territorio. Se il livello di istruzione caratterizza, in maniera indiretta, l'attività lavorativa, esso descrive anche il profilo economico della popolazione, indicatore qualitativo che risulta essere di più difficile rilevazione.

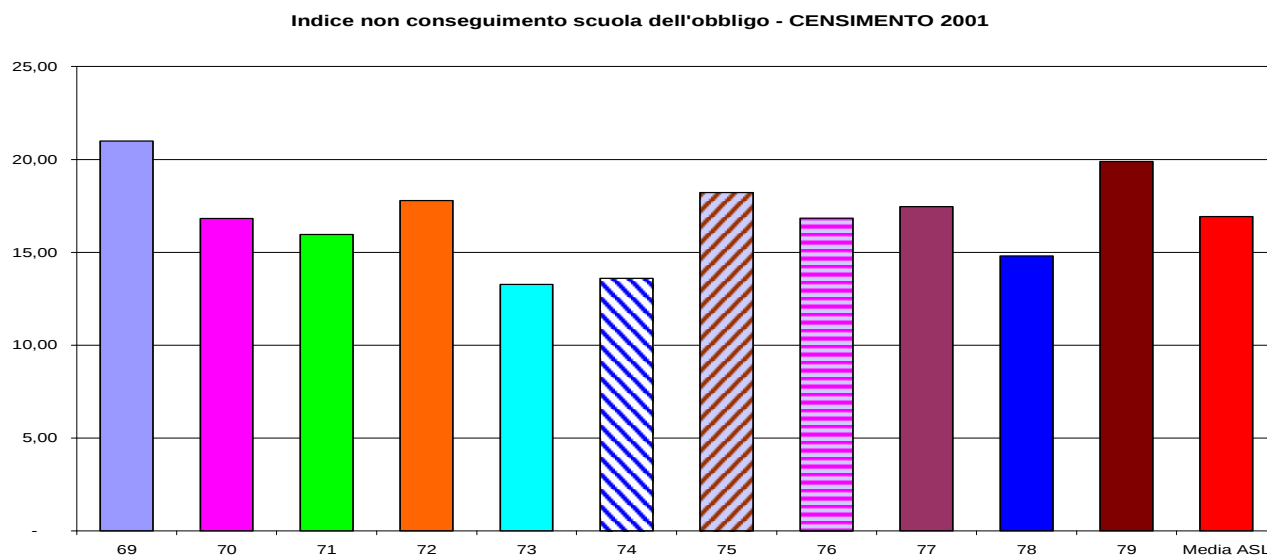
La cartina geografica dell'Italia indica (con i colori più scuri) la distribuzione territoriale della popolazione con età maggiore a 19 in possesso del Diploma di Scuola Media Superiore. Non appare rilevante una differenza tra Nord e Sud, così come, invece, ci descrivono i tassi di disoccupazione. Anzi, forse proprio per l'effetto della minore opportunità di lavoro, pare che la distribuzione di giovani del Sud che hanno conseguito un titolo di studio secondario sia più elevata rispetto ai coetanei del Nord. Per quanto attiene invece la maggiore concentrazione di diplomati, la cartina mostra in maniera evidente che nel Centro ci sia la maggiore localizzazione di diplomati.

Grafico 4 - localizzazione geografica diplomati (censimento 2001)



Per quanto attiene la condizione scolastica del territorio dell'ASL NA4, per restare in ambito locale, osserviamo che il distretto 69 (Acerra) detiene il primato negativo del tasso di non conseguimento della scuola dell'obbligo, superando il 20%. Di oltre 7 punti più bassa è la percentuale del distretto 73 (13,16%). E' interessante osservare che il distretto 73 possiede anche il più basso tasso di disoccupazione nell'ASL NA4.

Grafico 5 - Non conseguimento scuola obbligo



Circa il dettaglio della scolarizzazione si passerà a mostrare alcuni grafici con indicazione delle città e i distretti sociosanitari dell'ASL NA4, con i seguenti raggruppamenti: Popolazione analfabeta, alfabetizzata senza titolo di studio, licenza elementare, licenza media o avviamento, Diploma, Laurea.

Grafico 6 - Analfabetismo

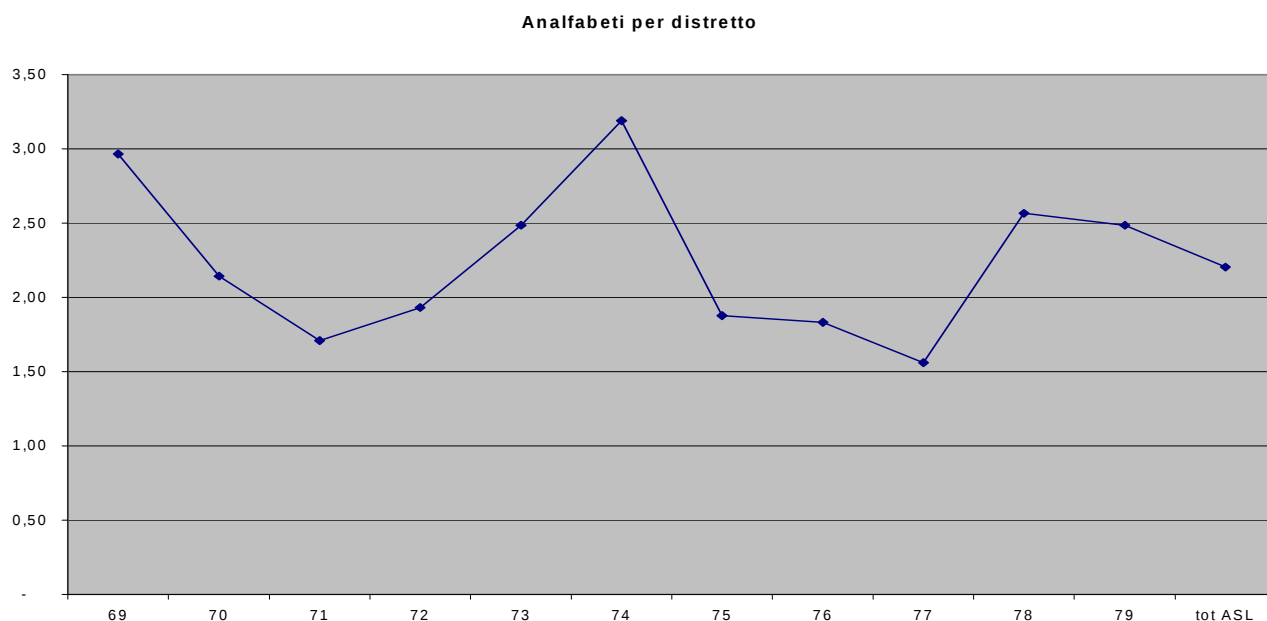
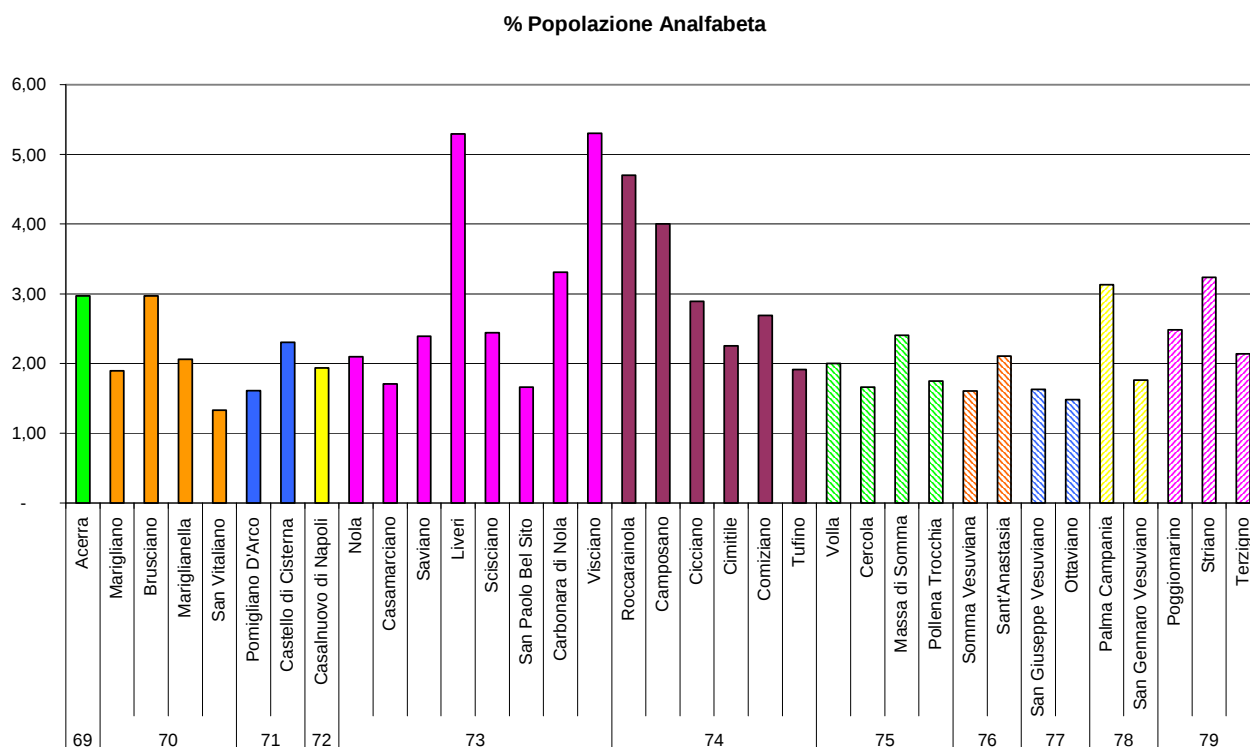


Grafico 7 - Incidenza di analfabetismo su popolazione



Come si osserva dal grafico precedente il distretto 74 e il 69 (che poi è composto solo dalla città di Acerra) sono quelli con il più alto tasso di analfabetismo. Se si osserva però il dettaglio delle città, noteremo che le città col tasso più alto non si trovano in questi distretti bensì nel distretto 73. Le città in questione sono Liveri e Visciano. Questo distretto infatti è caratterizzato da una forte differenziazione socio economica: ci sono città col tasso più elevato di analfabetismo, ma anche con il tasso più basso dell'ASL. Ed ancora, come vedremo dopo, città (Nola) col tasso di laureati più alto dell'ASL.

Grafico 8 - Alfabeti



Grafico 9 - Incidenza di alfabetizzati su popolazione

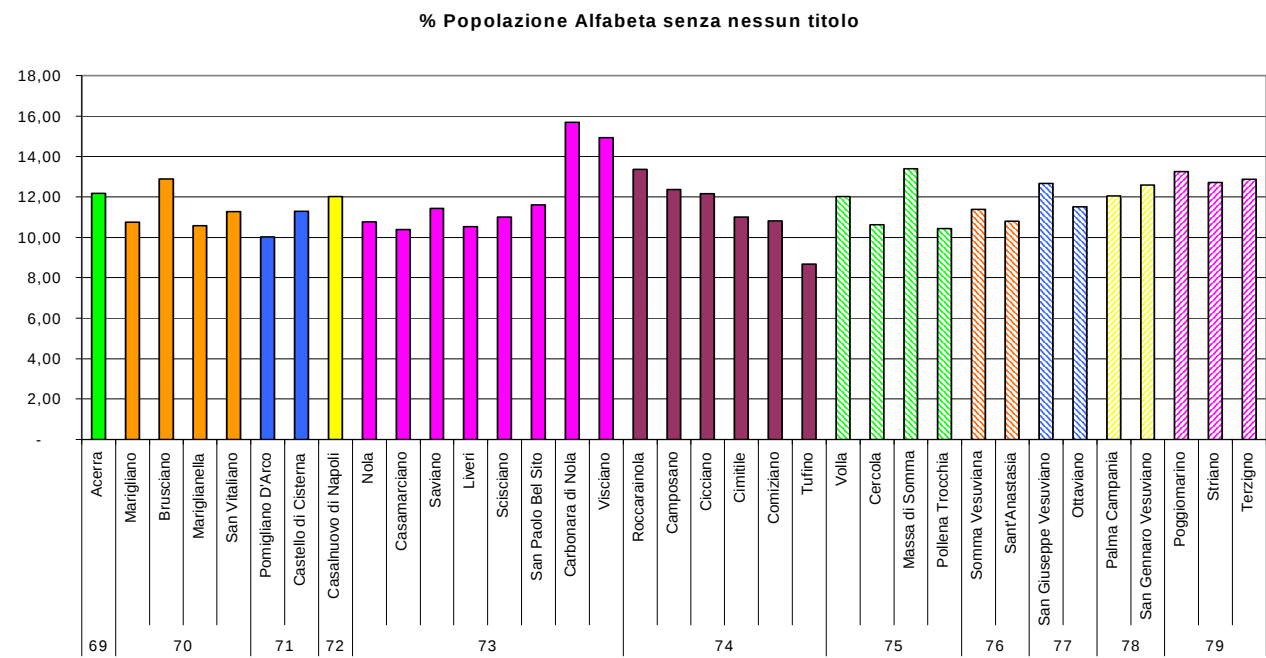


Grafico 10 - media di licenziati scuola elementare

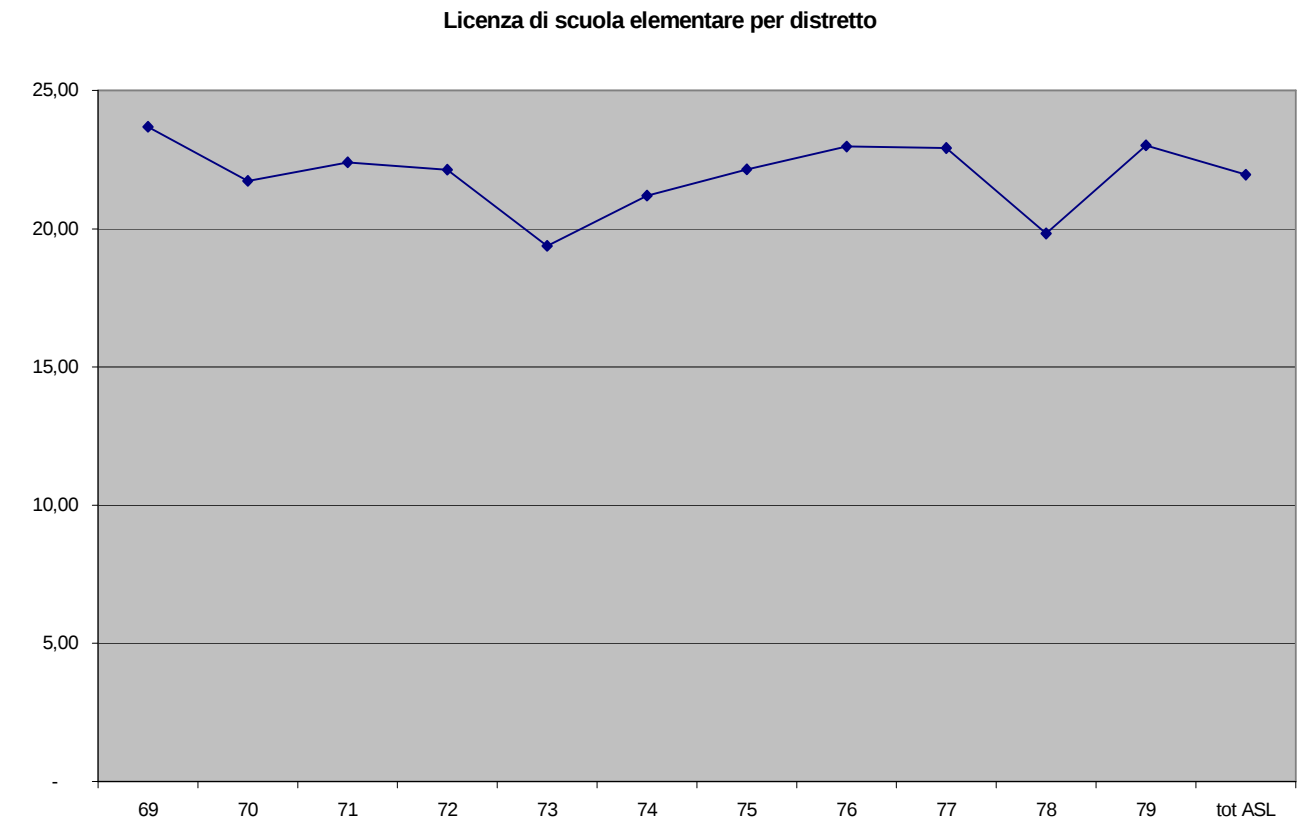


Grafico 11 - Incidenza su popolazione di possessori di Licenza Elementare

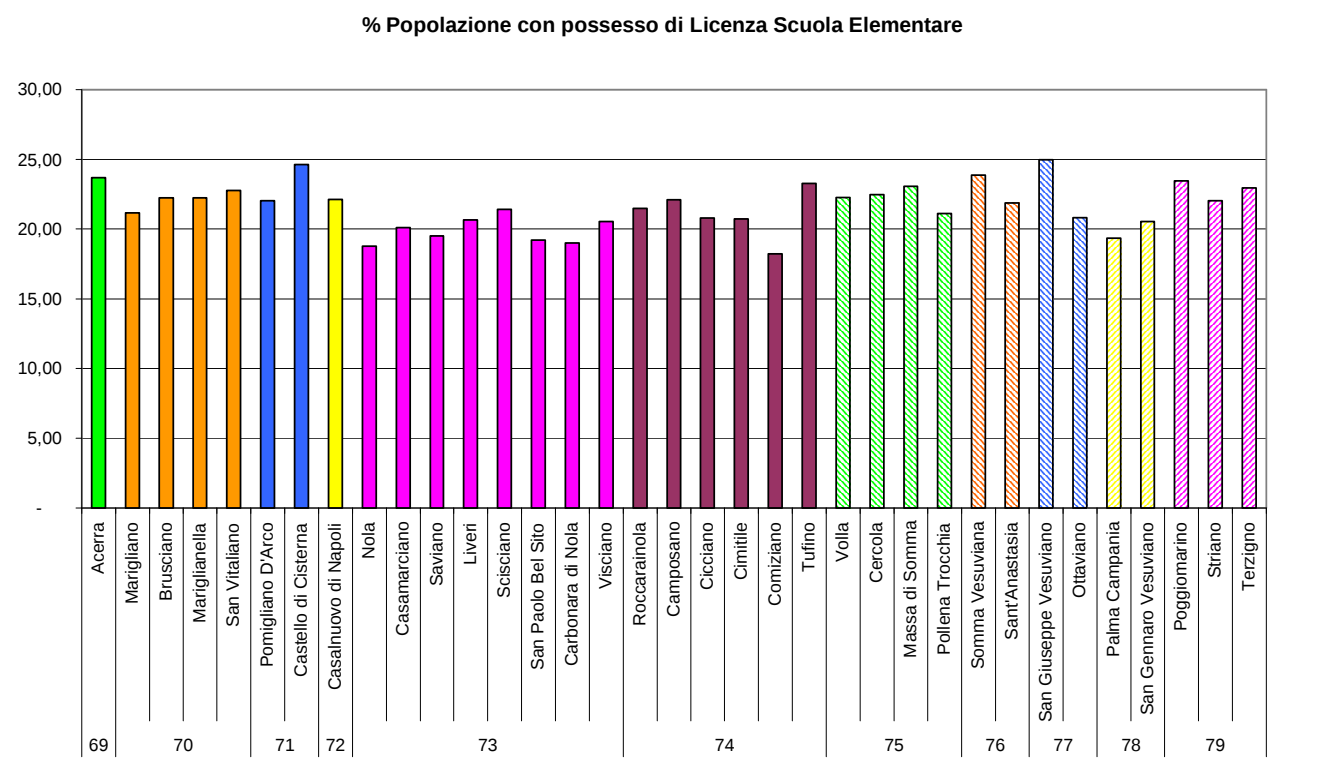


Grafico 12 - Licenziati scuola media inferiore

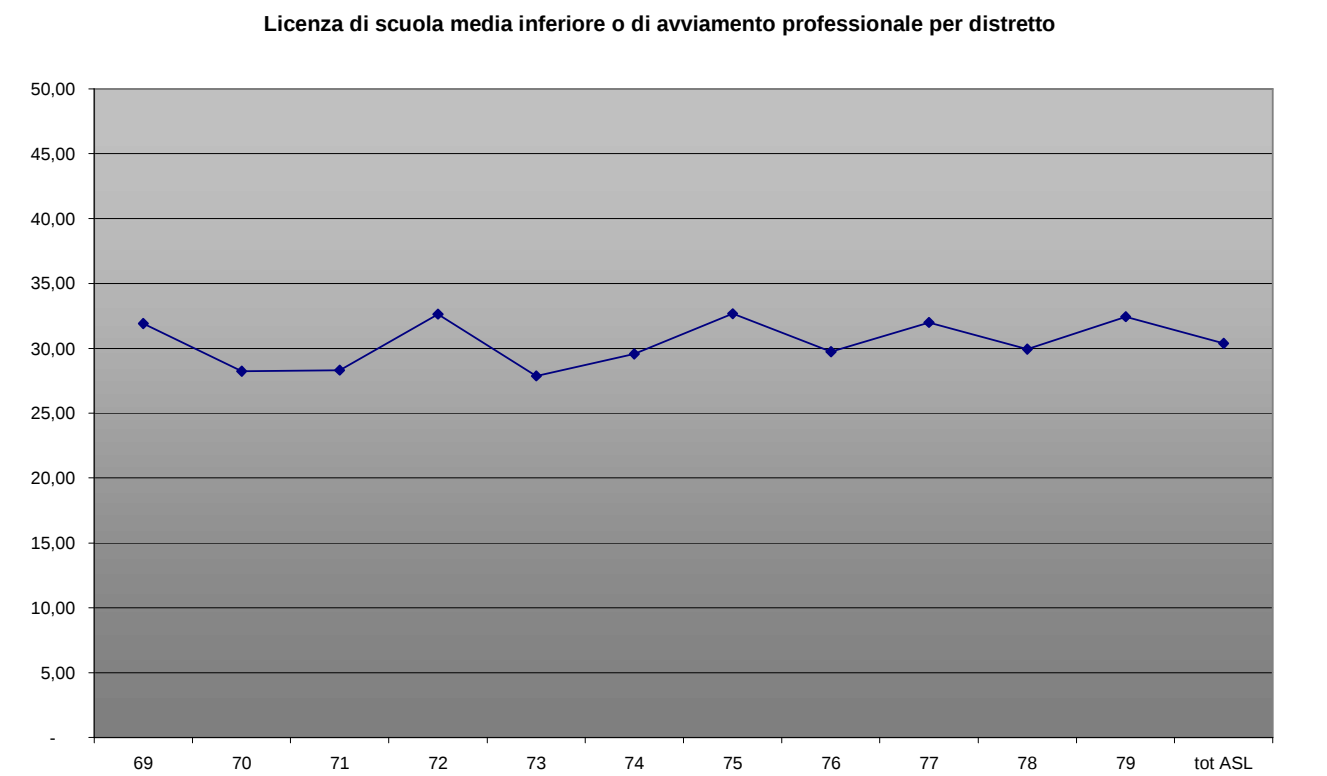


Grafico 13 - Incidenza su popolazione di possessori di Licenza media inferiore

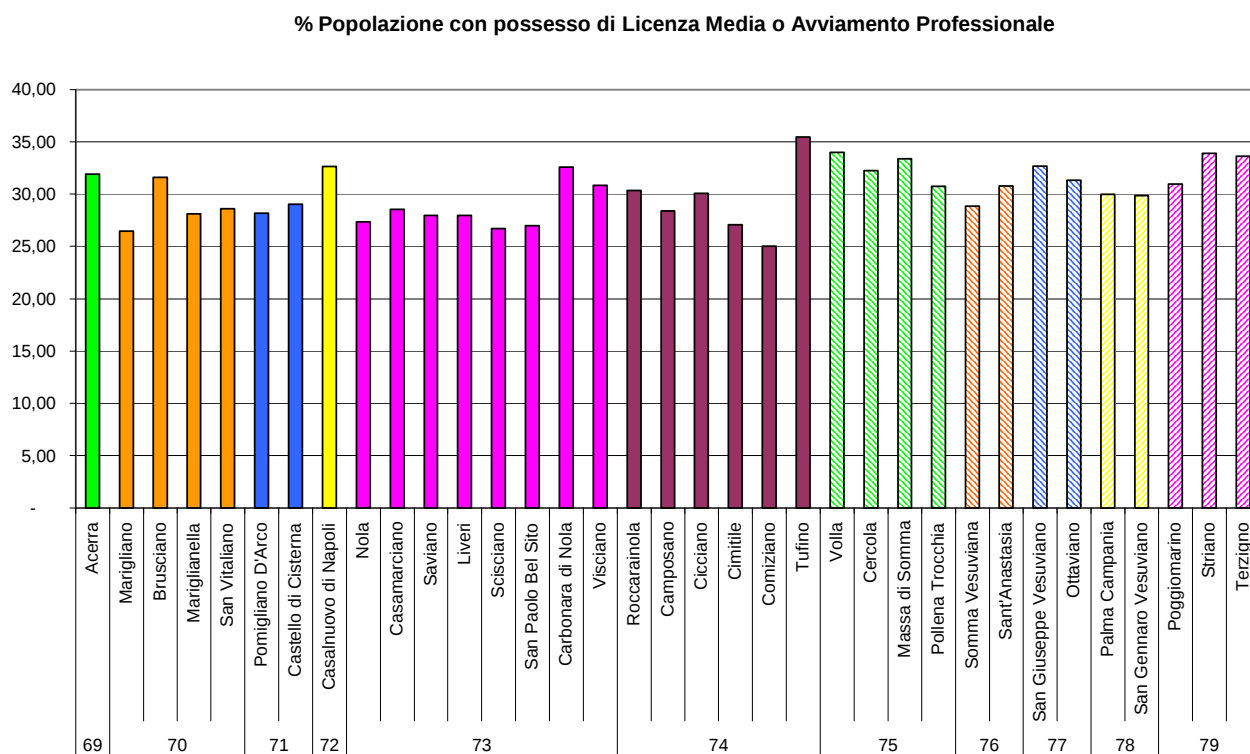


Grafico 14 - Diplomi scuola media superiore

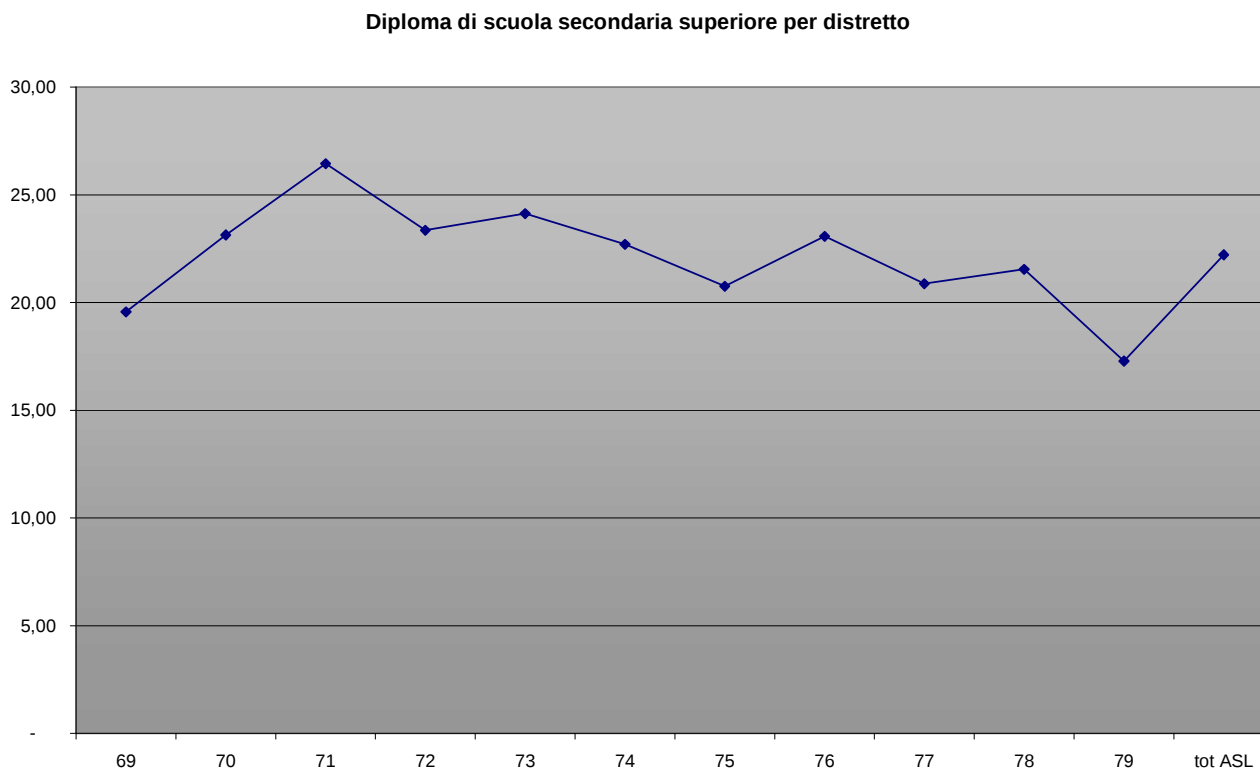
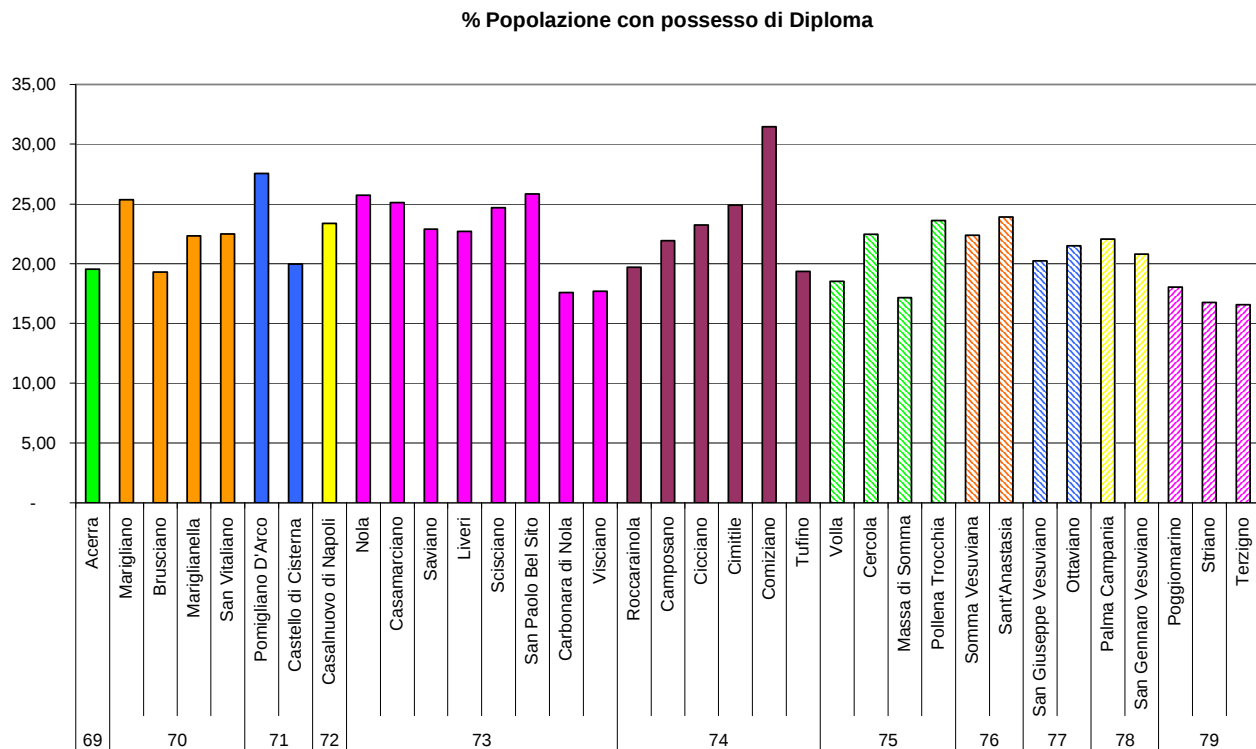


Grafico 15 - Incidenza su popolazione di Diplomati



Anche il possesso del diploma è un indicatore rilevante in un'area geografica dove l'abbandono scolastico è ancora elevato e notevole se viene confrontato con i dati degli abitanti del Nord Italia. Nel distretto 74 spicca Comiziano con l'elevata quantità di possessori di diploma di maturità che rappresenta la punta massima tra gli abitanti dell'ASL NA4 (oltre 30 %). Come si mostrava prima anche il distretto 74 fa registrare un elevato tasso di analfabetismo.

Grafico 16 - Laureati % per distretto

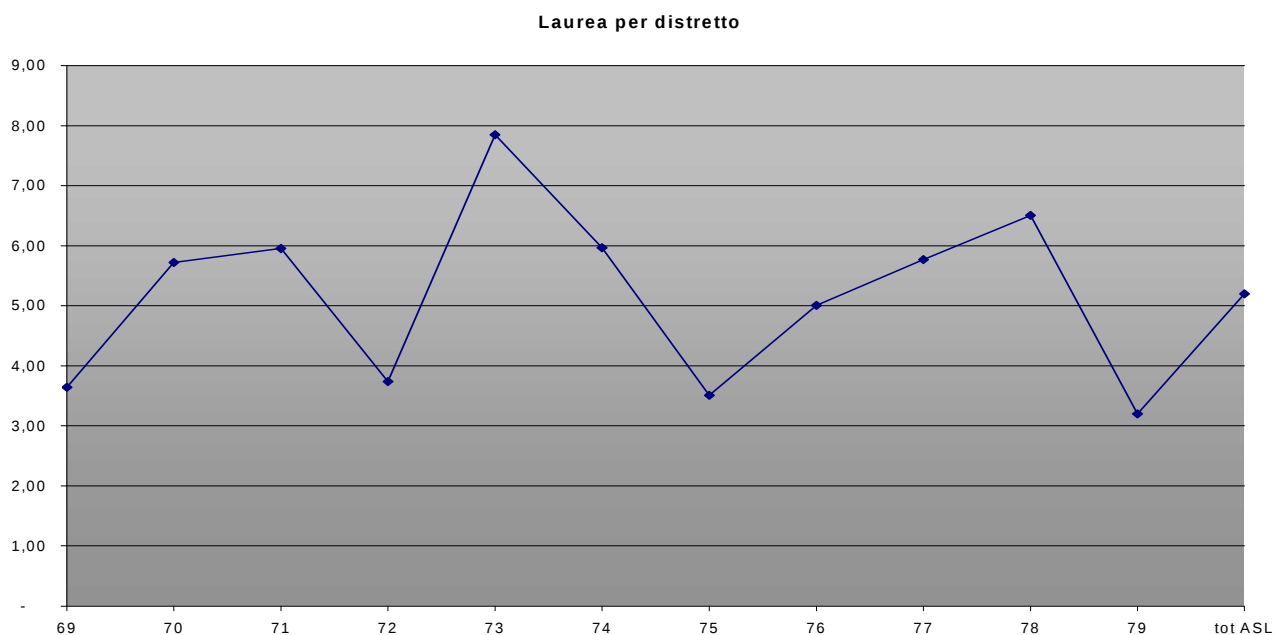
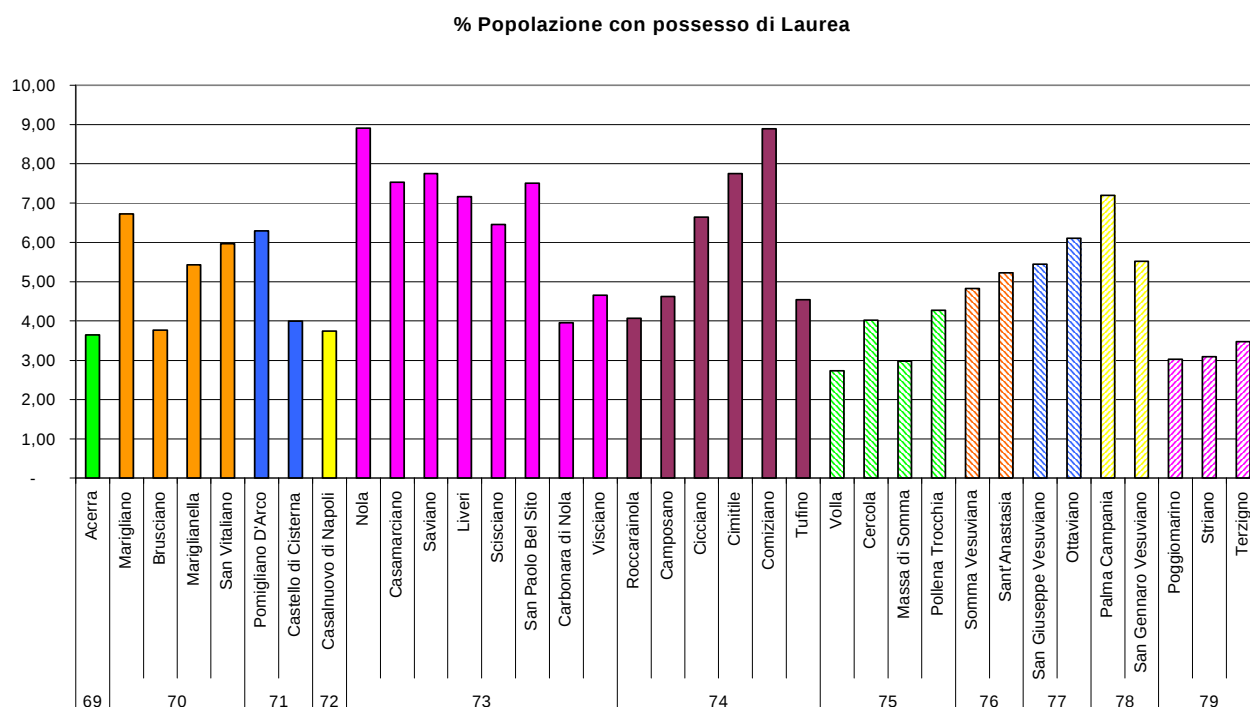


Grafico 17 – Incidenza su popolazione di Laureati



La condizione relativa all'istruzione è alquanto variegata. Se si tiene conto anche della connotazione territoriale alquanto diversificata, appare evidente che città quali Visciano o Liveri, (per aspetti legati all'età media), ed Acerra o Poggiomarino (per altri aspetti), si distinguono da città quali Nola o Comiziano che risentono degli aspetti economici di maggior livello. Così come è interessante notare che per quanto attiene il distretto 73, come già accennato prima, la caratteristica dell'istruzione è ben diversificate: si passa, per esempio, dalla situazione in cui Nola ha la % più alta dell'ASL di Laureati (influenzando anche la % sul Distretto 73) malgrado in questo distretto ci siano anche le % più alte di analfabeti concentrate nelle città di Liveri e Visciano. Le città con il tasso di laureati altrettanto alto sono anche Comiziano, Cimitile, Saviano e Palma Campania; quest'ultima porta il distretto 78 al 2° posto per numero di laureati.

Mentre per i titoli di studio di licenza elementare e media risulta una differenziazione territoriale più o meno uniforme, più evidente è la differenza di livello di istruzione circa il possesso di diploma di scuola media superiore. Il distretto 71 (26,44 %) e distretto 79 (17,28 %) ne danno un chiaro esempio. Influenzano positivamente le città di Pomigliano D'Arco (27,55 %), negativamente Volla (18,51 %) e Massa di Somma (17,15 %). La situazione dei Laureati è altrettanto diversificata: mentre Nola e Comiziano spiccano con tassi di quasi il 9 %, città come Volla, Poggiomarino, ed anche Acerra e Casalnuovo (se si considera il livello di popolazione elevato) fanno registrare % di circa 3 volte inferiori rispetto a quelle indicare sopra.

Stranieri

La presenza ufficiale di stranieri sul territorio risente di una notevole difficoltà di valutazione in quanto il fenomeno dei flussi migratori dalle nazioni più povere risente fortemente dell'aspetto della clandestinità. E' alquanto approssimativo, quindi, azzardare dei numeri anche se quelli qui proposti, di fonte ISTAT, possono quantomeno rivelare uno "stato di fatto" tale da immaginare, in maniera proporzionale, le cifre vicine alla realtà. Si è proceduto fissando dei tassi di dislocazione sul territorio partendo dal totale degli stranieri censiti. Ad esempio il 14,09 % degli stranieri fatti registrare da Acerra è da intendersi come parte degli stranieri di tutta l'ASL NA4 (posta a quota 100%). Di seguito la cartina della Regione Campania circa la localizzazione territoriale in misura maggiore o minore degli immigrati.

Grafico 18 – Presenza di stranieri su territorio

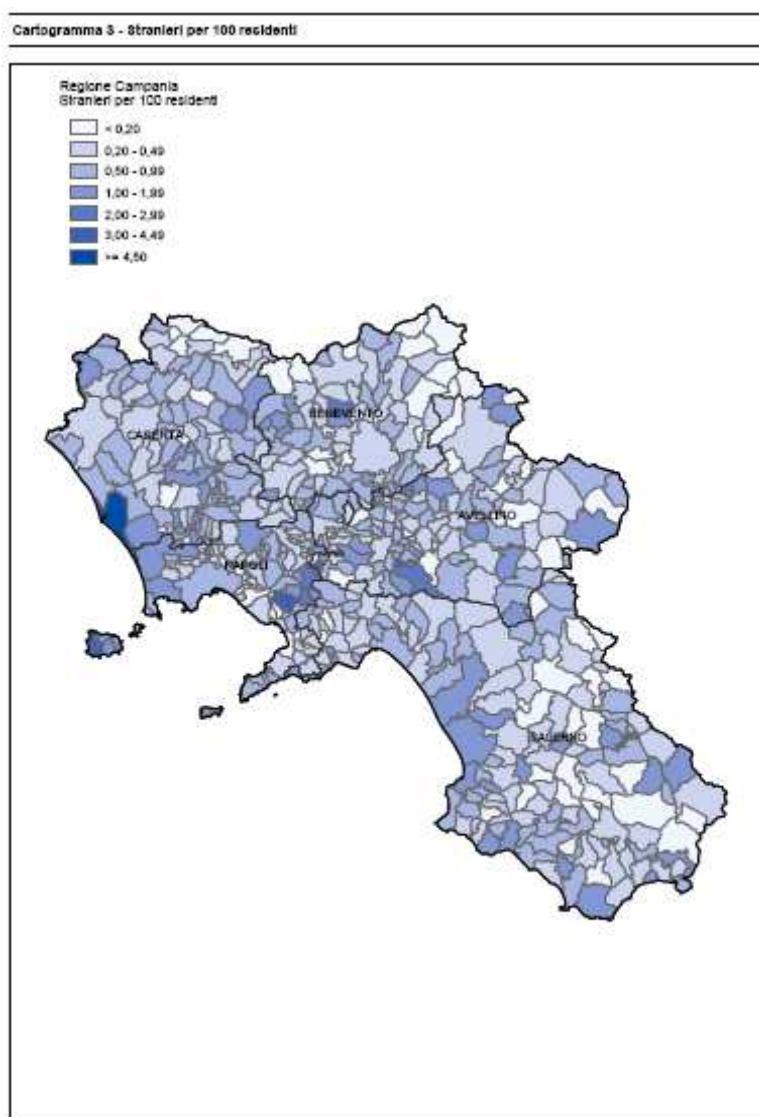


Grafico 19 - Distribuzione di stranieri su territorio dei distretti dell' ASL (ASL = 100%)

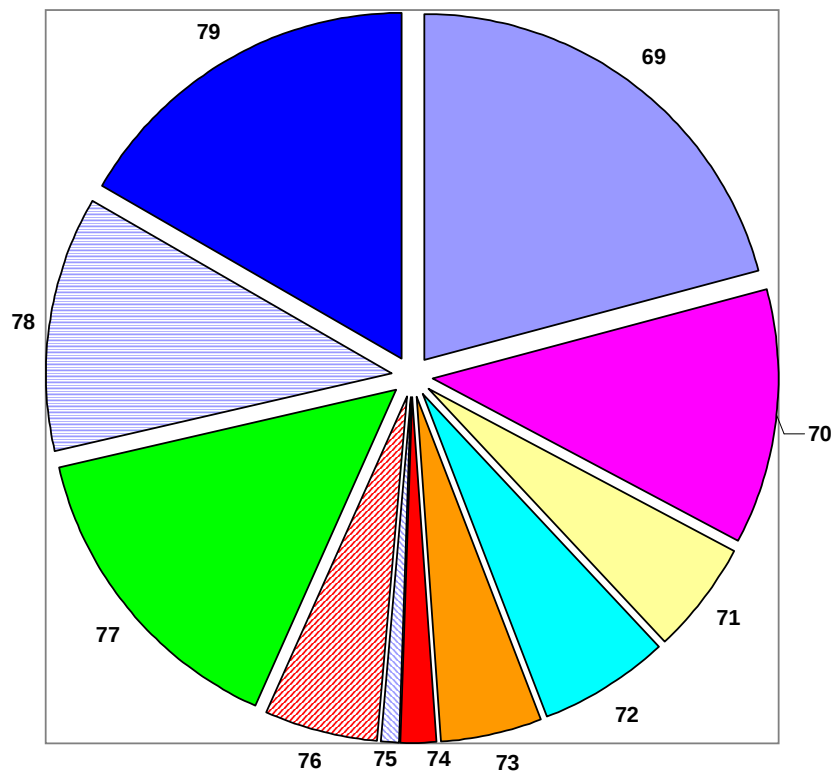


Grafico 20 - Presenza di stranieri su territorio ASL (valore assoluto)

Stranieri presenti ASL NA4 - Censimento 2001

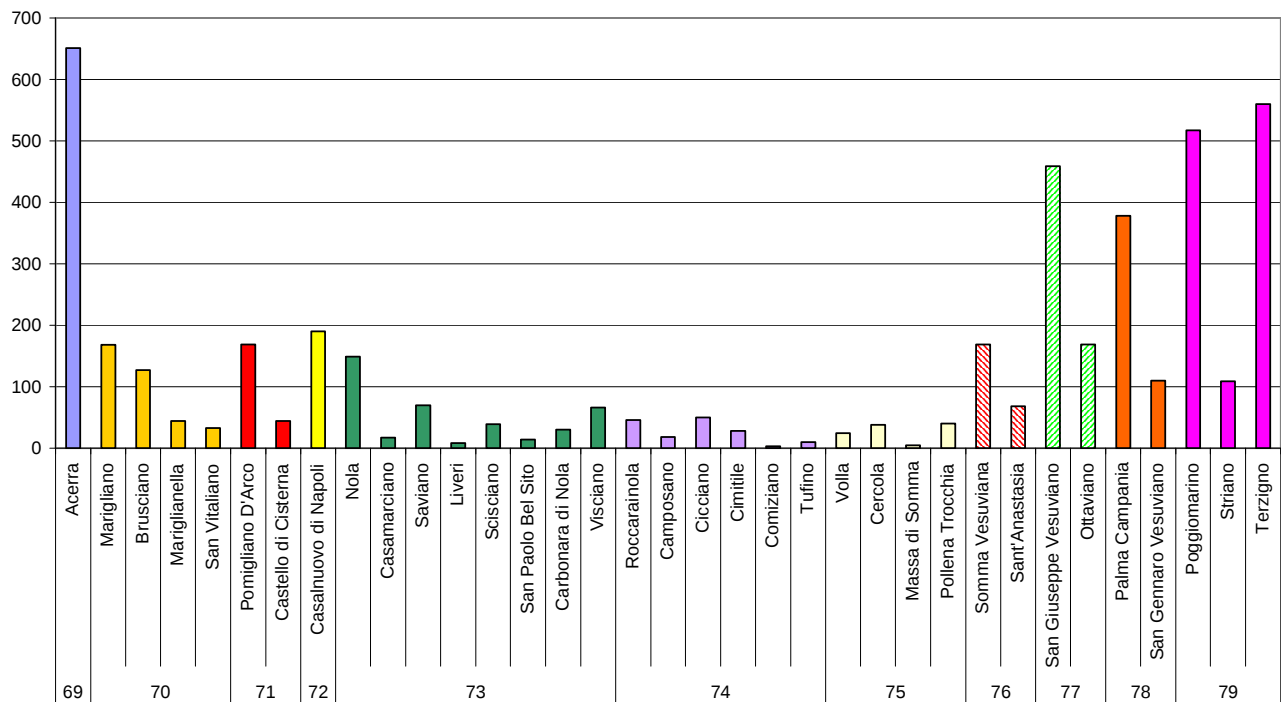
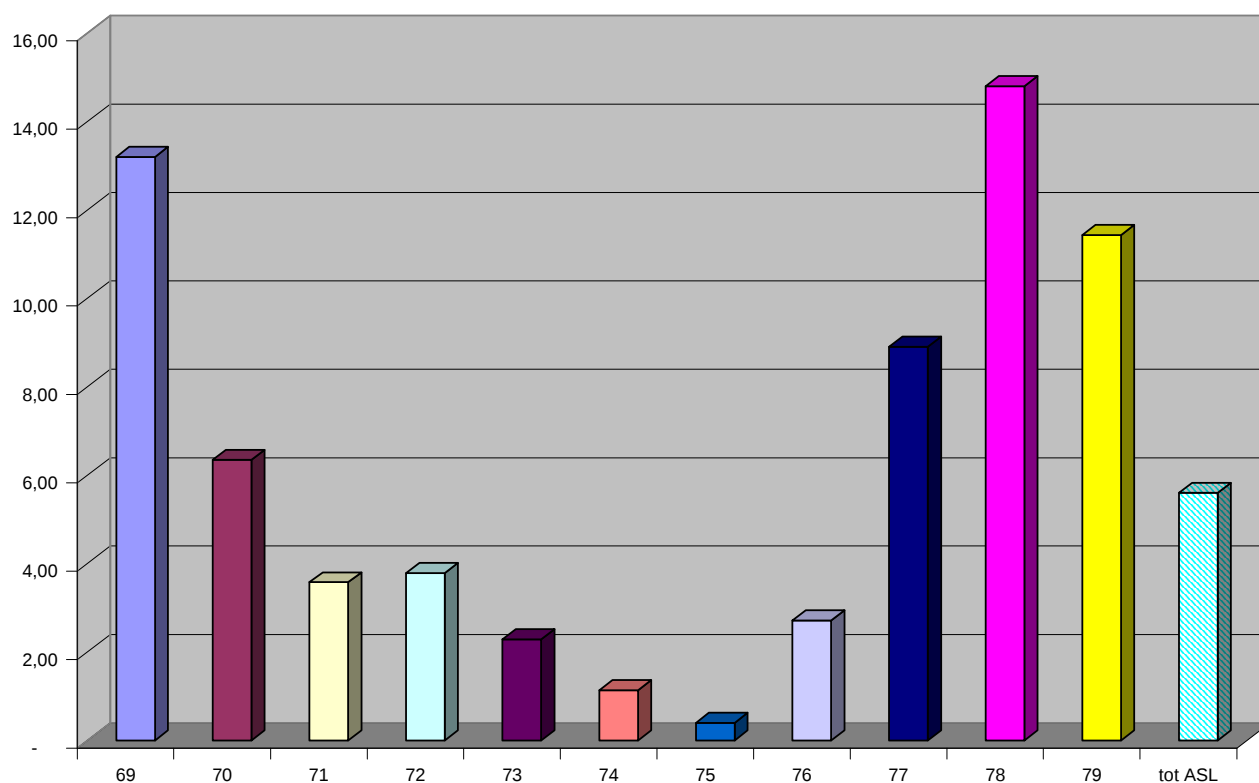


Grafico 21 - Presenza di stranieri sul territorio in rapporto alla popolazione fonte ISTAT anno 2005



La dislocazione degli stranieri sul territorio dell'ASL è alquanto variegata. Sono maggiormente interessati i distretti 78, 69 e 79 i quali determinano, in maniera forte, l'innalzamento della media dell'ASL. Bisogna sottolineare, però, che l'immigrazione è molto caratterizzata dal fenomeno della clandestinità che, in quanto tale, non può essere rappresentata in maniera puntuale se non con stime e per aree del territorio alquanto vaste.

CONTESTO DEMOGRAFICO

Letizia Gigli, Raffaele Palombino, Silvana Russo Spena - Servizio Epidemiologia e Prevenzione

Quadro di riferimento territoriale e demografico

1.1 Territorio, dimensione e distribuzione della popolazione.

La ASL Napoli 4 è costituita da 35 Comuni afferenti a 11 distretti sanitari (tab.1) e si estende su un territorio di 424,49 Km² (pari al 36% della superficie territoriale dei Comuni della Provincia di Napoli), con una densità abitativa di 1248 per Km² (circa il 47 % della densità abitativa totale della Provincia di Napoli che è 2656 per Km²) (tab.2).

Tab 1 Distretti Sanitari e Comuni afferenti

Distretto	Comuni
69 Acerra:	Acerra
70 Marigliano	Brusciano
	Mariglianella
	Marigliano
	S. Vitaliano
71 Pomigliano D'Arco	Castel Cisterna
	Pomigliano D'Arco
72 Casalnuovo	Casalnuovo
73 Nola	Carbonara
	Casamarciano
	Liveri
	Nola
	S. Paolo Bel Sito
	Saviano
	Scosciano
	Visciano
74 Cicciano	Camposano
	Cicciano
	Cimatile
	Comiziano
	Roccarainola
	Tufino
75 Volla	Cercola
	Massa di Somma
	Pollena
	Volla
76 Somma	S. Anastasia
	Somma
77 San Giuseppe V.no	Ottaviano
	San Giuseppe V.no
78 Palma C	Palma C
	S. Gennaro
79 Poggiomarino	Poggiomarino
	Striano
	Terzigno

Fig 1 Distretti sanitari



Il Distretto a più elevata densità abitativa/Km² è Casalnuovo (5754,3) seguito da Pomigliano d'Arco (3005,9) e Volla (2752,5) mentre quello a più bassa densità abitativa è Cicciano (746,7) (tab 3) che corrisponde anche al distretto con la più bassa mortalità per tutte le cause dell'ASL Na4.

I Comuni di Casalnuovo, Cercola e Volla sono quelli a più elevata densità di popolazione per Km², conseguenza dell'incremento demografico, dovuto agli eventi sismici del 1980, con nuove edificazioni di edilizia popolare(L.219/80), che hanno accolto

nuclei familiari dalla città di Napoli, e ad una ulteriore ed intensa attività di edilizia residenziale che ha accentuato il trend di spostamento di popolazione dall'area metropolitana cominciato negli anni '80.

La maggior parte dei Comuni è collocata in una zona altimetrica di pianura tranne Casamarciano, Cercola, Massa di Somma, Ottaviano , Pollena Trocchia, Roccarainola, S. Giuseppe V.no, Sant'Anastasia, Somma V.na, Terzigno, Tufino , Visciano e Volla che si trovano in una zona altimetrica di collina.

Tabella 2 : Popolazione residente per sesso, per densità per Km², per Comune
(Fonte ISTAT Censimento 2001)

Comuni	Sup/ Km ²	Popolazione MF	M	F	Densità /Km ²
Acerra	54,08	44.401	21.945	22.456	821,0
Brusciano	5,64	15.202	7.482	7.720	2695,4
Camposano	3,34	5.300	2.559	2.741	1586,8
Carbonara di Nola	3,53	2.027	994	1.033	574,2
Casalnuovo	7,75	44.596	22.109	22.487	5754,3
Casamarciano	6,26	3.283	1.596	1.687	524,4
Castello di Cisterna	3,97	6.734	3.332	3.402	1696,2
Cercola	3,74	18.572	9.147	9.425	4965,8
Cicciano	7,07	12.246	6.014	6.232	1732,1
Cimitile	2,70	6.842	3.366	3.476	2534,1
Comiziano	2,43	1.711	813	898	701,2
Liveri	2,63	1.815	873	942	690,1
Mariglianella	3,22	6.301	3.076	3.225	1956,8
Marigliano	22,6	30.291	14.730	15.561	1340,3
Massa di Somma	3,5	5.902	2.900	3.002	1700,9
Nola	39	32.721	15.927	16.794	839
Ottaviano	19,85	22.549	10.991	11.558	1136
Palma Campania	20,78	14.485	7.095	7.390	697,1
Poggiomarino	13,28	19.653	9.770	9.883	1479,9
Pollena Trocchia	8,11	13.326	6.478	6.848	1643,2
Pomigliano d'Arco	11,44	39.588	19.273	20.315	3460,5
Roccarainola	28,10	7.176	3.499	3.677	255,4
S. Gennaro V.no	6,97	10.100	4.944	5.156	1449,1
S. Giuseppe V.no	14,09	23.152	11.271	11.881	1643,2
San Paolo Bel Sito	2,97	3.371	1.631	1.740	1135
San Vitaliano	5,30	5.564	2.712	2.852	1049,8
Sant'Anastasia	18,76	27.472	13.527	13.945	1464,4
Saviano	13,78	14.890	7.312	7.578	1080,6
Scisciano	5,46	4.881	2.375	2.506	894
Somma V.no	30,74	32.838	16.174	16.664	1068,3
Striano	7,58	7.507	3.735	3.772	990,4
Terzigno	23,51	15.831	7.846	7.985	673,4
Tufino	5,26	3.240	1.599	1.641	617,1
Visciano	10,89	4.623	2.255	2.368	424,5
Volla	6,16	21.407	10.781	10.626	3475,2
Totale	424,49	529.597	260.131	269.466	1248

Tab 3 Popolazione residente per densità Kmq, per Distretto ordinata per rango

Distretto	Sup/Kmq	Popolazione MF	Densità/Kmq
Casalnuovo	7,75	44596	5754,3
Pomigliano d'Arco	15,41	46322	3005,9
Volla	21,51	59207	2752,5
Marigliano	36,76	57358	1560,3
San Giuseppe V.no	33,94	45701	1346,5
Somma V.na	49,5	60310	1218,3
Poggiomarino	44,32	42991	970
Palma C.	27,75	24585	885,9
Acerra	54,08	44401	821,0
Nola	84,52	67611	799,9
Cicciano	48,9	36515	746,7

1.2 Il contesto demografico e la dinamica anagrafica della popolazione

La popolazione che abita un determinato territorio è il principale fruitore delle strutture sanitarie e dei servizi assistenziali e per la salute.

Le caratteristiche strutturali della popolazione, i suoi comportamenti e le sue caratteristiche socioeconomiche influiscono sulle dinamiche demografiche e costituiscono e condizionano la domanda di salute cui bisogna rispondere.

La struttura demografica di una popolazione sintetizza il suo trascorso in termini di dinamica naturale e migratoria e ne determina il suo andamento futuro.

La struttura per sesso ed età è un riferimento essenziale per valutare ,dal punto di vista economico,sociale e sanitario, potenzialità e bisogni.

La popolazione residente nell'ASL NA 4 al 31.12.2005 (fonte ISTAT) è di 557.447 abitanti di cui 284.397 femmine e 273.050 maschi, la fonte per i dati di popolazione del 2005 è l' Istat che ha utilizzato i dati forniti dai singoli comuni.

Nel quadriennio 2002 - 2005, la natalità (tab.4, fig 2,3) ha un andamento costante (11.4 nel 2002 e 11.9 nel 2005), i distretti di Acerra e Poggiomarino hanno il tasso di natalità più alto (rispettivamente 15.5 e 15.4) mentre il distretto di Nola ha il tasso più basso (9.0).

Tabella 4 Natalità x 1000 abitanti dal 2002 al 2005

Distretto	2002		2003		2004		2005	
	Natalità X1000	N° nati	Natalità X1000	N° nati	Natalità X1000	N° nati	Natalità X1000	N° nati
69 Acerra	13.1	642	14.5	712	13.4	668	15.5	772
70 Marigliano	10.5	617	11.0	649	12.1	718	11.1	658
71 Pomigliano d'Arco	9.9	479	9.6	466	10.1	488	10.3	498
72 Casalnuovo	12.8	635	13.6	673	13.7	676	12.7	630
73 Nola	8.1	581	9.2	654	9.8	700	9.0	647
74 Cicciano	10.0	373	9.4	349	11.6	430	10.4	385
75 Volla	12.9	788	12.1	740	10.6	647	12.4	757
76 Somma	10.3	647	11.0	687	11.2	706	11.1	698
77 San Giuseppe V.no	12.7	649	13.1	670	12.6	643	12.7	644
78 Palma C	11.7	299	12.7	325	11.0	278	12.3	310
79 Poggiomarino	15.1	636	15.4	649	14.5	607	15.4	645
Totale ASL Na 4	11.4	6346	11.8	6574	11.8	6561	11.9	6661
Totale Campania *	9.5		11.4		11.3		10,8*	
Totale Italia **	9.2		9.4		9.7		9,45*	

Fonte : CEDAP SEP DIP PREV ASL NA4

*Fonte: Istat, Servizio "Popolazione, istruzione e cultura"

Natalità = N° nati vivi per anno/popolazione x 1000

Fig 2 Natalità x 1000 abitanti dal 2002 al 2005

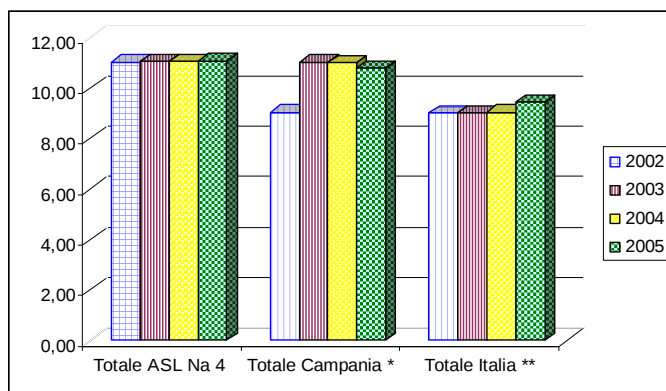
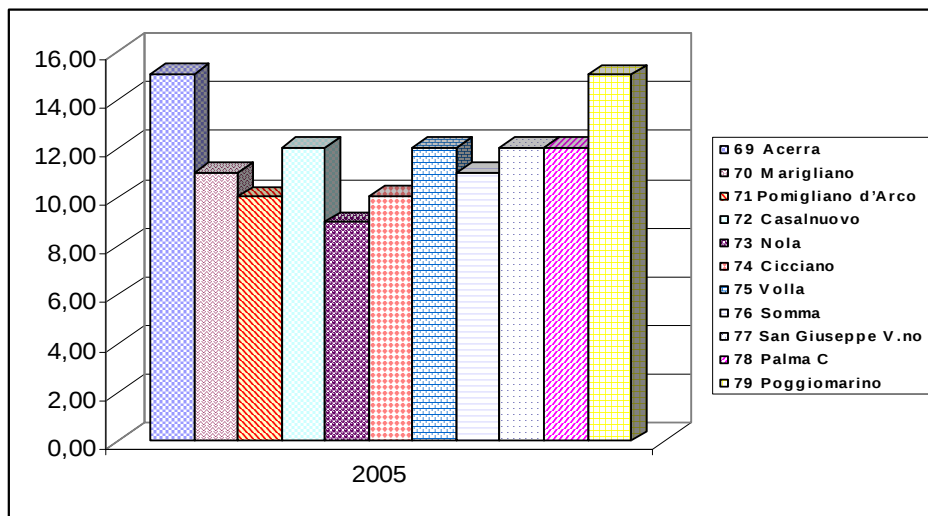


Fig 3 Natalità x 1000 abitanti anno 2005 distinta per distretto sanitario



Il **tasso di fecondità** (N° nati vivi / n° donne 15-44 anni x1000) dell'ASL che nel 1998 e nel 2000 è rispettivamente 56,9 e

55,6, cade inizialmente nel quadriennio 2002-2005 (vedi Tab 5) 44.9 nel 2002, 46.3 nel 2003, 50.1 nel 2004 e 50.7 per poi risalire nel 2005.

Il positivo tasso di fecondità trova riscontro in un basso tasso di abortività standardizzato Campano, nettamente inferiore a quello nazionale e a quello relativo alle regioni del nord italia e del centro (tab 6)

Tab 5 tasso di fecondità° x 1000 donne
° N° nati vivi / n° donne (15-44anni) x1000

Distretto	2002	2003	2004	2005
69 Acerra	50.1	55.3	53.9	62.2
70 Marigliano	41.0	42.9	52.0	47.5
71 Pomigliano d'Arco	39.5	38.4	43.3	44.1
72 Casalnuovo	48.7	51.3	56.3	52.3
73 Nola	33.5	37.7	42.9	39.6
74 Cicciano	40.9	38.2	50.7	44.9
75 Volla	49.6	46.4	44.9	52.3
76 Somma	40.9	43.2	48.4	47.6
77 San Giuseppe V.no	50.6	52.0	54.3	54.0
78 Palma C	45.2	49.0	47.1	52.5
79 Poggiomarino	58.7	59.8	61.0	64.4
Totale ASL Na 4	44.9	46.30	50.1	50.7

Fonte Cedap SEP ASL NA4

Tab.6 Rapporto di abortività spontanea per 1.000 nati vivi per classe di età e regione di residenza - Anno 2003

REGIONI E RIPARTIZIONI	Classi di età - Age groups							Rapporto di abortività grezzo	Rapporto di abortività standar- dizzato
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Campania	88,83	84,14	79,14	91,04	149,90	367,60	733,98	103,89	96,48
Nord	176,03	110,87	96,11	102,82	161,18	411,83	985,91	129,23	116,27
Nord-ovest	188,96	105,65	93,16	96,13	149,51	385,07	873,47	121,86	110,96
Nord-est	159,56	117,65	100,04	112,14	177,39	448,71	1.157,90	139,31	123,54
Centro	212,09	140,08	112,02	117,42	192,09	477,10	1.192,55	153,52	137,70
Mezzogiorno	106,83	86,11	84,16	95,63	163,98	389,50	839,38	113,48	102,44
Sud	104,60	84,75	80,80	93,05	154,29	384,73	786,13	108,44	99,04
Isole	110,29	88,93	92,14	101,40	183,75	397,84	947,32	124,45	109,88
ITALIA	138,30	102,19	93,59	103,15	168,44	418,19	965,06	127,65	113,32

Fonte ISTAT

La popolazione residente è una **popolazione giovane**, come si evidenzia dalla distribuzione percentuale distinta per sesso e per classi di età, dagli indici di vecchiaia e di invecchiamento (vedasi Fig.4, tab 7,8.). L'indice di vecchiaia dell'ASL risulta circa la metà di quello nazionale.

L'**indice di vecchiaia** ($N^{\circ} \text{sgt} > 65 \text{anni} / N^{\circ} \text{sgt } 0-14 \text{anni} \times 100$) della Regione Campania è risultato 70,9 (120, 6 quello nazionale) nell'anno 2000 ed è stato il più basso del Paese. Nella ASL NA 4 nel 1998 l'indice

di vecchiaia è risultato 43,6 con un minimo di 27,8 nel Distretto Sanitario di Casalnuovo, ed un massimo di 60,6 nel Distretto Sanitario di Cicciano.

Nel 2005 l'indice di vecchiaia rispetto al 1998 è aumentato attestandosi intorno al valore di 57, con un minimo di 32 nel distretto sanitario di Casalnuovo, territorio popolato da generazioni più giovani, conseguenza del fenomeno migratorio dal centro cittadino alla provincia, ed un massimo di 83 nel distretto 74.

L'indice di invecchiamento (N° sgt >65 anni/pop tot. X 100) della ASL nel 1998 è stato pari a 9,7%, nel 2005 11%, valori entrambi inferiori a quello regionale (15,3%), con un minimo di 6,5 % nel 1998 e di 8 nel 2005 nel Distretto di Casalnuovo, che si conferma come territorio con la popolazione più giovane, ed un massimo di 12,1% nel Distretto di Nola nel 1998 e di 14% nel 2005 nei distretti di Nola e Roccarainola caratterizzati da una popolazione più anziana.

La popolazione in età pediatrica, 0-14 anni è diminuita passando dal 22,03% (23,2 M e 21,4 F) nel 1998 al 20.7% (22% M 20% F) nel 2002 e al 19.9% (21% M 19% F) nel 2005, comunque valori più alti di quello nazionale (15,20% M e 13,56 % F) e di quello regionale (20,02 M e 18,10 F) (fonte Rapporto Osserva salute 2003 - Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane) .

La popolazione anziana, di età > di 64, anni è aumentata nel corso degli anni, 9,7% nel 1998, 10,4 nel 2000, 10.6 nel 2002 e 11 nel 2005 di gran lunga inferiore a quella nazionale (15,34 % M 20,99 F) e regionale (11,67 % M e 15,98 % F) del 2000.

La popolazione dei grandi vecchi (> a 74 anni) rimane costante nel 1998 ,2000 e 2002 (3,4 % nel 1998,3,8 % nel 2000, 3.9 nel 2002) e mostra un lieve incremento nel 2005 (4.6%); (tab10); anche in questa fascia si registrano valori inferiori a quelli nazionali (5,91 % M e 10,05 % F) e campani (4,12 % M e 6,95 % F).

Tabella 7 Indice di vecchiaia° 2003 e 2005

Distretto	@2002	@2003	@2004	@2005	@2005 N° sgt >65 anni
DS 69	43	44	45	46	4857
DS 70	56	59	60	62	6941
DS 71	58	60	75	78	5546
DS 72	28	29	30	32	3943
DS 73	70	74	77	82	9206
DS 74	73	77	80	83	5857
DS 75	37	38	40	42	5504
DS 76	54	56	58	62	7296
DS 77	55	58	60	62	6396
DS 78	60	62	63	65	3174
DS 79	46	47	48	50	4915
ASL	51	53	55	57	63635
Totale Campania *	77.2	79.8	81.9	87.4	886485
Totale Italia**		135.9	137.8	140.4	

Fonte
@ SEP NA4
* , ** ISTAT

° N°sgt>65anni/N° sgt 0-14 anni x100

Tabella 8 Indice di invecchiamento°° 2003 e 2005

Distretto	2002@	2003@	2004@	2005@	2005@ N° sgt >65 anni
69 Acerra	9	10	10	10	4857
70 Marigliano	11	11	12	12	6941
71 Pomigliano d'arco	11	11	12	12	5546
72 Casalnuovo	7	8	8	8	3943
73 Nola	13	14	14	14	9206
74 Cicciano	13	14	14	14	5857
75 Volla	8	8	9	9	5504
76 Somma	11	11	11	12	7296
77 San Giuseppe V.no	11	12	12	12	6396
78 Palma C.	12	12	12	12	3174
79 Poggiomarino	10	11	11	11	4915
Totale ASL Na 4	11	11	11	11	63635
Totale Campania*				15.3	886485

Fonte @ SEP NA4

Fonte*ISTAT

°° N° sgt >65 anni/pop tot. X 100

Tabella 9 Distribuzione Percentuale popolazione per sesso e classi di età anno 2005

	2005			
	M	%	F	%
<1	3646	1	3533	1
01-4	14552	5	13969	5
05-9	18574	7	17742	6
10-14	19832	7	19112	7
	56604	21	54356	19
15-19	20180	7	19156	7
20-24	21420	8	20664	7
	41600	15	39820	14
25-29	22000	8	22511	8
30-34	22466	8	23941	8
	44466	16	46452	16
35-39	22960	8	23916	8
40-44	21199	8	21737	8
	44159	16	45653	16
45-49	17740	6	18578	7
50-54	15434	6	15866	6
	33174	12	34444	12
55-59	15060	6	14954	5
60-64	11328	4	11742	4
	26388	10	26696	9
65-69	9623	4	10893	4
70-74	7814	3	9854	3
	17437	6	20747	7
75-79	5281	2	7894	3
80-84	2664	1	5163	2
85 e più	1277	0	3172	1
	9222	3	16229	6
Totale	273050	100	284397	100

Tabella 10 Popolazione per sesso e per età 0-14 , >65 anni, > a75 al 2002 e al 2005

Età	M 2002	%	M 2005	%	F 2002	%	F 2005	%	Tot 2002	%	Tot 2005	%
0-14	57.358	22	56.604	21	54.446	20	54.356	19	111.804	20.7	110.960	19.9

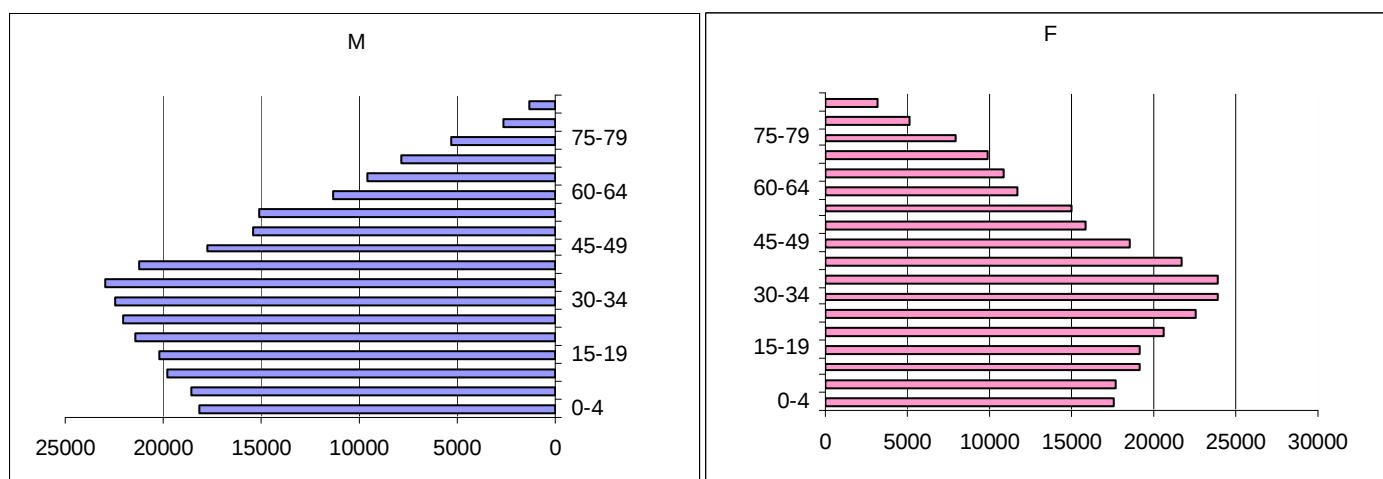
Età												
>65	23.935	9	26659	9.8	33582	12	36976	13	57517	10.6	63635	11

Età												
>75	7701	3	9222	3	13704	5	16229	6	21405	3.9	25451	4.6

Tra 0 e 19 anni il rapporto maschi/femmine è a favore dei primi, si inverte tra 60 e 79 anni, tale andamento deriva da una maggiore sopravvivenza delle femmine rispetto ai maschi.

La piramide dell'età del 2005 (fig. 4) mostra che la popolazione della ASL NA 4 è una popolazione giovane, con una prevalenza delle fasce 20-39 anni, i grafici si presentano con una larga base, rappresentata dalla fascia di età giovanile mentre si restringono all'apice, dove è rappresentata la fascia di età più anziana.

Fig 4 Piramide età anno 2005



L'indice di carico sociale ($N^{\circ} \text{ sgt} < 14 \text{ anni} + N^{\circ} \text{ sgt} > 65 \text{ anni} \times 100 / N^{\circ} \text{ sgt tra i 15 e i 65 anni}$) nel nostro territorio, è stato complessivamente 48,3% nel 1991 e 47,06 nel 1998 e 35.4% nel 2005, indicatori di un trend in deflessione, con un range che va nel 1998 da un massimo di 50,9 % nel distretto di Nola ad un minimo di 45% in quello di Volla e nel 2005 da un valore massimo di 51% nel distretto di Poggiomarino ad un valore minimo di 38.2% a Pomigliano (tab.11).

Tabella 11 Indice di carico sociale* anni 1998, 2000, 2002 e 2005

Distretto	1998	2000	2002	2005
	Carico sociale %	Carico sociale %	Carico sociale %	Carico sociale %
69 Acerra	48,1	47,2	48.1	49.2
70 Marigliano	46,0	43	45.1	45
71 Poimigliano d'Arco	45,4	39,9	41.9	38.2
72 Casalnuovo	48,7	46,3	47.5	48.7
73 Nola	50,9	45,9	47.6	45.9
74 Cicciano	46,4	44	46.1	46.8
75 Volla	45	41,3	43.8	42.54
76 Somma	45,6	43	50.3	49.7
77 San Giuseppe V.no	49	46	47.7	47.7
78 Palma C	50,2	46,9	51.3	49.6
79 Poggiomarino	50	46,2	52.2	51
Totale ASL Na 4	47,06	44,3	45.8	35.4
Totale ASL NA 4 1991	48,3			
Totale Italia ** 1998	47,3			51.2+

* N° sgt <14 anni + N° sgt >65 anni X100

N° sgt tra i 15 e i 65 anni

** Fonte Indagine Prometeo 2001

+fonte ISTAT

La dinamica anagrafica della popolazione è determinata dai flussi naturali (nascite e morti) e migratori (iscritti e cancellati dall'anagrafe per trasferimento di residenza). Il saldo naturale è la differenza tra nascite e morti, quello migratorio è la differenza tra gli iscritti e i cancellati, questi due saldi permettono di capire a quale componente demografica vada attribuita la variazione totale della popolazione registrata nell'anno.

Il saldo naturale nel 2002 e nel 2005 risulta complessivamente fortemente positivo, il saldo naturale più basso lo riscontriamo nel distretto di Roccarainola nel 2005, il più alto nel distretto di Acerra; anche il saldo migratorio interno è complessivamente positivo, ad eccezione del distretto di Marigliano, Pomigliano, Casalnuovo, Roccarainola, Volla e Palma C. (Tab 12,13).

Tab 12 Popolazione ASL Na 4 : Bilancio demografico al 31.12.2002*

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	ASL
Popolazione al 1° Gennaio	45875	57100	47210	48012	67541	36910	59777	61342	47374	24673	43030	538844
Nati	774	727	559	809	669	403	881	748	670	305	674	7219
Morti	314	413	329	239	524	308	330	399	376	177	323	3732
Saldo Naturale/n°	460	314	230	570	145	95	551	349	294	128	351	3487
Saldo Naturale/Tasso grezzo	10 ‰	5 ‰	5 ‰	12 ‰	2 ‰	2,5 ‰	9 ‰	6 ‰	6 ‰	5 ‰	8 ‰	6 ‰
Iscritti	1566	1759	1025	2147	1695	1102	2717	1160	1433	663	1671	16938
Cancellati	1074	1540	1374	1393	1583	1274	1657	1391	1628	634	1282	14830
Saldo Migratorio	492	219	-349	754	112	-172	1060	-231	-195	29	389	2108
Popolazione al 31-12-2002	46827	57633	47091	49336	67798	36833	61388	61460	47473	24830	43770	544439

*Fonte ISTAT

Tabella 13 Popolazione ASL Na 4 : Bilancio demografico anno 2006

Popolazione ASL NA 4 :Bilancio demografico anno 2006 e popolazione residente al 31 Dicembre												
	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	ASL
Popolazione al 1°												
Gennaio	50808	58865	47050	50287	68379	37278	62040	62236	51390	25532	45384	559249
Nati	924	702	529	654	706	376	758	743	580	315	579	6866
Morti	364	403	297	257	559	292	328	398	336	178	294	3706
Saldo Naturale	560	299	232	397	147	84	430	345	244	137	285	3160
Iscritti	2305	1879	1245	1561	1891	1203	1883	1609	1425	662	1605	17268
Cancellati	1270	1963	1749	1708	1865	1279	2297	1561	1536	714	1201	17143
Saldo Migratorio e per altri motivi	1035	-84	-504	-147	26	-76	-414	48	-111	-52	404	125
Popolazione al 31 Dicembre	52403	59080	46778	50537	68552	37286	62056	62629	51523	25617	46073	562534

Fonte ISTAT

Il **fenomeno migratorio**, costante nel decennio 1991-2001, insieme a un alto tasso di natalità ha determinato un incremento dei residenti da 495886 (243206 M e 252680 F) nel 1991 a 546403 (267808 M e 278595 F) nel 2001, con la formazione di una popolazione con caratteristiche sociali, economiche e culturali diverse che ha evidenziato problemi quali :

- un aumento della densità abitativa, non sempre fronteggiata con un aumento della offerta di servizi, con la nascita di "zone ghetto", come gli insediamenti ex L. 219 (Pomigliano d'Arco, Brusciano..), insediamenti di edilizia popolare (Gescal...) , con conseguente difficile integrazione sociale e lavorativa,
- un aumento di fenomeni di disagio sociale, di devianza giovanile, di criminalità, di disgregazione familiare, di abbandono scolastico, le cui conseguenze si ripercuotono sulle fasce di popolazione più deboli : minori, anziani, portatori di handicap (Fonte PAT).

Il numero degli stranieri stabilmente residenti sul territorio ed iscritti alle liste anagrafiche, non rispecchia fedelmente la realtà del territorio, difatti un numero consistente di stranieri irregolari e stagionali non viene registrato.

Gli stranieri presenti nella ASL nel 2005 ed iscritti nelle liste anagrafiche comunali ammontano a 8828 di cui 4012 maschi e 4816 femmine; i minorenni stranieri sono 1247 di cui 591 maschi e 656 femmine (Tab. 14).

La popolazione residente straniera presente nella ASL al 2005 è rappresentata per la maggior parte , in ordine decrescente, da quella proveniente dall'Ucraina con 2825 soggetti (821 maschi e 2004 femmine), seguita dalla Cina con 1245 soggetti (639 maschi e 606 femmine), dal Marocco con 1101 soggetti (813 maschi e 288 femmine), dalla Polonia con 1024 soggetti (261 maschi e 743 femmine), dalla Tunisia con 339 soggetti (260 maschi e 79 femmine) dall'Algeria con 330 soggetti (266 maschi e 64 femmine), dal

Bangladesh con 320 soggetti (288 maschi e 22 femmine) (tab. 16, 17 e 18).

Tabella 14

Cittadini Stranieri. Bilancio demografico anno 2005 e popolazione residente al 31 Dicembre - Tutti i paesi di cittadinanza																		
	69			70			71			72			73			74		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Popolazione straniera residente al 1° Gennaio	684	359	1043	342	365	707	175	294	469	142	226	368	146	262	408	144	217	361
Iscritti per nascita	4	1	5	2	3	5	4	4	8	1	1	2	0	5	5	1	3	4
Iscritti da altri comuni	10	7	17	11	19	30	6	25	31	11	23	34	12	18	30	3	12	15
Iscritti dall'estero	12	28	40	41	50	91	20	15	35	10	25	35	18	36	54	19	31	50
Altri iscritti	0	1	1	1	0	1	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0
Totale iscritti	26	37	63	55	72	127	30	46	76	22	49	71	30	61	91	23	46	69
Totale cancellati	68	14	82	51	36	87	18	28	46	18	22	40	29	52	81	16	11	27
Popolazione straniera residente al 31 Dicembre	642	382	1024	346	401	747	187	312	499	146	253	399	147	271	418	151	252	403
di cui minorenni	44	38	82	34	27	61	31	37	68	27	27	54	21	24	45	7	11	18
	75			76			77			78			79			ASL		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Popolazione straniera residente al 1° Gennaio	102	214	316	250	448	698	591	921	1512	683	373	1056	944	863	1807	4203	4542	8745
Iscritti per nascita	2	0	2	1	3	4	31	21	52	6	7	13	13	18	31	65	66	131
Iscritti da altri comuni	9	8	17	1	8	9	45	50	95	16	16	32	43	48	91	167	234	401
Iscritti dall'estero	20	38	58	28	43	71	79	124	203	37	50	87	54	80	134	338	520	858
Altri iscritti	1	0	1	35	9	44	13	16	29	5	18	23	11	14	25	66	62	128
Totale iscritti	32	46	78	65	63	128	168	211	379	64	91	155	121	160	281	636	882	1518
Totale cancellati	12	28	40	22	37	59	226	162	388	161	37	198	206	181	387	827	608	1435
Popolazione straniera residente al 31 Dicembre	122	232	354	293	474	767	533	970	1503	586	427	1013	859	842	1701	4012	4816	8828
di cui minorenni	15	17	32	48	42	90	139	202	341	66	78	144	159	153	312	591	656	1247

L'indice di natalità nell'anno 2000 e 2005 della popolazione straniera dell'ASL non è confrontabile con quello totale dell'ASL, in quanto, il tasso di natalità si riferisce ad una popolazione costituita prevalentemente da uomini e da giovani, con poche donne; pertanto, si può ipotizzare che il valore di 12,9 (anno 2000) e 14.2 (anno 2005) potrebbe essere di gran lunga superiore se la popolazione fosse rappresentata omogeneamente da maschi e femmine, questo dato è comunque superiore a quello regionale, con un range che va da un minimo di 0 nel distretto di Volla e di Cicciano nell'anno 2000 e da un minimo di 4 nel distretto di Pomigliano nell'anno 2005 ad un massimo di 24,3 nel distretto di Poggiomarino anno 2000 e un massimo di 34.6 nel distretto di San Giuseppe V.no nel 2005 (tab.15).

Questa densa presenza di cittadini stranieri, della cui entità reale i numeri ufficiali rappresentano solo un indicatore, stimola a proseguire con maggiore decisione sulla strada, già intrapresa negli anni passati, di una offerta di servizi mirati che rispondano a specifici bisogni di salute di questa tranche di utenza e facilitino gli accessi ai servizi ordinari che, talvolta, per difficoltà linguistiche o di altro tipo, risultano poco accessibili.

I distretti sanitari con un maggiore numero di stranieri sono in ordine decrescente:

il 79 Poggiomarino con 1701 soggetti stranieri, il 69 Acerra con 1024 soggetti stranieri, il 78 Palma Campania con 1013 soggetti stranieri, il 77 San Giuseppe V.no con 930 soggetti stranieri, il 76 Somma V.na con 767 soggetti stranieri, il 70 Marigliano con 747 soggetti stranieri,

Gli stranieri maggiormente presenti provengono:

- ✓ nel distretto di Poggiomarino dalla Cina Popolare (781), dall'Ucraina (349) e dal Marocco (302),
- ✓ nel distretto di Acerra provengono dall'Ucraina (208) , dal Marocco (123), dall'Algeria (119) e dall'Albania (111).
- ✓ nel distretto di Palma C. dal Bangladesh (293), dall'Ucraina (289), e dalla Cina popolare (107)
- ✓ nel distretto di San Giuseppe V.no dall'Ucraina (290), dalla Polonia (249) e dalla Cina Popolare (212),
- ✓ nel distretto di Somma V.na dall'Ucraina (379) e dal Marocco (113),
- ✓ nel distretto di Marigliano dall'Ucraina (259) e dal Marocco (160).

Tabella15 Natalità stranieri x 1000 abitanti al 2000

Distretto	2000	2005
	Natalità x 1000	Natalità x 1000
69 Acerra	2,8	4.9
70 Marigliano	9,6	6.7
71 Pomigliano d'Arco	14,1	4
72 Casalnuovo	11	5
73 Nola	9	14.8
74 Cicciano	0	7.4
75 Volla	0	5.6
76 Somma	9,9	5.2
77 San Giuseppe V.no	9,5	34.6
78 Palma C	17,6	12.8
79 Poggiomarino	24,3	18.4
Totale ASL Na 4 stranieri	12,9	14.2
Totale pop ASL Na 4	13,4	14.2
Totale Regione Campania	11,6	

- N°nati vivi per anno/popolazione x 1000

Tabella 16 cittadini stranieri distinti per sesso e zone di provenienza

Cittadinanza	ASL NA4		
	M	F	Tot
Albania	174	87	261
Algeria	266	64	330
Argentina	15	12	27
Armenia	3	2	5
Austria	1	2	3
Australia	1	0	1
Bangladesh	268	32	320
Bielorussia	1	6	7
Belgio	2	2	4
Benin	3	1	4
Bosnia-Erzeg	3	2	5
Brasile	9	35	44
Bulgaria	5	7	12
Burundi	2	3	5
Camerun	0	1	1
Cambogia	0	1	1
Canada	4	5	9
Capo Verde	6	21	27
Cile	0	0	0
Cina R. Pop	639	606	1245
Colombia	8	32	40
Corea del Sud	0	1	1
Congo	1	0	1
Costa d'Avorio	13	11	24
Costarica	1	1	2
Croazia	3	10	13
Cuba	5	53	58
Danimarca	0	2	2
Ecuador	4	8	12
El Salvador	1	5	6
Egitto	13	6	19
Etiopia	0	1	1
Filippine	7	14	21
Finlandia	0	1	1
Francia	9	30	39
Giappone	1	4	5
Germania	4	28	32
Ghana	10	8	18
Giordania	1	0	1
Grecia	6	5	11
Guinea	3	0	3
Guatemala	0	6	6
Haiti	0	1	1
Honduras	0	1	1
India	53	51	104
Indonesia	0	0	0
Iran	0	2	2
Irlanda	5	2	7
Iraq	1	0	1
Israele	1	0	1
Kazakhstan	0	1	1
Libano	3	2	5
Lettonia	0	1	1
Libia	1	1	2
Lituania	1	2	3
Macedonia	23	24	47
Madagascar	0	5	5
Malaysia	1	0	1
Mali	0	1	1
Malta	0	1	1
Marocco	813	288	1101
Mauritius	2	2	4
Messico	0	1	1
Moldova	33	49	82
Nigeria	40	17	57
Paesi Bassi	0	5	5
Pakistan	12	1	13
Panama	7	26	33
Paraguay	3	3	6
Peru'	4	13	17
Polonia	281	743	1024
Portogallo	2	7	9
Regno Un	4	9	13
Rep. Ceca	15	14	29
Rep. Domini	9	20	29
Rep. Dem. Congo	2	1	3
Rep. Sudafricana	1	0	1
Romania	56	61	117
Russia Federazione	16	82	98
Senegal	7	3	10
Serbia e Montenegro	1	1	2
Seychelles	0	1	1
Slovacchia	1	1	2
Somalia	2	8	10
Spagna	3	19	22
Sri Lanka	19	21	40
Stati Uniti	32	23	55
Svizzera	6	7	13
Tanzania	1	0	1
Thailandia	1	3	4
Togo	4	4	8
Tunisia	260	79	339
Turchia	6	2	8
Ucraina	821	2004	2825
Ungheria	2	5	7
Uzbekistan	0	1	1
Venezuela	23	44	67
	0	0	0
TOTALE ZONA	4100	4802	8902

Tab 17 cittadini stranieri distinti per distretto, sesso, e zone di provenienza

Cittadinanza	DS 69			DS 70			DS 71			DS 72			DS 73			DS 74		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Albania	86	25	111	16	8	24	10	6	16	7	5	12	6	4	10	5	6	11
Algeria	111	8	119	46	16	62	8	3	11	4	1	5	23	6	29	32	6	38
Argentina	3	0	3	2	3	5	0	1	1	1	1	2	2	1	3	2	2	4
Armenia																3	2	5
Austria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1						
Australia																		
Bangladesh	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	0	3	7	0	7			
Bielorussia	0	0	0	1	3	4	0	0	0	0	1	1				0	2	2
Belgio	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
Benin	1	0	1	0	0	0	2	1	3	0	0	0						
Bosnia-Erzeg																		
Brasile	0	4	4	1	6	7	0	5	5	2	3	5	1	4	5			
Bulgaria	1	0	1				1	1	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1
Burundi				0	2	2							1	1	2			
Camerun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1						
Cambogia	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0						
Canada	3	3	6	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1			
Capo Verde	0	1	1	1	3	4	1	1	2	0	3	3	0	1	1			
Cile																		
Cina R. Pop	14	6	20	0	1	1	4	5	9	34	26	60	20	11	31	1	2	3
Colombia	0	4	4	0	3	3	0	3	3	1	4	5	4	13	17			
Corea del Sud				0	0	0	0	0	0	0	1	1						
Congo																		
Costa d'Avorio	10	6	16	0	0	0	0	0	0	1	5	6						
Costarica																		
Croazia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Cuba	0	8	8	0	8	8	0	9	9	1	7	8	0	3	3	0	1	1
Danimarca																		
Ecuador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2	1	4	5
El Salvador	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	3	4			
Egitto	9	6	15	0	0	0	2	0	2	0	0	0				1	0	1
Etiopia	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0						
Filippine	1	1	2	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	1	1			
Finlandia																		
Francia	1	4	5	1	5	6	1	4	5	1	3	4	0	3	3			
Giappone	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1				0	1	1
Germania	0	2	2	0	1	1	0	0	0	1	5	6	1	4	5	0	2	2
Ghana	6	2	8	1	3	4	0	0	0	0	0	0						
Giordania																		
Grecia	1	0	1				1	1	2	0	0	0	0	1	1	1	1	2
Guinea	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1						
Guatemala													0	6	6			
Haiti	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1						
Honduras	0	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
India	7	1		3	0	3	0	0	0	2	0	2	18	40	58			
Indonesia																		
Iran	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0						
Irlanda	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1			
Iraq	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0						
Israele	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0						
Kazakhstan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1						
Libano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	1	0	1			
Lettonia	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0						
Libia	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1						
Lituania	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1						
Macedonia	0	0	0	7	6	13	0	1	1	4	7	11	3	0	3	2	1	3
Madagascar																		
Malaysia	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0						
Mali																		
Malta																		
Marocco	110	13	123	133	27	160	79	26	105	11	3	14	75	41	116	24	11	35
Mauritius	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4						
Messico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1						
Moldova	7	9	16	3	7	10	6	4	10	0	2	2	6	4	10	1	2	3
Nigeria	30	2	32	1	2	3	0	2	2	0	3	3	2	0	2	0	1	1
Paesi Bassi	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1			
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1						
Panama	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0						
Paraguay													2	1	3			
Peru'	1	1	2	1	2	3	0	0	0	0	0	0	1	3	4			
Polonia	11	43	54	14	68	82	14	64	78	10	38	48	37	115	152	8	47	55
Portogallo	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0						
Regno Un	0	0	0	0	1	1	3	2	5	0	0	0				0	3	3
Rep. Ceca	12	10	22	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	1	3			
Rep. Domini	0	2	2	0	3	3	0	1	1	6	7	13	0	2	2			
Rep. Dem. Congo																		
Rep. Sudafricana	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
Romania	3	8	11	4	11	15	3	3	6	1	5	6	31	9	40	1	5	6
Russia Federazione	4	19	23	3	5	8	0	11	11	1	2	3	1	12	13	0	1	1
Senegal	4	2	6	0	0	0	1	0	1	0	1	1						
Serbia e Montenegro													1	1	2			
Seychelles													0	1	1			
Slovacchia																		
Somalia	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	1	1						
Spagna	0	3	3	0	2	2	1	2	3	0	1	1	1	4	5	0	1	1
Sri Lanka	3	4	7	0	0	0	1	1	2	3	1	4	1	0	1			
Stati Uniti	20	13	33	1	1	2	1	0	1	0	0	0	3	2	5	3	1	4
Svizzera	0	1	1	4	1	5	0	1	1	0	0	0	0	1	1			
Tanzania																		
Thailandia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4						
Togo	3	2	5	0	0	0	1	0	1	0	0	0						
Tunisia	118	14	132	13	5	18	14	14	28	14	5	19	20	10	30	12	7	19
Turchia	1	0	1	3	0	3	0	1	1	0	0	0	2	1	3			
Ucraina	58	150	208	84	175	259	31	133	164	28	94	122	114	324	438	54	141	195
Ungheria	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0						
Uzbekistan	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0						
Venezuela	0	0	0	0	6	6	0	0	0	0	0	0	4	7	11			
TOTALE ZONA	642	382	1024	346	401	747	187	312	499	146	253	399	392	649	1041	151	252	403

Tabella 18 cittadini stranieri distinti per distretto, sesso, e zone di provenienza

Cittadinanza	DS 75			DS 76			DS 77			DS 78			DS 79		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Albania	10	5	15	6	6	12	2	4	6	12	10	22	14	8	22
Algeria	1	1	2	10	2	12	11	14	25	6	3	9	14	4	18
Argentina	1	0	1	2	1	3				1	0	1	1	3	4
Armenia															
Austria				1	1	2									
Australia	1	0	1												
Bangladesh							5	6	11	268	25	293	4	1	5
Bielorussia	0	0	0												
Belgio							0	0	0	1	0	1	1	0	1
Benin															
Bosnia-Erzeg										3	2	5			
Brasile	2	4	6	0	1	1	2	4	6	1	3	4	0	1	1
Bulgaria	0	1	1	3	0	3				0	1	1	0	1	1
Burundi	1	0	1												
Camerun							0	0	0						
Cambogia															
Canada							0	0	0						
Capo Verde	0	1	1	1	7	8	3	4	7						
Cile							0	0	0						
Cina R. Pop	4	3	7	7	7	14	86	126	212	52	55	107	417	364	781
Colombia	1	3	4	2	2	4									
Corea del Sud															
Congo	1	0	1												
Costa d'Avorio				2	0	2									
Costarica										1	1	2			
Croazia	0	1	1	0	2	2	1	2	3	1	2	3	0	1	1
Cuba	0	4	4	0	5	5	4	8	12						
Danimarca	0	1	1	0	1	1	0	0	0						
Ecuador							0	0	0	1	0	1	1	2	3
El Salvador	0	1	1				0	0	0						
Egitto				1	0	1									
Etiopia															
Filippine	0	2	2	1	1	2	3	5	8	1	0	1	1	1	2
Finlandia				0	1	1	0	0	0						
Francia	2	2	4	2	7	9	1	1	2	0	1	1			
Giappone				1	0	1							0	1	1
Germania	0	7	7	1	3	4	0	0	0	1	2	3	0	2	2
Ghana	1	0	1	2	2	4				0	1	1			
Giordania													1	0	1
Grecia	0	1	1	2	1	3							1	0	1
Guinea	0	0	0				0	0	0						
Guatemala															
Haiti															
Honduras															
India	5	1	6				3	6	9	15	3	18			
Indonesia							0	0	0						
Iran							0	0	0						
Irlanda	4	1	5				0	0	0						
Iraq							0	0	0						
Israele							0	0	0						
Kazakhstan							0	0	0						
Libano							0	0	0						
Lettonia							0	0	0						
Libia							0	0	0						
Lituania							0	0	0				1	0	1
Macedonia				5	8	13	1	1	2				1	0	1
Madagascar				0	3	3	0	0	0				0	2	2
Malaysia							0	0	0						
Mali				0	1	1	0	0	0						
Malta													0	1	1
Marocco	13	6	19	85	28	113	20	27	47	40	27	67	223	79	302
Mauritius							0	0	0						
Messico							0	0	0						
Moldova	3	3	6	0	3	3	4	7	11				3	8	11
Nigeria	3	0	3	0	3	3	0	0	0	4	4	8			
Paesi Bassi	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1			
Pakistan	1	0	1				0	0	0	9	1	10	1	0	1
Panama	7	25	32				0	0	0						
Paraguay				0	1	1	0	0	0				1	1	2
Peru'				0	4	4	1	2	3				0	1	1
Polonia				21	58	79	94	155	249	33	62	95	39	93	132
Portogallo	1	1	2	1	3	4	0	0	0						
Regno Un				1	3	4	0	0	0						
Rep. Ceca							0	0	0				1	1	2
Rep. Domini	2	2	4	1	3	4	0	0	0						
Rep. Dem. Congo	1	0	1				1	1	2						
Rep. Sudafricana							0	0	0						
Romania				1	6	7	2	4	6	8	2	10	2	8	10
Russia Federazione	2	5	7	3	8	11	1	2	3	1	8	9	0	9	9
Senegal							0	0	0				2	0	2
Serbia e Montenegro							0	0	0						
Seychelles							0	0	0						
Slovacchia										0	1	1	1	0	1
Somalia	0	1	0	2	3	5	0	0	0						
Spagna	0	2	2	1	4	5	0	0	0						
Sri Lanka	1	5	5	5	5	10	2	3	5	3	2	5			
Stati Uniti				2	4	6	1	2	3	1	0	1			
Svizzera	0	1	1	2	1	3	0	0	0				0	1	1
Tanzania				1	0	1	0	0	0						
Thailandia							0	0	0						
Togo	0	2	0				0	0	0						
Tunisia	7	4	11	9	3	12	0	0	0	27	14	41	26	3	29
Turchia							0	0	0						
Ucraina	52	120	120	109	270	379	92	158	250	96	193	289	103	246	349
Ungheria	1	2	1				1	2	3						
Uzbekistan							0	0	0						
Venezuela	0	1	1	0	1	1	19	26	45	0	3	3			
TOTALE ZONA	138	240	255	293	474	767	360	570	930	586	427	1013	859	842	1701

Rapporto sulla natalità dell'anno 2006 nell'ASL Napoli 4

Giancarlo Manetta, Raffaele Palombino - Servizio Epidemiologia e Prevenzione

Premessa

Come nell'anno 2005 anche nel 2006 si ha per i campi fondamentali completezza e buona qualità dei dati provenienti dai Centri nascita dell'ASL Napoli 4 (vedi tabella 1).

Le criticità informative, percentuali di omissione superiore al 5%, si hanno per alcuni campi come riportati in tabella 1: l'incompletezza del dato del travaglio non permette di elaborare la classificazione originale di Robson dei cesarei.

L'analisi delle schede provenienti dai Centri nascita fuori ASL mostra che la percentuale di omissione è maggiore rispetto a quella rilevata nelle schede compilate nell'ASL.

Tabella 1 - Percentuali di omissione di variabili per evento

Variabile	2005	2006
Vitalità	0.0	0.0
Genere del parto	0.0	0.0
Peso alla nascita	0.0	0.0
Età gestazionale	0.0	0.0
Luogo del parto	0.0	0.0
Modalità del parto	0.0	0.0
Nazionalità	0.0	0.0
Parti cesarei precedenti	0.4	0.0

Variabili critiche	2006
Tipo attività lavorativa materna	77.3
Tipo attività lavorativa paterna	41.9
Tipo di travaglio	39.0
Titolo di studio padre	27.5
Età paterna	23.3
Titolo di studio madre	15.4
Epoca della prima visita	7.3
Amniocentesi	9.1

1 Contesto demografico

Per una descrizione del contesto demografico si rinvia al report

Rapporto sulla natalità nell'A.S.L. Napoli 4 per l'anno 2004

"pubblicato sul sito www.aslnapoli4.it (Area studi e pubblicazioni).

2 Natalità e fecondità

Nell'anno 2006 il numero attribuito dei nati da residenti nell'ASL Napoli 4 dedotto dal flusso CedAP è stato di 6462 con una copertura superiore al 95%; di questi solo 3175 sono nati nei Punti Nascita dell'ASL Napoli 4 (pari al 49.1%) mentre i restanti 3287 (pari al 50.9%) sono nati da madri residenti ma partorienti in strutture fuori ASL; rispetto al dato del 2005 (53.2%) si osserva una riduzione percentuale di oltre il 4.3% delle nascite fuori ASL dei nati residenti (Tabella 2).

Tabella 2 - Nati per residenza materna

Nati residenti	N.	%
Nati nell'ASL da madri residenti	3175	49.1
Nati fuori ASL da madri residenti	3287	50.9
Totale	6462	100

Esaminando , invece , i dati dei nati nell'ASL Napoli 4 si evince che il totale dei nati è 4842 e che 3175 di questi avevano una madre residente nell'ASL (pari al 65,6%) contro 1667 (pari al 34,4%) nati da madre non residente , con conferma dei dati del 2005 (Tabella 3).

Tabella 3 - Nati nell'ASL Napoli 4

Madri	N.	%
Residenti nell'ASL	3175	65.6
Non residenti nell' ASL	1667	34.4
Totale	4842	100

Il tasso di natalità (n° nati vivi per anno/popolazione x 1000) di 11.4 ‰ è minore a quello registrato nel 2005 (tabella 4):

Il Distretto di Acerra con il 15.1‰ ha il più alto indice di natalità; incrementi modici si registrano solo nei Distretti San Giuseppe Vesuviano e di Nola ; nei rimanenti nove Distretti si registra una contrazione del tasso .

Il tasso di fecondità (n° nati vivi per anno /donne in età fertile tra 15 e 45 anni x 1000) di 48.8 ‰ è minore a quello registrato nel 2005

L'analisi del tasso di fecondità per Distretto conferma il Distretto di Acerra , tra i Distretti, con il valore più alto seguito dal Distretto di Poggiomarino;come nel 2005 i Distretti di Nola e Pomigliano D' Arco confermano i valori più bassi (Tabella 5).

Tabella 4 - Numero nati e tasso di natalità nell' ASL Napoli 4 negli anni dal 2002 al 2006

Distretto	2002		2003		2004		2005		2006	
	Natalità x 1000	Nati	Natalità x 1000	Nati	Natalità x 1000	Nati	Natalità x 1000	Nati	Natalità x 1000	Nati
69 Acerra	13.1	642	14,5	712	13.4	668	15.5	772	15,1	798
70 Marigliano	10.5	617	11,0	649	12.1	718	11.1	658	10,6	641
71 Pomigliano d'Arco	9.9	479	9,6	466	10.1	488	10.3	498	9,6	471
72 Casalnuovo	12.8	635	13,6	673	13.7	676	12.7	630	11,0	552
73 Nola	8.1	581	9,2	654	9.8	700	9.0	647	9,1	655
74 Cicciano	10.0	373	9,4	349	11..6	430	10.4	385	9,9	373
75 Volla	12.9	788	12,1	740	10.6	647	12.4	757	11,3	698
76 Somma	10.3	647	11,0	687	11..2	706	11.1	698	10,5	665
77 San Giuseppe V.no	12.7	649	13,1	670	12.6	643	12.7	644	11,9	612
78 Palma Campania	11.7	299	12,7	325	11..0	278	12.3	310	12,0	306
79 Poggiomarino	15.1	636	15,4	649	14.5	607	15.4	645	12,5	536
Totale ASL Napoli 4	11.4	6346	11,8	6574	11.8	6561	11.9	6661	11,4	6431
Totale Campania *	9.2		11.4		11.3		11.3		-----	
Totale Italia **	9.2		9.4		9.7		9.7			

*fonte Rapporto sulla natalità in Campania dal 2002 al 2005

** database ISTAT dicembre 2006

· N° nati vivi per anno/popolazione x 1000

· Popolazione riferimento al 31.dicembre anno indicato (Fonte CUP)

Tabella 5 -Tasso di fecondità dagli anni 2002 al 2006

Distretto	2002	2003	2004	2005	2006
69 Acerra	50.1	55.3	53,9	62.2	62,9
70 Marigliano	41.0	42.9	52,0	47.5	46,1
71 Pomigliano d'Arco	39.5	38.4	43,3	44.1	42,3
72 Casalnuovo di Napoli	48.7	51.3	56,3	52.3	45,4
73 Nola	33.5	37.7	42,9	39.6	40,1
74 Cicciano	40.9	38.2	50,7	44.9	43,9
75 Volla	49.6	46.4	44,9	52.3	48,4
76 Somma Vesuviana	40.9	43.2	48,4	47.6	45,6
77 San Giuseppe Vesuviano	50.6	52.0	54,3	54.0	51,4
78 Palma Campania	45.2	49.0	47,1	52.5	51,9
79 Poggioreale	58.7	59.8	61,0	64.4	53,1
Totale ASL Napoli 4	44.9	46.3	50,1	50.7	48,8

Popolazione riferimento al 31 dicembre dell'anno indicato (Fonte CUP)

3 Punti nascita ASL Napoli 4

I dati di attività per tipologia di struttura e modalità del parto nell'anno 2006 indicano che

- I 5 punti di nascita privati coprono 86.7% dei parti ; i 2 pubblici il 13.3% (Tabella 6) , nell'anno 2005 tali percentuali erano, rispettivamente, 84.9 % e il 15.1% ;
- la percentuale dei parti cesarei in tutti i punti nascita dell'ASL Napoli 4 supera i livelli giudicati dall'OMS indicatori di una buona pratica , cioè 15-20% (Tabella 7) ;
- la pratica del cesareo di elezione o in travaglio conferma il trend negativo degli anni precedenti con una media ASL del 69.3% (Tabella 8) .

I dati del 2006 fanno osservare una diminuzione in percentuale del ricorso al taglio cesareo presso tre dei sette punti nascita ed esattamente i due Presidi Ospedalieri Pubblici e la Clinica Villa dei Fiori :

- La Clinica Trusso ha il valore più alto in assoluto fra tutti i punti nascita 79,6 %;
- Incremento percentuale si osserva anche per i restanti tre punti nascita privati;
- Il P. O. S .Maria della Pietà si conferma il punto con minor ricorso al taglio cesareo dell'ultimo triennio (Tabella 7) .

Nell'ASL Napoli 4 la modalità del ricorso al parto spontaneo nell'anno 2006 è stata del 50,7% nelle strutture pubbliche e del 27,6 % in quelle private , con una media territoriale del 30,7 % (Tabella 8).

Tabella 6–Riepilogativa dei C E d A P trasmessi dai centri nascita ASL Napoli 4 nell'anno 2006

Centro Nascita	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Anno	%
P.O.S.M. Pietà	31	30	33	26	32	36	41	51	44	39	29	42	434	8.9
P.O. Cav R. Apicella	25	21	28	20	35	6	Non attivo		13	24	19	23	214	4.4
Clinica Trusso	43	39	46	47	52	60	51	66	76	60	59	61	660	13.7
Clinica La Madonnina	36	46	46	42	41	45	51	41	50	52	48	47	545	11.2
Clinica N.S. Lourdes	83	108	105	100	103	94	115	112	103	105	104	96	1228	25.4
Clinica Santa Lucia	40	35	34	33	37	43	45	34	46	53	43	42	485	10.0
Clinica Villa dei Fiori	105	103	104	77	93	93	112	128	130	118	112	101	1276	26.4
ASL Napoli 4	363	382	396	345	393	377	415	432	462	451	414	412	4842	100

Tabella 7 - Percentuale cesareo da anno 2002 al 2006

Centri nascita	% cesareo anno 2002	% cesareo anno 2003	% cesareo anno 2004	% cesareo anno 2005	% cesareo anno 2006
Clinica Trusso	78,8	75,6	79,7	78,8	79.6
Clinica La Madonnina	47,0	57,7	67,6	68,6	69.7
Clinica Villa dei Fiori	63,0	65,8	66,4	70,4	68.5
Clinica N.S. di Lourdes	62,0	62,3	68,1	70,9	75.7
P.O. Cav R. Apicella	59,0	60,3	65,9	67,4	55.6
Clinica Santa Lucia	57,0	59,8	64,3	61,6	67.4
P. O. S. M .della Pietà	51,0	56,1	63,0	62,6	46.2
ASL Napoli 4	60,0	62,9	67,8	69,5	69.3
Regione Campania	58,1	60.6	60.7	60.1	----

Fonti : R.C. - * S.E.P. ASL Napoli 4

Tabella 8 - Nati per tipo e luogo di parto nell'ASL Napoli 4 (fonte SEP)

Centri Nascita	Modalità del parto				
	VAGINALE		CESAREO		TOTALE RIGA
	N.	%	N.	%	
Strutture Pubbliche	328	50.7	319	49.3	647
Strutture Private	1159	27.6	3035	72.4	4194
ASL Napoli 4	1487	30.7	3354	69.3	4841

4 Gravidanza

4.1 Anamnesi ostetrica pregressa

Le 2714 madri residenti al primo parto hanno un'età nel 3.9% inferiore a 20 anni , nell'84.9 % compresa tra 20–34 anni e nel 11.1 % maggiore di 34 anni.

Il loro parto è avvenuto per via naturale nel 37.0% casi mentre nel restante 63.0 % dei casi dei casi si è ricorso al taglio cesareo .

Le madri con più di un parto hanno avuto una precedente gravidanza abortiva nel 2.3 % dei casi (88.9% aborti spontanei e 11.1% IVG) .

Il peso del neonato da madre al primo parto è stato inferiore ai 1499 gr. nel ' 0.7% dei casi , di peso tra 1500 e 2499 gr. nel 7.5%, di peso tra 2500 e 3999 gr. nell' 99.7% e di peso pari o superiore a 4000 gr nel 4.1 % .

In sette casi, lo 0.3%, la gravidanza ha un nato morto.

4.2 Cura prenatale : epoca della prima visita , numero di visite di controllo e di ecografie

Epoca della prima visita

L'analisi della distribuzione dei nati da madri residenti per epoca della prima visita in gravidanza disaggregata per Distretto di residenza materna (Tabella 9) mostra che :

- il 27.7% delle madri residenti ha effettuato la prima visita entro l' 8° settimana di gestazione; il valore percentuale più alto di 43.9 % è nel Distretto 69 di Acerra che conferma il dato del biennio 2004/05 , i valori più bassi di 17.5% e di 17.8% nei Distretti 78 di Palma Campania e 77 di San Giuseppe Vesuviano ;
- il 56.5% delle madri residenti ha effettuato la prima visita tra la 8 e 11 settimana di gestazione con incremento rispetto al 2005 ; il valore percentuale più alto di 68.6 è nel Distretto 73 di Nola, il valore più basso di 42.1 % è nel Distretto 69 di Acerra ;
- il 15.8 % delle madri residenti ha effettuato la prima visita oltre 11 ° settimana di gestazione con un decremento percentuale di oltre il 27% rispetto al 2005 ; il valore percentuale più alto di 24.0 % è nel Distretto 77 di San Giuseppe Vesuviano Casalnuovo , il valore più basso di 11.6 % è nel Distretto 73 di Nola.

Tabella 9 - Nati per epoca della prima visita* e residenza materna

Distretto	< 8 settimane	%	8-11 settimane	%	> 11 settimane	%	Tot riga
Acerra	322	43,9	309	42,1	103	14,0	734
Marigliano	186	30,3	351	57,3	76	12,4	613
Pomigliano d'Arco	155	34,8	220	49,4	70	15,7	445
Casalnuovo	184	37,1	232	46,8	80	16,1	496
Nola	122	19,9	421	68,6	71	11,6	614
Cicciano	78	22,9	223	65,4	40	11,7	341
Volla	162	24,5	379	57,3	120	18,2	661
Somma Vesuviana	181	27,8	383	58,9	86	13,2	650
San Giuseppe V.no	98	17,8	321	58,3	132	24,0	551
Palma Campania	51	17,5	193	66,3	47	16,2	291
Poggiomarino	100	20,6	271	55,8	115	23,7	486
ASL Napoli 4 *	1663	27,7	3396	56,5	948	15,8	6007
ASL Napoli 4 2005		28.5		51.4		20.1	
Campania 2005		27.9		50.1		22.0	

*missing 435

Numero delle visite di controllo.

Il 76.1% delle gravide ha effettuato più di 4 visite durante la gravidanza e i Distretti di Somma Vesuviana e Volla hanno i valori percentuali più alti rispettivamente di 86.1% e di 83.9% (Tabella 10).

Tabella 10 - Nati per numero di visite di controllo e distretto di residenza materna

Distretto	1- 4	%	> 4	%	Totale
69 Acerra	90	11,2	645	80,3	803
70 Marigliano	106	16,5	509	79,2	643
71 Pomigliano D'Arco	91	19,3	354	75,2	471
72 Casalnuovo di Napoli	99	17,9	399	72,3	552
73 Nola	125	19,0	488	74,3	657
74 Cicciano	86	22,9	256	68,3	375
75 Volla	76	10,9	585	83,9	697
76 Somma Vesuviana	76	11,3	577	86,1	670
77 S. Giuseppe Vesuviano	118	20,3	434	74,8	580
78 Palma Campania	70	20,3	222	64,5	344
79 Poggiomarino	166	31,7	323	61,6	524
ASL Napoli 4	1109	17,2	4920	76,1	6462
Regione Campania 2005		34.0		65.5	

* missing 443

Ecografie

Si conferma il ricorso eccessivo all'ecografia in gravidanza (di norma bastano tre controlli ecografici) si osserva infatti che il 69.7% ha effettuato più di 5 controlli e 49.0% più di 6 ; solo il 13% da 1 a 3 (Tabella 11)

Disaggregando il dato per Distretto di residenza materna si osserva che :

- da 1 a 3 ecografie il valore percentuale più alto di 20.5% è nel Distretto 79 di Poggiomarino, il valore più basso di 7.3% è nel Distretto 78 di Palma Campania ;
- per 5 ecografie il valore percentuale più alto di 26.6% è nel Distretto 77 di San Giuseppe Vesuviano, il valore più basso di 11.9% è nel Distretto 75 di Volla ;
- per 6 e più ecografie il valore percentuale più alto di 59.2% è nel Distretto di Somma Vesuviana , il valore più basso di 33.3 % è nel Distretto 69 di Acerra , che confermano il dato del 2005 .

Le madri immigrate (32.7% versus il 15.0% delle italiane) presentano un inizio tardivo delle cure (Tabella 23)

Tabella 11 - Nati per numero di ecografie* e distretto di residenza materna

Distretto	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6 +	%	Tot riga
69 Acerra	1	0,1	5	0,7	59	8,0	261	35,6	163	22,2	244	33,3	733
70 Marigliano	3	0,5	6	1,0	54	8,8	94	15,3	124	20,2	332	54,2	613
71 Pomigliano D'Arco	1	0,2	4	0,9	46	10,3	93	20,9	99	22,2	202	45,4	445
72 Casalnuovo di Napoli	0	0,0	2	0,4	69	13,9	128	25,8	75	15,1	222	44,8	496
73 Nola	4	0,7	7	1,2	71	11,8	65	10,8	102	17,0	351	58,5	600
74 Cicciano	1	0,3	3	0,9	38	11,3	56	16,7	65	19,4	172	51,3	335
75 Volla	3	0,5	7	1,1	62	9,4	103	15,7	78	11,9	405	61,6	658
76 Somma Vesuviana	3	0,5	14	2,2	50	7,7	81	12,5	117	18,0	385	59,2	650
77 S. Giuseppe Vesuviano	3	0,5	18	3,3	71	12,9	74	13,5	146	26,6	237	43,2	549
78 Palma Campania	0	0,0	5	1,7	16	5,6	38	13,2	68	23,7	160	55,7	287
79 Poggioreale	6	1,2	25	5,1	69	14,1	57	11,7	122	25,0	209	42,8	488
ASL Napoli 4 *	25	0,4	104	1,7	652	10,9	1070	17,9	1182	19,7	2953	49,3	5986
ASL Napoli 4 2005		0,3		1,6		12,5		20,2		17,9		47,6	
Regione Campania 2005		0,3		1,8		11,7		15,9		17,1		53,2	

* missing = 456

4.3 Decorso della gravidanza

I dati disponibili delle nascite delle madri residenti indicano la presenza di gravidanza patologica in 122 casi (il 1.9% del totale) dei quali il 66.4% in nati LBW (peso < a 2500 grammi) .

4.4 Diagnosi prenatale

Le indagini prenatali invasive effettuate dalle madri residenti sono state 451 , delle quali 9 per prelievo dai villi coriali , 13 per fetoscopie/funicolocentesi e 429 amniocentesi.

Come nell'anno 2005 , le madri residenti hanno ricorso all'amniocentesi nel 7.3% dei casi e solo il 16.8% delle donne di età superiore a 34 anni , quando il rischio di trisomia è maggiore .

Tabella 12 - Amniocentesi* per gruppi di età materna

Amniocentesi						
Età materna	N°	%	Eseguita		Non eseguita	
			N.	%	N.	%
≤ 34 anni	4958	76.8	199	4.4	4328	95.6
> 34 anni	1494	23.2	230	16.8	1141	83.2
Totale ASL Napoli 4	6452	100	429	7.3	5469	92.7
ASL Napoli 4 2005				7.3		92.7
Regione Campania 2005				10.6		89.4

*missing = 476

4.5 Procreazione assistita

Nell'ASL Napoli 4 i nati da madre residente con PMA (procreazione medica assistita) sono 28 , 0.4% di tutti i nati , il 50% in meno rispetto al dato del 2005.

Disaggregando il dato per Distretto di residenza materna le percentuali più alte di nascite da procreazione assistita si osservano nei Distretti di Pomigliano D'Arco con 1.1%. e il Distretto Volla con l' 0.9% (Tabella 13)

Tabella 13 - Nati da procreazione assistita* per distretto di residenza materna

Distretto*	Nati	%	Totale nati
69 Acerra	0	0,0	802
70 Marigliano	2	0,3	641
71 Pomigliano D'Arco	5	1,1	471
72 Casalnuovo di Napoli	1	0,2	554
73 Nola	3	0,5	659
74 Cicciano	3	0,8	373
75 Volla	6	0,9	698
76 Somma Vesuviana	3	0,4	671
77 S. Giuseppe Vesuviano	3	0,5	616
78 Palma Campania	1	0,3	308
79 Poggioreale	1	0,2	536
ASL Napoli 4	28	0,4	6462
ASL Napoli 4 2005		0,8	
Regione Campania 2005		1,0	

* missing = 246

Rispetto all'anno precedente si osserva che tra le tecniche utilizzate la farmacologica , non invasiva , è la più frequente ed in aumento (32.0 % dei casi) ; l'ICSI si conferma nel 32.0% dei casi tra le tecniche invasive adoperate per le condizioni di oligospermia e mostra un decremento percentuale rispetto all'anno precedente (2005 :53.1 %) (Tabella 14).

Dei nati da procreazione assistita 4 sono gemelli , 14.3%, per due parti bigemini , il 7.1% ; assenza di plurigemellarità.

Tra i nati da procreazione assistita , i prematuri sono il 10.7 % , i nati con peso inferiore a 1500 grammi (VLBW) sono il 7.1% e quelli con peso inferiore a 2500 grammi (LBW) sono il 17.9% (Tabella 14) .

Per le nascite da procreazione assistita si osserva , rispetto al dato del 2005 , una netta riduzione sia di gemelli , con assenza di plurigemellarità , che di prematuri e di basso peso(VLBW) .

Tabella 14 - Nati da procreazione assistita per metodo e caratteristiche

Metodo	%	Caratteristiche	N°	%
Farmaci	32.0	Gemelli	4	14.3
FIVET	8.0	Bigemini	2	7.1
IUI	0	Pretermine	3	10.7
GIFT	24.0	< 1500	2	7.1
ICSI	32.0	< 2500	5	17.9
Altre tecniche	4.0			
Totale	100			

5 Caratteristiche socio-demografiche dei genitori

5.1 Nati per stato civile della madre

Le madri nubili sono l' 8.5% dato in aumento rispetto al biennio precedente ; peggiora il livello di istruzione delle nubili rispetto al 2005 che si conferma più basso rispetto alle coniugate (Tabella 15 e figura 1).

Le nubili rispetto alle coniugate hanno un rischio relativo di oltre quattro volte di partorire un nato morto (Tabella 25).

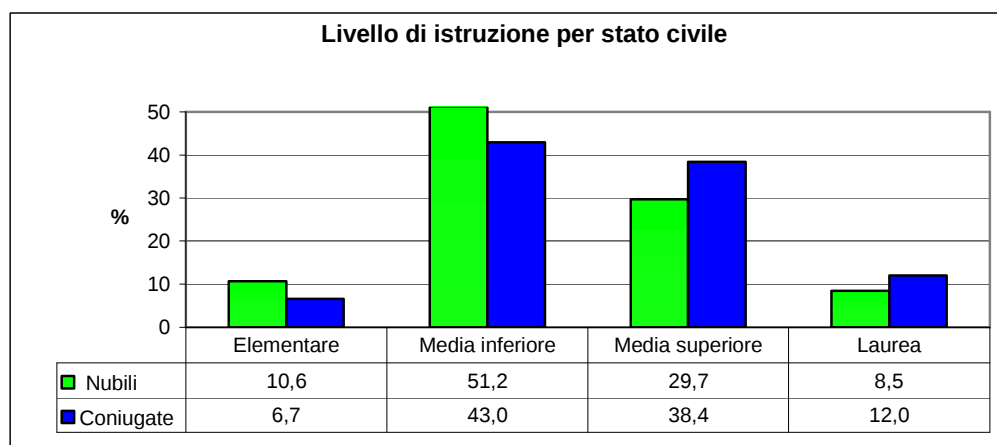
Inoltre si osserva che :

- i Distretti di Poggiomarino e San Giuseppe Vesuviano confermano il dato del 2005 con la percentuale più alta di nati da madri nubili con valori rispettivamente del 13,8 % e del 17.6 % ;
- la percentuale più alta di nati da madri coniugate si ha nei Distretti di Acerra , 95.4%) e di Pomigliano D'Arco e Palma Campania , 92.9%.

Tabella 15 - Nati per stato civile della madre

Distretto	Coniugata	%	Nubile	%	Altro	%	Totale riga
69 Acerra	750	95,4	31	3,9	5	0,6	786
70 Marigliano	562	88,6	64	10,1	8	1,3	634
71 Pomigliano D'Arco	432	92,9	31	6,7	2	0,4	465
72 Casalnuovo di Napoli	503	92,8	33	6,1	6	1,1	542
73 Nola	599	91,5	40	6,1	16	2,4	655
74 Cicciano	333	90,5	30	8,2	5	1,4	368
75 Volla	628	91,7	51	7,4	6	0,9	685
76 Somma Vesuviana	617	92,9	40	6,0	7	1,1	664
77 S. Giuseppe Vesuviano	498	81,8	107	17,6	4	0,7	609
78 Palma Campania	273	89,8	28	9,2	3	1,0	304
79 Poggiomarino	436	84,8	71	13,8	7	1,4	514
ASL Napoli 4	5749	90,4	540	8,5	74	1,2	6226
ASL Napoli 4 2005		90,6		8,3		1,1	
Regione Campania 2005		90,7		7,9		1,4	

Figura 1 Nati per stato civile e livello di istruzione materna



5.2 Nati per istruzione e condizione lavorativa materna e paterna

Analizzando i livelli di istruzione materna e paterna si osserva che :

Riguardo alle madri circa il 7.0% ha conseguito la licenza elementare, il 43.7% la media inferiore, il 37.5% la media superiore , 2.7% un diploma universitario e il 9.1% la laurea.

Relativamente ai padri circa il 5.5% ha conseguito la licenza elementare, il 45.5% la media inferiore, il 37.1% la media superiore, il 2.9% un diploma universitario e il 9.1% la laurea.

Rispetto al 2005 si osserva un aumento dei genitori con scolarità superiore .

Si confermano i dati dell'anno precedente con i Distretti di Casalnuovo di Napoli e Poggiomarino con genitori con livello di istruzione più basso (elementare) mentre il Distretto di Nola con genitori con livello di istruzione più alto (laurea) (Tabelle 16 e 17).

Tabella 16 - Nati per livello di istruzione materna*

Distretto	Elementare	%	Media Inferiore	%	Media Superiore	%	Diploma Università	%	Laurea	%	Totale riga
69	57	10,0	254	44,7	219	38,6	10	1,8	28	4,9	568
70	49	8,1	263	43,5	217	35,9	25	4,1	51	8,4	605
71	25	6,0	166	40,1	162	39,1	15	3,6	46	11,1	414
72	36	8,0	221	49,2	162	36,1	13	2,9	17	3,8	449
73	33	5,3	250	40,2	242	38,9	17	2,7	80	12,9	622
74	15	4,4	150	44,4	130	38,5	9	2,7	34	10,1	338
75	43	6,9	292	46,6	224	35,7	11	1,8	57	9,1	627
76	45	7,2	251	39,9	240	38,2	16	2,5	77	12,2	629
77	42	8,1	221	42,7	186	35,9	18	3,5	51	9,8	518
78	15	5,2	137	47,4	102	35,3	8	2,8	27	9,3	289
79	32	8,1	193	49,0	139	35,3	6	1,5	24	6,1	394
ASL	393	7,0	2436	43,7	2091	37,5	148	2,7	509	9,1	5577
ASL 2005		8.8		42.7		38.4		2.4		7.7	
Reg .Camp. 2005		7.2		41.0		38.8		2.9		10.0	

*missing = 885

Tabella 17 - Nati per livello di istruzione paterna* e residenza materna

Distretto	Elementare	%	Media Inferiore	%	Media Superiore	%	Diploma Università	%	Laurea	%	Totale riga
69	23	5,6	181	44,0	172	41,8	9	2,2	26	6,3	411
70	40	7,3	238	43,6	204	37,4	16	2,9	48	8,8	546
71	16	4,4	135	37,3	155	42,8	12	3,3	44	12,2	362
72	34	8,9	186	48,4	133	34,6	12	3,1	19	4,9	384
73	18	3,3	243	44,8	183	33,7	23	4,2	76	14,0	543
74	15	5,1	121	41,2	115	39,1	8	2,7	35	11,9	294
75	34	5,8	295	50,2	209	35,5	11	1,9	39	6,6	588
76	26	4,3	269	44,9	236	39,4	15	2,5	53	8,8	599
77	19	4,1	220	47,8	164	35,7	18	3,9	39	8,5	460
78	11	4,5	113	46,5	79	32,5	8	3,3	32	13,2	243
79	29	8,4	178	51,4	108	31,2	8	2,3	23	6,6	346
ASL	267	5,5	2218	45,5	1810	37,1	140	2,9	445	9,1	4880
ASL 2005		7.6		45.7		36.7		2.6		7.5	
Reg .Camp. 2005		6.6		43.7		37.5		2.7		9.6	

• missing = 1582

L'anno 2006 confrontato con il precedente mostra un valore percentuale dei nati da madri con istruzione elementare in calo (minore al dato Regionale), dei nati da madri con diploma di scuola media inferiore aumentato, dei nati da madri con diploma di scuola media superiore in riduzione e netto aumento per i nati da madre laureata .I nati da madre non occupata sono il 69.1%.

La condizione lavorativa dei genitori indica che le madri e i padri occupati sono rispettivamente il 30.9 % e l'84.3 % (Tabelle 18 e 19) . La maggiore percentuale di madri occupate si ha nei Distretti di Nola (39.3%) e San Giuseppe Vesuviano (37.2%); come nel 2005 la maggior percentuale di madri non occupate si hanno nei Distretti di Acerra (78.0%) e Casalnuovo di Napoli (75.4%).

Si confermano anche per il 2006 il dato sull'occupazione paterna: la maggiore percentuale di padri occupati si ha nei Distretti di Cicciano (87.1 %) e Nola (87.7 %) mentre la maggior percentuale di padri non occupati si ha nei Distretti di Poggiomarino (15.7 %) e di San Giuseppe Vesuviano (17.8%). Come nel 2005 si conferma la tendenza che i genitori nell'area nolana hanno istruzione di grado elevato ed un tasso maggiore di occupazione; situazione opposta nelle aree dei Distretti di Poggiomarino e Casalnuovo di Napoli.

Tabella 18 - Nati per condizione lavorativa materna*

Distretto	Occupata	%	Altro	%	Totale riga
69 Acerra	167	22,0	593	78,0	760
70 Marigliano	183	29,0	449	71,0	632
71 Pomigliano D'Arco	140	31,4	306	68,6	446
72 Casalnuovo di Napoli	127	24,6	390	75,4	517
73 Nola	253	39,3	390	60,7	643
74 Cicciano	116	32,5	241	67,5	357
75 Volla	164	25,2	488	74,8	652
76 Somma Vesuviana	201	31,0	447	69,0	648
77 S. Giuseppe Vesuviano	198	37,2	334	62,8	532
78 Palma Campania	124	41,9	172	58,1	296
79 Poggiomarino	155	36,1	274	63,9	429
ASL Napoli 4	1869	30,9	4170	69,1	6039
ASL Napoli 4 2005		30,5		69,5	
Regione Campania 2005		32,9		67,1	

* missing = 423

Tabella 19 - Nati per condizione lavorativa paterna*

Distretto	Occupato	%	Altro	%	Totale riga
69 Acerra	375	86,6	58	13,4	433
70 Marigliano	494	88,1	67	11,9	561
71 Pomigliano D'Arco	316	86,1	51	13,9	367
72 Casalnuovo di Napoli	323	82,2	70	17,8	393
73 Nola	485	87,7	68	12,3	553
74 Cicciano	263	87,1	39	12,9	302
75 Volla	482	80,3	118	19,7	600
76 Somma Vesuviana	491	80,6	118	19,4	609
77 S. Giuseppe Vesuviano	389	82,2	84	17,8	473
78 Palma Campania	214	84,6	39	15,4	253
79 Poggiomarino	304	82,6	64	17,4	368
ASL Napoli 4	4230	84,3	787	15,7	5017
ASL Napoli 4 2005		81,8		18,2	
Regione Campania 2005		82,9		17,1	

* missing = 1550

5.3 Nati per classi di età materna

Nella tabella 20 consideriamo l'evento parto dell'anno 2006 in funzione dell'età delle donne residenti.

I nati da madri di età inferiore a 20 anni , , sono 123 il 2.0% del totale con decremento rispetto al 2005.

Nella fascia d'età materna 13-17 anni i nati sono lo 0.4 % , tra 18-19 anni sono 1.6 % , tra 20-29 anni sono il 40.6%, tra 30-34 anni sono il 34.4%, tra 35-39 anni sono il 18.3% e nell'età eguale o maggiore di 40 anni sono il 4.8%.

Nel confronto con l'anno 2005 (tabella 19) si evidenzia un aumento dei tassi di fecondità e natalità per le over 35 anni .

L'età media delle madri al parto è di 30.5 anni (2005: 30,0) e per i padri 34.0 anni (2005 : 35,9) .

L'età media al primo figlio per le madri è 28.4 anni (2005: 30.0) e 32.0 per i padri (2005: 34.7) .

Il confronto con l'anno 2005 mostra per l'ASL Napoli 4 il dimezzamento delle nascite da minorenni e un abbassamento dell'età dei genitori al primo figlio

Tabella 20 - Nati per classi di età materna*

Distretto	10 -17	%	18-19	%	20-29	%	30-34	%	35-39	%	40 +	%	Total e
69	4	0,5	15	1,9	367	45,7	273	34,0	115	14,3	29	3,6	803
70	3	0,5	11	1,7	259	40,3	225	35,0	120	18,7	25	3,9	643
71	3	0,6	6	1,3	163	34,8	174	37,2	90	19,2	32	6,8	468
72	2	0,4	12	2,2	233	42,4	178	32,4	98	17,9	26	4,7	549
73	0	0,0	4	0,6	245	37,2	242	36,8	138	21,0	29	4,4	658
74	2	0,5	7	1,9	131	35,1	133	35,7	76	20,4	24	6,4	373
75	5	0,7	14	2,0	292	41,9	215	30,8	139	19,9	32	4,6	697
76	1	0,1	9	1,3	257	38,5	248	37,2	125	18,7	27	4,0	667
77	0	0,0	11	1,8	258	41,8	201	32,6	110	17,8	37	6,0	617
78	2	0,7	3	1,0	115	37,5	113	36,8	60	19,5	14	4,6	307
79	2	0,4	7	1,3	242	45,1	171	31,9	87	16,2	27	5,0	536
ASL	24	0,4	99	1,6	2562	40,6	2173	34,4	1158	18,3	302	4,8	6318
ASL Napoli 4 2005		0,8		1,5		43,9		34,0		15,9		3,9	
Reg. Camp. 2005		0,8		1,6		41,2		34,1		17,8		4,4	

* missing = 134

5.4 Nati per ordine di nascita

I primogeniti sono il 47.8% e l'ordine superiore a 3 è il 2.6%, quest'ultima percentuale in decremento rispetto al 2005 (Tabella 21). Disaggregando il dato per Distretto di residenza materna si osserva che :

- il maggior numero di primogeniti tra i nati si ha nel Distretto 77 di San Giuseppe Vesuviano con il 54.2 %, come nel 2005, mentre il minor numero si ha nel Distretto 79 di Poggiomarino con il 40.0%;
- il Distretto 79 di Poggiomarino ha il maggiore numero di nascite per ordine di nascita superiore a 3 con il 3.6%, seguito dal Distretto 72 di Casalnuovo di Napoli con il 3.5%.

Tabella 21 - Nati per ordine di nascita e per Distretto di residenza materna

Distretto	Percentuale			
	1	2	3	> 3
69 Acerra	50,1	37,1	9,5	3,3
70 Marigliano	49,9	35,8	11,5	2,7
71 Pomigliano D'Arco	48,5	39,8	9,6	2,2
72 Casalnuovo di Napoli	45,3	37,1	14,1	3,5
73 Nola	50,0	38,0	10,3	1,7
74 Cicciano	43,7	42,6	12,0	1,7
75 Volla	42,0	41,4	13,9	2,7
76 Somma Vesuviana	50,8	36,1	10,9	2,3
77 S. Giuseppe Vesuviano	54,2	32,8	10,8	2,1
78 Palma Campania	46,9	37,6	13,5	2,0
79 Poggioreale	40,9	39,9	15,5	3,6
ASL Napoli 4	47,8	37,8	11,8	2,6
ASL Napoli 4 2005	47.8	37.0	11.9	3.4
Regione Campania 2005	45.4	38.2	12.8	3.6

* missing = 295

5.5 Nati da madri straniere

I nati da madri straniere sono 346 e costituiscono il 5.4% (2005:5.2%) dei nati residenti.

La maggiore percentuale di madri straniere sono cinesi, con 23.4%, seguite dalle ucraine con il 22.3% e polacche con il 20.2%(Tabella 22)

Su nati da coppie in cui almeno uno dei genitori non è italiano, il 36.1% ha madre immigrata e padre italiano, il 9.7% ha il padre immigrato e madre italiana e 54.2% ha ambedue i genitori immigrati; il confronto con il dato 2005 mostra un aumento delle coppie con entrambi i genitori immigrati (Figura 3) .

Nel 2006 si osserva che rispetto alle italiane fra le madri straniere :

- è minore la percentuale di età maggiore di 34 anni , per l'ordine di nascita 2°, della scolarità superiore a 8 anni , per il peso alla nascita maggiore o eguale a 2500 *grammi*, dell'età gestazionale minore di 37 settimane;
- è maggiore la percentuale dell'ordine 1° di nascita, per le età minore di 20 anni e compresa tra 20- 34 anni, delle nubi, per l'epoca della prima visita maggiore a 11 settimane (Tabella 23) .

Su undici nati morti, due sono di straniere e le percentuali sono eguali a quelle regionali del 2005.

Le straniere rispetto alle italiane hanno una maggiore natimortalità (Tab.25), minore prematurità (Tab.23), minore rischio al taglio cesareo (Tab.41); hanno partorito più frequentemente in strutture pubbliche e ricorrono meno frequentemente alle private (2005:4.5%) (Fig. 3).

Tabella 22- Paesi di provenienza delle madri straniere

Paese	N°	%
Cina	81	23.4
Ucraina	77	22.3
Polonia	70	20.2
Romania	36	10.4
Marocco	11	3.2
Albania	9	2.6
Algeria	7	2.0
Russia	5	1.4
Serbia	5	1.4
Tunisia	2	2.0
Altri paesi	43	12.4
Totale	346	100.0

Figura 2 Nati con almeno un genitore immigrato

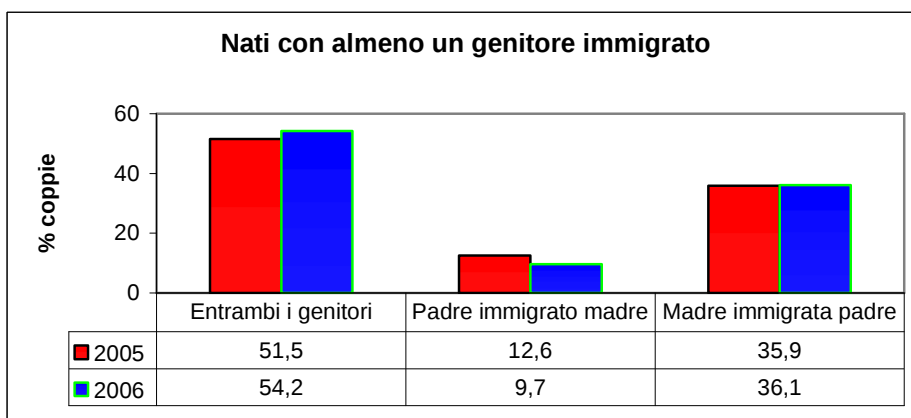
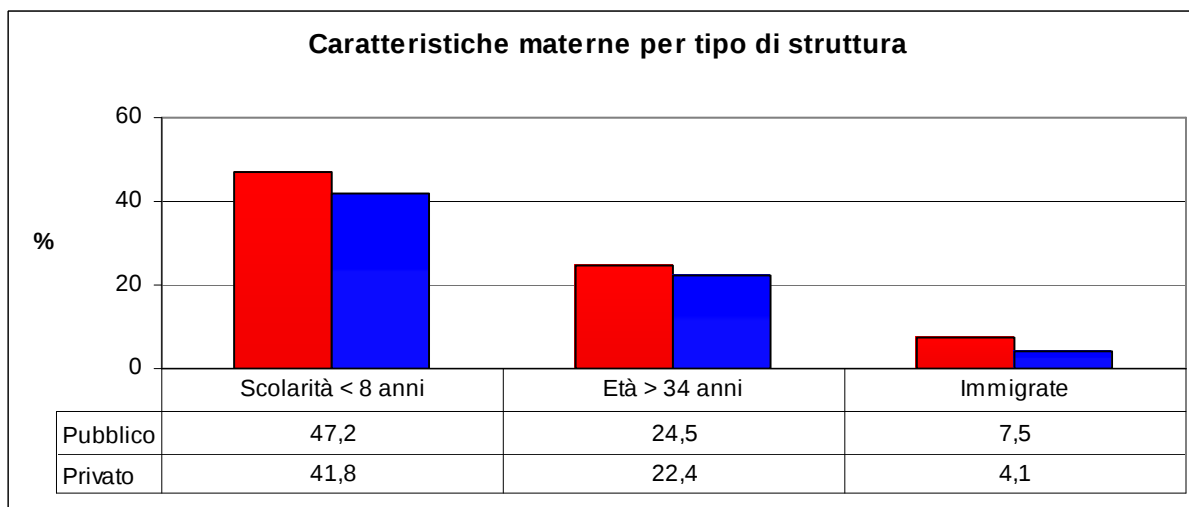


Tabella 23- Caratteristiche materne e neonatali per cittadinanza materna

		Italiane	%	Straniere	%
Gruppi di età materna	< 20 anni	117	1.9	9	2.6
	20 - 34 anni	4542	74.4	288	83.2
	> 34 anni	1443	23.6	49	14.2
Ordine di nascita	1	2817	47.3	198	58.9
	2 +	3143	52.7	138	41.1
Scolarità materna	Elementa/media infe.	2711	50.5	218	70.8
	Livelli superiori	2657	49.5	90	29.2
Stato civile	Nubile	379	6.3	161	50.0
	Coniugata	5595	92.6	152	47.2
	Altro	65	1.1	9	2.8
Età gestazionale	< 37 settimane	332	5.5	14	4.1
	> 37 settimane	5723	94.5	328	95.9
Peso alla nascita	< 2500 grammi	417	6.8	21	6.1
	> 2500 grammi	5678	93.2	325	93.9
Vitalità	Nati vivi	6094	99.9	344	99.4
	Nati morti	9	0.1	2	0.6
Epoca della prima visita	< 11 settimane	4887	85.0	171	67.3
	> 11 settimane	863	15.0	83	32.7

Figura 3–Caratteristiche materne per nascita in struttura pubblica e privata



6 Caratteristiche fetali

6.1 Nati per sesso e vitalità

Nel 2006 dai dati C.e.d.A.P. sono rilevati 3366 maschi e 3091 femmine con rapporto maschi/femmine pari a 1.088 (2005 : 1.027).

I nati morti sono stati 11, il tasso di nati -mortalità è del 1.7 ‰ :il valore è estremamente positivo nei confronti dei valori ASL e Regionali e si colloca al di sotto di sotto del tasso italiano del 2003 del 3.1 ‰ .

Disaggregando i dati per Distretto di residenza materna, risulta che il tasso di nati-mortalità più elevato è stato registrato nel Distretto Somma Vesuviana con il 4.5‰ e nei Distretti di San Giuseppe Vesuviano e di Palma Campania con il 3.3 ‰ ; di seguito il Distretto di Nola con valore di 3.0 ‰, di Acerra con il 2.5 ‰ e Casalnuovo di Napoli con il 1.8 ‰; nei restanti Distretti non vi sono stati nati morti. (Tabella 24) .

Per fattori di rischio legati a caratteristiche fetali, materne ed assistenziali è stato calcolato il tasso di natimortalità , il rischio relativo e l'intervallo di confidenza al 95 % (Tabella 25) .

Nel 2006, per i nati residenti tra i fattori di rischio assumono importanza la pre-maturità, il basso peso, la presentazione podalica e il ritardo di crescita intrauterina:

- i prematuri hanno presentato un rischio di natimortalità 35,5 volte maggiore rispetto ai nati a termine ;
- i nati di basso peso hanno presentato un rischio di natimortalità 16.6 volte maggiore rispetto ai nati con peso > 2500 grammi ;
- i nati con ritardo di crescita intrauterina hanno presentato un rischio di natimortalità 15 volte maggiore rispetto ai nati con crescita normale.

Inoltre la condizione di nubile , di straniera e di età superiore a 35 anni sono stati fattori di rischio di natimortalità.

Per il 2006 sia la gemellarità che la presentazione di podice non hanno costituito fattori di rischio .

Non vi sono stati morti per parto plurimo .

I morti da parto singolo non sono avvenuti nell'età gestazionale maggiore di 41 settimane e nella classe di peso maggiore a 3999 grammi; interessante osservare che in percentuale la maggioranza delle morti sia per età gestazionale che per classe di peso , sono avvenute per gravidanze a termine che per peso compreso tra 2500 e 3999 grammi (Tabella 26).

Il 40.7% dei gemelli sono nati pretermine e il 19.0% prima della 32 settimana; il 50.7% ha un peso inferiore a 2500 grammi e di questi il 12.8% un peso inferiore ai 1500 grammi (Tabella 26).

Tabella 24 - Nati per vitalità e distretto di residenza materna e tasso di natimortalità

Distretto	2006		2005		2004	2003	2002
	Totale nati	Nati morti	Tasso X 1000	Tasso X 1000	Tasso x 1000	Tasso x 1000	Tasso x 1000
69 Acerra	802	2	2,5	3,9	1.3	2.8	4.6
70 Marigliano	641	0	0,0	1,5	4.1	4.6	4.8
71 Pomigliano D'Arco	471	0	0,0	4,0	2.0	6.4	2.0
72 Casalnuovo di Napoli	554	1	1,8	4,7	2.9	4.4	6.2
73 Nola	659	2	3,0	0,0	2.8	6.1	0.0
74 Cicciano	373	0	0,0	5,2	9.1	2.9	2.6
75 Volla	698	0	0,0	1,3	3.1	1.3	3.7
76 Somma Vesuviana	671	3	4,5	4,3	4.2	8.7	4.6
77 S. Giuseppe Vesuviano	616	2	3,2	3,1	7.7	13.2	4.6
78 Palma Campania	308	1	3,2	6,4	0.0	6.1	3.3
79 Poggiomarino	536	0	0,0	0,0	4.9	4.6	1.5
ASL Napoli 4	6442	11	1.7	2,8	3.8	5.6	3.6
Regione Campania				2.9	4.5	4.0	
Italia						3.1	

* missing 134

Tabella 25 - Fattori di rischio per natimortalità

	Totale	Nati morti	Tasso ‰	R. R.	I.C. 95%
Genere del parto					
Gemelli	158	0	0.0	0.0	
Singoli	6294	11	1.7	1	
Età gestazionale					
< 37 settimane	341	6	17.6	35.5	8.91-141.27
> 37 settimane	6050	3	0.5	1	
Peso alla nascita					
< 2500 grammi	435	6	13.8	16.6	5.07-54.06
> 2500 grammi	6005	5	0.8	1	
Ritardo di crescita intrauterina					
Presente	77	1	13.0	15.0	1.77-131.05
Assente	5774	5	0.9	1	
Gruppi di età materna					
< 20 anni	126	0	0.0	0.0	
20-34 anni	4833	6	1.2	1	
> 34 anni	1493	5	3.3	2.7	0.2-8.82
Cittadinanza					
Non italiana	346	2	5.8	3.9	0.85-18.08
Italiana	6106	9	1.5	1	
Scolarità materna					
Elementare//media inf.	2826	4	1.4	1.3	0.29-5.78
Livelli superiori	2747	3	1.1	1	
Stato civile della madre					
Nubile	885	4	4.5	4.1	0.14-14.37
Coniugata	5395	6	1.1	1	
Presentazione					
Podice	210	0	0.0	0.0	
Vertice	6003	9	1.5	1	
Struttura					
Privato	4084	6	1.5	0.7	0.21-2.27
Pubblico	2368	5	2.1	1	

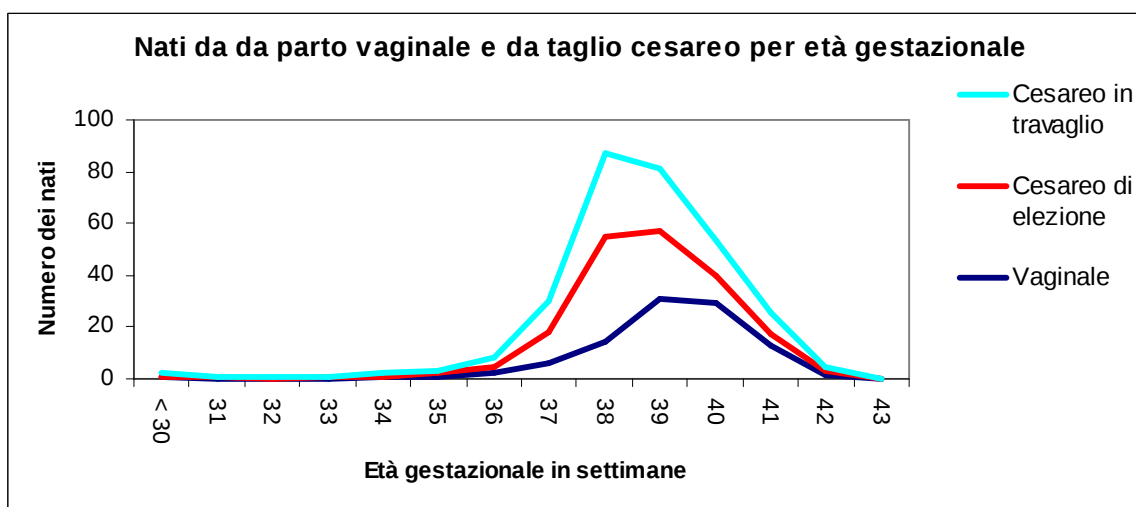
Tabella 26- Nati vivi e nati morti per classe di età gestazionale e di peso

Età gestazionale	NATI VIVI				NATI MORTI				TOTALE	
	Singoli		Plurimi		Singoli		Plurimi			
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
< 27	12	0,2	2	1,3	1	11,1	0	0,0	15	0,2
28-31	17	0,3	10	6,5	3	33,3	0	0,0	30	0,5
32-36	243	3,9	51	32,9	2	22,2	0	0,0	296	4,6
37-41	5858	94,1	92	59,4	3	33,3	0	0,0	5953	93,1
> 41	97	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	97	1,5
Totale	6227	100	155	100	9	100	0	100	6391	100

Peso	NATI VIVI				NATI MORTI				TOTALE	
	Singoli		Plurimi		Singoli		Plurimi			
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
250-499	2	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	3	0,0
500-999	11	0,2	3	1,9	2	18,2	0	0,0	16	0,2
1000-1499	11	0,2	7	4,5	2	18,2	0	0,0	20	0,3
1500-2499	327	5,2	68	44,2	1	9,1	0	0,0	396	6,1
2500-3999	5651	90,1	76	49,4	5	45,5	0	0,0	5732	89,0
> 3999	273	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	273	4,2
Totale	6275	100	154	100	11	100	0	100	6440	100

Come nel 2005 il ricorso al taglio cesareo elettivo avviene alla 38° settimana di gestazione mentre il ricorso al parto per via vaginale alla 39°.(Figura 4).

Figura 4 - Nati da parto cesareo e da taglio cesareo per età gestazionale



6.2 Nati per classe di età gestazionale

I nati pretermine sono il 5.4% dei nati (2005 :6,3%) e i nati post-termine l'1.5% (2005: 9.3%) valori assimilabili al dato regionale.

I gemelli costituiscono il 19.0% di tutti i nati pretermine.

Le percentuali dei nati prematuri e postmaturi Distrettuali mostrano che i Distretti di Acerra (6.6%) e Somma Vesuviana e San Giuseppe Vesuviano (5.8%) hanno le percentuali più alte di nati prematuri mentre i Distretti di Cicciano e Volla (3.0%) hanno le percentuali più alte di nati postmaturi (Tabella 27).

Il dato della modalità di parto per età gestazionale e genere dei neonati mostra che sono nati pretermine il 47.5% dei gemelli (2005: 55.8%) e il 4.5% dei nati singoli (2005:4.8%) (Tabella 28).
La frequenza del cesareo nei nati singoli è del 66.3 % (2005:68.2%) nei nati pretermine e del 62.9% in quelli a termine (2005:63.0%).

Tabella 27- Nati per classi di età gestazionale e residenza materna

Distretto	Pre-termine		A termine		Post-termine		Totale riga
	N.	%	N.	%	N.	%	
69 Acerra	53	6,6	738	92,5	7	0,9	798
70 Marigliano	37	5,8	589	92,9	8	1,3	634
71 Pomigliano D'Arco	19	4,1	436	94,6	6	1,3	461
72 Casalnuovo di Napoli	22	4,0	524	95,4	3	0,5	549
73 Nola	28	4,3	616	93,9	12	1,8	656
74 Cicciano	21	5,8	333	91,2	11	3,0	365
75 Volla	42	6,1	629	90,9	21	3,0	692
76 Somma Vesuviana	39	5,9	614	92,6	10	1,5	663
77 S. Giuseppe Vesuviano	36	5,9	568	92,7	9	1,5	613
78 Palma Campania	17	5,6	285	93,4	3	1,0	305
79 Poggioreale	27	5,1	496	93,6	7	1,3	530
ASL Napoli 4	347	5,4	5956	93,1	97	1,5	6400
ASL Napoli 4 2005		6,3		84,4		9,3	
Regione Campania 2005		5,8		92,4		1,7	

Tabella 28- Nati per genere , tipo di parto e classe di età gestazionale

Età gestazionale	Singoli				TOTALE
	Vaginale		Cesareo		
	N.	%	N.	%	N.
< 28	8	53,3	7	46,7	15
28-31	8	40,0	12	60,0	20
32-36	78	32,0	166	68,0	244
≥ 37	2207	37,1	3741	62,9	5948
Età gestazionale	Gemelli				TOTALE
	Vaginale		Cesareo		
	N.	%	N.	%	N.
< 28	2	40,0	3	60,0	5
28-31	4	40,0	6	60,0	10
32-36	9	17,6	42	82,4	51
> 37	10	11,0	81	89,0	91

6.3 Nati per genere del parto

I nati da parti plurimi sono il 2.5% del totale (2005:2.9%) e contribuiscono ai parti pretermine per il 19.5%

Analizzando il dato (Tabelle 26 e 28) si osserva:

i gemelli pretermine sono il 19.0%(2005:51,9);

i prematuri , nati prima della 32 settimana, sono il 13.2%(2005: 18.8);

i gemelli di peso inferiore a 1500 grammi sono il 12.8%(2005: 17.5);

i gemelli di peso inferiore a 2500 grammi sono il 50.7%(2005:62.2);

i gemelli nati con taglio cesareo sono l'84.1% (2005:88.2).

6.4 Nati per classe di peso

Il peso medio dei nati è 3180 $\pm$ 261 grammi: i maschi hanno un peso medio di 3239 $\pm$ 013 grammi e le femmine un peso medio di 3115 $\pm$ 329 grammi.

I nati presentano alla nascita in media una lunghezza di 44.9 cm e una circonferenza cranica di 33.8cm; la lunghezza media dei maschi è eguale a cm 49.5 e nelle femmine di cm 44.7 mentre la circonferenza cranica media nei maschi è di cm 33.9 e nelle femmine di cm 33.6 .

Relativamente al peso alla nascita, abbiamo il 0.4% di nati con peso minore di 1000 grammi, lo 0.3% di nati con peso minore tra 1000 e 1499 grammi, il 6.1% di nati con peso tra 1500 e 2499 grammi, il 89.0% di nati con peso tra 2500 e 3999 grammi e il 4.2% di nati con peso maggiore o eguale a 4000 (Tabella 29).

Inoltre:

- nei Distretti di Acerra e Palma Campania si sono registrate le frequenze maggiori di nati di peso < 1500 grammi con il 10.0% e si conferma il dato del 2005;
- nei Distretti di Somma Vesuviana e San Giuseppe Vesuviano si sono registrate le frequenze maggiori di nati di peso tra 1500 e 2499 grammi, rispettivamente 7.1% e 7.0 %;
- nei Distretti di Cicciano (come nel 2005) e Somma Vesuviana si sono registrate le frequenze maggiori di nati di peso > di 4000 grammi, rispettivamente 6.2% e 5.1%.

Tabella 29 -Nati per classe di peso e residenza materna

Distretto	Classi di peso										Totale riga
	< 1000*		1000-1499		1500-2499		2500-3999		≥ 4000		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
69 Acerra	4	0,5	4	0,5	51	6,4	709	88,4	34	4,2	802
70 Marigliano	1	0,2	2	0,3	41	6,4	572	89,7	22	3,4	638
71 Pomigliano D'Arco	0	0,0	1	0,2	29	6,2	419	89,0	22	4,7	471
72 Casalnuovo di Napoli	1	0,2	0	0,0	32	5,8	498	90,1	22	4,0	553
73 Nola	1	0,2	2	0,3	41	6,2	584	88,9	29	4,4	657
74 Cicciano	2	0,5	1	0,3	24	6,5	322	86,6	23	6,2	372
75 Volla	3	0,4	4	0,6	39	5,6	621	89,1	30	4,3	697
76 Somma Vesuviana	2	0,3	4	0,6	47	7,1	577	86,9	34	5,1	664
77 S. Giuseppe Vesuviano	7	1,1	0	0,0	43	7,0	541	88,3	22	3,6	613
78 Palma Campania	1	0,3	2	0,7	12	3,9	284	92,5	8	2,6	307
79 Poggiomarino	1	0,2	0	0,0	28	5,2	486	90,7	21	3,9	536
ASL	23	0,4	20	0,3	396	6,1	5732	89,0	273	4,2	6444
ASL Napoli 4 2005				1.1**		6.0		88. 9		4.1	4.1
Regione Campania 2005		0.4		0.8		6.2		88. 9		4.1	4.1

* compresi tre neonati con peso <500 grammi

** tutti i nati con peso < 1500

I nati da parti plurimi sono il 2.4% del totale (R.C 2005:2.8%); il 40.7% dei gemelli è pretermine (R.C 2005:48.0%) e di questi il 19.0% è nato prima della 32° settimana (R.C 2005:18.0%).

Dei gemelli nati vivi quelli di peso $\leq$ 2499 (LBW) hanno costituito il 50.7%(2005:61,2%); quelli di peso $\leq$ 1500(VLBW) sono il 5.97% e (2005:17.5) (Tabella 26).

Gli 11 nati morti sono singoli per tutte le classi di peso ad esclusione di quella maggiore o eguale a 4000 grammi; i nati morti singoli per classe di peso compresa tra 2500 e 3999 grammi costituiscono il 46.0% dei nati morti.

Sono stati calcolati i fattori di rischio per basso peso e relativi limiti di confidenza al 95% (Tabella 30).

Tabella 30-Fattori di rischio per basso peso (LBW)

	Totale nati	LBW	Tasso %	R. R.	I.C. 95%
Condizione lavorativa della madre					
Non occupata	1830	94	5.1	0.7	0.54-0.85
Occupata	4089	307	7.5	1	
Condizione lavorativa del padre					
Non occupato	785	62	7.9	1.2	0.93-1.59
Occupato	4218	273	6.5	1	
Stato civile della madre					
Nubile	877	380	43.3	55.7	40.79-75.93
Coniugata	5395	42	0.8	1	
Gruppi di età materna					
< 20 anni	126	8	6.3	1.0	0.48-1.88
20-34 anni	4829	321	6.6	1	
> 34 anni	1489	110	7.4	1.1	0.90-1.36
Cittadinanza					
Non italiana	346	21	6.1	0.9	0.57-1.35
Italiana	6098	418	6.9	1	
Scolarità materna					
Elementare//media inf.	2792	225	8.1	1.5	1.22-1.84
Livelli superiori	2690	144	5.4	1	
Epoca della prima visita					
> 11 settimane	946	67	7.1	1.1	0.82-1.37
$\leq$ 11 settimane	5047	335	6.6	1	

7 Caratteristiche del parto

7.1 Modalità del parto nei punti nascita ASL Napoli e classificazione semplificata di Robson

L'analisi per modalità di parto dei nati per ogni punto nascita dell'ASL Napoli 4 indica che i valori più alti dei parti spontanei si registrano nei Presidi Ospedalieri di S. M. della Pietà (52.4%) e Cav. Apicella (44.4%) seguiti dalla Clinica Santa Lucia (31.8%)(Tabella 31).

Tabella 31- Nati per modalità di parto e per punto nascita dell'ASL Na 4 anno 2006 (fonte SEP)

	Spontaneo		TC elezione		TC travaglio		Altro		Totale	
Punto nascita	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	% col
P.O. S. M. Pietà	227	52,4	120	27,7	80	18,5	6	1,4	433	8,9
P. O. Cav Apicella	95	44,4	58	27,1	61	28,5	0	0,0	214	4,4
Cl. La Madonnina	164	30,1	276	50,7	103	18,9	1	0,2	544	11,2
Cl. Villa dei Fiori	397	31,1	411	32,2	463	36,3	5	0,4	1276	26,4
Cl. N.S.Lourdes	299	24,3	880	71,7	49	4,0	0	0,0	1228	25,4
Cl. Trusso	134	20,3	499	75,5	27	4,1	1	0,2	661	13,7
Cl. Santa Lucia	154	31,8	239	49,3	88	18,1	4	0,8	485	10,0
ASL Napoli 4	1470	30,8	2483	52,1	871	18,3	17	0,3	4842	100,0

La classificazione di Robson prende in esame la pregressa storia ostetrica (la parità), l'età gestazionale, la presentazione al parto e le modalità del travaglio con la classificazione di 10 categorie esclusive che quantificano 10 sottopopolazioni; per ogni sottopopolazione è possibile analizzare la frequenza del ricorso al taglio cesareo. Considerato che le schede di dimissione ospedaliera (SDO) presentano una carenza dell'informazione sul tipo di travaglio, e anche per l'opportunità di confrontare i dati dell'ASL Napoli 4 con quelli della Regione Campania, si preferisce utilizzare la versione semplificata della classificazione di Robson.

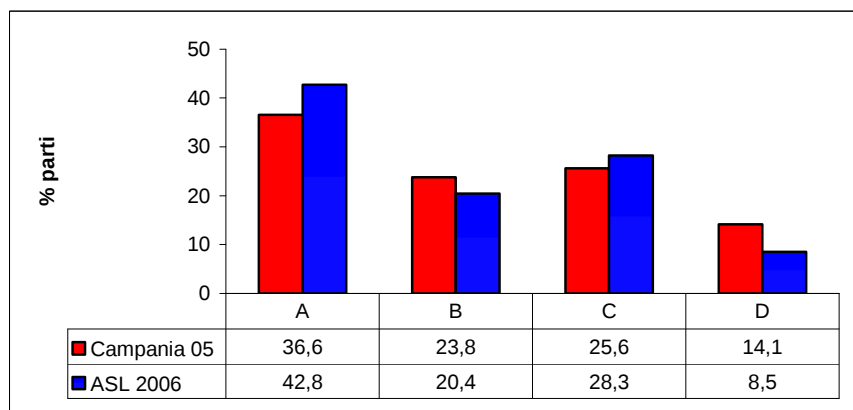
La classificazione semplificata di Robson prevede le seguenti categorie:

- Categoria A (parti di nullipara, feto singolo, a termine, di vertice indipendentemente dalla modalità del travaglio) unificando le categorie 1 e 2;
- Categoria B (parti di multipara, feto singolo, a termine, di vertice esclusi i pregressi cesarei indipendentemente dalla modalità del travaglio) unificando le categorie 3 e 4;
- Categoria C (parti singoli, a termine, di vertice successivi ad un pregresso cesareo) corrispettivo della categoria 5;
- Categoria D (parti pretermine, parti gemellari e parti in presentazioni anomale) unificando le categorie da 6 a 10 .

Nell'anno 2006, rispetto al dato della Regione Campania del 2005, la distribuzione percentuale nell'intera ASL dei parti afferenti alla:

- Categoria A è del 42.8% maggiore di oltre il 5%;
- Categoria B è del 23.5% minore di oltre il 13%;
- Categoria C è del 28.3%, maggiore di oltre il 1.0%;
- Categoria D è del 8.5%, minore del 1.0%(Figura 5).

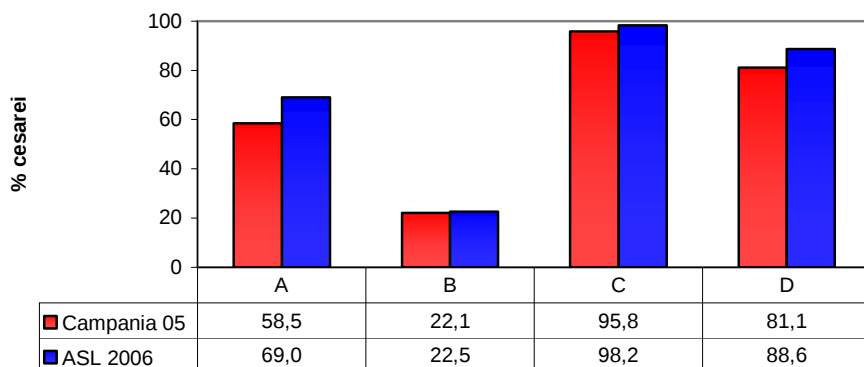
Figura 5 : distribuzione dei parti nelle 4 categorie della Classificazione di Robson semplificata nell'ASL Napoli 4 anno 2006 e confronto con Regione Campania anno 2005



Nel 2006, rispetto alla Regione Campania anno 2005, la distribuzione percentuale dei cesarei nell'ASL afferenti alla :

- Categoria A, è del 69.0 nettamente superiore al dato regionale, di 58.5%;
- Categoria B è del 22.5% di poco superiore al dato regionale di 22.1%;
- Categoria C è del 98.2% di poco superiore al dato regionale di 95.8%;
- Categoria D è del 88.6 % è superiore al dato regionale di 81.1% (figura 6)

Figura 6- Distribuzione dei cesarei nelle 4 categorie della Classificazione di Robson semplificata nell'ASL Napoli 4 anno 2006 e confronto con Regione Campania anno 2005



La tabella 32 e la figura 7 mostrano la distribuzione percentuale dei parti afferenti nelle 4 categorie nei sette Centri nascita dell'ASL Napoli 4 nell'anno 2006

L'analisi del dato mostra che per la:

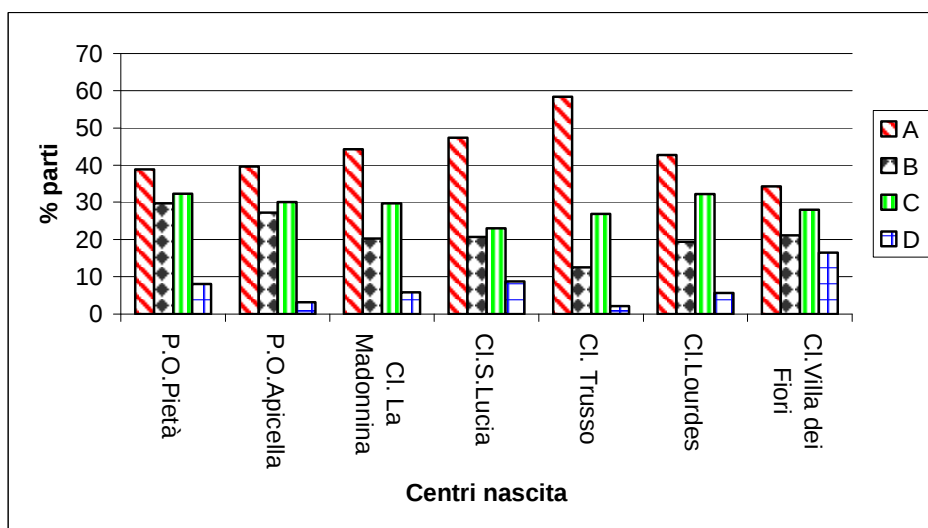
- Categoria A, la Clinica Trusso ha il valore più alto, 58.4 e la Clinica Villa dei Fiori il valore più basso, 34.3;

- Categoria B, il P.O. S.M Pietà ha il valore più alto 29.7 e la Clinica Trusso il valore più basso, 12.5;
- Categoria C, il P.O. S.M Pietà ha il valore più alto 32.3 e la Clinica S. Lucia il valore più basso, 23.0;
- Categoria D, la Clinica Villa dei Fiori ha il valore più alto, 16.5 e la Clinica Trusso il valore più basso, 2.1.

Tabella 32 -Distribuzione dei parti nelle 4 categorie della Classificazione di Robson semplificata nei Centri Nascita dell'ASL Napoli 4 nell' anno 2006

Centro Nascita	P.O. S.M. Pietà	P.O. Apicella	Clinica La Madonnina	Clinica S.Lucia	Clinica Trusso	Clinica NSLourdes	Clinica Villa Fiori
A	38,9	39,6	44,2	47,4	58,4	42,7	34,3
B	29,7	27,2	20,3	20,7	12,5	19,4	21,1
C	32,3	30,0	29,7	23,0	26,9	32,2	28,0
D	8,1	3,2	5,8	8,8	2,1	5,7	16,5

Figura 7 - Distribuzione dei parti nelle 4 categorie della Classificazione di Robson semplificata nei Centri Nascita dell'ASL Napoli 4 nell' anno 2006



La tabella 33 e la figura 8 mostrano la distribuzione percentuale dei cesarei afferenti nelle 4 categorie nei sette Centri nascita dell'ASL Napoli 4 nell'anno 2006.

L'analisi del dato mostra che per la :

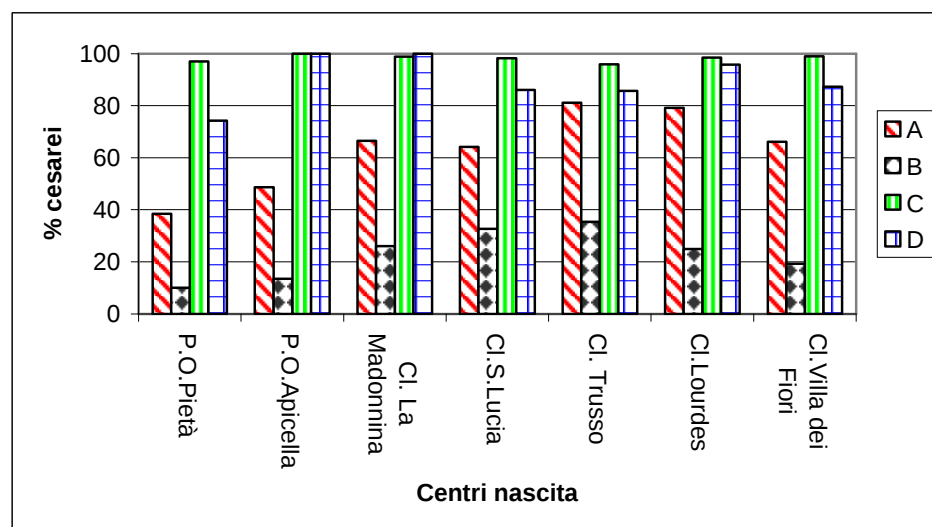
- Categoria A, la Clinica Trusso con il valore più alto indica che nell'81.2% dei casi è praticato il cesareo mentre il P.O. S.M Pietà, con il valore più basso lo effettua, solo nel 38.5%;
- Categoria B, la Clinica Trusso con il valore più alto indica che nel 35.4% dei casi è praticato il cesareo mentre il P.O. S.M Pietà, con il valore più basso lo effettua, solo nel 10.1%;

- Categoria C, il P.O. Apicella con il valore più alto indica che nel 100% dei casi è praticato il cesareo mentre la Clinica Trusso, con il valore più basso lo effettua, nel 96.01%.
- Categoria D, il P.O. Apicella e Clinica La Madonnina praticano il cesareo nel 100% dei casi mentre P.O. S.M Pietà con il valore più basso nel 74.3%.

Tabella 33- Distribuzione dei cesarei nelle 4 categorie della Classificazione di Robson semplificata nei Centri Nascita dell'ASL Napoli 4 nell' anno 2006

Centro Nascita	P.O. S.M. Pietà	P.O. Apicella	Clinica La Madonnina	Clinica S.Lucia	Clinica Trusso	Clinica NSLourdes	Clinica Villa Fiori
A	38,5	48,8	66,5	64,1	81,2	79,1	66,1
B	10,1	13,6	26,1	32,7	35,4	24,9	19,3
C	97,0	100	98,8	98,2	96,0	98,5	98,9
D	74,3	100	100	86	85,7	95,7	87,3

Figura 8 - Distribuzione dei cesarei nelle 4 categorie della Classificazione di Robson semplificata nei Centri Nascita dell'ASL Napoli 4 nell' anno 2006



7.2 Nati per presentazione e genere del parto

Le nascite in presentazione podalica sono il 3.3% (2005:3.7%) e nel 14.7% dei casi è associata alla gemellarità (2005:23.9) mentre le nascite con presentazione diversa dal vertice o podice sono l'1.1% come nel 2005; comunque valori al di sotto dei dati regionali del 2005 (Tab. 34).

Tabella 34 -Nati per presentazione e genere di parto anno 2006

	Singoli		Plurimi		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Vertice	5883	95,9	129	82,7	6012	95,6
Podice	187	3,0	23	14,7	210	3,3
Altro	63	1,0	4	2,6	67	1,1
Totale	6133	100	156	100	6289	100

7.3 Punteggio di Apgar per modalità di parto , classe di peso e età gestazionale

Dei nati, 6(0.1%)hanno una depressione grave alla nascita con un indice di Apgar <4 a 5 minuti; rispetto al dato Regionale del 2005 presentano:

- per modalità di parto la stessa percentuale;
- per classi di peso < 1500 grammi (R.C.:6.0%) e tra 1500-2449 grammi (R.C.:0.5%) una percentuale minore mentre e per classe di peso maggiore di 2500 grammi (R.C.:0.1%) identica percentuale;
- per età gestazionale minore di 33 settimane una percentuale minore(R.C.:5.5%), per età gestazionale tra 33 e 36 settimane identica percentuale, per età gestazionale maggiore o eguale 37 settimane una percentuale maggiore (R.C.: 0.1%) (Tabella 35).

Pertanto, rispetto al dato Regionale si ha una minore proporzione con asfissia severa dei nati VLBW e con e.g. minore di 33 settimane ; solo per queste caratteristiche (VLBW-EG<33 s.)tra i nati con lieve sofferenza fetale, indice di Apgar tra 4 e 6, la proporzione è maggiore (RC:VLBW 21.5% e EG 18.9).

Un punteggio normale si ha nel 99.4% dei casi.

Tabella 35 - Indice di Apgar * per modalità di parto , classe di peso e età gestazionale anno 2006

		Indice di Apgar					
		< 4		4 - 6		> 6	
		N°	%	N°	%	N°	%
Tipo di parto	Vaginale	2	0,1	15	0,6	2312	99,3
	Cesareo elezione	1	0,0	9	0,3	2881	99,7
	Cesareo in travaglio	3	0,3	7	0,6	1149	99,1
Classe di peso	< 1500 grammi	2	5,6	10	27,8	24	66,7
	1500-2499 grammi	1	0,3	7	1,8	380	97,9
	≥ 2500 grammi	3	0,1	13	0,2	5942	99,7
Età gestazionale	< 33 settimane	2	3,6	11	19,6	43	76,8
	33-36 settimane	1	0,4	5	1,8	268	97,8
	≥ 37 settimane	3	0,0	15	0,2	5993	99,7

* missing:

7.4 Nati per luogo del parto

Le nascite nell'ASL Napoli 4 per dimensione del Centro nascita (nati/anno) mostrano :

- i Centri nascita con meno di 500 parti/anno i due pubblici ed un privato contribuiscono al 23.4% delle nascite;
- i Centri nascita con numero di parti compreso tra 500 e 1000/anno, sono due privati e contribuiscono al 24.9% delle nascite;
- i Centri nascita con numero di parti superiore a 1000/anno, sono due privati e contribuiscono al 51,7% delle nascite.

Tabella 36 - Distribuzione dei nati per tipologia del Centro Nascita (N Parti/anno) anno 2006

Numero Parti/Anno 2006	Centri pubblici		Centri privati		Totale Parti	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 500	648	100	485	11.6	1133	23.4
500-1000			1205	28.7	1205	24.9
>1000			2504	59.7	25.4	51.7
Totali	647	100	4194	100	4842	100

7.5 Nati per modalità del parto

Le nascite dei residenti sono avvenute per il 49.1% nell'ASL Napoli 4 (n° 3175) e per il 50.9% fuori ASL (n°3287).

Le madri residenti hanno ricorso alla modalità del taglio cesareo nel 63.6% dei casi, valore al di sopra della media regionale del 2005 .

Si osserva che hanno ricorso alla modalità di parto con taglio cesareo:

- percentualmente in misura maggiore le madri residenti nei Distretti di Somma Vesuviana e San Giuseppe Vesuviano con valori rispettivamente di 67.7% e di 67.5%;
- percentualmente in misura minore le madri residenti nei Distretti di Cicciano e Volla con valori rispettivamente di 55.4% e di 59.9%;

hanno ricorso alla modalità di parto spontaneo:

- in misura maggiore le madri residenti nei Distretti di Cicciano e Volla con valori rispettivamente di 42.7% e di 38.9% (come nel 2005);
- in misura minore le madri residenti nei Distretti di Somma Vesuviana e San Giuseppe Vesuviano con valore di 31.7% e di Casalnuovo di Napoli con valore di 32.8% .

Come nel 2005, le madri residenti hanno ricorso alla modalità strumentale nel 0.2% dei casi; percentualmente il valore più alto si riscontra nei Distretti di Acerra e Casalnuovo di Napoli con il 0.4% mentre è zero nel Distretto di Somma Vesuviana (Tabella 37).

Tabella 37 - Nati per tipo di parto e distretto di residenza materna anno 2006

Distretto	Spontaneo		Cesareo		Strumentale		Altro *		Totale riga
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.
69 Acerra	262	32,7	531	66,2	6	0,7	3	0,4	802
70 Marigliano	231	36,0	402	62,6	8	1,2	1	0,2	642
71 Pomigliano D'Arco	161	34,4	299	63,9	7	1,5	1	0,2	468
72 Casalnuovo di Napoli	181	32,8	365	66,2	3	0,5	2	0,4	551
73 Nola	239	36,3	406	61,7	12	1,8	1	0,2	658
74 Cicciano	159	42,7	206	55,4	6	1,6	1	0,3	372
75 Volla	271	38,9	417	59,9	7	1,0	1	0,1	696
76 Somma Vesuviana	211	31,7	450	67,7	4	0,6	0	0,0	665
77 S. Giuseppe Vesuviano	195	31,7	416	67,5	4	0,6	1	0,2	616
78 Palma Campania	106	34,5	198	64,5	2	0,7	1	0,3	307
79 Poggioreale	205	38,5	325	61,0	2	0,4	1	0,2	533
ASL Napoli 4	2273	35,3	4096	63,6	62	1,0	13	0,2	6444
ASL Napoli 4 2005		34,9		63,9		0,9		0,2	
Reg. Campania 2005		37,6		61,1		1,1		0,3	

* Altro si intende cesareo dopo strumentale

Il numero dei nati nell'ASL Napoli 4 è stato di 4842, con partorienti residenti in numero di 3175 pari al 65.6% e partorienti non residenti in numero di 1667 pari al 34.4% .

La maggioranza dei parti a rischio per classi di età gestazionale dei nati nei punti nascita dell'ASL Napoli 4, 17 su 25, il 68.0%, è avvenuto in struttura dotata di Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN); invece la maggioranza dei parti a rischio per peso alla nascita è avvenuto in struttura non dotata di UTIN, 7 su 11, il 63.6%, dato in controtendenza con il 2005 (Tabella 38).

Tabella 38-Nati nei punti nascita dell'ASL per luogo del parto, settimane di gestazione minori di 33 e classi di peso < 1500 grammi anno 2006

Epoca gestazionale	Struttura Pubblica		Struttura Privata		Totale
	UTIN	No UTIN	UTIN	No UTIN	N.
≤ 27 settimane	0	0	1	2	3
28 -31 settimane	0	2	4	2	8
32 -33 settimane	0	1	12	1	14
Totale	0	3	17	5	25
Classe di peso	Struttura Pubblica		Struttura Privata		Totale
	UTIN	No UTIN	UTIN	No UTIN	N.
< 1000 grammi	0	0	2	4	6
1000 -1499 grammi	0	3	2	0	5
Totale	0	3	4	4	11

* struttura privata accreditata

Le partorienti dei punti nascita dell'ASL Napoli 4 che hanno effettuato la prima visita dopo la 23° settimana, tempo oltre il quale eventuali diagnosi di patologie materne o fetali non permettono l'iter della interruzione di gravidanza terapeutica, sono il 1.9% (2005:2.1) delle coniugate e il 7.6% (2005:7.8) delle non coniugate (Tabella 39).

Come nel biennio precedente la Clinica Santa Lucia si conferma il punto nascita con le più alte percentuali di donne, coniugate e non, afferenti alla struttura, rispettivamente del 27.3% (nella totalità italiane) e 4.5% (di cui le straniere sono il 36.4%), che effettuano la prima visita dopo la 23 settimana.

Le donne nubili che effettuano la prima visita dopo la 23 settimana nei punti nascita dell'ASL Napoli 4 sono il 0.7% nel pubblico e il 0.3% nel privato (Tabella 40).

Rispetto al dato del 2005 si osserva un miglioramento del dato sia per le coniugate che per le nubili che effettuano la prima visita dopo la 23 settimana (Tabella 39).

Tabella 39 -Nati per stato civile , epoca della prima visita in gravidanza e per punto nascita ASL Napoli 4

Punto nascita	Coniugata				Nubile + altro*				Totale
	Settimana				Settimana				
	≤ 13		> 23		≤ 13		> 23		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
P.O. S. M. Pietà	319	82,9	2	0,5	62	16,1	2	0,5	385
P. O. Cav Apicella	175	85,8	3	1,5	24	11,8	2	1,0	204
Cl. La Madonnina	413	93,9	0	0,0	27	6,1	0	0,0	440
Cl. Villa dei Fiori	1070	97,8	0	0,0	24	2,2	0	0,0	1094
Cl. N.S.Lourdes	1134	92,7	0	0,0	89	7,3	0	0,0	1223
Cl. Trusso	572	86,9	9	1,4	77	11,7	0	0,0	658
Cl. Santa Lucia	147	60,7	66	27,3	18	7,4	11	4,5	242
ASL Napoli 4	3830	90,2	80	1,9	321	7,6	15	0,4	4246
ASL Napoli 4 2005		87,8		2,1		7,8		2,3	

* comprende: divorziate, separate, vedove

Tabella 40 -Nati per stato civile , epoca della prima visita in gravidanza e per punti nascita pubblici e privati dell' ASL Napoli 4

Punti nascita	Coniugata				Nubile + altro*				Totale
	Settimana				Settimana				
	≤ 13		> 23		≤ 13		> 23		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
Pubblici	494	83,9	5	0,8	86	14,6	4	0,7	589
Privati	3336	91,2	75	2,1	235	6,4	11	0,3	3657
ASL Napoli 4	3830	90,2	80	1,9	321	7,6	15	0,4	4246

* comprende: divorziate, separate, vedove

7.6 Caratteristiche materne, neonatali e modalità del parto

Il dato dei nati residenti per genere , tipo di parto e classi di età gestazionale (tabella 28) mostra che la nascita per età gestazionale inferiore a 28 settimane con taglio cesareo per i singoli è stata del 46.7% mentre dei 5 gemelli di età gestazionale inferiore a 28 settimane 2 sono nati con parto spontaneo .

Anche per l'anno 2006, l'elaborazione dei fattori di rischio per taglio cesareo per i residenti mostra che la frequenza del cesareo relativamente a condizioni di rischio fetale quali la gemellarità e

la presentazione di podice, un rischio relativo significativamente superiore ad 1 (Tabella 41) .

Tabella 41-Fattori di rischio per taglio cesareo

	Nati	Cesarei	Tasso ‰	R. R.	I.C. 95%
Genere del parto					
Gemelli	160	135	84.4	1.3	1.24-1.43
Singoli	6284	3961	63.0	1	
Età gestazionale					
< 37 settimane	345	236	68.4	1.1	1.00-1.16
≥ 37 settimane	6039	3822	63.3	1	
Peso alla nascita					
< 2500 grammi	437	316	72.3	1.1	1.08-1.22
≥ 2500 grammi	5889	3766	63.9	1	
Presentazione					
Podice	210	202	96.2	1.6	1.51-1.61
Vertice	6002	3690	61.5	1	
Ordine di nascita					
1	3442	2175	63.2	1.0	0.94-1.01
2 +	2541	1641	64.6	1	
Gruppi di età materna					
< 20 anni	126	75	59.5	1.0	0.82-1.10
20-34 anni	4826	3007	62.3	1	
> 34 anni	1492	1014	68.0	1.1	1.04-1.13
Luogo del parto					
Privato	2362	1162	49.2	0.7	0.65-0.71
Pubblico	4082	2934	71.9	1	
Cittadinanza					
Non italiana	345	133	38.6	0.6	0.51-0.67
Italiana	6099	3963	65.0	1	

7.7 Caratteristiche delle strutture di nascita e modalità del parto dei nati residenti

I nati residenti sono nati in strutture pubbliche nel 36.8% dei casi e nel 63.2% in private

Analizzando in quale struttura, pubblica o privata, è avvenuta la nascita dei residenti per classe di peso si osserva (Tabella 42) che:

- il parto è avvenuto per 3 nati (100%) con peso inferiore a 500 grammi in struttura pubblica;
- il parto per nati con peso tra 500 e 999 grammi è avvenuto per 17 (70.0%) in struttura pubblica e per 3 (15.0%) in struttura privata;
- il parto per nati con peso tra 1000 e 1499 grammi è avvenuto per 18 (90%) in struttura pubblica e per 2 (10.0%) in struttura privata;
- il parto per nati con peso tra 1500 e 1999 grammi è avvenuto per 45 (62.5%) in struttura pubblica e per 27 (37.5%) in struttura privata;

- il parto per nati con peso $\geq$ 2000 grammi è avvenuto per 1896 (32.0%) in struttura pubblica e per 4025 (68.0%) in struttura privata.

Si conferma che nascite per peso minore di 500 grammi sono accadute nel pubblico; per le nascite di peso compreso tra 500 e 1999 grammi il valore globale di 4.2% ha un incremento percentuale oltre il 27%(2005: 3.3%) e si riconferma l'orientamento alla nascita in struttura pubblica per nati di classe di peso inferiore a 2000 grammi.

Tabella 42 - Residenti nati per classe di peso in struttura pubblica e privata

Peso	Struttura pubblica		Struttura privata		Totale	
	N. nati	%	N. nati	%	Nati	%
< 500	3	0,2	0	0,0	3	0,0
500 - 999	17	0,9	3	0,1	20	0,3
1000-1499	18	0,9	2	0,0	20	0,3
1500-1999	45	2,3	27	0,7	72	1,2
$\geq$ 2000	1896	95,8	4025	99,2	5921	98,1
Totale	1979	100	4057	100	6036	100

* missing = 56

Le nascite dei gemelli, dei prematuri, per peso minore di 1500 grammi, per età gestazionale minore di 34 settimane, per presentazione podalica e per nati morti sono avvenute nelle strutture pubbliche.

Le nascite per cesareo sono avvenute in misura maggiore nelle strutture private (Tabella 43).

I dati delle strutture private sono in linea con quelli della Regione Campania del 2005 mentre per le strutture pubbliche sono percentualmente maggiori e ad indicare il maggiore ricorso al pubblico da parte delle partorienti per gravidanze a rischio.

Tabella 43 - Caratteristiche dei residenti nati nelle strutture pubbliche e private

	Strutture pubbliche (nati 2376)		Strutture private (nati 4086)	
	N.	%	N.	%
Gemelli	78	3,3	83	2,0
Peso < 1500 grammi	38	1,6	5	0,1
Età gestazionale < 34 s.	66	2,8	18	0,4
Presentazione podalica	82	3,5	128	3,1
Nati morti	5	0,2	6	0,1
Nati da cesareo	1162	48.9	2934	71.8

Sintesi dei risultati

Nell'anno 2006, con 11 nati morti, il tasso di nati-mortalità, 1.7 ‰, raggiunge il valore più basso mai registrato nell'ASL, nettamente inferiore al dato ASL del 2005, 2.8 ‰, della Regione Campania (2005 : 2.9 ‰), dell'Emilia Romagna (2004:3.0) e dell'Italia (2003: 3.1 ‰).

I Distretti con il tasso di nati-mortalità al di sopra del tasso Regionale del 2005 sono Somma Vesuviana con il 4.5‰ e San Giuseppe Vesuviano e Palma Campania con il 3.2 ‰.

I tassi di natalità (11.4‰) e di fecondità (48.8%) mostrano un decremento rispetto quelli registrati nell'anno 2005.

Si osserva che l'età media delle madri residenti, 30,5 anni, è modicamente aumentata mentre nettamente ridotta per i padri, 34.0 anni; si riduce per entrambi i genitori l'età media al primo figlio: 28.8 anni per le madri (2005:30.0) e di 32.0 per i padri(2005:34.7).

Si riducono le madri under 20 ma aumentano le madri nubili e meno scolarizzate rispetto alle coniugate e con un rischio relativo di partorire un nato morto di 4 volte.

Le over 35, 22.7%, aumentano con conferma del trend degli anni precedenti.

I dati sull'istruzione indicano il miglioramento del livello di istruzione: si riduce, in media 6.4%, il numero dei genitori con un livello d'istruzione elementare con conferma dell'aumento di donne con livello di scolarità maggiore di otto anni.

Poggioreale e Casalnuovo di Napoli si confermano i Distretti con i genitori di livello d'istruzione più basso così come Nola il Distretto con il livello più alto; per l'occupazione materna le meno occupate sono le madri residenti nei Distretti di Acerra e Casalnuovo di Napoli; ciò suggerisce che i genitori residenti nel Distretto di Casalnuovo di Napoli risultano con un livello di istruzione più basso e alta disoccupazione.

Si conferma il trend dell'aumento delle nascite da madri non italiane, il 5,4% e con scontata prevalenza della cittadinanza cinese, polacca ed ucraina.

Nell'anno 2006, le straniere rispetto alle italiane presentano una maggiore natimortalità, minore prematurità, un minore ricorso al taglio cesareo, effettuano la prima visita dopo l'11 settimana in misura maggiore ed hanno preferito partorire maggiormente in strutture pubbliche.

Si riduce il numero delle madri residenti che ha effettuato la prima visita oltre 11° settimana di gestazione: sono il 15.8%; inoltre il 76.1% delle madri residenti ha effettuato più di 4 visite di controllo.

Tra tutti i Distretti Sanitari si segnala :

- il Distretto 77 di San Giuseppe Vesuviano ha la più alta percentuale, il 24,0%, di madri residenti sottoposte a visita dopo l'11° settimana di gravidanza ;

- il Distretto 69 di Acerra ha la percentuale, il 6,6%, più alta di nati prematuri mentre i Distretti 74 di Cicciano e 75 di Volla hanno la percentuale, il 3.0%, più alta nati postmaturi .

La percentuale di madri partorienti nell'ASL Napoli 4 che si sottopongono per la prima volta ai controlli della gravidanza dopo la 23 settimana di gestazione mostra un decremento modico per le coniugate, 1,9% (2005:2,1%) e cospicuo per le nubili, 0,4% (2005:2,3%); tali partorienti si ritrovano nella percentuale più alta nella Clinica Santa Lucia .

Inarrestabile il ricorso eccessivo all'indagine ecografica: il 49,3% ha praticato più di 6 controlli; pressappoco invariata la quota, 2.1% delle residenti che hanno effettuato meno di due ecografie.

Si riduce la quota percentuale delle madri in età superiore a 34 anni e a rischio che praticano l'ammio-centesi, 16.8% dei casi mentre aumenta per le madri di età inferiore a 34 anni, 4.4% dei casi.

Si osserva un netto decremento sia dei nati prematuri, il 5,4% dei nati (2005:6,3%) che dei nati da PMA (Procreazione medica assistita) , il 0,4% di tutti i nati (2005:0.7%); per quest'ultimi altresì netta riduzione delle nascite di nati prematuri e di basso peso (LBW) e tra le tecniche più utilizzate sia la farmacologica che l'ICSI risultano le più utilizzate.

Per i nati residenti i principali fattori di rischio:

- per la natimortalità sono la prematurità, il basso peso alla nascita e la presentazione podalica;
- per il taglio cesareo sono la gemellarità e la presentazione podalica;
- per il basso peso (LBW) sono la condizione di nubile, l'età maggiore di 34 e la scolarità materna minore di 8 anni .

Il 68,0% (2005:86.5 %) e il 63,6% (2005:80.8%) delle nascite a rischio, avvenute nell'ASL Napoli 4, rispettivamente per età gestazionale e basso peso è avvenuto in struttura dotata ed accreditata di Unità di Terapia Intensiva Neonatale .

Si conferma l'orientamento della nascita dei nati residenti di classe di peso inferiore a 2000 grammi nelle strutture pubbliche; e rispetto al dato regionale del 2005 i nati con VLBW - E. G. <33 s. con asfissia severa risultano essere in numero minore.

I dati relativi alla modalità del parto chirurgico dei nati residenti mostrano il dato stabile: nell'intera ASL è del 63,6%.

La modalità di parto chirurgico per le nascite avvenute nell'ASL Napoli 4 mostra una lievissima riduzione dello 0,2% e la media Aziendale è del 69,3% (2005:69,5%).

La classificazione semplificata di Robson permette di affermare che rispetto alla media Regionale del 2005 , nell'ASL Napoli 4 per le nascite delle partorienti appartenenti alla categoria A (nullipare a termine con presentazione di vertice e feto singolo), la percentuale dei cesarei è nettamente superiore a quella Regionale della stessa categoria; e l'analisi per i Centri nascita mostra che le donne appartenenti alla categoria A presso la Clinica Trusso 8 volte su 10

hanno partorito con taglio cesareo rispetto al 4 volte su dieci del P.O. di S.M. della Pietà di Nola.

Se per deduzione le nascite nella Categoria A rappresentano quelle a basso rischio, è necessario che ogni Centro nascita avvii e attui nell'immediato una " nuova politica di riduzione della cesarizzazione " agendo sulla qualità dell'assistenza ostetrica che sia più vicina alla nascita fisiologica così come sancito da apposita Legge Regionale (Norme per la promozione del parto fisiologico).

Conclusioni

Di seguito sono elencate le indicazioni operative per i Consultori che possono essere tratte dall'analisi del fenomeno natalità per migliorare ulteriormente le possibilità di salute delle madri e dei neonati, ed anche per razionalizzare il ricorso all'utilizzo dei servizi:

- Avvio, in primis nel Distretto 77, di progetti ad hoc tesi ad individuare le madri a maggior rischio di gravidanza " critica " (under 20, nubili, meno scolarizzate, straniere) cui offrire un counselling personalizzato teso a fornire informazioni utili a promuovere la salute della madre e del nascituro.
- Predisposizione e diffusione di messaggi informativi rivolti alle donne in età fertile con il coinvolgimento attivo dei MMG e dei ginecologi per promuovere il ricorso all'amniocentesi nelle donne gravide di età superiore ai 34 anni.
- Predisposizione e diffusione di messaggi informativi rivolti alle donne gravide, ai MMG e ginecologi per limitare il ricorso eccessivo alle ecografie (non più di tre).
- Predisposizione e diffusione di messaggi informativi rivolti alle donne gravide, ai MMG, ai ginecologi e operatori sanitari dei Centri nascita sulle corrette indicazioni del ricorso al parto con cesareo, con particolare attenzione alle partorienti appartenenti alla Categoria A della classificazione semplificata di Robson nella quale potrebbe essere ottenuta la maggiore riduzione della " cesarizzazione " privilegiando il parto spontaneo.

Riferimenti bibliografici:

- 1) Rapporti sulla natalità in Campania Anni 2002-2003-2004 : R. Arsieri ed altri (Università di Napoli Federico II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Igiene -Regione Campania Assessorato alla Sanità Osservatorio Epidemiologico)Napoli
- 2)Rapporto sulla natalità in Campania Anno 2005: R. Arsieri ed altri (Università di Napoli Federico II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Igiene -Regione Campania Assessorato alla Sanità Osservatorio Epidemiologico) Mese di Marzo 2006
- 3)Report natalità ASL Napoli 4 Anni 2002-2003-2004: G.Manetta ed altri (Dipartimento di Prevenzione S .E .P. Napoli 4) Brusciano
- 4)Report natalità ASL Napoli 4 Anno 2005: G. Manetta - Palombino(Dipartimento di Prevenzione S .E. P. Napoli 4)Brusciano, Mese di Febbraio 2007.

Morbosità

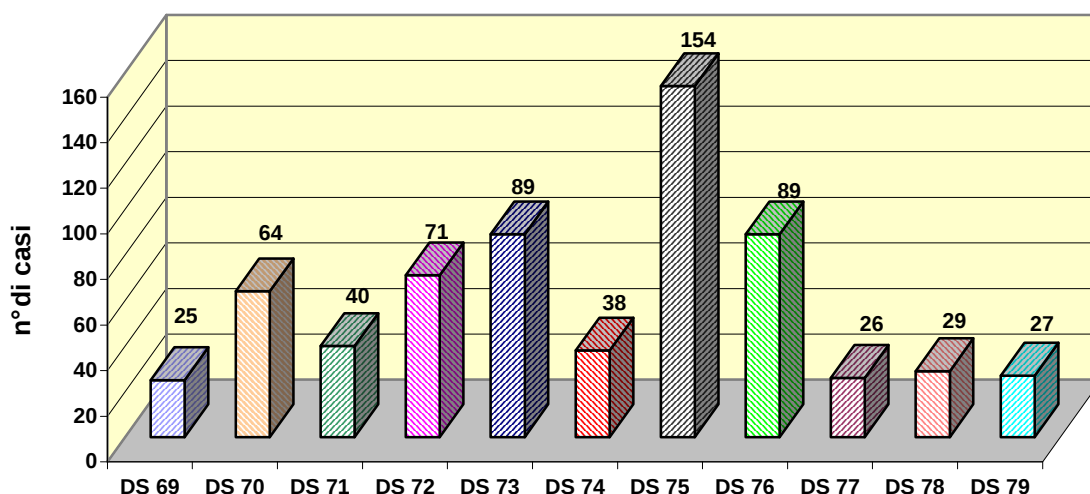


Rapporto sull'andamento delle malattie infettive nell'ASL Napoli 4 anno 2006

**Russo Spena S., Gigli L., Palombino R.-Servizio Epidemiologia e
Prevenzione**

Nell'anno 2006 sono stati segnalati 722 casi di malattie infettive sospette o accertate. I casi accertati sono stati in totale 652 (figura 1 e tabella 1); i casi non definiti, rimasti sospetti per motivi diversi che verranno di seguito esplicitati, sono stati 25; 45 segnalazioni sono state archiviate perché risultate o malattie non infettive o relative a persone non residenti nell'ASL.

Figura 1 - Malattie infettive anno 2006, casi accertati divisi per distretto



La tabella 1 mostra la frequenza delle malattie infettive per distretto di residenza; le problematiche maggiori, per frequenza e rilevanza delle patologie, sono dovute a casi di:

- 🔔 Epatite
- 🔔 Leishmaniosi viscerale
- 🔔 Meningite
- 🔔 Salmonellosi non tifoidee
- 🔔 Sifilide
- 🔔 Tubercolosi
- 🔔 Tetano
- 🔔 Varicella

Tabella 1- Malattie infettive accertate nel 2006, frequenza per distretto di residenza

CASO ACCERTATO	DS 69	DS 70	DS 71	DS 72	DS 73	DS 74	DS 75	DS 76	DS 77	DS 78	DS 79	TOT. ASL
AMEBIASI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
BRUCELLOSI	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	4
DIARREA INFETTIVA	0	2	1	0	2	1	0	1	0	1	1	9
EPATITE A	1	0	0	3	2	0	0	0	1	5	0	12
EPATITE B	1	2	2	2	5	0	3	1	3	0	4	23
EPATITE C	0	6	0	1	3	1	0	0	0	1	1	13
FEBBRE TIFOIDE	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
GASTROENTERITE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
LEGIONELLOSI	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
LEISHMANIOSI VISCERALE	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4
MALARIA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
MENINGITE BATTERICA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
MENINGITE EZIOL NON DET	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
MENINGITE												
MENINGOCOCCICA	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
MENINGITE PNEUMOCOCCICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
MENINGOENCEFALITE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
MENINGO-ENCEFALITE												
VIRALE	0	2	0	0	1	0	0	0	2	1	2	8
MONONUCLEOSI INFETTIVA	1	1	2	2	4	2	1	1	1	1	5	21
MORSICATURA ANIMALE	2	15	12	13	29	18	16	8	1	4	2	120
PARATIFO B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
PAROTITE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3
PERTOSSE	0	1	1	4	1	0	2	1	2	0	0	12
RICKETTSIOSI	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ROSOLIA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
SALMONELLOSI NON												
TIFOIDEE	4	9	3	2	7	5	2	5	6	1	1	45
SCABBIA	5	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	8
SCARLATTINA	0	0	3	1	0	0	1	3	0	0	0	8
SEPSI da N.MENING.GRUP. B	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SIFILIDE	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4
TBC EXTRAPOLMONARE	2	1	0	0	1	0	1	0	0	2	0	7
TBC POLMONARE	4	1	0	3	0	2	1	0	2	0	1	14
TETANO	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
VARICELLA	2	21	15	37	28	5	124	66	3	12	4	317
TOTALE	25	64	40	71	89	38	154	89	26	29	27	652

Nella tabella 2 sono riportati i casi accertati di malattie infettive divisi per fasce d'età; sono state scelte le stesse fasce utilizzate dal Sistema di sorveglianza nazionale delle malattie infettive (SIMI) per permettere un eventuale confronto nel tempo e nello spazio. La differenza numerica dal totale dei casi indicati in tabella 1 deriva dal fatto che per alcuni soggetti non è stata indicata l'età sul modello di notifica della malattia.

Tabella 2- Malattie infettive accertate nel 2006, frequenza per fasce d'età

CASO ACCERTATO	0-14	15-24	25-64	65-75	75++	TOT. ASL
AMEBIASI	0	1	0	0	0	1
BRUCELLOSI	1	0	3	0	0	4
DIARREA INFETTIVA	8	0	0	1	0	9
EPATITE A	0	6	5	0	0	11
EPATITE B	0	1	21	0	0	22
EPATITE C	0	0	11	0	1	12
FEBBRE TIFOIDE	0	0	2	0	0	2
GASTROENTERITE	1	0	0	0	0	1
LEGIONELLOSI	0	0	1	0	0	1
LEISHMANIOSI VISCERALE	2	1	1	0	0	4
MALARIA	0	0	1	0	0	1
MENINGITE BATTERICA	0	0	1	0	0	1
MENINGITE EZIOL NON DETERMIN.	0	0	1	0	0	1
MENINGITE MENINGOCOCCICA	2	1	0	0	0	3
MENINGITE PNEUMOCOCCICA	0	1	1	0	0	2
MENINGOENCEFALITE	0	0	1	0	0	1
MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	3	1	4	0	0	8
MONONUCLEOSI INFETTIVA	19	0	2	0	0	21
MORSICATURA ANIMALE	25	21	65	3	4	118
PARATIFO B	1	0	0	0	0	1
PAROTITE	3	0	0	0	0	3
PERTOSSE	12	0	0	0	0	12
RICKETTSIOSI	0	0	1	0	0	1
ROSOLIA	0	0	1	0	0	1
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	40	2	2	0	0	44
SCABBIA	6	1	1	0	0	8
SCARLATTINA	8	0	0	0	0	8
SEPSI da N.MENING.GRUP. B	1	0	0	0	0	1
SIFILIDE	1	0	3	0	0	4
TBC EXTRAPOLMONARE	0	2	3	1	1	7
TBC POLMONARE	0	1	9	2	2	14
TETANO	0	0	1	1	0	2
VARICELLA	299	2	10	0	0	311
TOTALE	432	41	151	8	8	640

Nella fascia d'età 0-14 si concentrano il maggior numero di malattie infettive (67,5% dei casi), seguita dalla fascia d'età 25-64 (23,6% dei casi), dalla fascia d'età 15-24 (6,4% dei casi) ed infine 65-75 e >75 (1,3% dei casi ciascuna).

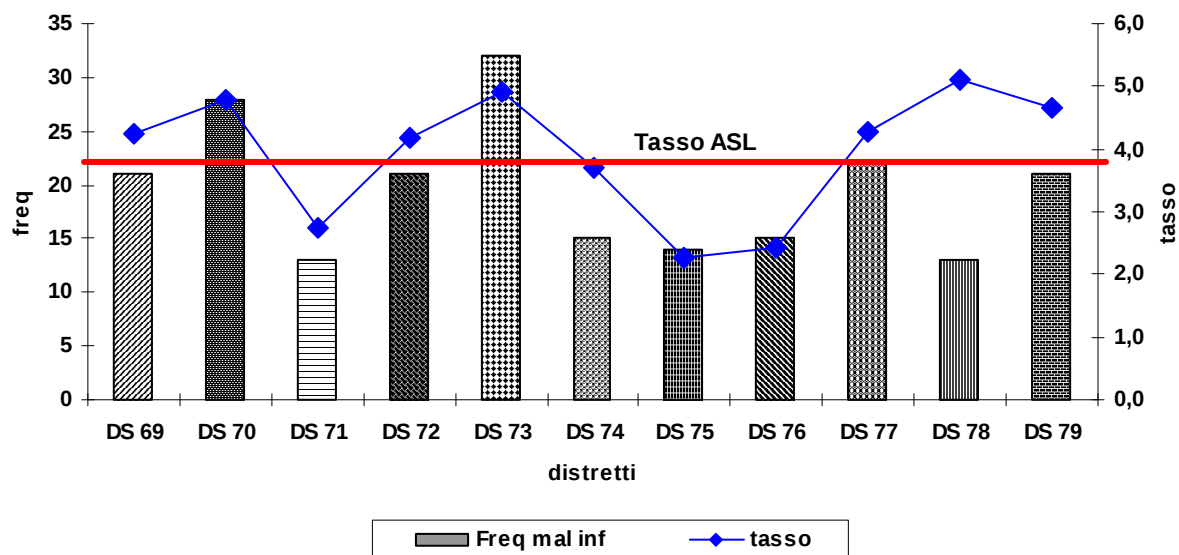
Nella tabella 3 la fascia d'età 0-14 è stata ulteriormente suddivisa per meglio evidenziare l'età di massima incidenza delle malattie.

Tabella 3- Malattie infettive accertate nel 2006, frequenza per fasce d'età

CASO ACCERTATO	00-04	05-09	10-14	TOTALE
BRUCELLOSI	1	0	0	1
DIARREA INFETTIVA	8	0	0	8
GASTROENTERITE	1	0	0	1
LEISHMANIOSI VISCERALE	2	0	0	2
MENINGITE MENINGOCOCCICA	2	0	0	2
MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	1	0	2	3
MONONUCLEOSI INFETTIVA	14	4	1	19
MORSICATURA ANIMALE	5	7	13	25
PARATIFO B	1	0	0	1
PAROTITE	2	1	0	3
PERTOSSE	9	1	2	12
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	27	7	6	40
SCABBIA	3	2	1	6
SCARLATTINA	5	3	0	8
SEPSI DA N.MENING.GRUP. B	0	0	1	1
SIFILIDE	1	0	0	1
VARICELLA	171	106	22	299
TOTALE	253	131	48	432

In figura 2 vengono rappresentati, per distretto, su un asse la frequenza delle malattie infettive, esclusi i casi di varicella che vengono segnalati quasi esclusivamente dai pediatri di un solo distretto ed i casi di morsicatura animale, sull'altro asse i tassi per 10.000 abitanti ($\text{tasso} = \text{N}^\circ \text{malattie infettive} / \text{popolazione} * 10.000$). Il Distretto di Nola registra il tasso più alto; risultano superiori al tasso medio dell'ASL, 3,9, quelli dei Distretti di Marigliano, Casalnuovo, San Giuseppe Vesuviano, Palma Campania e Poggiomarino.

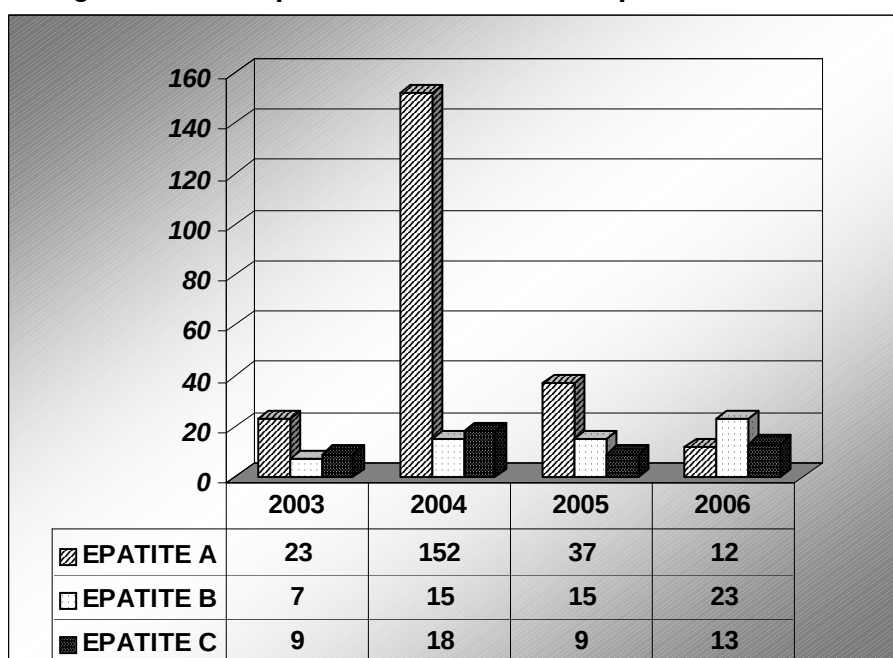
Figura 2-Malattie infettive anno 2006 esclusi i casi di varicella e di morsicatura animale



Epatiti

Le notifiche di casi di epatite (figura 3) sono state in totale, nel 2006, 48. Si rileva un ritorno dell'epatite da virus A ai livelli preepidemici del 2003 ed un andamento quasi costante nel tempo dell'epatite da virus B e C.

Figura 3- Frequenza dei casi di epatite anni 2003-2006



La distribuzione dei casi di epatite B fra i sessi è simile, mentre si rileva una maggior frequenza di casi nel sesso maschile relativamente alle epatiti A e C (tab. 4).

Tabella 4- Distribuzione casi di epatite per sesso

CASO ACCERTATO	Femmina	Maschio	TOTALE
EPATITE A	4	8	12
EPATITE B	11	12	23
EPATITE C	4	9	13
TOTAL	19	29	48

Il 58% dei casi di epatite sono stati ricoverati, la maggior parte c/o l'A.O. Cotugno (tab. 5).

Tabella 5- Frequenza di casi di epatite sottoposti a ricovero

	EPATITE A	EPATITE B	EPATITE C	TOTAL
Non ricoverati	0	13	7	20
COTUGNO	7	7	4	18
FEDERICO II	1	0	0	1
II UNIVERSITA'	1	0	0	1
MOSCATI AV	2	2	2	6
NOCERA SA	1	1	0	2
TOTAL	12	23	13	48

EPATITE A

Dal sistema di sorveglianza per le epatiti acute (SEIEVA) risulta che il 100% dei casi di epatite A ha avuto un esordio acuto con ittero ed è stato ospedalizzato e che il consumo di frutti di mare crudi o poco cotti è il fattore di rischio presente nel 50% dei casi (tab. 6).

Tabella 6- Frequenza del consumo di frutti di mare

Consumo di frutti di mare	Frequency	Percent	Cum Percent	
Si	5	50,0%	50,0%	
No	5	50,0%	100,0%	
Total	10	100,0%	100,0%	

In tabella 7 sono riportati per ciascun caso di epatite A i fattori di rischio, nel 30% non è stato individuato alcun fattore di rischio mentre nel 70% dei casi ne è presente almeno uno.

Tabella 7- Fattori di rischio per i casi di Epatite A

Caso	Frutti di mare	Frutti di mare crudi	Acqua di pozzo	Familiare con Epatite A
1	Si	Si	-	-
2	-	-	-	Si
3	-	-	-	-
4	Si	-	-	-
5	Si	Si	-	-
6	Si	-	-	-
7	Si	-	-	-
8	-	-	Si	-
9	-	-	-	-
10	-	-	-	-

Epatite B

Per l'epatite B i casi sottoposti a regime di ricovero sono stati 10 (43,5%); le segnalazioni dei casi non ospedalizzati (13 casi) sono state inviate soprattutto dai centri trasfusionali e dai MMG.

La presenza di fattori di rischio specifici sono stati rilevati in 7 dei 14 eventi acuti intervistati (SEIEVA); in 3 casi sono presenti 3 fattori di rischio, in 2 casi 2 fattori di rischio, in 3 casi un unico fattore di rischio (tab. 8).

Tabella 8- Fattori di rischio per i casi di Epatite B

Caso	BARBIERE	BUCHI ORECCHIE	CONVIVENTE HBSAG+	DENTISTA	INTERVENTO CHIRURGICO	MANICURE
1	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	SI	-	-
6	SI	-	-	SI	-	SI
7	-	SI	-	SI	-	SI
8	-	-	SI	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-
12	SI	-	-	-	SI	SI
13	SI	-	-	-	-	-
14	SI	-	-	SI	-	-

Epatite C

I casi sottoposti a regime di ricovero sono stati 6 (46,2%). Le segnalazioni dei casi non ospedalizzati sono state inviate dai centri trasfusionali, dai laboratori d'analisi e dai MMG.

Sono stati rilevati fattori di rischio specifici in 6 casi su 7 interviste effettuate con l'utilizzo del questionario SEIEVA; in 2 casi sono presenti 3 fattori di rischio, in 1 caso 2 fattori di rischio, in 3 casi un unico fattore di rischio (tab. 9).

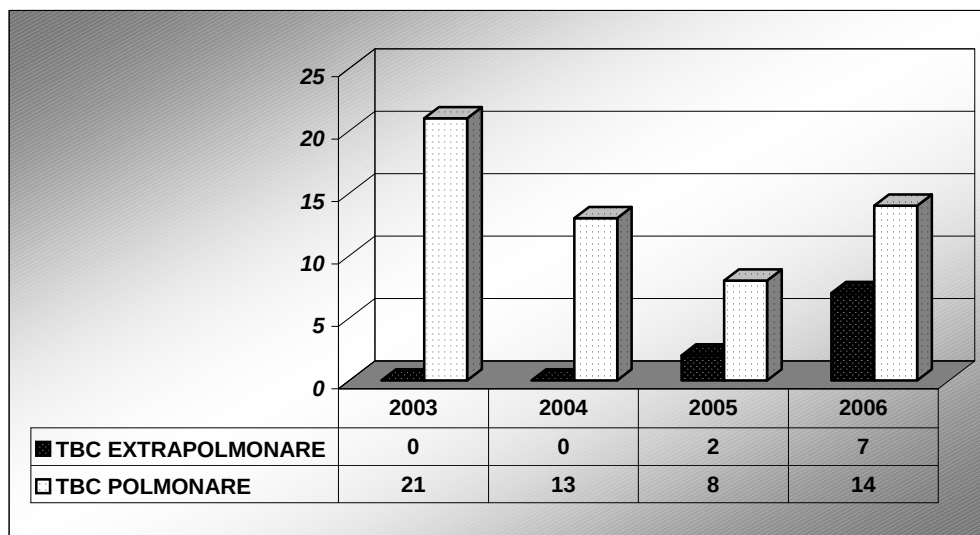
Tabella 9- Fattori di rischio per i casi di Epatite C

Caso	Agopuntura	Buchi orecchi	Convivente HCV+	Dentista	Endoscopia	Intervento Chirurgico	Manicure	Trasf. di Sangue
1	-	-	-	-	-	SI	-	SI
2	-	-	-	-	SI	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-
4	SI	SI	-	-	-	SI	-	-
5	-	-	-	-	-	-	SI	-
6	-	-	-	-	-	-	SI	-
7	-	-	SI	SI	-	SI	-	-

Tubercolosi

L'andamento della TBC polmonare dal 2003 al 2006 (fig. 4) mostra un decremento dal 2003 al 2005 ed un incremento dei casi segnalati nell'anno 2006; mentre per la TBC extrapolmonare si nota un incremento dal 2005.

Figura 4- Frequenza di casi di tubercolosi anni 2003-2006



Nel 2006 su 21 casi 7 hanno riguardato sedi extrapolmonari (tab.10); 4 casi hanno interessato persone di nazionalità estera, due per TBC polmonare provenienti da Ucraina e Marocco, due per TBC extrapolmonare provenienti da Romania e Bangladesh.

Tabella 10- Frequenza casi di TBC

CASO ACCERTATO	Frequency	Percent	Cum Percent	
TBC EXTRAPOLMONARE	7	33,3%	33,3%	
TBC POLMONARE	14	66,7%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

Le localizzazioni della TBC extrapolmonare sono descritte in tabella 11. Per una Tubercolosi extrapolmonare non è stata specificata la sede di localizzazione.

Tabella 11-Localizzazioni dei casi di TBC extrapolmonare

	TBC EXTRAPOLMONARE
LINFONODI CERVICALI	2
MENINGI	1
OSSA VERTEBRE	2
Apparato URINARIO	1
TOTALE	6

In tabelle 12 e 13 è descritta la distribuzione per sesso e fascia d'età.

Tabella 12- Distribuzione dei casi di TBC nelle femmine

CASO ACCERTATO	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75++	TOTAL
TBC EXTRAPOLMONARE	1	0	0	0	1	1	0	3
TBC POLMONARE	1	0	0	1	0	0	1	3
TOTAL	2	0	0	1	1	1	1	6

Tabella 13- Distribuzione dei casi di TBC nei maschi

CASO ACCERTATO	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75++	TOTAL
TBC EXTRAPOLMONARE	1	1	1	0	0	0	1	4
TBC POLMONARE	0	1	1	4	2	2	1	11
TOTAL	1	2	2	4	2	2	2	15

Tutti i casi sono stati ospedalizzati, la maggior parte (61.9%) all'A.O. Monaldi.

Tabella 14- Frequenza di casi di tubercolosi sottoposti a ricovero

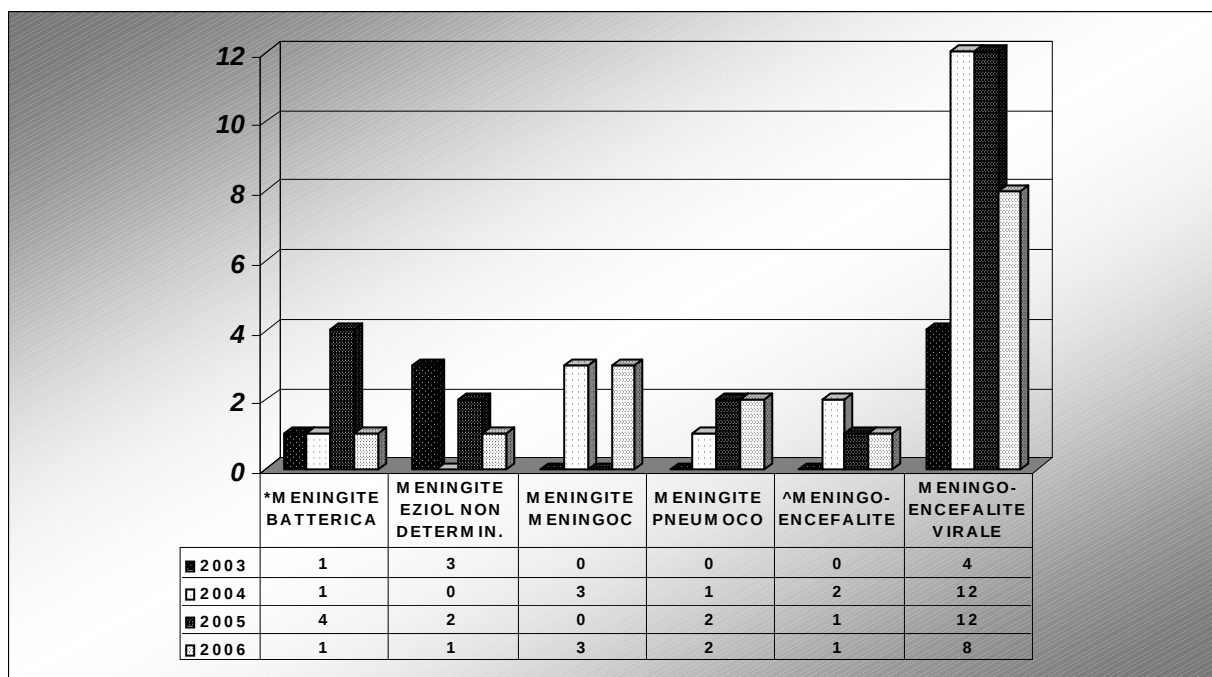
A.O. di RICOVERO	Frequency	Percent	Cum Percent	
ASCALESI	1	4,8%	4,8%	
COTUGNO	1	4,8%	9,5%	
FEDERICO II	1	4,8%	14,3%	
MONALDI	13	61,9%	76,2%	
MOSCATI AV	2	9,5%	85,7%	
UMBERTO I NOCERA	2	9,5%	95,2%	
UNIVERSITA' NAPOLI	1	4,8%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

Meningiti

L'andamento delle meningiti risulta variabile negli ultimi anni (Fig.5).

Nel 2006, come negli anni precedenti, le meningo-encefaliti più frequenti sono quelle virali, in particolare nell'anno 2005 ne è stata notificata una da Herpes Virus; nell'intero periodo anni 2003-2006 si sono avuti 18 casi di meningite batterica, 6 da Neisseria meningitidis, 5 da Streptococcus pneumonite, 1 da Haemophilus Influentiae nel 2005 e 1 da Streptococcus viridans nel 2006 e 5 notificate come batteriche perché non tipizzate.

Figura 5- Frequenza di casi di meningite, anni 2003-2006



Nelle tabelle 15 e 16 sono descritte la frequenza per sesso e per fascia d'età dei casi di meningite nel 2006.

Tabella 15- Casi di meningite nei maschi

CASO ACCERTATO	00-04	5-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	55-59	TOTALE
MENINGITE BATTERICA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
MENINGITE EZIOL NON DETERM.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
MENINGITE PNEUMOCOCCICA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
MENINGOENCEFALITE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
TOTALE	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	6

Tabella 16- Casi di meningite nelle femmine

CASO ACCERTATO	00-04	5-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	55-59	TOTALE
MENINGITE MENINGOCOCCICA	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
MENINGITE PNEUMOCOCCICA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	0	2	0	1	1	1	0	0	0	1	6
TOTALE	2	2	0	2	1	1	0	0	1	1	10

Anche le meningiti sono tutte ospedalizzate, la maggior parte (68,8) all'A.O. Cotugno (tab. 17).

Tabella 17- Frequenza di casi di meningite sottoposti a ricovero

A.O. di RICOVERO	Frequency	Percent	Cum Percent	
CASERTA	1	6,3%	6,3%	
COTUGNO	11	68,8%	75,0%	
FEDERICO II	1	6,3%	81,3%	
MOSCATI (AV)	1	6,3%	87,5%	
UMBERTO I (SA)	2	12,5%	100,0%	
Total	16	100,0%	100,0%	

Si sono avuti due decessi uno per meningo-encefalite ed uno per meningo-encefalite virale.

Altre malattie

Nelle figure da 6 a 10 è descritto l'andamento negli ultimi anni di leishmaniosi viscerale, la cui frequenza diminuisce rispetto agli anni precedenti, del tetano di cui si registrano due casi, delle salmonellosi non tifoidee che negli ultimi due anni sono in incremento, della sifilide che pure è in crescita e della varicella che ha un andamento essenzialmente endemico.

Figura 6- casi di Tetano anni 2003-2006

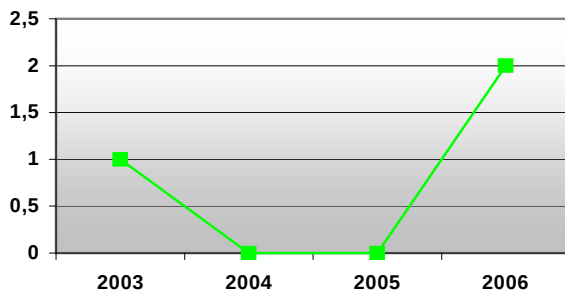


Figura 7- casi di Sifilide anni 2003-2006

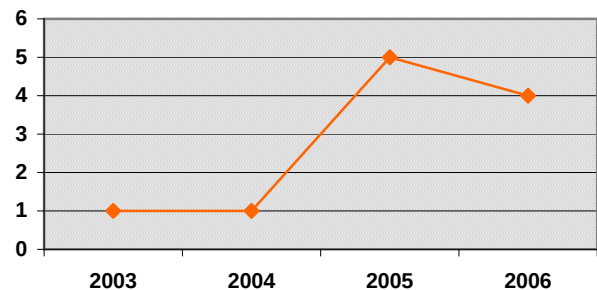


Figura 8- casi di Leishmaniosi viscerale, anni 2003-2006

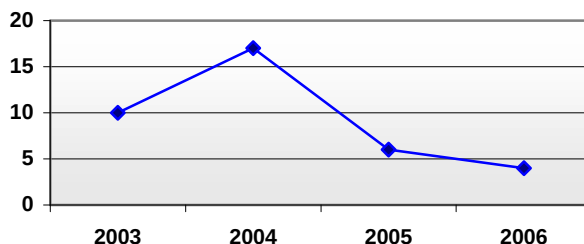


Figura 9- casi di Salmonellosi non tifoidee, anni 2003-2006

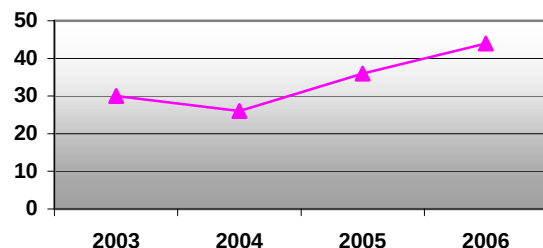


Figura 10- casi di Varicella, anni 2003-2006

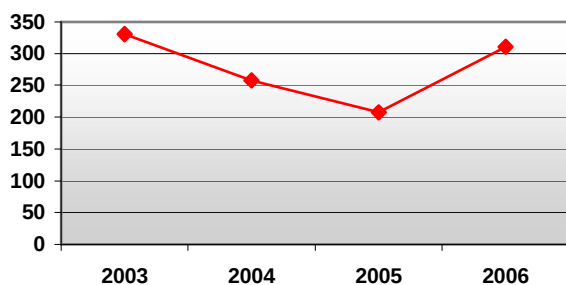
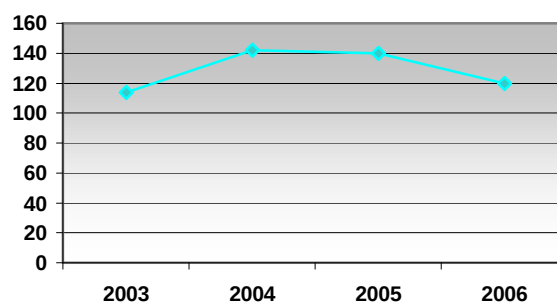


Figura 11-Morsicature animali, 2003-2006



I casi di malattie infettive che non sono stati definiti sono 25. Per alcune di queste malattie, come i 5 casi di tossinfezione alimentare, i punti critici sono stati:

- ➔ difficoltà a reperire gli alimenti consumati sia perché non si sono trovati residui da analizzare al domicilio sia perché spesso i soggetti non ricordano o omettono di riferire l'esercizio commerciale presso cui hanno acquistato o consumato l'alimento.
- ➔ inizio della terapia antibiotica prima degli esami colturali che rende vano ogni possibile accertamento dell'agente patogeno.

Per quanto riguarda le malattie a trasmissione verticale per le quali questa Asl ha in corso progetto di prevenzione in collaborazione con l'Università Federico II:

- ➔ tutti i casi sospetti di rosolia congenita sono stati tempestivamente inviati al Settore infezioni perinatali. Per 1 caso non è stata confermata la diagnosi di rosolia in gravidanza, per 3 casi, invece, la diagnosi è rimasta dubbia e pertanto ai genitori è stato proposto di avviare i nascituri a follow-up, solo i genitori di due neonati hanno aderito.
- ➔ Sono stati segnalati 5 casi di sospetta toxoplasmosi in gravidanza (Toxo-test IgM positivo) che sono stati inviati al Settore infezioni perinatali per l'eventuale terapia e/o follow-up.

Tabella 18- casi di malattie infettive rimasti sospetti

CASO SOSPETTO	Frequency	Percent	Cum Percent	
BRUCELLOSI	1	4,0%	4,0%	
CREUTZEFELD-JAKOB	1	4,0%	8,0%	
EVA	1	4,0%	12,0%	
EXITUS X SHOCK CARDIOLOG	1	4,0%	16,0%	
INSUFF RESP ACUTA	1	4,0%	20,0%	
MENINGOENCEFALITE	1	4,0%	24,0%	
ROSOLIA CONGENITA	3	12,0%	36,0%	
SCABBIA	1	4,0%	40,0%	
SCARLATTINA	1	4,0%	44,0%	
TBC	1	4,0%	48,0%	
TOSSINFEZIONE ALIMENTARE	5	20,0%	68,0%	
TOXO TEST IGM POS	5	20,0%	88,0%	
VARICELLA	3	12,0%	100,0%	
Totale	25	100,0%	100,0%	

Conclusioni

Nonostante i fenomeni di sottonotifica ampiamente riportati in letteratura, la sorveglianza e la descrizione dell'andamento delle malattie infettive si dimostra comunque un utile supporto nelle attività di prevenzione sia per gli operatori della prevenzione che per i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta. Le principali indicazioni che si possono trarre dall'andamento delle malattie infettive nel 2006 sono, oltre l'opportunità di segnalare tutte le patologie infettive come previsto dalla normativa vigente, la necessità di prestare una particolare attenzione sia nell'attività di diagnosi e cura che in quella di prevenzione:

- alla tubercolosi che, differentemente da quanto emerge dai luoghi comuni, non riguarda solo gli extracomunitari ;
- alle epatiti, per la possibilità di prevenire ulteriori casi sia con l'adozione di corretti stili di vita che con le pratiche vaccinali per quelle da virus A e B;
- alla possibilità di ridurre i casi di varicella ricorrendo alla vaccinazione dei contatti suscettibili entro tre giorni dal contatto;
- alla leishmaniosi viscerale, che per quanto ai più bassi livelli rispetto agli anni precedenti, è ancora presente nel nostro territorio.

INDAGINE DI PREVALENZA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE PRESSO GLI OSPEDALI PUBBLICI E LE CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE

F. Cantalupo*, A. De Stefano*, S.Faria§, L. Gigli*, E. Guidetti*, G.Leonardi°, E. Leva°, A.Mazzitelli°, R. Palombino*, S. Russo Spena*, L.Sodano#, M.T. Tripodi*, L. Terracciano+, C. Zaccaro^
ASL Napoli 4*, Clinica "Villa dei Fiori"°, Clinica "Santa Maria del Pozzo"+, Ministero della Salute#, Istituto Superiore Sanità§, A.O."San Camillo-Forlanini"/IME^

1. INTRODUZIONE

Le infezioni ospedaliere (IO) rappresentano un rilevante problema di salute per il numero di soggetti colpiti, per gli esiti, per le risorse consumate.

La sorveglianza e il controllo delle IO non sono ancora diventate attività routinarie in molte strutture assistenziali; le indagini effettuate nel 1988 e nel 2000 da Moro e collaboratori hanno evidenziato che, pur in presenza di progressivi miglioramenti, le regioni meridionali restano ancora un fanalino di coda.

Poco si conosce, inoltre, sulle attività di sorveglianza e controllo svolte nelle case di cura private o accreditate, che pure in Campania erogano una consistente fetta delle cure in regime di ricovero ospedaliero. Tali considerazioni hanno indotto l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 4 (ASL NA/4) a elaborare un progetto di collaborazione fra ospedalità pubblica e privata accreditata per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni ospedaliere, il cui elemento di avvio è rappresentato dall'indagine descritta in questo rapporto.

2. CONTESTO

Nell' ASL NA/4 (529.597 abitanti, censimento ISTAT 2001) l'assistenza ospedaliera è assicurata da 11 presidi, di cui 2 pubblici (generalisti) e 9 privati accreditati: 5 generalisti, 2 chirurgici, 1 psichiatrico e 1 neuroriabilitativo; nel 2003 gli 11 presidi avevano garantito 50.352 ricoveri ordinari, di cui il 28,3% negli ospedali pubblici.

I posti-letto in regime di ricovero ordinario censiti al momento dell'indagine (ottobre 2004) erano complessivamente 866, di cui il 21,7% presso gli ospedali pubblici.

3. ASPETTI METODOLOGICI

Si è optato per un'indagine di prevalenza puntuale, tale che ogni reparto incluso è stato completato in un'unica giornata.

Sono state comprese tutte le unità operative (UO), esclusi i nidi, i reparti di psichiatria e malattie infettive e i day-hospital.

Sono stati reclutati i pazienti presenti nell'UO il giorno dell'indagine, inclusi quelli in dimissione ed esclusi solo i ricoverati dopo le ore 8.00 nel giorno stesso dello studio.

Sono state rilevate le seguenti infezioni: vie urinarie, sito chirurgico, polmonite, batteriemia. Per la definizione di caso, sono

state adottate le definizioni standard dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) statunitensi; sono state rilevate solo le IO attive il giorno dell'indagine che soddisfacevano i criteri dei CDC.

Il giorno dell'indagine si è proceduto anche alla rilevazione delle lesioni da pressione in atto, con e senza infezioni.

Si è proceduto alla raccolta dei dati relativi alle seguenti variabili:

1. variabili anagrafiche dei pazienti arruolati, con la dovuta tutela della privacy;
2. caratteristiche del ricovero in termini di spazio e tempo;
3. eventuali interventi chirurgici [ad es., codice della ICD-9-CM, data, durata, classe];
4. eventuali procedure invasive (catetere vescicale, linea vascolare centrale, intubazione, drenaggio chirurgico, nutrizione parenterale);
5. tipo di antibiotici in uso, durata e motivi del trattamento;
6. eventuali lesioni da pressione e relativo stadio;
7. segni e sintomi d'infezione, secondo quanto previsto dalle definizioni adottate;
8. esami microbiologici effettuati e relativi risultati;
9. esami radiologici del torace eseguiti.

Le fonti principali sono state la cartella clinica, la scheda infermieristica, se in uso, e il registro operatorio, integrati dal colloquio con i referenti (medico e infermiere) di reparto.

E' stata predisposta una scheda di rilevazione ad hoc, che includeva le variabili scelte in base agli obiettivi dell'indagine.

4. ASPETTI ORGANIZZATIVI

Sono stati impiegati 8 rilevatori (3 medici, 2 biologi, 3 infermieri), appositamente addestrati anche tramite indagine pilota presso alcune strutture assistenziali aziendali.

La raccolta dei dati è iniziata il 12 ottobre 2004 ed è terminata il 4 novembre 2004, impegnando a rotazione i 4 gruppi di rilevatori, per complessive 36 giornate di rilevazione.

5. RISULTATI

5.1 Descrizione dei pazienti inclusi nell'indagine

Complessivamente, sono stati arruolati 574 pazienti, pari al 66,3% dei posti-letto censiti al momento dell'indagine, proporzione non molto lontana dal tasso medio di utilizzo del 72% nel periodo dell'indagine (ottobre-novembre 2004).

I pazienti reclutati erano ricoverati nelle CdC private accreditate in circa il 75% dei casi, per più della metà (55,7%) erano di sesso femminile ed avevano un'età media di 54,2 anni (range: 1-96), esclusi i bambini con meno di 1 anno.

5.1.1 Confronto ospedali pubblici - case di cura private accreditate

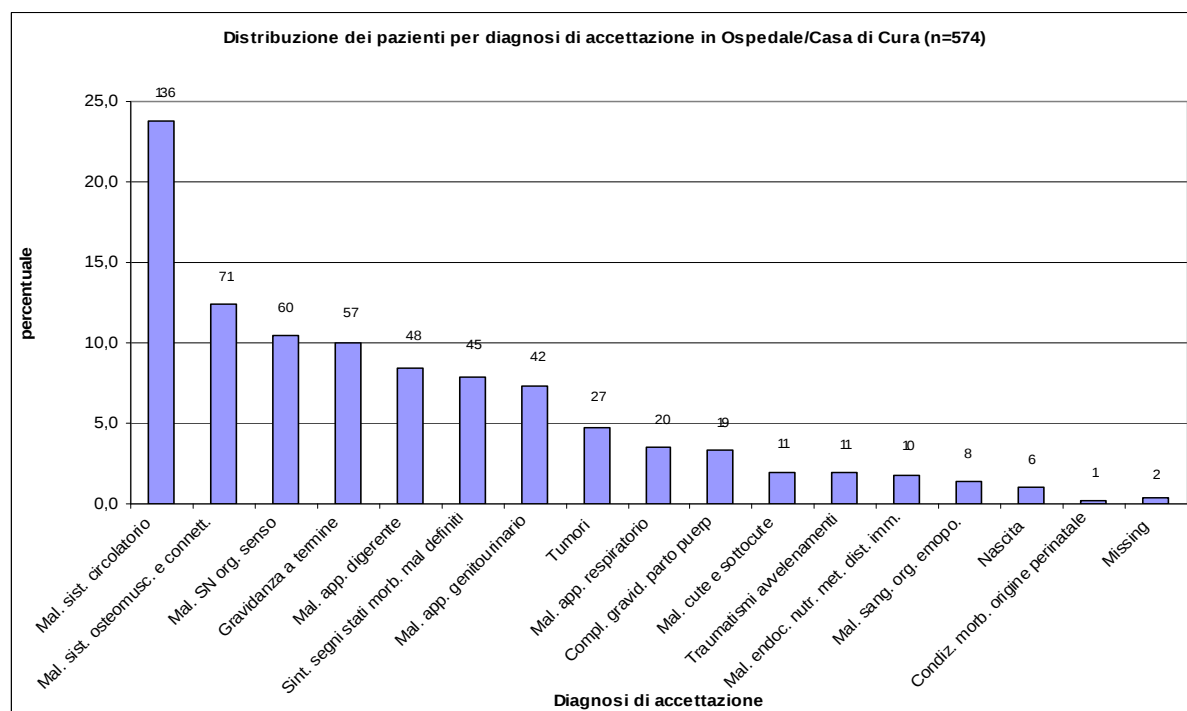
A fronte di una notevole variabilità tra i diversi presidi, differenze significative sul piano statistico sono state registrate tra gli ospedali pubblici e le CdC private accreditate per i seguenti aspetti:

- i pazienti degli ospedali pubblici più frequentemente hanno avuto un precedente ricovero in un'altra Unità Operativa (UO) dello stesso presidio;
- i pazienti delle CdC private accreditate più frequentemente sono stati sottoposti ad almeno una procedura diagnostica, grazie soprattutto al contributo del presidio n.8 per quanto riguarda gli esami microbiologici.

5.1.3 Diagnosi di accettazione

Nella figura 1 è rappresentata la distribuzione dei pazienti secondo la diagnosi di accettazione per grandi gruppi della classificazione internazionale delle malattie (ICD 9 CM 1997): quasi un quarto dei pazienti si è ricoverato per una patologia del sistema circolatorio.

Figura 1



5.2 Infezioni ospedaliere in atto

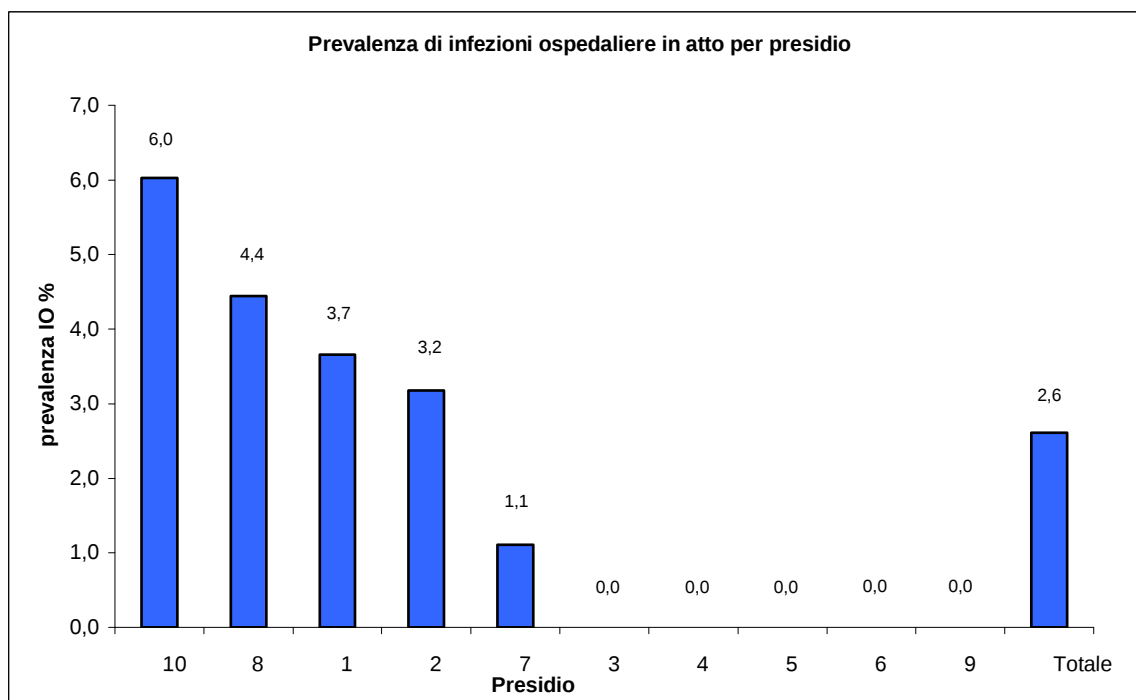
Il giorno dell'indagine sono state rilevate 15 infezioni ospedaliere primarie in atto, con una prevalenza totale del 2,6% (intervalli di confidenza al 95% [IC 95%]: 1,5-4,3). I ricoverati con infezione erano 14 con una prevalenza di pazienti infetti del 2,4% (IC 95%: 1,3-4,1). Solo un paziente infetto, allocato nell'area chirurgica, presentava 2 infezioni. Considerando i pazienti con almeno 48 ore di

degenza, la prevalenza delle IO è 3,4% (IC 95%: 1,9-5,5) e quella dei pazienti infetti è 3,2% (IC 95%: 1,7-5,2).

5.2.1 Infezioni ospedaliere per presidio ed area assistenziale

Non sono state rilevate differenze significative tra ospedali pubblici (prevalenza di IO 3,4%) e CdC private accreditate (prevalenza di IO 2,3%) e nemmeno tra le diverse strutture, pur registrandosi frequenze di IO più elevate della media presso i presidi n.10 (6%), n.8 (4,4%), n.1 (3,7%) e n.2 (3,2%) (figura 2).

Figura 2



L'area medica presenta una prevalenza di IO in atto del 3,5% (IC 95%: 1,6-6,6), maggiore rispetto all'area chirurgica, 2% (IC 95%: 0,7-4,4), ma la differenza non è statisticamente significativa. Non è stata rilevata nessuna infezione nell'area critica.

Le IO in atto sono state riscontrate nelle seguenti Unità Operative: medicina generale, cardiologia, riabilitazione, lungodegenza, chirurgia generale e chirurgia plastica, con una prevalenza molto variabile, dal minimo del 3% di un'UO di medicina generale fino al massimo del 66,7% di un'UO di chirurgia plastica.

5.2.2 Localizzazione delle infezioni ospedaliere

Le IO più frequenti per sito sono quelle delle vie urinarie (8 pari al 53,3%), seguite da quelle del sito chirurgico (ISC) (4 pari al 26,7%); sono state inoltre rilevate due polmoniti (13,3%) e una sepsi clinica (6,7%), vedi tabella 1.

Tabella 1. Prevalenza di IO in atto per sito

Sito di IO	Prevalenza (n=574)
Infezioni delle vie urinarie	1,4% (IC 95%: 0,6-2,7)
Infezioni del sito chirurgico	0,7% (IC 95%: 0,2-1,8)
Polmoniti	0,3% (IC 95%: 0,04-1,3)
Sepsi clinica	0,2% (IC 95%: 0-1,0)
Totale	2,6% (IC 95%: 1,5-4,3)

La prevalenza delle infezioni del sito chirurgico **nei pazienti operati** è risultata del 2,1% (IC 95%: 0,6-5,3). Trattasi di 3 ISC profonde in altrettanti interventi sporchi (2 in urgenza e 1 in elezione) e 1 ISC superficiale in un intervento non classificato effettuato in elezione

5.2.3 Fattori associati alle infezioni ospedaliere

I fattori risultati associati alle IO in modo significativo (analisi multivariata, modello di regressione logistica) sono: la durata della degenza pre-indagine ($p < 0,001$), il trattamento antibiotico ($p = 0,001$) e l'esposizione a procedure invasive ($p = 0,01$).

In merito alle procedure invasive, i pazienti portatori di catetere vescicale il giorno dell'indagine, oppure i sette giorni precedenti, hanno contratto un'infezione delle vie urinarie nel 3.9% dei casi, contro lo 0,7% dei pazienti senza catetere vescicale, con una differenza significativa sul piano statistico.

5.2.4 Microrganismi responsabili delle infezioni ospedaliere

La conferma microbiologica è stata ottenuta in 8 IO (53,3%) per un totale di 12 ceppi isolati: i gram negativi (*Pseudomonas* spp e *Escherichia coli*) costituiscono non solo la maggioranza dei ceppi isolati, rispettivamente 34% e 33%, ma rientrano pure, nella quasi totalità dei casi, fra i microrganismi "alert" (vedi tabella2) .

Tabella 2 Microrganismi "alert" isolati dai siti di infezione ospedaliere

Microrganismi "alert"	N	%	Totale ceppi isolati
<i>Pseudomonas</i> spp resistente a chinolonici e/o ceftazidime (cefalosporina di terza generazione)	4	100,0	4
<i>E. coli</i> resistente ai chinolonici	3	75,0	4

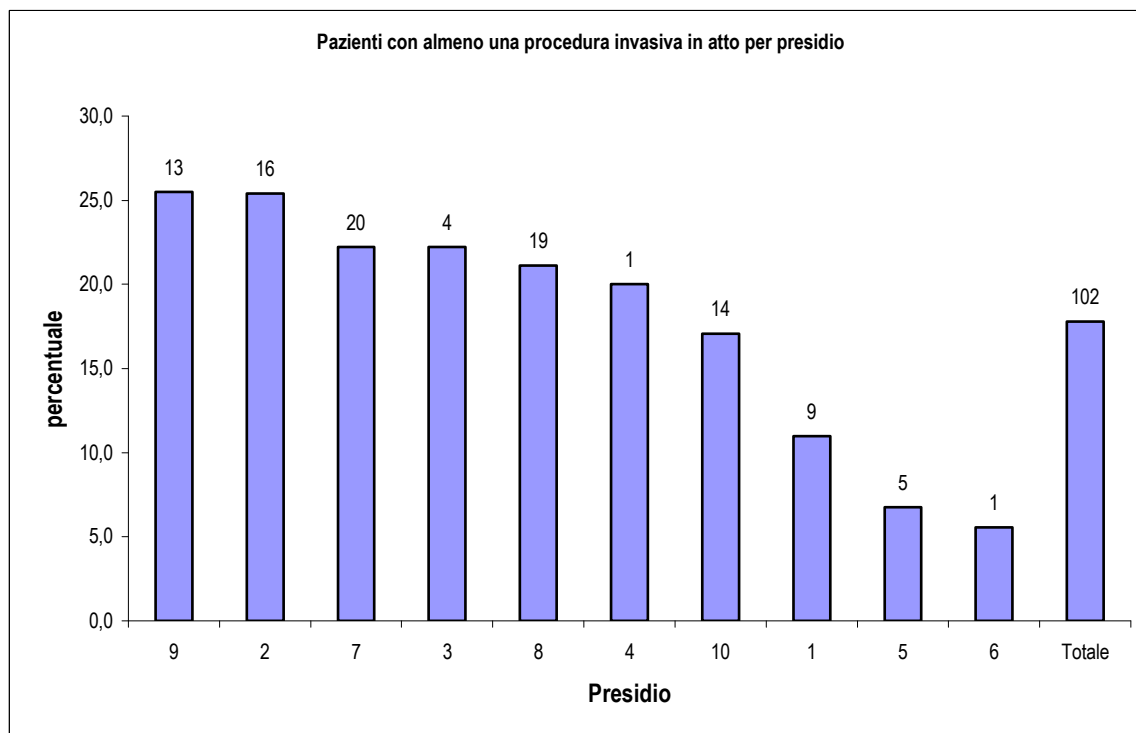
5.3 Procedure invasive

Solo 102 pazienti (17,8%) erano esposti ad almeno una procedura invasiva il giorno dell'indagine, per un totale di 123 procedure e

una media di 1,2 per paziente; i ricoverati con più di una procedura erano solo 18 (3,1%), vedi fig.4.

L'area chirurgica ha registrato la più elevata proporzione di pazienti esposti a procedure invasive (22%), rispetto alla medica (13,8%) e a quella critica (8,3%), con una differenza significativa.

Figura 4



5.3.1 Tipologia e prevalenza di procedure invasive

La procedura invasiva di più frequente riscontro è il catetere vescicale (70,7%), seguito dal drenaggio chirurgico (25,2%); poco presenti il catetere vascolare centrale (tre pazienti), il tubo endotracheale (un paziente) e la nutrizione parenterale (un paziente) vedi tabella 3.

In circa quattro pazienti su cinque il catetere vescicale era a permanenza e in 60 pazienti (68,9%) era a circuito aperto. I drenaggi chirurgici aperti e chiusi erano distribuiti in modo abbastanza uniforme tra i pazienti esposti a questa procedura (48,4% e 45,2%, rispettivamente).

Tabella 3. Prevalenza di procedure invasive per tipologia

Tipo di procedura	Prevalenza
Catetere vescicole	15,2%
Drenaggio chirurgico	5,4%
Catetere vascolare centrale	0,5%
Intubazione	0,2%
Nutrizione parenterale totale	0,2%

5.4 Interventi chirurgici

5.4.1 Caratteristiche degli interventi

I pazienti ricoverati nelle UO chirurgiche erano 296, di cui 190 (64,2%) erano stati sottoposti ad almeno un intervento chirurgico, per un totale di 191 atti operatori.

La durata degli interventi chirurgici è stata riportata in 102 casi, con una media di 58,9 minuti (range: 10-540). La degenza preoperatoria media è di 2,3 giorni (range: 0-17).

La maggioranza degli interventi chirurgici (82,2%) è stata eseguita in elezione; solo 22 procedure chirurgiche (11,5%) sono state eseguite in urgenza. Non sono stati rilevati interventi endoscopici. Nella tabella 4 sono riportate le principali caratteristiche degli interventi chirurgici per tipo di ospedalità e singolo presidio.

La proporzione dei pazienti operati su quelli ricoverati nelle UO chirurgiche è più elevata nelle CdC private accreditate, con una differenza al limite della significatività statistica ($p=0,05$) rispetto agli ospedali pubblici; in questi si registra una percentuale nettamente inferiore di interventi in elezione sul totale delle procedure chirurgiche effettuate.

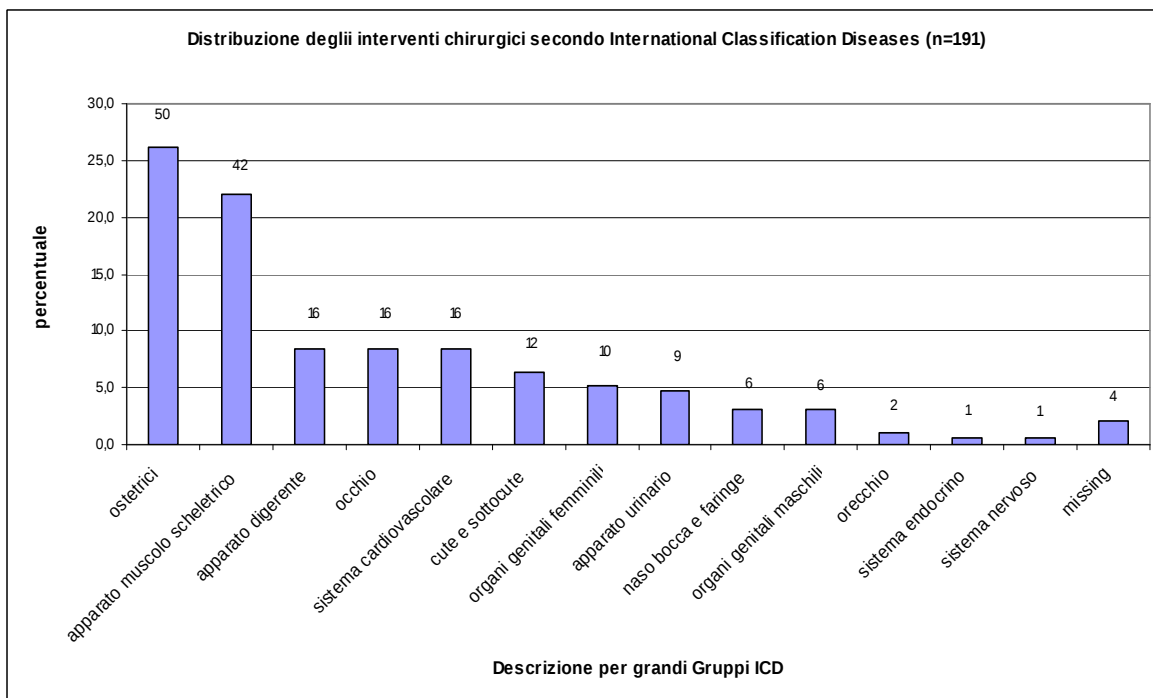
Tabella 4 - Principali caratteristiche degli interventi chirurgici per tipo di ospedalità e per singolo presidio

Presidio	Pazienti chirurgici	Pazienti operati %	Numero interventi	Interventi in elezione %	Degenza preoperatoria media (giorni)
Ospedali pubblici					
1	48	47,9	23	60,9	3,0
2	30	66,7	20	75,0	4,0
Subtotale	78	55,1	43	67,4	3,5
CdC private accreditate					
3	15	60,0	9	88,9	1,9
4	5	80,0	4	100,0	0,5
5	54	66,7	37	89,2	1,0
6	18	88,9	16	93,8	1,1
7	39	76,9	30	80,0	2,4
8	0	0	0	0	----
9	34	47,1	16	100,0	2,8
10	53	67,9	36	77,8	2,5
Subtotale	218	67,4	148	86,5	1,9
Totale	296	64,2	191	82,2	2,3

La figura 5 illustra la distribuzione degli interventi chirurgici per grandi gruppi ICD 9 CM: prevalgono nettamente gli interventi ostetrici (26%) e quelli all'apparato muscolo-scheletrico (22%).

Più del 90% degli interventi chirurgici sono puliti (42%) oppure pulito-contaminati (51%) , il 3% sono sporchi, il 4% contaminati.

Figura 5



5.4.2 Profilassi antibiotica perioperatoria

In 170 atti operatori (89%) i pazienti erano in trattamento antibiotico.

Dati i rischi di contaminazione microbica del sito chirurgico, si può correttamente parlare di antibiotico profilassi perioperatoria solo per gli interventi puliti e pulito-contaminati.

Il ricorso alla profilassi antibiotica è molto frequente sia negli interventi puliti , 86%, che in quelli pulito-contaminati, 89,8%.

5.4.2.1 Tempistica della profilassi antibiotica perioperatoria

Considerando il momento di inizio del trattamento antibiotico rispetto a quello dell'intervento chirurgico, è stato rilevato un comportamento diversificato per gli interventi puliti rispetto ai pulito-contaminati (tabella 5): la proporzione di procedure pulite con avvio della profilassi antibiotica prima dell'intervento è significativamente più elevata rispetto alle procedure pulito-contaminate.

Tabella 5 Momento di avvio della profilassi antibiotica rispetto all'atto chirurgico negli interventi puliti e pulito-contaminati

Classe intervento	Avvio della profilassi antibiotica			
	prima	durante	dopo	missing
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
pulito (n=70)	43 (61,4)	11 (15,7)	11 (15,7)	5 (7,1)
pulito-contaminato (n=88)	26 (29,5)	33 (37,5)	27 (30,7)	2 (2,3)

Complessivamente, la profilassi antibiotica è stata avviata prima dell'intervento in meno della metà delle procedure (42,4%), senza differenze significative tra ospedali pubblici e CdC private accreditate e con proporzioni molto diversificate, dal valore minimo dei presidi n.3 e 10 (nessun intervento) al massimo del 100% del presidio n.4. (tabella 6).

Tabella 6 Tempistica della profilassi antibiotica perioperatoria per tipo di ospedalità e per singolo presidio

Presidio	Interventi	Profilassi	Avvio della profilassi antibiotica			
	chirurgici	antibiotica	prima	durante	dopo	missing
	N.	%	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)
Ospedali pubblici						
1	23	95,7	14 (63,6)	4 (18,2)	3 (13,6)	1 (4,5)
2	20	90,0	5 (27,8)	6 (33,3)	3 (16,7)	4 (22,2)
Subtotale	43	93,0	19 (47,5)	10 (25,0)	6 (15,0)	5 (12,5)
CdC private accreditate						
3	9	88,9	0	8 (100,0)	0	0
4	4	100,0	4 (100,0)	0	0	0
5	37	97,3	18 (50,0)	3 (8,3)	13 (36,1)	2 (5,6)
6	16	100,0	10 (62,5)	6 (37,5)	0	0
7	30	66,7	12 (60,0)	7 (35,0)	1 (5,0)	0
8	0	0	0	0	0	0
9	16	81,3	9 (69,2)	0	3 (23,1)	1 (7,7)
10	36	91,7	0	11 (33,3)	21 (63,6)	1 (3,0)
Subtotale	148	87,8	53 (40,8)	35 (26,9)	38 (29,2)	4 (3,1)
Totale	191	89,0	72 (42,4)	45 (26,5)	44 (25,9)	9 (5,3)

5.4.2.2 Tipo di antibiotici

Nel trattamento perioperatorio è stato somministrato un solo antibiotico in circa il 90% dei casi, per un totale di 185 antibiotici.

Tre trattamenti su quattro sono coperti dalle seguenti classi di antibiotici: cefalosporine di seconda (usate solo nelle CdC private

accreditate) e terza generazione e penicilline (impiegate soprattutto negli ospedali pubblici).

In circa il 60% dei trattamenti sono stati utilizzati quattro principi attivi: cefotaxime (20,5%), cefuroxime (15,1%), ampicillina (12,4%), ceftriaxone (11,4%)

In più di un terzo degli interventi puliti e di quelli pulito-contaminati sono state usate le cefalosporine di terza generazione.

5.5 Trattamento antibiotico

I pazienti sottoposti a trattamento antibiotico il giorno dell'indagine erano 258 (44,9%), per complessivi 293 antibiotici (media 1,2 antibiotici per paziente). Non sono state rilevate differenze significative tra ospedali pubblici (46,2%) e case di cura private accreditate (43,6%).

5.5.1 Motivi del trattamento antibiotico

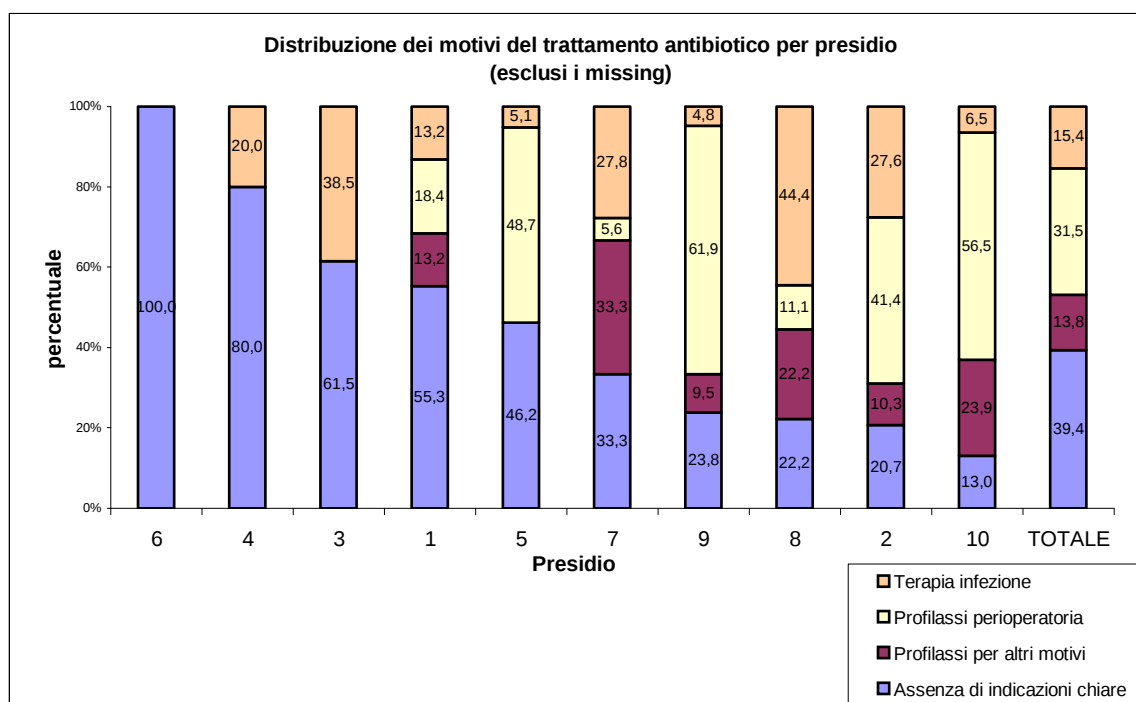
In poco più della metà dei casi non era ben definito il motivo del trattamento antibiotico in atto al momento dell'indagine (profilassi per altri motivi e assenza di indicazioni chiare), vedi tabella 7 .

Tabella 7. Motivi del trattamento antibiotico

Motivi	N	%
Terapia infezione	39	15,0
Profilassi perioperatoria	80	31,0
Profilassi per altri motivi	35	13,6
Assenza di indicazioni chiare	100	38,8
Missing	4	1,6
Totale	258	100,0

La distribuzione dei motivi del trattamento antibiotico varia ampiamente nelle diverse strutture, dal valore massimo del 100% di assenza di indicazioni chiare del presidio n.6 a quello più basso del 13% del presidio n.10 (figura 6). Prendendo l'assenza di indicazioni come riferimento, è stato verificato che l'utilizzo inappropriato degli antibiotici è maggiore in modo significativo nelle strutture assistenziali n.6, 4, 3, 1 e 5.

Figura 6



5.5.2 Antibiotici in uso

Il 70% degli antibiotici in uso al momento dell'indagine erano coperti dalle seguenti classi: cefalosporine di terza generazione, penicilline (usate soprattutto negli ospedali pubblici), cefalosporine di seconda generazione (impiegate solo nelle CdC private accreditate).

In poco più del 50% dei casi sono stati usati quattro principi attivi: cefotaxime (16%), ampicillina (13%), cefuroxime (12%), amoxicillina (10%).

Gli antibiotici sono stati somministrati prevalentemente per via intramuscolare (44,7%) e per via endovenosa (34,8%).

Cefalosporine di terza generazione, penicilline e fluorochinoloni sono le classi di antibiotico più usate non solo per la terapia delle infezioni, ma anche quando le indicazioni al loro impiego non sono chiaramente esplicitate (vedi tabella 8).

**Tabella 8 Classi di antibiotico per motivo di trattamento
(esclusa la profilassi perioperatoria)**

Classe di antibiotico	Terapia infezione		Assenza ind. chiare + profilassi altri motivi	
	N	%	N	%
Cefalosporine di terza gen.	15	32,6	48	31,0
Penicilline	11	23,9	50	32,2
Fluorochinoloni	9	19,6	17	11,0
Aminoglicosidi	4	8,7	10	6,5
Cefalosporine di seconda gen.	3	6,5	14	9,0
Altri	4	8,7	16	10,3
Totale	46	100,0	155	100,0

5.6 Lesioni da pressione

Le lesioni da pressione sono state riscontrate solo in area medica presso i seguenti presidi:

- n.8 (17 pazienti, con una prevalenza del 18,9%)
- n.2 (3 pazienti con una prevalenza del 4,8%).

Dodici pazienti presentavano una sola lesione da pressione, 4 pazienti due e altri 4 almeno tre.

Complessivamente, sono state riportate 41 lesioni da pressione così localizzate: arti inferiori 18 (43,9%), zona sacrale 15 (36,6%), testa 5 (12,2%), altro 2 (4,9%).

Lo stadio del decubito è stato riportato in 32 casi così distribuiti: 6 lesioni al I stadio, 21 al II stadio, 3 al III stadio e 2 al IV stadio.

6. Discussione

L'indagine presentata è il primo studio di queste dimensioni realizzato nella ASL NA/4 e, a nostra conoscenza, la prima indagine svolta contemporaneamente in ospedali pubblici e case di cura private accreditate a livello regionale e forse nazionale.

Lo studio di prevalenza, nonostante i suoi limiti metodologici, è stato scelto in quanto consente di stimare le infezioni ospedaliere con risorse relativamente limitate, e può costituire un punto di partenza per sviluppare programmi di controllo nella nostra Azienda.

Le strutture coinvolte nell'indagine sono tutte di piccole dimensioni (al massimo 150 posti-letto), non addette in genere al trattamento di pazienti "difficili", con una bassa percentuale di ricoverati in area critica (solo il 4,2% dei pazienti reclutati). Con l'unica eccezione del presidio n.8, che è di tipo neuroriabilitativo, la degenza media pre-indagine è sempre inferiore a una settimana e quella preoperatoria media è di poco più di 2 giorni. Meno del 20% dei pazienti inclusi nell'indagine erano esposti a procedure invasive, rappresentate quasi esclusivamente dal catetere vescicale e dal drenaggio chirurgico. E' stata registrata una bassissima frequenza di ricorso agli esami microbiologici, di poco superiore al 10%.

Date queste caratteristiche assistenziali, non sorprende che la prevalenza di IO rilevata sia inferiore a quella media italiana (5-8%), stimata sulla base di indagini fatte soprattutto in ospedali pubblici per acuti, di dimensioni medio-grandi, con quote non trascurabili di pazienti critici. La prevalenza delle IO è, infatti, direttamente proporzionale alle dimensioni della struttura di ricovero, alla durata della degenza e alla gravità dei pazienti; è, inoltre, pesantemente influenzata dall'utilizzo del laboratorio di microbiologia, quanto più è frequente il ricorso agli esami microbiologici, tanto maggiore è la probabilità di diagnosticare un'infezione.

A fronte di una prevalenza complessiva bassa, l'indagine ha consentito di rilevare, comunque, i seguenti aspetti degni di nota:

- le infezioni delle vie urinarie, anche in questo contesto assistenziale, sono le IO più frequenti;

- le infezioni delle vie urinarie, come atteso, sono risultate associate all'uso del catetere vescicale, che in circa il 70% dei casi è a circuito aperto;
- l'area medica (inclusa la riabilitazione e la lungodegenza) è quella più interessata dalle IO;
- nell'ambito dell'area chirurgica, le uniche UO che hanno registrato IO sono quelle di chirurgia generale e plastica.

La percentuale di pazienti in trattamento antibiotico il giorno dell'indagine (44,9%) è sovrapponibile a quella riscontrata in altri recenti studi italiani. L'uso degli antibiotici appare complessivamente "poco razionale": in più della metà dei trattamenti il motivo è alquanto confuso (altra profilassi e indicazione non chiara) ed è abbastanza frequente l'utilizzo "indiscriminato" di antibiotici da riservare a situazioni cliniche specifiche, come le cefalosporine di terza generazione.

La profilassi antibiotica perioperatoria è molto diffusa anche nella chirurgia pulita, dove, secondo le linee-guida più accreditate, dovrebbe essere limitata a determinati tipi di intervento, ad esempio, quelli con impianto di protesi. L'utilizzo di cefalosporine di terza generazione è molto esteso anche nella profilassi perioperatoria, per la quale dovrebbero essere privilegiate le cefalosporine di prima generazione per motivi clinici ed economici e, comunque, antibiotici che tengano conto dell'epidemiologia microbica locale.

Altro dato su cui riflettere è l'inappropriato timing della profilassi perioperatoria; questa è stata avviata prima dell'intervento in meno della metà dei casi, con un comportamento diversificato tra i diversi presidi, ma, soprattutto, tra interventi puliti e pulito-contaminati, cosa non giustificata alla luce delle linee guida. C'è quindi la tendenza ad un inizio posticipato (soprattutto negli interventi pulito-contaminati) rispetto alla raccomandazione, ampiamente condivisa, di avviare l'antibioticoprofilassi poco prima dell'incisione.

L'uso eccessivo e inappropriato di antibiotici, senza criteri ben definiti e senza l'ausilio di conferme microbiologiche, aumenta le resistenze dei microrganismi, rendendoli più difficili da trattare. A questo proposito, nonostante l'esiguità dei dati, appare allarmante la proporzione di *Pseudomonas* spp e *Escherichia coli* resistenti ad antibiotici di uso comune nella nostra Azienda come cefalosporine di terza generazione e chinolonici.

In merito infine alle lesioni da pressione, non sorprende che siano state rilevate solo in area medica e, in particolare, in pazienti ricoverati in neuroriabilitazione, caratterizzati peraltro da una lunga durata della degenza media pre-indagine.

7. Conclusioni e Raccomandazioni

I risultati dell'indagine, oltre che fornire informazioni qualitative sulla prevalenza delle IO, hanno permesso di focalizzare l'attenzione su alcune pratiche assistenziali scorrette suscettibili di intervento.

Considerando questo studio come il primo atto di un programma più vasto di sorveglianza e controllo delle IO, si ritiene opportuno fornire le seguenti raccomandazioni:

- validare la metodologia adottata con la ripetizione a breve di un'indagine simile;
- concentrare le attività di sorveglianza (anche con studi di incidenza) nelle strutture e per i siti di infezione (ad esempio le infezioni delle vie urinarie) con le stime di frequenza più alte;
- estendere l'utilizzo del catetere a circuito chiuso;
- rivedere le procedure del cateterismo vescicale;
- standardizzare la profilassi antibiotica perioperatoria con la stesura di appropriati protocolli e valutarne l'impatto;
- standardizzare i percorsi diagnostico-terapeutici delle infezioni con un uso appropriato del laboratorio di microbiologia.

8. Bibliografia (in ordine alfabetico)

1. Di Pietrantonj C, Ferrara L, Lomolino G. Multicenter study of prevalence of nosocomial infections in Italian hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004; **25**: 85-7
2. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. In: Olmsted RN, ed.. *APIC Infection Control and Applied Epidemiology: Principles and Practice*. St Louis: Mosby, 1996: A-1-A-20
3. International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification - 1997
4. Lazzeri V, Degl'Innocenti R, Mondini P, Berti C, Maci M, Scali L. Studi di prevalenza ripetuti delle infezioni ospedaliere nella ASL 10 di Firenze. *Giorn It Infez Ospedaliere* 2000; **7**: 9-12
5. Lizioli A, Privitera G, Alliata E, et al. Prevalence of nosocomial infections in Italy: result from the Lombardy survey in 2000. *J Hosp Infect* 2003; **54**: 141-48
6. Moro ML, Stazi MA, Marasca G, Greco D, Zampieri A. National prevalence survey of hospital-acquired infections in Italy, 1983. *J Hosp Infect* 1986; **8**: 72-85
7. Moro ML, Ruggeri S, Pompili S, et al. Studio di prevalenza delle infezioni ospedaliere in quindici ospedali della città di Roma. *Giorn It Infez Ospedaliere* 1996; **3**: 171-84
8. Moro ML. Studi di prevalenza delle infezioni ospedaliere: quando possono essere utili? *Giorn It Infez Ospedaliere* 2000; **7**: 5-7
9. Moro ML, Gandin C, Bella A, Siepi G, Petrosillo N. Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani. Rapporti ISTISAN 01/4 2001
10. Nicastri E, Petrosillo N, Martini L, Larosa M, Gesu GP, Ippolito G; INF-NOS Study Group. Prevalence of nosocomial infections in 15 Italian hospitals: first prevalence study for the INF-NOS project. *Infection* 2003; **31 Suppl 2**: 10-5
11. Pavia M, Bianco A, Viggiani NMA, Angelillo IF. Prevalence of hospital-acquired infections in Italy. *J Hosp Infect* 2000; **44**: 135-39

12. Progetto INF-NOS 2. Prevalenza di infezioni ospedaliere in ospedali italiani: indagine multicentrica ripetuta durante il periodo 2002-2004. Verona 25 maggio 2005
13. Programma Nazionale Linee Guida. Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto. www.pnlg.it/LG/009
14. Sodano L, Faria S, Di Renzi M, Gabriele S e il Gruppo dello Studio di Prevalenza. L'indagine di prevalenza delle infezioni ospedaliere: un utile strumento di conoscenza in una grande azienda ospedaliera. *Ann Ig* 2004; **16**: 647-63
15. Tarsitani G, Manchisi D, Agazio E, et al. Studio di prevalenza delle infezioni ospedaliere in un grande nosocomio romano. *Giorn It Infez Ospedaliere* 2000; **7**: 13-7
16. Zotti CM, Messori Ioli G, Charrier L, et al. Hospital-acquired infections in Italy: a region wide prevalence study. *J Hosp Infect* 2004; **56**: 142-9

Analisi della prevalenza delle patologie e invalidità che danno diritto alla esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni specialistiche.

G.Manetta, R.Palombino - Servizio di Epidemiologia e Prevenzione

1. Introduzione

La normativa vigente prevede per i cittadini affetti da patologie croniche o da malattie rare l'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni diagnostico/terapeutiche/riabilitative correlate alle stesse patologie.

L'individuazione delle patologie o malattie rare che danno diritto all'esenzione, e delle relative prestazioni, è stata operata con successivi atti legislativi.

Il diritto all'esenzione è riconosciuto ed attestato dall'ASL di residenza dell'assistito, sulla base della certificazione della malattia rilasciata da una struttura pubblica.

L'elenco vigente delle condizioni e malattie croniche invalidanti comprende 56 voci (vedi tabb.1 e 2), l'elenco delle malattie rare comprende 16 raggruppamenti di malattie; a ciascuna delle voci del primo elenco e dei raggruppamenti del secondo corrispondono una o più patologie, individuate dai codici della IX classificazione internazionale delle malattie, elencate esaustivamente nei suddetti decreti e circolari.

Godono pure dell'esenzione, indipendentemente dall'età, i soggetti cui è riconosciuta un certo tipo e grado di invalidità (vedi tabb. 21 e 22).

Se il riconoscimento della patologia cronica ed invalidante, o della malattia rara, o della invalidità fosse l'unico requisito d'accesso all'esenzione dal costo delle prestazioni, sarebbe disponibile un valido strumento per la stima della prevalenza, in tutta la popolazione, delle patologie o condizioni contemplate negli elenchi; in realtà non è così, l'esenzione dal costo delle prestazioni sanitarie è concesso a tutti i cittadini di età pari o superiore ai 65 anni e di reddito inferiore ai 70 milioni di lire.

Nondimeno la descrizione e l'analisi della distribuzione di patologie o condizioni morbose e di invalidità che danno diritto all'esenzione è suscettibile di fornire agli organi di governo distrettuali ed aziendali informazioni sanitarie utili a più fini:

- stimare la prevalenza di diverse patologie in una particolare fascia d'età (< ai 65 anni) e quindi la relativa e diversa domanda di servizi che gravita sui distretti;
- stimare la prevalenza nella popolazione generale di condizioni invalidanti;
- stimare la presenza nei distretti di eventuali grosse differenze di prevalenza di patologie e invalidità suscettibili di indurre ipotesi di ricerca sulla esistenza di:
 1. differente distribuzione di fattori di rischio;
 2. scarsa uniformità dei criteri diagnostici;
 3. differente accessibilità alle cure;
 4. disomogeneità nei comportamenti delle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile;

- individuare aree problematiche prima sconosciute, o meglio quantificare quelle già conosciute.

2. Materiali e metodi

I dati di base, aggiornati al 31 dicembre 2006, disaggregati per sesso, per patologia o tipo di invalidità e per distretto, sono stati forniti dal Servizio Centro Unico Prenotazione.

La condizione di avente diritto all'esenzione per patologia o per invalidità è registrata su supporto informatico sia nell'anagrafe sanitaria del distretto di appartenenza sia su quella centralizzata. E' stata descritta la distribuzione delle frequenze assolute degli esenti per patologia o malattie rare e per tipo di invalidità, disaggregandola per tipologia, sesso e distretto e per età minore o maggiore ai 65 anni .

Per le cause di esenzione più frequenti sono stati calcolati i tassi di prevalenza per 100 abitanti, utilizzando come denominatore, per i soggetti di età inferiore ai 65 anni, la fascia d'età 35-64 anni: la scelta nasce dalla considerazione che le patologie si accentrano maggiormente in questa fascia d'età ed in misura minima in quelle inferiori e che in tal modo fosse possibile limitare la sottostima della prevalenza legata al maggior peso, in alcuni distretti, della popolazione di 0-34 anni di età; un'altra motivazione è l'esigenza di un confronto con la precedente analisi effettuata nello stesso modo nel 2003.

Per gli esenti per invalidità sono stati calcolati i tassi per 100 abitanti, utilizzando come denominatore tutta la popolazione in quanto non disponibili le cause di invalidità e, quindi, non ipotizzabili con precisione le relative fasce d'età di maggior prevalenza.

La popolazione utilizzata è quella dell'anagrafe sanitaria relativa all'anno 2006 suddivisa per fasce d'età.

Tabella 1 - Esenti per patologia di età < 65 anni, frequenza assoluta per patologia, sesso e Distretti

		DS 69		DS 70		DS 71		DS 72		DS 73		DS 74	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
001	Acromegalia e gigantismo	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
002	Affezioni del sistema circolatorio	257	100	136	70	303	137	328	150	327	117	247	75
003	Anemia emolitica acquisita autoimm.	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1
005	AAnoressia nervosa , bulimia	0	3	0	3	0	1	0	2	1	2	0	0
006	Artrite reumatoide	5	14	11	36	5	51	20	28	10	21	7	22
007	Asma	42	67	17	14	42	53	69	63	22	23	12	13
008	Cirrosi epatica,cirrosi biliare	25	17	30	23	23	7	16	17	10	6	8	8
009	Colite ulcerosa e malattia di Crohn	24	17	40	18	34	27	26	23	40	18	22	12
011	Demenze	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
012	Diabete insipido	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
013	Diabete mellito	430	374	557	543	594	487	479	371	674	582	394	363
014	Dipendenza stupefacenti ,psicotropi,alcool	32	2	10	2	15	1	8	1	9	1	11	4
016	Epatite cronica attiva	200	140	419	361	175	126	195	155	182	134	165	116
017	Epilessia	20	33	12	17	23	32	41	40	28	40	12	15
018	Fibrosi cistica	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0
019	Glaucoma	23	13	19	20	18	28	19	19	14	13	19	21
020	Infezioni da HIV	2	1	3	2	3	1	3	1	1	0	1	0
021	Insufficienza cardiaca	7	6	21	4	11	4	28	18	9	3	8	1
022	Insufficienza corticosurrenalica cronica	0	0	2	2	0	1	0	1	0	0	0	1
023	Insufficienza renale cronica	10	8	23	17	23	16	19	15	17	10	14	10
024	Insufficienza respiratoria cronica	6	5	9	4	11	9	6	1	5	2	2	2
025	Ipercolesteremie	32	28	85	83	103	82	60	60	68	48	32	43
026	Iper e ipotiroidismo	2	3	0	0	1	3	0	2	1	6	1	2
027	Ipotiroidismo congenito. E acquisito	31	128	12	104	35	189	39	150	49	235	28	120
028	Lupus Erimatoso Sistemico	1	11	1	10	4	5	4	11	2	14	1	5
029	Mal. Alzheimer	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
030	Mal. Sjogren	0	1	0	10	2	2	0	1	0	2	0	0
031	Ipertensione arteriosa	444	605	623	735	926	952	551	556	579	634	334	419
032	Mal. Cushing	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	0	0
034	Miastenia grave	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
035	Ipertiroidismo ,Morbo Basedow	22	81	7	30	23	60	28	78	21	93	17	63
036	Morbo Buerger	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
037	Morbo Paget	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1
038	Morbo Parkinson e mal. Extrapiramidali	1	1	3	2	3	2	2	0	2	1	1	4
039	Nanismo ipofisario	0	2	5	3	2	2	4	5	2	0	0	0
040	Neonati prematuri,immaturi,a termine	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
041	Neuromielite ottica	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
042	Pancreatite cronica	3	1	0	0	2	0	1	1	3	1	0	1
044	Psicosi	12	17	7	7	19	15	12	19	17	22	12	14
045	Psoriasi	24	11	16	24	21	21	19	28	24	26	4	5
046	Sclerosi multipla	6	7	4	9	7	11	6	6	2	12	2	6
047	Sclerosi sistemica	1	1	0	1	1	4	0	7	0	6	0	1
048	Neoplasie maligne	129	202	105	191	117	178	125	179	132	278	67	124
049	Pluripatologie con riduzione autonomia	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0
050	Soggetti in attesa trapianti	2	0	1	0	0	0	1	1	1	2	1	0
051	Soggetti nati con gravi deficit	0	0	1	4	2	4	2	0	0	1	0	0
052	Soggetti sottoposti a trapianto	10	5	24	10	8	2	11	5	7	5	9	4
053	Soggetti sottoposti a trap. Cornea	1	0	3	1	2	2	3	1	2	4	0	0
054	Spondilite anchilosante	0	0	1	0	2	3	2	0	3	0	0	3
055	Tubercolosi(attiva bacillifera)	2	2	0	5	2	2	4	5	4	1	1	1
056	Tiroidite Hashimoto	11	87	10	109	9	107	21	222	25	286	13	111
	Malattie Rare	32	56	53	50	50	66	43	73	46	77	22	35
TOTALE		1855	2052	2272	2528	2630	2694	2200	2323	2342	2730	1467	1628

Tabella 1 - Esenti per patologia di età < 65 anni, frequenza assoluta per patologia, sesso e Distretti

		DS 75		DS 76		DS 77		DS 78		DS 79		ASL NA 4	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
001	Acromegalia e gigantismo	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
002	Affezioni del sistema circolatorio	315	119	282	116	253	118	80	34	141	54	2669	1090
003	Anemia emolitica acquisita autoimm.	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	3	5
005	AAnoressia nervosa , bulimia	0	2	0	2	1	3	0	0	0	0	2	18
006	Artrite reumatoide	9	51	11	30	13	48	2	7	10	31	103	339
007	Asma	34	44	49	29	24	33	7	4	19	17	337	360
008	Cirrosi epatica,cirrosi biliare	22	15	7	4	9	3	4	0	10	9	164	109
009	Colite ulcerosa e malattia di Crohn	35	22	28	25	33	17	20	12	20	14	322	205
011	Demenze	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0
012	Diabete insipido	1	1	0	1	2	2	0	0	1	0	7	6
013	Diabete mellito	681	502	517	481	434	319	149	113	293	304	5202	4439
	Dipendenza da stupefacenti.,psicotropi,alcool	3	0	18	0	4	0	1	0	2	0	113	11
014	Epatiche croniche	222	197	200	110	148	116	59	39	165	123	2130	1617
016	Epatite cronica attiva	27	16	24	20	26	15	6	5	14	14	233	247
017	Epilessia	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	5	5
018	Fibrosi cistica	15	31	12	15	9	15	1	3	7	8	156	186
019	Glaucoma	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	15	6
020	Infezioni da HIV	5	2	9	5	1	0	1	0	13	4	113	47
021	Insufficienza cardiaca	0	0	0	0	1	3	0	0	0	1	3	9
022	Insufficienza corticosurrenalica cronica	15	9	13	3	20	22	6	5	11	1	171	116
023	Insufficienza renale cronica	8	6	4	2	10	7	1	1	2	1	64	40
024	Insufficienza respiratoria cronica	95	101	90	64	59	56	23	14	87	58	734	637
025	Ipercolesteremie	0	1	3	3	3	8	0	2	1	1	12	31
026	Iper e ipotiroidismo	34	227	50	218	32	177	10	62	8	71	328	1681
027	Ipotiroidismo congenito e acquisito	2	10	3	10	1	8	0	3	0	4	19	91
028	Lupus e.s.	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	2	6
029	Mal. Alzheimer	0	1	0	2	0	2	0	1	0	2	2	24
030	Mal. Sjogren	619	710	700	806	223	255	109	130	235	282	5343	6084
031	Ipertensione arteriosa	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	6
032	Mal. Cushing	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	3
034	Miastenia grave	34	134	29	111	31	125	5	18	12	45	229	838
035	Iper e ipotiroidismo ,Morbo Basedow	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
036	Morbo Buerger	0	1	2	0	0	0	0	1	0	1	3	7
037	Morbo Paget	3	1	0	0	3	0	1	0	3	5	22	16
038	Morbo Parkinson e mal. Extrapiramidali	4	4	4	3	6	6	1	0	3	1	31	26
039	Nanismo ipofisario	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	5	2
040	Neonati prematuri,immaturi,a termine	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
041	Neuromielite ottica	0	1	1	3	3	4	0	0	0	1	13	13
042	Pancreatite cronica	24	25	10	9	12	12	0	3	1	6	126	149
044	Psicosi	29	31	28	26	20	28	12	7	11	10	208	217
045	Psoriasi	6	7	2	3	2	5	0	3	2	2	39	71
046	Sclerosi multipla	1	2	0	1	1	6	0	0	0	1	4	30
047	Sclerosi sistemica	97	154	123	150	128	218	43	63	53	96	1119	1833
048	Neoplasie maligne	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	5	4
049	Pluripatologie con riduzione autonomia	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	12	5
050	Soggetti in attesa trapianti	2	4	8	9	1	0	1	0	1	0	18	22
051	Soggetti nati con gravi deficit	15	6	6	0	9	4	5	1	4	0	108	42
052	Soggetti sottoposti a trapianto	4	1	7	6	4	1	2	1	5	0	33	17
053	Soggetti sottoposti a trap. Cornea	4	0	1	2	8	13	0	0	1	0	22	21
054	Spondilite anchilosante	2	1	0	1	0	4	1	0	0	2	16	24
055	Tubercolosi(attiva bacillifera)	18	145	18	126	16	179	5	108	8	98	154	1578
056	Tiroidite Hashimoto	55	88	41	77	57	95	7	24	37	59	443	700
	Malattie Rare	2452	2680	2307	2477	1610	1935	562	664	1182	1328	20879	23039
TOTALE		2452	2680	2307	2477	1610	1935	562	664	1182	1328	20879	23039

3 Esenti per patologia

3.1 Esenti per tutte le patologie di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per condizioni o malattie croniche invalidanti o malattie rare 43918 persone, di cui 20879 maschi e 23039 femmine; rispetto alla precedente rilevazione del 2003 (33821 esenti) si osserva un aumento delle esenzioni del 30%.

La distribuzione di tali esenti per patologia, sesso e Distretto è riportata nella tabella 1.

Il tasso di prevalenza medio è di 19.20 per 100 abitanti nei maschi, 20.43 nelle femmine, 19.83 per maschi e femmine assieme (Tab 2).

Il range dei tassi nei maschi va dal 27.30 del Distretto 71 a 11.73 del Distretto 78, nelle femmine va dal 26.11 del Distretto 71 a 13.31 del Distretto 78, in maschi e femmine insieme da 26.69 del Distretto 71 a 12.54 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, +35% si riscontra nel Distretto 71, lo scostamento massimo negativo, -37% nel Distretto 78.

Il tasso complessivo del Distretto 71 è 2.1 volte maggiore di quello del Distretto 78.

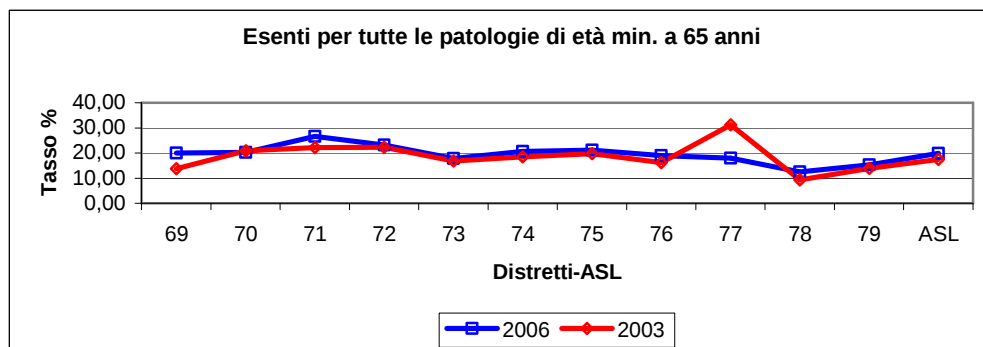
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 69 con il +44% l'incremento maggiore mentre il Distretto 77 con il -42% mostra il maggiore decremento; l'ASL mostra un incremento pari al +14% (Figura 1).

Tabella 2 - Esenti per tutte le patologie di età inferiore ai 65 anni: frequenza, tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio. Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza 2006/2003
69	1855	19,13	2052	20,78	3907	19,96	+1	13,82	+ 44
70	2272	19,67	2528	20,92	4800	20,31	+ 2	20,94	- 3
71	2630	27,30	2694	26,11	5324	26,69	+ 35	22,19	+ 20
72	2200	22,66	2323	23,80	4523	23,23	+ 17	22,23	+ 5
73	2342	16,74	2730	18,85	5072	17,81	- 10	16,79	+ 6
74	1467	19,99	1628	21,32	3095	20,67	+ 4	18,42	+ 12
75	2452	20,42	2680	21,77	5132	21,10	+ 6	19,72	+ 7
76	2307	18,57	2477	19,30	4784	18,94	- 4	16,16	+ 17
77	1610	16,81	1935	19,16	3545	18,01	- 9	31,2	- 42
78	562	11,73	664	13,31	1226	12,54	- 37	9,27	+ 35
79	1182	14,77	1328	15,84	2510	15,32	- 23	13,88	+ 10
ASL	20879	19,20	23039	20,43	43918	19,83		17,46	+ 14

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 1 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 per esenti per tutte le patologie di età minore a 65 anni



3.2 Le patologie causa di esenzione più frequente

La patologia causa di esenzione più frequente è l'ipertensione arteriosa con 11427 soggetti 26.0 % del totale delle esenzioni , seguita dal diabete con 9641 soggetti , 22.0% , dalle affezioni del sistema cardiocircolatorio con 3759 soggetti , 8.6%, dall'epatite cronica attiva con 3747 soggetti, 8.5 % , dalle neoplasie maligne con 2952 soggetti , 6.7 % ; le prime cinque patologie costituiscono il 71.8 % delle esenzioni totali (Tabella 3).

Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006 , mostra un decremento per l'epatite cronica e le affezioni del sistema circolatorio rispettivamente con il - 12% e - 6% ; le altre patologie mostrano tutte un incremento talora considerevole quali le ipercolesteremia e l'ipotiroidismo congenito ed acquisito rispettivamente con il +169% e il + 81% .

Tabella 3 - Le 10 patologie causa di esenzione più frequenti in soggetti di età minore di 65 anni : numero , , percentuale semplice e cumulativa , tasso* per 100 abitanti. Confronto tassi anni 2003 e 2006 con differenza percentuale

Patologia	Numero	% semplice	% cumulativa	Tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % Tassi 2006 e 2003
Ipertensione arteriosa	11427	26,0	26	5,2	5,5	- 6
Diabete mellito	9641	22,0	48,0	4,4	3,9	+ 11
Affezioni del sistema circolatorio	3759	8,6	56,6	1,7	1,6	+ 7
Epatite cronica attiva	3747	8,5	65,1	1,7	1,9	-12
Neoplasie maligne	2952	6,7	71,8	1,3	1,1	+17
Ipotiroidismo cong.ed acquisito	2009	4,6	76,4	0,9	0,5	+ 81
Ipercolesteremie	1371	3,1	79,5	0,6	0,2	+ 169
Iperitiroidismo ,Morbo Basedow	1067	2,4	81,9	0,5	0,3	+ 55
Asma	697	1,6	83,5	0,3	0,2	+ 43
Colite ulcerosa-Mal. di Crohn	527	1,2	84,7	0,2	0,2	+13
Altre malattie	6721	15,2	100	3,0	2,0	+ 55

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

3.3 Esenti per ipertensione arteriosa di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per ipertensione arteriosa 11427 persone, di cui 5343 maschi e 6084 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 4.91 per 100 abitanti nei maschi, 5.39 nelle femmine, 5.16 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 9.61 del Distretto 71 a 2.27 del Distretto 78, nelle femmine va 9.23 del Distretto 71 a 2.52 del Distretto 77.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 82% si riscontra nel Distretto 71, lo scostamento massimo negativo, -53% nei Distretti 77 e 78 (Tabella 4).

Il tasso complessivo del Distretto 71 di è 3,9 volte maggiore di quello dei Distretti 77 e 78.

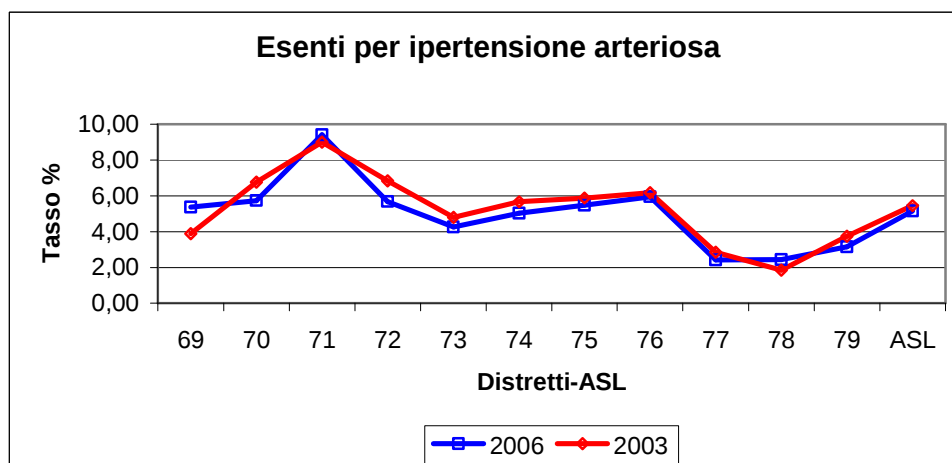
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 69 con il + 38% l'incremento maggiore mentre il Distretto 72 con il - 17 % mostra il maggiore decremento; l'ASL mostra un decremento pari al - 6% (Figura 2).

Tabella 4 - Esenti per ipertensione arteriosa di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio. Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M+F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza %2006/2003
69	444	4,58	605	6,13	1049	5,36	+ 4	3,89	+ 38
70	623	5,39	735	6,08	1358	5,75	+ 11	6,78	- 15
71	926	9,61	952	9,23	1878	9,41	+ 82	9,01	+ 4
72	551	5,67	556	5,70	1107	5,69	+ 10	6,85	- 17
73	579	4,14	634	4,38	1213	4,26	- 17	4,79	- 11
74	334	4,55	419	5,49	753	5,03	- 3	5,66	- 11
75	619	5,16	710	5,77	1329	5,46	+ 6	5,88	- 7
76	700	5,63	806	6,28	1506	5,96	+ 16	6,18	- 4
77	223	2,33	255	2,52	478	2,43	- 53	2,85	- 15
78	109	2,27	130	2,61	239	2,44	- 53	1,86	+ 31
79	235	2,94	282	3,36	517	3,16	- 39	3,74	- 16
ASL	5343	4,91	6084	5,39	11427	5,16		5,46	- 6

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 2 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per ipertensione arteriosa



3.4 Esenti per diabete mellito di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per diabete mellito 9641 persone, di cui 5202 maschi e 4439 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 4.78 per 100 abitanti nei maschi, 3.94 nelle femmine, 4.35 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 6.17 del Distretto 75 a 3.11 del Distretto 78, nelle femmine va dal 4.72 del Distretto 71 a 2.27 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 24% si riscontra nel Distretto 71, lo scostamento massimo negativo, - 38 % nel Distretto 78 (Tabella 5).

Il tasso complessivo del Distretto 71 di è 2 volte maggiore di quello del Distretto 78.

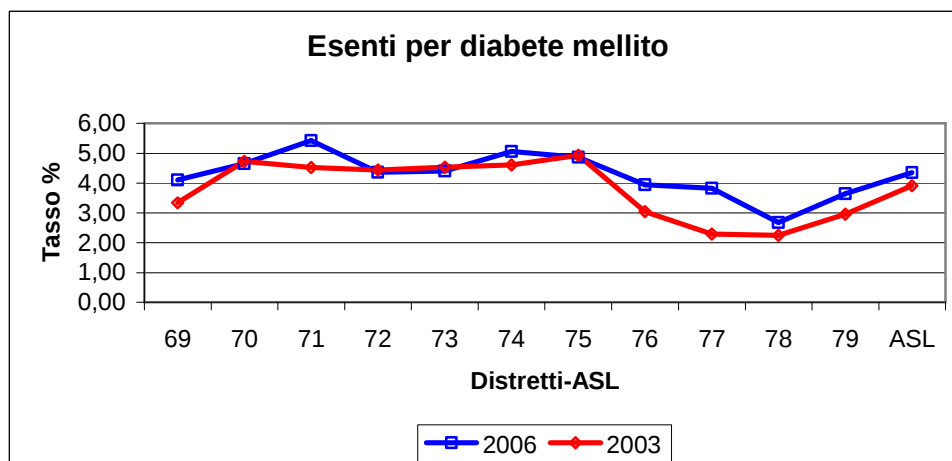
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 77 con il + 67% l'incremento maggiore mentre il Distretto 75 con il - 1 % mostra il maggiore decremento; l'ASL mostra un incremento pari al +11% (Figura 3).

Tabella 5 - Esenti per diabete mellito di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio .Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	430	4,43	374	3,79	804	4,11	- 6	3,34	+ 23
70	557	4,82	543	4,49	1100	4,66	+ 7	4,73	- 2
71	594	6,17	487	4,72	1081	5,42	+ 24	4,52	+20
72	479	4,93	371	3,80	850	4,37	0	4,44	- 2
73	674	4,82	582	4,02	1256	4,41	+ 1	4,53	- 3
74	394	5,37	363	4,75	757	5,06	+ 16	4,61	+10
75	681	5,67	502	4,08	1183	4,86	+ 12	4,93	- 1
76	517	4,16	481	3,75	998	3,95	- 9	3,04	+ 30
77	434	4,53	319	3,16	753	3,83	- 12	2,29	+ 67
78	149	3,11	113	2,27	262	2,68	- 38	2,25	+ 19
79	293	3,66	304	3,63	597	3,64	- 16	2,95	+ 24
ASL	5202	4,78	4439	3,94	9641	4,35		3,91	+11

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 3 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per diabete mellito



3.5 Esenti per epatite cronica di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per epatite cronica 3747 persone, di cui 2130 maschi e 1617 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 1.96 per 100 abitanti nei maschi, 1.43 nelle femmine, 1.69 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 3.63 del Distretto 70 a 1.23 del Distretto 78, nelle femmine va da 2.99 del Distretto 70 a 0.78 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 95% si riscontra nel Distretto 70, lo scostamento massimo negativo, - 41% nel Distretto 78 (Tabella 6).

Il tasso complessivo del Distretto 70 è di 3,3 volte maggiore di quello del Distretto 78.

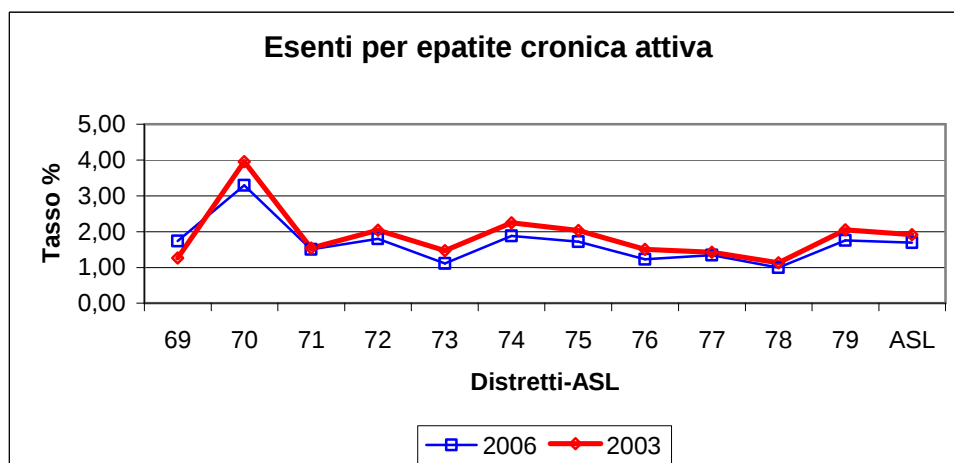
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 77 con il + 37% l'incremento maggiore mentre il Distretto 71 con il - 2% mostra il maggiore decremento; l'ASL mostra un decremento pari al - 12% (Figura 4).

Tabella 6 - Esenti per epatite cronica attiva di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio .Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M+F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza %2006/2003
69	200	2,06	140	1,42	340	1,74	+3	1,27	+ 37
70	419	3,63	361	2,99	780	3,30	+ 95	3,96	- 17
71	175	1,82	126	1,22	301	1,51	- 11	1,54	- 2
72	195	2,01	155	1,59	350	1,80	+ 6	2,04	- 12
73	182	1,30	134	0,93	316	1,11	- 34	1,47	- 25
74	165	2,25	116	1,52	281	1,88	+ 11	2,25	- 17
75	222	1,85	197	1,60	419	1,72	+ 2	2,03	- 15
76	200	1,61	110	0,86	310	1,23	- 27	1,51	- 19
77	148	1,55	116	1,15	264	1,34	- 21	1,43	- 6
78	59	1,23	39	0,78	98	1,00	- 41	1,13	- 11
79	165	2,06	123	1,47	288	1,76	+ 4	2,05	- 14
ASL	2130	1,96	1617	1,43	3747	1,69		1,92	- 12

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 4 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per epatite cronica attiva



3.6 Esenti per le affezioni del sistema circolatorio di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per affezioni del sistema circolatorio 3759 persone, di cui 2669 maschi e 1090 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 2.45 per 100 abitanti nei maschi, 0.97 nelle femmine, 1.70 per maschi e femmine assieme.

Il range nei maschi va dal 3.38 del Distretto 72 a 1.18 del Distretto 70, nelle femmine va dal 1.54 del Distretto 72 a 0.58 del Distretto 70.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 45% si riscontra nel Distretto 72, lo scostamento massimo negativo, -49% nel Distretto 70 (Tabella 7).

Il tasso complessivo del Distretto 72 di è 2,8 volte maggiore di quello del Distretto 70.

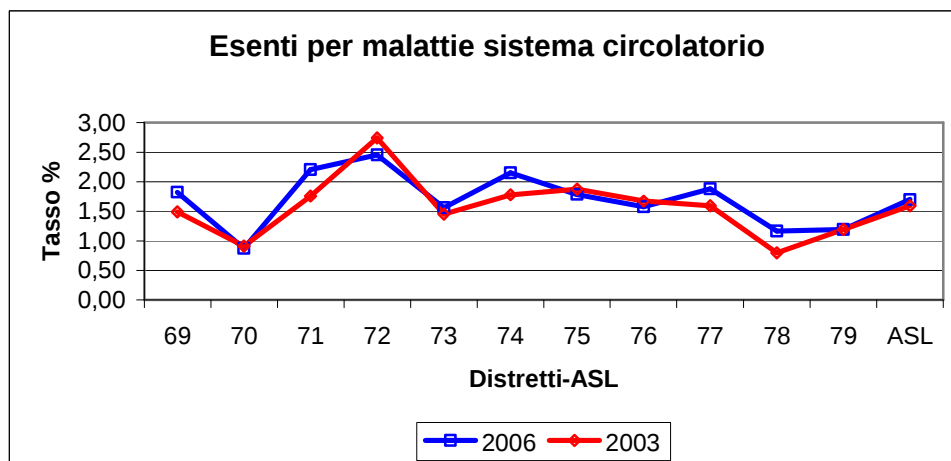
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 78 con il + 46% l'incremento maggiore mentre il Distretto 72 con il -10% mostra il maggiore decremento; l'ASL mostra un incremento pari al + 7%(Figura 5).

Tabella 7 - Esenti per affezioni del sistema circolatorio di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio .Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M+F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	257	2,65	100	1,01	357	1,82	+ 7	1,49	+22
70	136	1,18	70	0,58	206	0,87	- 49	0,91	- 4
71	303	3,15	137	1,33	440	2,21	+ 30	1,76	+25
72	328	3,38	150	1,54	478	2,46	+ 45	2,74	- 10
73	327	2,34	117	0,81	444	1,56	- 8	1,45	+ 8
74	247	3,37	75	0,98	322	2,15	+ 27	1,78	+21
75	315	2,62	119	0,97	434	1,78	+ 5	1,88	- 5
76	282	2,27	116	0,90	398	1,58	- 7	1,67	- 6
77	253	2,64	118	1,17	371	1,89	+ 11	1,59	+19
78	80	1,67	34	0,68	114	1,17	- 31	0,8	+46
79	141	1,76	54	0,64	195	1,19	- 30	1,19	0
ASL	2669	2,45	1090	0,97	3759	1,70		1,59	+ 7

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni)

Figura 5 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per affezioni del sistema circolatorio



3.7 Esenti per neoplasie maligne di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per neoplasie maligne 2952 persone, di cui 1119 maschi e 1833 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 1.03 per 100 abitanti nei maschi, 1.63 nelle femmine, 1.33 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 1.34 del Distretto 77 a 0.66 del Distretto 79, nelle femmine va dal 2.16 del Distretto 77 a 1.15 del Distretto 79.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 32% si riscontra nel Distretto 77, lo scostamento massimo negativo, - 32% nel Distretto 79 (Tabella 8).

Il tasso complessivo del Distretto 69 è di 1,9 volte maggiore di quello del Distretto 79.

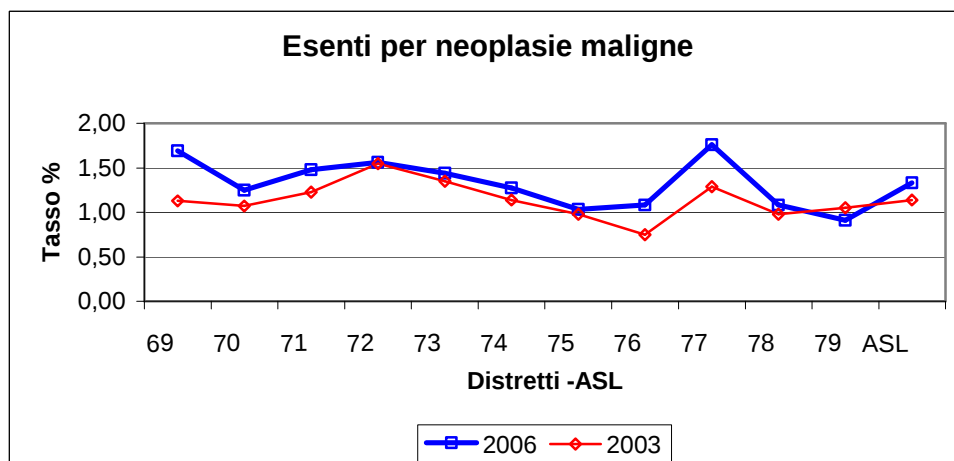
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 69 con il + 50% l'incremento maggiore mentre il Distretto 79 con il - 13% mostra il maggiore decremento; l'ASL mostra un incremento pari al + 17%(Figura6).

Tabella 8 - Esenti per neoplasie maligne di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio. Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	129	1,33	202	2,05	331	1,69	+ 27	1,13	+ 50
70	105	0,91	191	1,58	296	1,25	- 6	1,07	+ 17
71	117	1,21	178	1,72	295	1,48	+ 11	1,23	+ 20
72	125	1,29	179	1,83	304	1,56	+ 17	1,55	+ 1
73	132	0,94	278	1,92	410	1,44	+ 8	1,35	+ 7
74	67	0,91	124	1,62	191	1,28	- 4	1,14	+12
75	97	0,81	154	1,25	251	1,03	- 23	0,98	+ 5
76	123	0,99	150	1,17	273	1,08	- 19	0,75	+44
77	128	1,34	218	2,16	346	1,76	+ 32	1,29	+36
78	43	0,90	63	1,26	106	1,08	- 19	0,98	+ 11
79	53	0,66	96	1,15	149	0,91	- 32	1,05	- 13
ASL	1119	1,03	1833	1,63	2952	1,33		1,14	+17

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 6 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per neoplasie maligne



3.8 Esenti per ipotiroidismo congenito e acquisito di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per ipotiroidismo congenito e acquisito 2009 persone, di cui 238 maschi e 1681 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 0,30 per 100 abitanti nei maschi, 1,49 nelle femmine, 0.91 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 0.40 dei Distretti 72 e 76 a 0,10 dei Distretti 70 e 79, nelle femmine va dal 1,84 del Distretto 75 a 0,85 del Distretto 79 .

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL , + 24% si riscontra nel Distretto 71, lo scostamento massimo negativo, -48% nel Distretto 79 (Tabella 9).

Il tasso complessivo del Distretto 71 di è 2,3 volte maggiore di quello del Distretto 79 .

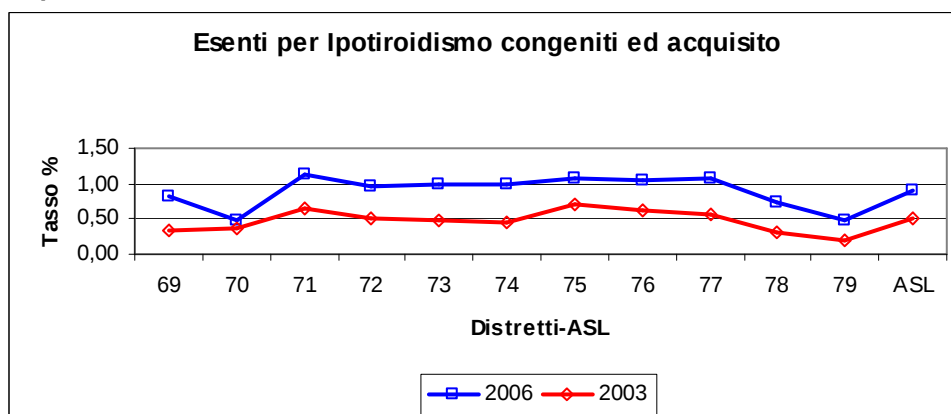
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per tutti i Distretti un incremento : il Distretto 79 con il + 141% ha l'incremento più alto e il Distretto 70 con il + 36% ha l'incremento più basso; l'ASL mostra un incremento pari al + 81% (Figura 7).

Tabella 9 - Esenti per ipotiroidismo congenito e acquisito di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio. Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	31	0,32	128	1,30	159	0,81	- 10	0,35	+ 132
70	12	0,10	104	0,86	116	0,49	- 46	0,36	+ 36
71	35	0,36	189	1,83	224	1,12	+ 24	0,66	+ 70
72	39	0,40	150	1,54	189	0,97	+ 7	0,51	+ 90
73	49	0,35	235	1,62	284	1,00	+ 10	0,48	+ 108
74	28	0,38	120	1,57	148	0,99	+ 9	0,44	+ 125
75	34	0,28	227	1,84	261	1,07	+ 18	0,72	+ 49
76	50	0,40	218	1,70	268	1,06	+ 17	0,61	+ 74
77	32	0,33	177	1,75	209	1,06	+ 17	0,58	+ 83
78	10	0,21	62	1,24	72	0,74	- 19	0,32	+ 130
79	8	0,10	71	0,85	79	0,48	- 47	0,2	+ 141
ASL	328	0,30	1681	1,49	2009	0,91	- 10	0,5	+ 81

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 7 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per ipotiroidismo congenito e acquisito



3.9 Esenti per ipertiroidismo e Morbo di Basedow di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per ipertiroidismo e Morbo di Basedow 1067 persone, di cui 229 maschi e 838 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 0.21 per 100 abitanti nei maschi, 0.74 nelle femmine, 0.48 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 0.32 del Distretto 77 a 0.06 del Distretto 70, nelle femmine va dal 1.24 del Distretto 77 a 0.25 del Distretto 70.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 65% si riscontra nel Distretto 77, lo scostamento massimo negativo, - 67% nel Distretto 70 (Tabella 10).

Il tasso complessivo del Distretto 77 è di 5,1 volte maggiore di quello del Distretto 70.

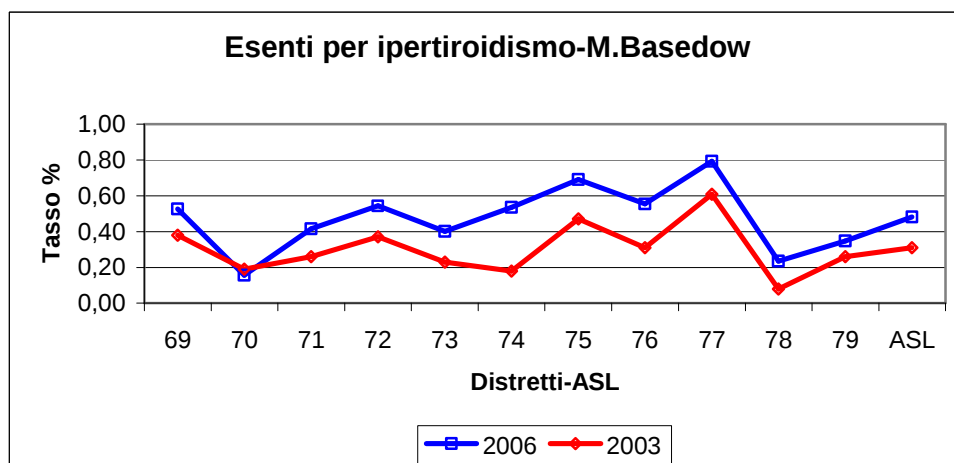
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 74 con il + 196% l'incremento maggiore mentre il Distretto 70 con il - 18% ha l'unico decremento; l'ASL mostra un incremento pari al + 55% (Figura 8).

Tabella 10 - Esenti per ipertiroidismo e Morbo di Basedow di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio. Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	22	0,23	81	0,82	103	0,53	+ 9	0,38	+ 38
70	7	0,06	30	0,25	37	0,16	- 67	0,19	- 18
71	23	0,24	60	0,58	83	0,42	- 14	0,26	+ 60
72	28	0,29	78	0,80	106	0,54	+ 13	0,37	+47
73	21	0,15	93	0,64	114	0,40	- 17	0,23	+ 74
74	17	0,23	63	0,83	80	0,53	+ 11	0,18	+ 196
75	34	0,28	134	1,09	168	0,69	+ 43	0,47	+ 46
76	29	0,23	111	0,86	140	0,55	+ 15	0,31	+ 78
77	31	0,32	125	1,24	156	0,79	+ 65	0,61	+ 29
78	5	0,10	18	0,36	23	0,24	- 51	0,08	+ 193
79	12	0,15	45	0,54	57	0,35	- 28	0,26	+ 33
ASL	229	0,21	838	0,74	1067	0,48		0,31	+ 55

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 8 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per ipertiroidismo e M. Basedow



3.10 Esenti per ipercolesteremia di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per ipercolesteremia 1371 persone, di cui 734 maschi e 637 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 0.68 per 100 abitanti nei maschi, 0.56 nelle femmine, 0.62 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 1.09 del Distretto 79 a 0.33 del Distretto 69, nelle femmine va dal 0.82 del Distretto 75 a 0.28 del Distretto 69.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 50% si riscontra nel Distretto 71, lo scostamento massimo negativo, -50% nel Distretto 69 (Tabella 11).

Il tasso complessivo del Distretto 71 è di 3 volte maggiore di quello del Distretto 69.

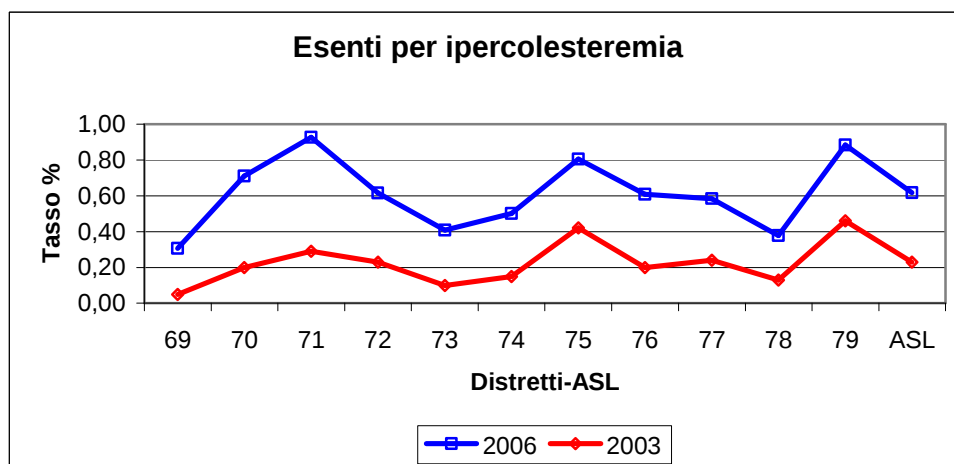
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per tutti i Distretti un incremento: il Distretto 69 con il + 513% ha l'incremento più alto e i Distretti 75 e 79 con il +92% hanno l'incremento più basso; l'ASL mostra un incremento pari al +169% (Figura 9).

Tabella 11 - Esenti per ipercolesterolemie di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio. Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	32	0,33	28	0,28	60	0,31	- 50	0,05	+ 513
70	85	0,74	83	0,69	168	0,71	+ 15	0,2	+ 255
71	103	1,07	82	0,79	185	0,93	+ 50	0,29	+ 220
72	60	0,62	60	0,61	120	0,62	0	0,23	+ 168
73	68	0,49	48	0,33	116	0,41	- 34	0,1	+ 307
74	32	0,44	43	0,56	75	0,50	- 19	0,15	+ 234
75	95	0,79	101	0,82	196	0,81	+ 30	0,42	+ 92
76	90	0,72	64	0,50	154	0,61	- 2	0,2	+ 205
77	59	0,62	56	0,55	115	0,58	- 6	0,24	+ 143
78	23	0,48	14	0,28	37	0,38	- 39	0,13	+ 191
79	87	1,09	58	0,69	145	0,88	+ 43	0,46	+ 92
ASL	734	0,68	637	0,56	1371	0,62		0,23	+ 169

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 9 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per ipercolesteremie



3.11 Esenti per asma di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per asma 697 persone, di cui 337 maschi e 360 femmine. Il tasso di prevalenza medio è di 0.31 per 100 abitanti nei maschi, 0.32 nelle femmine, 0.31 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 0.71 del Distretto 72 al 0.15 dei Distretti 70 e 78, nelle femmine va dal 0.68 del Distretto 69 al 0.08 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 115% si riscontra nel Distretto 72, lo scostamento massimo negativo, -64 % nel Distretto 78 (Tabella 12).

Il tasso complessivo del Distretto 72 è di 6 volte maggiore di quello del Distretto 78.

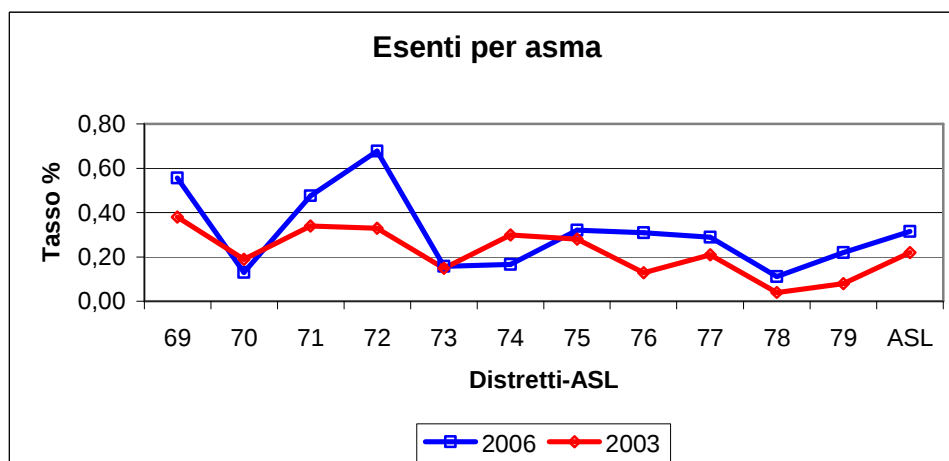
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per tutti i Distretti un incremento: il Distretto 78 con il + 181% ha l'incremento più alto e il Distretto 74 con il -44% ha il decremento più alto; l'ASL mostra un incremento pari al + 43% (Figura 10).

Tabella 12 - Esenti per asma di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio .Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	42	0,43	67	0,68	109	0,56	+ 77	0,38	+ 47
70	17	0,15	14	0,12	31	0,13	- 58	0,19	- 31
71	42	0,44	53	0,51	95	0,48	+ 51	0,34	+ 40
72	69	0,71	63	0,65	132	0,68	+ 115	0,33	+ 105
73	22	0,16	23	0,16	45	0,16	- 50	0,15	+ 5
74	12	0,16	13	0,17	25	0,17	- 47	0,3	- 44
75	34	0,28	44	0,36	78	0,32	+ 2	0,28	+ 15
76	49	0,39	29	0,23	78	0,31	- 2	0,13	+ 138
77	24	0,25	33	0,33	57	0,29	- 8	0,21	+ 38
78	7	0,15	4	0,08	11	0,11	- 64	0,04	+181
79	19	0,24	17	0,20	36	0,22	- 30	0,08	+175
ASL	337	0,31	360	0,32	697	0,31		0,22	+ 43

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 10 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per asma



3.12 Esenti per colite ulcerosa e Morbo di Crohn di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per colite ulcerosa e Morbo di Crohn 527 persone, di cui 322 maschi e 205 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 0,30 per 100 abitanti nei maschi, 0,18 nelle femmine, 0,24 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 0,42 del Distretto 78 al 0,23 del Distretto 76, nelle femmine va dal 0,26 del Distretto 71 al 0,12 del Distretto 73.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 38% si riscontra nel Distretto 78, lo scostamento massimo negativo, - 14% nel Distretto 73 (Tabella 13).

Il tasso complessivo del Distretto 78 è di 1,6 volte maggiore di quello del Distretto 73.

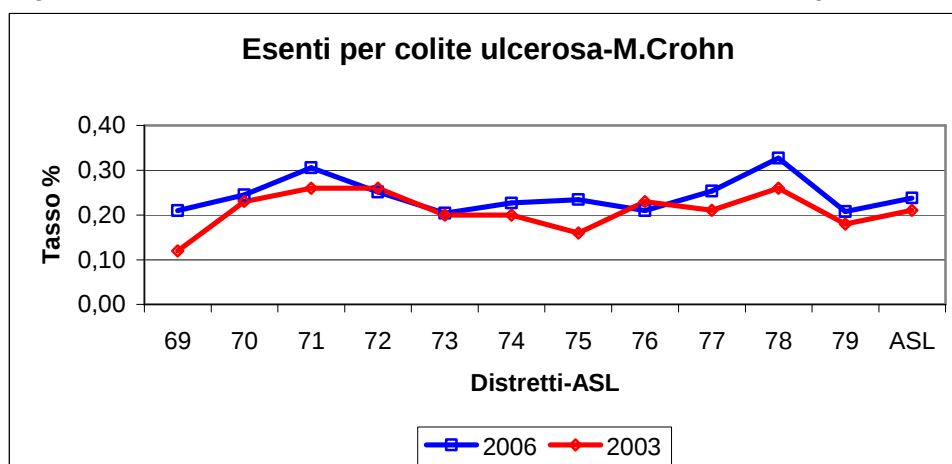
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 69 con il + 75% l'incremento maggiore mentre il Distretto 72 con il - 3% mostra il maggiore decremento, il Distretto 73 resta stabile; l'ASL mostra un incremento pari al +13%(Figura 11) .

Tabella 13 - Esenti per colite ulcerosa e malattia di Crohn di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio) .Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	24	0,25	17	0,17	41	0,21	- 12	0,12	+75
70	40	0,35	18	0,15	58	0,25	+ 3	0,23	+7
71	34	0,35	27	0,26	61	0,31	+ 29	0,26	+18
72	26	0,27	23	0,24	49	0,25	+ 6	0,26	- 3
73	40	0,29	18	0,12	58	0,20	- 14	0,20	0
74	22	0,30	12	0,16	34	0,23	- 5	0,20	+ 14
75	35	0,29	22	0,18	57	0,23	- 1	0,16	+46
76	28	0,23	25	0,19	53	0,21	- 12	0,23	- 9
77	33	0,34	17	0,17	50	0,25	+ 7	0,21	+21
78	20	0,42	12	0,24	32	0,33	+ 38	0,26	+ 26
79	20	0,25	14	0,17	34	0,21	- 13	0,18	+15
ASL	322	0,30	205	0,18	527	0,24		0,21	+13

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 11- Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per colite ulcerosa e M.Crohn



3.13 Esenti per cirrosi epatica e biliare di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per cirrosi epatica e biliare 273 persone, di cui 164 maschi e 109 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 0.15 per 100 abitanti nei maschi, 0.10 nelle femmine, 0.12 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 0.26 dei Distretti 69 e 70 al 0.06 del Distretto 76, nelle femmine va dal 0.19 del Distretto 70 a 0.00 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 82% si riscontra nel Distretto 70, lo scostamento massimo negativo, - 6% nel Distretto 79 (Tabella 14).

Il tasso complessivo del Distretto 70 è di 5,5 volte maggiore di quello del Distretto 78.

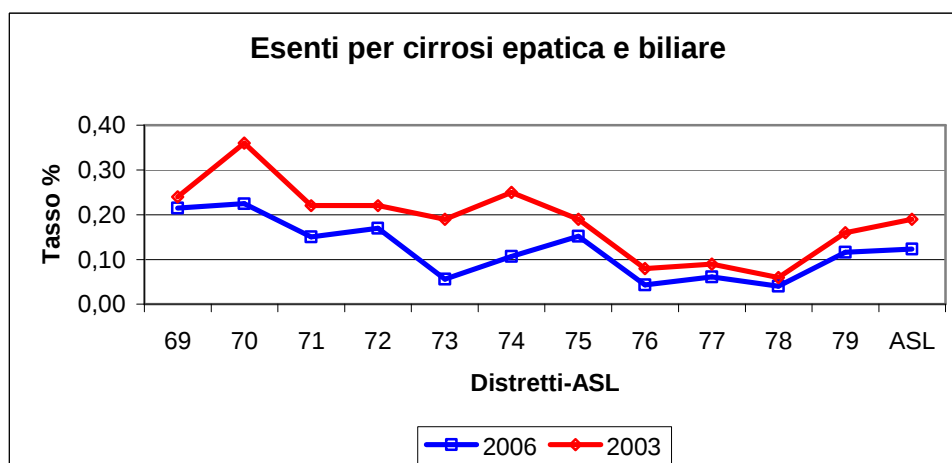
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per tutti i Distretti un decremento: il Distretto 74 con il - 57% ha il decremento più alto e il Distretto 69 con il -11% ha il decremento più basso; l'ASL mostra un decremento pari al -35%(Fig. 12)

Tabella 14- Esenti per cirrosi epatica -cirrosi biliare di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio .Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	25	0,26	17	0,17	42	0,21	+ 74	0,24	- 11
70	30	0,26	23	0,19	53	0,22	+ 82	0,36	- 38
71	23	0,24	7	0,07	30	0,15	+ 22	0,22	- 32
72	16	0,16	17	0,17	33	0,17	+ 38	0,22	- 23
73	10	0,07	6	0,04	16	0,06	- 54	0,19	- 70
74	8	0,11	8	0,10	16	0,11	- 13	0,25	- 57
75	22	0,18	15	0,12	37	0,15	+ 23	0,19	- 20
76	7	0,06	4	0,03	11	0,04	- 65	0,08	- 46
77	9	0,09	3	0,03	12	0,06	- 51	0,09	- 32
78	4	0,08	0	0,00	4	0,04	- 67	0,06	- 32
79	10	0,12	9	0,11	19	0,12	- 6	0,16	- 28
ASL	164	0,15	109	0,10	273	0,12		0,19	- 35

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 12 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per cirrosi epatica -cirrosi biliare



3.14 Esenti per insufficienza renale cronica di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per insufficienza renale cronica 287 persone, di cui 171 maschi e 116 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 0.16 per 100 abitanti nei maschi, 0.10 nelle femmine, 0.13 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 0.21 del Distretto 77 a 0.10 del Distretto 69, nelle femmine va dal 0.77 del Distretto 77 al 0.01 del Distretto 79.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 65% si riscontra nel Distretto 77, lo scostamento massimo negativo, -43% nel Distretto 79 (Tabella 15).

Il tasso complessivo del Distretto 77 è di 2,9 volte maggiore di quello del Distretto 79.

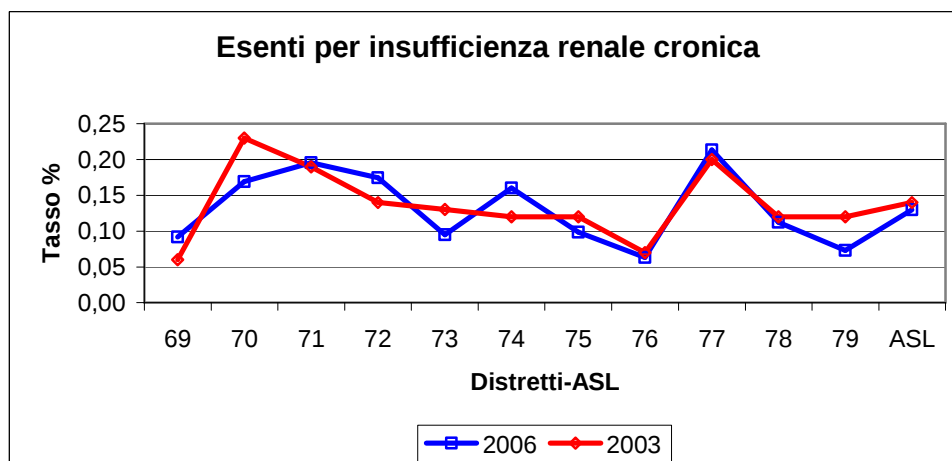
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 69 con il + 53% l'incremento maggiore mentre il Distretto 79 con il - 39% mostra il maggiore decremento; l'ASL mostra un decremento pari al - 7% (Figura 13).

Tabella 15 - Esenti per insufficienza renale cronica di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio .Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	10	0,10	8	0,08	18	0,09	- 29	0,06	+ 53
70	23	0,20	17	0,14	40	0,17	+ 31	0,23	- 26
71	23	0,24	16	0,16	39	0,20	+ 51	0,19	+ 3
72	19	0,20	15	0,15	34	0,17	+ 35	0,14	+25
73	17	0,12	10	0,07	27	0,09	- 27	0,13	- 27
74	14	0,19	10	0,13	24	0,16	+ 24	0,12	+ 34
75	15	0,12	9	0,07	24	0,10	- 24	0,12	- 18
76	13	0,10	3	0,02	16	0,06	- 51	0,07	- 10
77	20	0,21	22	0,22	42	0,21	+ 65	0,20	+ 7
78	6	0,13	5	0,10	11	0,11	- 13	0,12	- 6
79	11	0,14	1	0,01	12	0,07	- 43	0,12	- 39
ASL	171	0,16	116	0,10	287	0,13		0,14	- 7

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 13 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per insufficienza renale cronica



3.15 Esenti per artrite reumatoide di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per artrite reumatoide 442 persone, di cui 103 maschi e 339 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 0,09 per 100 abitanti nei maschi, 0,30 nelle femmine, 0,20 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 0,21 del Distretto 72 a 0,04 del Distretto 78, nelle femmine va dal 0,49 del Distretto 71 a 0,14 dei Distretti 69 e 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 55% si riscontra nel Distretto 77, lo scostamento massimo negativo, -54% nel Distretto 78 (Tabella 16).

Il tasso complessivo del Distretto 77 è di 3,4 volte maggiore di quello del Distretto 78.

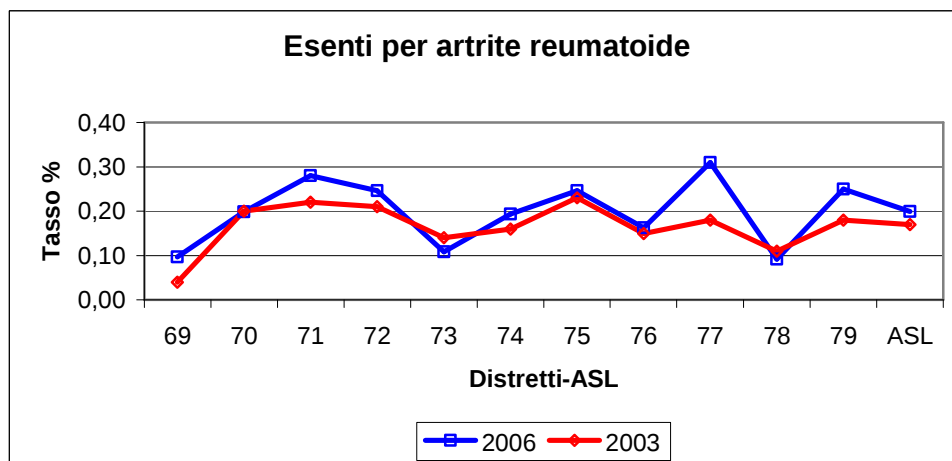
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 69 con il + 143% l'incremento maggiore mentre il Distretto 73 con il - 22% mostra il maggiore decremento, il tasso del Distretto 70 resta stabile; l'ASL mostra un incremento pari al +17% (Figura 14).

Tabella 16 - Esenti per artrite reumatoide di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio .Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	5	0,05	14	0,14	19	0,10	- 51	0,04	+ 143
70	11	0,10	36	0,30	47	0,20	0	0,20	0
71	5	0,05	51	0,49	56	0,28	+ 41	0,22	+ 28
72	20	0,21	28	0,29	48	0,25	+ 24	0,21	+ 17
73	10	0,07	21	0,15	31	0,11	- 45	0,14	- 22
74	7	0,10	22	0,29	29	0,19	- 3	0,16	+ 21
75	9	0,07	51	0,41	60	0,25	+ 24	0,23	+ 7
76	11	0,09	30	0,23	41	0,16	- 19	0,15	+ 8
77	13	0,14	48	0,48	61	0,31	+ 55	0,18	+ 72
78	2	0,04	7	0,14	9	0,09	- 54	0,11	- 16
79	10	0,12	31	0,37	41	0,25	+ 25	0,18	+ 39
ASL	103	0,09	339	0,30	442	0,20		0,17	+ 17

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 14 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per artrite reumatoide



3.16 Esenti per epilessia di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per epilessia 480 persone, di cui 233 maschi e 247 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 0.21 per 100 abitanti nei maschi, 0.22 nelle femmine, 0.22 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 0.42 del Distretto 72 a 0.10 del Distretto 70, nelle femmine va dal 0.41 del Distretto 72 a 0.10 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 92% si riscontra nel Distretto 72, lo scostamento massimo negativo, -48% nel Distretto 78 (Tabella 17).

Il tasso complessivo del Distretto 72 è di 3,7 volte maggiore di quello del Distretto 78.

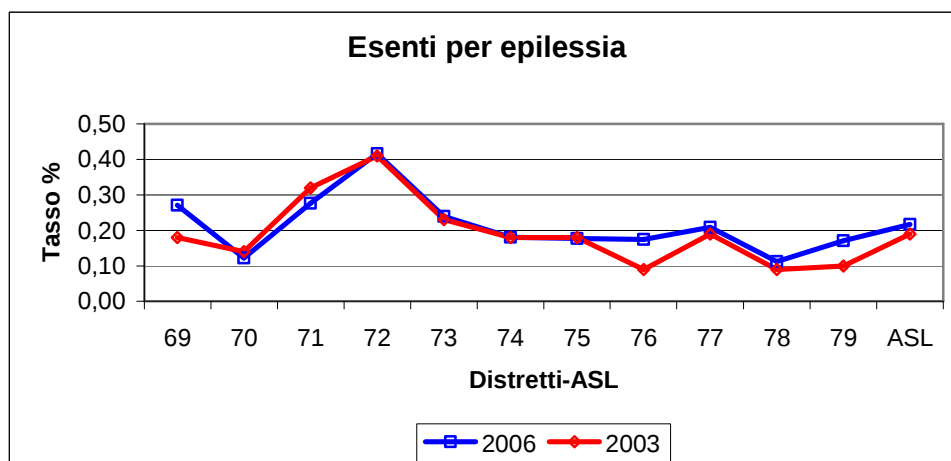
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 79 con il + 71% l'incremento maggiore mentre il Distretto 71 con il - 14% mostra il maggiore decremento; l'ASL mostra un incremento pari al + 17%(Figura 15).

Tabella 17 - Esenti per epilessia di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio .Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	20	0,21	33	0,33	53	0,27	+ 25	0,18	+50
70	12	0,10	17	0,14	29	0,12	- 43	0,14	- 12
71	23	0,24	32	0,31	55	0,28	+ 27	0,32	- 14
72	41	0,42	40	0,41	81	0,42	+ 92	0,41	+ 1
73	28	0,20	40	0,28	68	0,24	+ 10	0,23	+ 4
74	12	0,16	15	0,20	27	0,18	- 17	0,18	0
75	27	0,22	16	0,13	43	0,18	- 18	0,18	0
76	24	0,19	20	0,16	44	0,17	- 20	0,09	+94
77	26	0,27	15	0,15	41	0,21	- 4	0,19	+10
78	6	0,13	5	0,10	11	0,11	- 48	0,09	+25
79	14	0,17	14	0,17	28	0,17	- 21	0,10	+ 71
ASL	233	0,21	247	0,22	480	0,22		0,19	+ 14

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 15 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per epilessia



3.17 Esenti per psoriasi di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per psoriasi 425 persone, di cui 208 maschi e 217 femmine.

Il tasso di prevalenza medio di 0.19 per 100 abitanti è identico nei maschi, nelle femmine, e nei maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 0.25 dei Distretti 69 e 78 a 0.05 del Distretto 74, nelle femmine va dal 0.29 dei Distretti 72 e 77 a 0.07 del Distretto 74.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 30% si riscontra nel Distretto 75, lo scostamento massimo negativo, -70% nel Distretto 74 (Tabella 18).

Il tasso complessivo del Distretto 75 è di 4.1 volte maggiore di quello del Distretto 74.

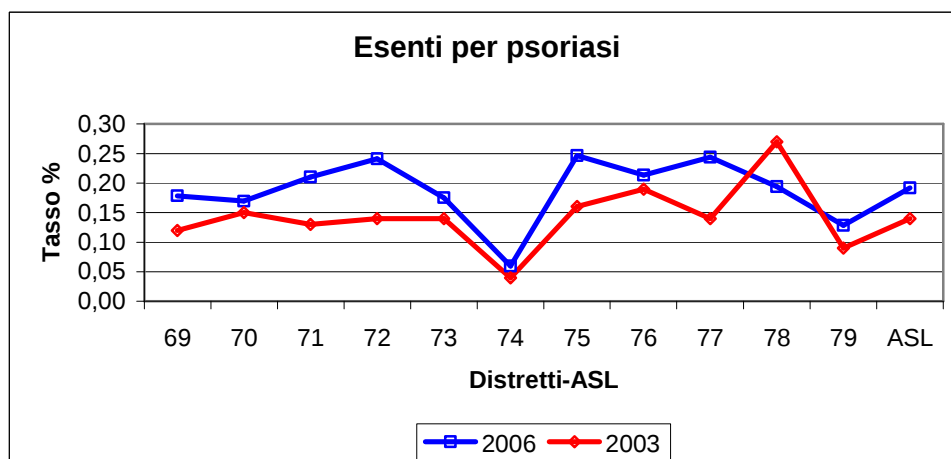
Il confronto tra i tassi degli anni 2003 e 2006, mostra per il Distretto 77 con il + 74% l'incremento maggiore mentre il Distretto 78 con il - 28% mostra il maggiore decremento; l'ASL mostra un incremento pari al + 37% (Figura 16).

Tabella 18- Esenti per psoriasi di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio. Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M+F	Tasso 2006	Scarto% dalla media	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	24	0,25	11	0,11	35	0,18	- 7	0,12	+49
70	16	0,14	24	0,20	40	0,17	- 12	0,15	+13
71	21	0,22	21	0,20	42	0,21	+ 10	0,13	+62
72	19	0,20	28	0,29	47	0,24	+ 26	0,14	+72
73	24	0,17	26	0,18	50	0,18	- 8	0,14	+25
74	4	0,05	5	0,07	9	0,06	- 70	0,04	+50
75	29	0,24	31	0,25	60	0,25	+ 30	0,16	+54
76	28	0,23	26	0,20	54	0,21	+ 11	0,19	+ 13
77	20	0,21	28	0,29	48	0,24	+ 27	0,14	+ 74
78	12	0,25	7	0,14	19	0,19	+1	0,27	- 28
79	11	0,14	10	0,12	21	0,13	- 33	0,09	+ 42
ASL	208	0,19	217	0,19	425	0,19		0,14	+ 37

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

Figura 16 - Confronto tassi anno 2006 e 2003 esenti per psoriasi



3.18 Esenti per tiroidite di Hashimoto di età inferiore a 65 anni

Sono esenti per tiroidite di Hashimoto 1732 persone, di cui 154 maschi e 1578 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 0.14 per 100 abitanti nei maschi, 1.40 nelle femmine, 0.78 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 0.22 del Distretto 72 a 0.09 dei Distretti 70 e 71, nelle femmine va dal 2.27 del Distretto 72 a 0.88 del Distretto 69.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 60% si riscontra nel Distretto 72, lo scostamento massimo negativo, - 36% nei Distretti 69 e 70 (Tabella 19).

Il tasso complessivo del Distretto 72 di è 2,5 volte maggiore di quello del Distretto 70.

Tabella 19 - Esenti per tiroidite di Hashimoto di età inferiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti , scarto percentuale dal tasso medio 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	11	0,11	87	0,88	98	0,50	- 36
70	10	0,09	109	0,90	119	0,50	- 36
71	9	0,09	107	1,04	116	0,58	- 26
72	21	0,22	222	2,27	243	1,25	+ 60
73	25	0,18	286	1,97	311	1,09	+ 40
74	13	0,18	111	1,45	124	0,83	+ 6
75	18	0,15	145	1,18	163	0,67	- 14
76	18	0,14	126	0,98	144	0,57	- 27
77	16	0,17	179	1,77	195	0,99	+ 27
78	5	0,10	108	2,17	113	1,16	+ 48
79	8	0,10	98	1,17	106	0,65	- 17
ASL	154	0,14	1578	1,40	1732	0,78	

* il denominatore è la popolazione da 35 a 64 anni

4 Esenti per tutte le patologie di età eguale o superiore a 65 anni

Sono esenti per condizioni o malattie croniche invalidanti o malattie rare 22585 persone, di cui 9602 maschi e 12983 femmine.

La distribuzione di tali esenti per patologia, sesso e Distretto è riportata nella tabella 20.

Tabella 20 - Esenti per patologia di età > 65 anni, frequenza assoluta per patologia, sesso e Distretti

	DS 69		DS 70		DS 71		DS 72		DS 73		DS 74	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
002 Affezioni del sistema circolatorio	92	72	28	13	116	70	155	134	125	43	118	83
003 Anemia emolitica acqu autoimm.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
006 Artrite reumatoide	0	0	0	12	3	12	2	11	0	3	2	5
007 Asma	3	3	0	0	5	3	1	4	3	11	0	1
008 Cirrosi epatica,cirrosi biliare	6	15	21	25	9	12	6	8	6	9	9	26
009 Colite ulcerosa e M. di Crohn	0	1	1	4	0	4	2	0	1	1	1	1
011 Demenze	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
012 Diabete insipido	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
013 Diabete mellito	232	335	443	670	427	636	275	409	504	712	342	412
016 Epatite cronica attiva	47	39	152	164	53	62	58	58	33	33	71	68
017 Epilessia	0	1	0	1	0	2	2	4	4	1	1	1
018 Fibrosi cistica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
019 Glaucoma	2	2	7	15	10	20	9	4	7	8	10	10
021 Insufficienza cardiaca	5	4	10	8	15	8	22	23		3	3	2
022 Insuff corticosurrenalica cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
023 Insufficienza renale cronica	7	4	13	9	8	4	10	7	4	3	13	7
024 Insufficienza respiratoria cron.	10	2	22	4	7	3	10	4	7	2	3	0
025 Ipercolesteremie	1	0	8	14	8	16	11	17	3	9	5	13
026 Iper e ipotiroidismo	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0
027 Ipotiroidismo cong.ed acquisito	1	0	0	2	8	9	3	7	6	8	0	4
028 Lupus e.s.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
029 Mal. Alzheimer	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
030 Mal. Sjogren	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
031 Ipertensione arteriosa	210	336	457	773	536	881	334	527	339	589	298	462
034 Miastenia grave	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
035 Ipertiroidismo ,Morbo Basedow	2	4	1	3	1	6	5	3	5	4	6	5
037 Morbo Paget	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
038 M.Parkinson Mal. Extrapiramidali	3	1	4	2	3	3	2	2	3	0	4	2
042 Pancreatite cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
044 Psicosi	0	1	0	1	2	3	1	1	2	0	1	2
045 Psoriasi	4	1	2	0	1	0	2	5	5	3	4	1
047 Sclerosi sistemica	0	1	0	0	0	1		0	0	2	0	0
048 Neoplasie maligne	36	35	30	22	55	42	47	48	54	58	41	32
049 Pluripatol. con riduz autonomia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
050 Soggetti in attesa trapianti	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
052 Soggetti sottoposti a trapianto	1	1	2	1	2	1	1	1	0	0	1	0
053 Soggetti sottoposti trap. Cornea	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
054 Spondilite anchilosante	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
055 Tubercolosi(attiva bacillifera)	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
056 Tiroidite Hashimoto	0	0	0	2	0	3	2	0	4	5	0	2
Malattie Rare	0	0	0	0	0	4	3	1	1	0	2	0
TOTALE	662	860	1204	1748	1281	1808	964	1278	1119	1510	934	1141

Tabella 20 - Esenti per patologia di età > 65 anni, frequenza assoluta per patologia, sesso e Distretti

		DS 75		DS 76		DS 77		DS 78		DS 79		ASL NA 4	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
002	Affezioni del sistema circolatorio	139	80	109	60	107	69	20	4	72	35	1081	663
003	Anemia emolitica acqu autoimm.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
006	Artrite reumatoide	1	8	1	3	2	7	1	1	3	5	15	67
007	Asma	11	5	0	1	2	4	0	0	1	0	26	32
008	Cirrosi epatica,cirrosi biliare		9	3	6	1	3	3	3	14	10	78	126
009	Colite ulcerosa e M. di Crohn	3	2	4	2	2	1	0	0	0	0	14	16
011	Demenze	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3
012	Diabete insipido	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
013	Diabete mellito	359	591	321	489	267	426	71	106	183	248	3424	5034
016	Epatite cronica attiva	51	66	60	64	48	70	16	11	45	63	634	698
017	Epilessia	2	1	0	0	2	1	0	0	1	0	12	12
018	Fibrosi cistica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
019	Glaucoma	9	7	6	4	5	5	0	0	5	4	70	79
021	Insufficienza cardiaca	7	4	3	2	2	0	0	0	12	9	79	63
022	Insuff corticosurrenalica cronica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
023	Insufficienza renale cronica	10	4	2	4	6	8	3	2	3	3	79	55
024	Insufficienza respiratoria cron.	8	5	4	0	6	3	2	2	13	0	92	25
025	Ipercolesteremie	16	28	5	5	7	10	1	1	12	11	77	124
026	Iper e ipotiroidismo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4	2
027	Ipotiroidismo cong.ed acquisito	2	8	6	12	3	5	2	1	2	2	33	58
028	Lupus e.s.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
029	Mal. Alzheimer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
030	Mal. Sjogren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
031	Ipertensione arteriosa	299	598	369	515	252	386	18	32	206	285	3318	5384
034	Miastenia grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
035	Ipertiroidismo ,Morbo Basedow	3	6	2	8	5	8	1	1	1	5	32	53
037	Morbo Paget	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
038	M.Parkinson Mal. Extrapiramidali	6	1	0	0	8	6	0	1	1	0	34	18
042	Pancreatite cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
044	Psicosi	2	1	0	1	0	1	0	0	1	1	9	12
045	Psoriasi	7	5	6	3	2	5	0	2	2	0	35	25
047	Sclerosi sistemica	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6
048	Neoplasie maligne	32	24	31	37	57	47	7	3	16	16	406	364
049	Pluripatol. con riduz autonomia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
050	Soggetti in attesa trapianti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
052	Soggetti sottoposti a trapianto	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	11	4
053	Soggetti sottoposti trap. Cornea	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1
054	Spondilite anchilosante	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	3
055	Tubercolosi(attiva bacillifera)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
056	Tiroidite Hashimoto	0	1	0	1	0	5	0	1	0	2	6	22
	Malattie Rare	3	1	2	0	0	3	0	0	4	5	14	15
	TOTALE	972	1460	936	1219	787	1078	146	171	598	710	9602	12983

Il tasso di prevalenza medio è di 32.64 per 100 abitanti nei maschi, 32.71 nelle femmine, 32.68 per maschi e femmine assieme (Tabella 21).

Il range dei tassi nei maschi va dal 52.82 del Distretto 72 a 10.72 del Distretto 78, nelle femmine va dal 52.46 del Distretto 72 a 8.66 del Distretto 78, in maschi e femmine insieme da 52.62 del Distretto 72 a 9.50 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 61% si riscontra nel Distretto 72, lo scostamento massimo negativo, - 71% nel Distretto 78.

Il tasso complessivo del Distretto 72 è di 6 volte maggiore di quello del Distretto 78.

Tabella 21 - Esenti per tutte le patologie di età eguale o superiore a 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio.

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	662	28,91	860	27,74	1522	28,24	- 14
70	1204	36,55	1748	38,79	2952	37,85	+16
71	1281	47,32	1808	50,55	3089	49,16	+ 50
72	964	52,82	1278	52,46	2242	52,62	+ 61
73	1119	24,66	1510	23,73	2629	24,11	- 26
74	934	38,79	1141	35,37	2075	36,83	+ 13
75	972	37,70	1460	42,48	2432	40,43	+ 24
76	936	26,96	1219	27,45	2155	27,23	- 17
77	786	28,90	1078	28,54	1864	28,69	- 12
78	146	10,72	171	8,66	317	9,50	- 71
79	598	26,84	710	24,92	1308	25,76	- 21
ASL	9602	32,64	12983	32,71	22585	32,68	

* il denominatore è la popolazione over 65 anni

4.1 Le patologie causa di esenzione più frequente

La patologia causa di esenzione più frequente è l'ipertensione arteriosa con 8702 soggetti 38.5% del totale delle esenzioni, seguita dal diabete con 8458 soggetti, 37.4%, dalle affezioni del sistema cardiocircolatorio con 1744 soggetti, 7.7%, dall'epatite cronica attiva con 1332 soggetti, 5.9%, dalle neoplasie maligne con 770 soggetti, 3.4%; le prime cinque patologie costituiscono il 92.9% delle esenzioni (Tabella 22).

Tabella 22 - Le patologie causa di esenzione più frequenti in soggetti di età superiore a 65 anni : numero , percentuale semplice e cumulativa , tasso* per 100 abitanti

Patologia	Numero	% semplice	% cumulativa	Tasso 2006
Iperensione arteriosa	8702	38,5	38,5	12,6
Diabete mellito	8458	37,4	75,9	12,2
Affezioni del sistema circolatorio	1744	7,7	83,6	2,5
Epatite cronica attiva	1332	5,9	89,5	1,9
Neoplasie maligne	770	3,4	92,9	1,1
Ipercolesteremie	201	1,0	93,8	0,3
Altre malattie	1378	6,1	100,0	2,0

* il denominatore è la popolazione over 65 anni

4.2 Esenti per ipertensione arteriosa di età eguale o superiore a 65 anni

Sono esenti per ipertensione arteriosa 8702 persone, di cui 3318 maschi e 5384 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 11.28 per 100 abitanti nei maschi, 13.57 nelle femmine, 12.59 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 19.80 del Distretto 71 a 1.32 del Distretto 78, nelle femmine va da 24.63 del Distretto 71 a 1.62 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 80% si riscontra nel Distretto 71, lo scostamento massimo negativo, -88% nel Distretto 78 (Tabella 23) .

Il tasso complessivo del Distretto 71 è di 13 volte maggiore di quello del Distretto 78.

Tabella 23 - Esenti per ipertensione arteriosa di età superiore a 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio.

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	210	9,17	336	10,84	546	10,13	- 20
70	457	13,87	773	17,15	1230	15,77	+ 25
71	536	19,80	881	24,63	1417	22,55	+ 80
72	334	18,30	527	21,63	861	20,21	+ 61
73	339	7,47	589	9,26	928	8,51	- 32
74	298	12,38	462	14,32	760	13,49	+ 7
75	299	11,60	598	17,40	897	14,91	+ 18
76	369	10,63	515	11,60	884	11,17	- 12
77	252	9,26	386	10,22	638	9,82	- 22
78	18	1,32	32	1,62	50	1,50	- 88
79	206	9,25	285	10,00	491	9,67	- 23
ASL	3318	11,28	5384	13,57	8702	12,59	

* il denominatore è la popolazione over 65 anni

4.3 Esenti per diabete mellito di età eguale o superiore a 65 anni

Sono esenti per diabete mellito 8458 persone, di cui 3424 maschi e 5034 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 11.64 per 100 abitanti nei maschi, 12.68 nelle femmine, 12.24 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 15.77 del Distretto 71 a 5.21 del Distretto 78, nelle femmine va dal 17.78 del Distretto 71 a 5.37 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL , + 38 % si riscontra nel Distretto 71 , lo scostamento massimo negativo , - 57 % nel Distretto 78 (Tabella 24).

Il tasso complessivo del Distretto 71 è di 3 volte maggiore di quello del Distretto 78.

Tabella 24 - Esenti per diabete mellito di età superiore a 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio.

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	232	10,13	335	10,81	567	10,52	- 14
70	443	13,45	670	14,87	1113	14,27	+ 17
71	427	15,77	636	17,78	1063	16,92	+ 38
72	275	15,07	409	16,79	684	16,05	+ 31
73	504	11,11	712	11,19	1216	11,15	- 9
74	342	14,20	412	12,77	754	13,38	+ 9
75	359	13,93	591	17,20	950	15,79	+ 29
76	321	9,25	489	11,01	810	10,24	- 16
77	267	9,82	426	11,28	693	10,67	- 13
78	71	5,21	106	5,37	177	5,30	- 57
79	183	8,21	248	8,70	431	8,49	- 31
ASL	3424	11,64	5034	12,68	8458	12,24	

* il denominatore è la popolazione over 65 anni

4.4 Esenti per epatite cronica di età eguale o superiore a 65 anni

Sono esenti per epatite cronica 1332 persone, di cui 634 maschi e 698 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 2.15 per 100 abitanti nei maschi, 1.76 nelle femmine, 1.93 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 4.61 del Distretto 70 a 0.73 del Distretto 73, nelle femmine va da 3.64 del Distretto 70 a 0.52 del Distretto 73.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 109% si riscontra nel Distretto 70, lo scostamento massimo negativo, -58% nel Distretto 78 (Tabella).

Il tasso complessivo del Distretto 70 di è 7 volte maggiore di quello del Distretto 73.

Tabella 25 - Esenti per epatite cronica attiva di età superiore a 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio.

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	47	2,05	39	1,26	86	1,60	- 17
70	152	4,61	164	3,64	316	4,05	+ 109
71	53	1,96	62	1,73	115	1,83	- 5
72	58	3,18	58	2,38	116	2,72	+ 41
73	33	0,73	33	0,52	66	0,61	- 68
74	71	2,95	68	2,11	139	2,47	+ 30
75	51	1,98	66	1,92	117	1,95	+ 1
76	60	1,73	64	1,44	124	1,57	- 18
77	48	1,76	70	1,85	118	1,82	- 6
78	16	1,17	11	0,56	27	0,81	- 58
79	45	2,02	63	2,21	108	2,13	+ 11
ASL	634	2,15	698	1,76	1332	1,93	

* il denominatore è la popolazione over 65 anni

4.5 Esenti per le affezioni del sistema circolatorio di età eguale o superiore a 65 anni

Sono esenti per affezioni del sistema circolatorio 1744 persone, di cui 1081 maschi e 663 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 3.67 per 100 abitanti nei maschi, 1.67 nelle femmine, 2.52 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 8.49 del Distretto 72 a 0.85 del Distretto 70, nelle femmine va dal 5.50 del Distretto 72 a 0.20 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 169% si riscontra nel Distretto 72, lo scostamento massimo negativo, - 79% nel Distretto 70 (Tabella 26).

Il tasso complessivo del Distretto 72 è di 7 volte maggiore di quello del Distretto 70.

Tabella 26 - Esenti per affezioni del sistema circolatorio di età superiore a 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio.

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M+F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	92	4,02	72	2,32	164	3,04	+ 20
70	28	0,85	13	0,29	41	0,53	- 79
71	116	4,29	70	1,96	186	2,96	+ 17
72	155	8,49	134	5,50	289	6,78	+ 169
73	125	2,75	43	0,68	168	1,54	- 39
74	118	4,90	83	2,57	201	3,57	+ 42
75	139	5,39	80	2,33	219	3,64	+ 44
76	109	3,14	60	1,35	169	2,14	- 15
77	107	3,93	69	1,83	176	2,71	+ 8
78	20	1,47	4	0,20	24	0,72	- 71
79	72	3,23	35	1,23	107	2,11	- 16
ASL	1081	3,67	663	1,67	1744	2,52	

* il denominatore è la popolazione over 65 anni

4.6 Esenti per neoplasie maligne di età eguale o superiore a 65 anni

Sono esenti per neoplasie maligne 770 persone, di cui 406 maschi e 364 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 1.38 per 100 abitanti nei maschi, 0.92 nelle femmine, 1.11 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi nei maschi va dal 2.58 del Distretto 72 a 0.51 del Distretto 78, nelle femmine va dal 1.97 del Distretto 72 a 0.15 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 101% si riscontra nel Distretto 72, lo scostamento massimo negativo, - 73% nel Distretto 78 (Tabella 27).

Il tasso complessivo del Distretto 72 è di 7 volte maggiore di quello del Distretto 78.

Tabella 27 - Esenti per neoplasie maligne di età superiore a 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio.

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	36	1,57	35	1,13	71	1,32	+ 19
70	30	0,91	22	0,49	52	0,67	- 40
71	55	2,03	42	1,17	97	1,54	+ 39
72	47	2,58	48	1,97	95	2,23	+ 101
73	54	1,19	58	0,91	112	1,03	- 7
74	41	1,70	32	0,99	73	1,30	+ 17
75	32	1,24	24	0,70	56	0,93	- 16
76	31	0,89	37	0,83	68	0,86	- 23
77	57	2,10	47	1,24	104	1,60	+ 44
78	7	0,51	3	0,15	10	0,30	- 73
79	16	0,72	16	0,56	32	0,63	- 43
ASL	406	1,38	364	0,92	770	1,11	

* il denominatore è la popolazione over 65 anni

4.7 Esenti per ipercolesteremia di età eguale o superiore a 65 anni

Sono esenti per ipercolesteremia 201 persone, di cui 77 maschi e 124 femmine.

Il tasso di prevalenza medio è di 0.26 per 100 abitanti nei maschi, 0.31 nelle femmine, 0.29 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi: nei maschi va dal 0.04 del Distretto 75 a 0.26 del Distretto 69, nelle femmine va dal 0.00 del Distretto 75 a 0.81 del Distretto 72.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 151% si riscontra nel Distretto 75, lo scostamento massimo negativo, - 93% nel Distretto 69 (Tabella 28).

Il tasso complessivo del Distretto 75 è di 35 volte maggiore di quello del Distretto 69.

Tabella 28 - Esenti per ipercolesterolemie di età superiore ai 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio .

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	1	0,04	0	0,00	1	0,02	- 93
70	8	0,24	14	0,31	22	0,28	- 3
71	8	0,30	16	0,45	24	0,38	+ 31
72	11	0,60	17	0,70	28	0,66	+ 127
73	3	0,07	9	0,14	12	0,11	- 62
74	5	0,21	13	0,40	18	0,32	+ 10
75	16	0,62	28	0,81	44	0,73	+ 151
76	5	0,14	5	0,11	10	0,13	- 55
77	7	0,26	10	0,26	17	0,26	- 10
78	1	0,07	1	0,05	2	0,06	- 79
79	12	0,54	11	0,39	23	0,45	+ 55
ASL	77	0,26	124	0,31	201	0,29	

* il denominatore è la popolazione over 65 anni

5 Esenti per invalidità di tutte le età

Risultano esenti per invalidità 27702 persone, di cui 13517 maschi e 14185 femmine.

La distribuzione di tali esenti per invalidità, sesso e Distretto è riportata nella tab. 29.

Le tipologie di invalidità più frequenti nell'ASL sono (tabella 29):

- l'invalidità civile superiore ai 2/3 con 9400 persone, 33.9% del totale, con un range che va dal valore più alto del Distretto 69, 39.2%, al valore più basso del Distretto 78, 28.5 %;
- l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento con 6784 persone, 24.5% del totale, con un range che va dal valore più alto del Distretto 77, 32.2%, al valore più basso del Distretto 72, 19.6%;
- l'invalidità civile al 100% con 6527 persone, 23.6% del totale, con un range che va dal valore più alto del Distretto 76, 29.1%, al valore più basso del Distretto 73, 15.0%;

Il tasso di prevalenza medio è di 4.87 per 100 abitanti nei maschi, 4.91 nelle femmine, 4.89 per maschi e femmine assieme (Tab 30).

Il range dei tasso per 100 abitanti :

- nei maschi va dal 6.62 del Distretto 69 a 2.45 del Distretto 78,
- nelle femmine va dal 7.29 del Distretto 69 a 2.00 del Distretto 78 ,
- in maschi e femmine insieme da 6.96 del Distretto 69 a 2.2 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 42% si riscontra nel Distretto 69, lo scostamento massimo negativo, -55% nel Distretto 78.

Il confronto tra i tassi degli anni 2006 e 2003, mostra per tutti i Distretti un incremento: Il Distretto 69 con il + 196% ha l'incremento maggiore mentre il Distretto 72 con il + 48% ha il minore; l'ASL mostra un incremento pari al + 91% .

Tabella 30- Tutti gli esenti per invalidità : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio. Confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2003 e 2006

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla med. tasso 2006	Tasso 2003	Differenza % 2006/2003
69	1714	6,62	1960	7,29	3674	6,96	+ 42	2,35	+ 196
70	1539	5,24	1786	5,78	3325	5,52	+ 13	2,86	+ 93
71	1362	5,76	1566	6,22	2928	5,99	+ 23	3,46	+ 73
72	939	3,80	924	3,63	1863	3,72	- 24	2,51	+ 48
73	1544	4,38	1355	3,66	2899	4,01	- 18	2,57	+ 56
74	973	5,31	751	3,90	1724	4,59	- 6	2,84	+ 61
75	1500	4,93	1546	4,96	3046	4,95	+ 1	2,37	+ 109
76	1757	5,64	2104	6,53	3861	6,09	+ 25	3,26	+ 87
77	1040	4,13	1160	4,43	2200	4,29	-12	2,07	+ 107
78	305	2,45	260	2,00	565	2,22	- 55	1,27	+ 75
79	844	4,03	773	3,54	1617	3,78	- 23	1,75	+ 116
ASL	13517	4,87	14185	4,91	27702	4,89		2,56	+ 91

* il numeratore è dato dalla popolazione totale

Tabella 29 Esenti per invalidità per tutte le età : frequenza assoluta

	69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		ASL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Civili 100%	349	476	342	549	312	485	182	271	174	262	149	172	345	427	471	651	209	225	48	73	151	204	2732	3795
Civili + ccompagnamento	371	537	306	470	226	350	162	203	358	524	179	223	307	418	336	486	260	448	79	86	208	247	2792	3992
Civili superiore a 2/3	581	858	436	663	361	618	255	366	426	441	228	283	507	594	528	846	363	406	78	83	223	256	3986	5414
Minori Legge 289/90	55	52	41	29	64	55	67	37	30	26	15	22	62	55	46	45	33	43	7	5	28	27	448	396
Ciechi	2	4	12	18	11	18	11	19	14	19	10	11	14	9	18	25	17	16	5	3	17	17	131	159
Sordomuti	8	9	21	17	13	9	13	10	18	9	16	19	22	12	16	18	10	8	5	6	10	10	152	127
Guerra 1-5	18	1	3	1	6	1	10	0	28	1	16	2	4	0	8	1	13	0	3	1	7	0	116	8
Guerra 6-8	22	2	4	1	14	1	2	0	7	0	14	2	6	0	4	0	1	0	0	0	11	2	85	8
Invalidi lavoro 80- 100%	4	0	5	0	6	2	4	2	10	5	6	0	5	5	6	0	0	0	0	0	6	0	52	14
Inval lav sup 2/3 (67-79)	5	1	2	0	1	0	1	0	25	20	5	2	7	11	3	1	2	0	1	0	7	3	59	38
Inval lav inf 2/3	43	2	134	21	18	1	96	8	104	17	93	8	61	3	145	21	1	0	6	0	15	1	716	82
Infortuni lavoro/ malattie professionali	66	6	19	1	206	17	14	1	21	5	13	2	106	9	12	3	48	9	11	0	46	3	562	56
Pazienti L,210	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3
Invalidi servizio 1-5	35	1	7	0	8	1	5	0	37	3	28	1	10	1	15	0	9	1	11	0	10	1	175	9
Invalidi .servizio 6-8	152	8	204	12	115	7	115	7	292	23	201	4	43	2	149	7	74	4	51	3	104	2	1500	79
Vittime terrorismo etc	2	2	3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	5
Totale	1713	1960	1539	1786	1362	1566	939	924	1544	1355	973	751	1500	1546	1757	2104	1040	1160	305	260	844	773	13516	14185

Tabella 29 Esenti per invalidità per tutte le età : frequenza relativa

	69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		ASL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Civili 100%	825	22,5	891	26,8	797	27,2	453	24,3	436	15,0	321	18,6	772	25,3	1122	29,1	434	19,7	121	21,4	355	22,0	6527	23,6
Civili + ccompagnamento	908	24,7	776	23,3	576	19,7	365	19,6	882	30,4	402	23,3	725	23,8	822	21,3	708	32,2	165	29,2	455	28,1	6784	24,5
Civili superiore a 2/3	1439	39,2	1099	33,1	979	33,4	621	33,3	867	29,9	511	29,6	1101	36,1	1374	35,6	769	35,0	161	28,5	479	29,6	9400	33,9
Minori Legge 289/90	107	2,9	70	2,1	119	4,1	104	5,6	56	1,9	37	2,1	117	3,8	91	2,4	76	3,5	12	2,1	55	3,4	844	3,0
Ciechi	6	0,2	30	0,9	29	1,0	30	1,6	33	1,1	21	1,2	23	0,8	43	1,1	33	1,5	8	1,4	34	2,1	290	1,0
Sordomuti	17	0,5	38	1,1	22	0,8	23	1,2	27	0,9	35	2,0	34	1,1	34	0,9	18	0,8	11	1,9	20	1,2	279	1,0
Guerra 1-5	19	0,5	4	0,1	7	0,2	10	0,5	29	1,0	18	1,0	4	0,1	9	0,2	13	0,6	4	0,7	7	0,4	124	0,4
Guerra 6-8	24	0,7	5	0,2	15	0,5	2	0,1	7	0,2	16	0,9	6	0,2	4	0,1	1	0,0	0	0,0	13	0,8	93	0,3
Invalidi lavoro 80- 100%	4	0,1	5	0,2	8	0,3	6	0,3	15	0,5	6	0,3	10	0,3	6	0,2	0	0,0	0	0,0	6	0,4	66	0,2
Inval lav sup 2/3 (67-79)	6	0,2	2	0,1	1	0,0	1	0,1	45	1,6	7	0,4	18	0,6	4	0,1	2	0,1	1	0,2	10	0,6	97	0,4
Inval lav inf 2/3	45	1,2	155	4,7	19	0,6	104	5,6	121	4,2	101	5,9	64	2,1	166	4,3	1	0,0	6	1,1	16	1,0	798	2,9
Infortuni lavoro/ malattie professionali	72	2,0	20	0,6	223	7,6	15	0,8	26	0,9	15	0,9	115	3,8	15	0,4	57	2,6	11	1,9	49	3,0	618	2,2
Pazienti L,210	1	0,0	2	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	5	0,0
Invalidi servizio 1-5	36	1,0	7	0,2	9	0,3	5	0,3	40	1,4	29	1,7	11	0,4	15	0,4	10	0,5	11	1,9	11	0,7	184	0,7
Invalidi .servizio 6-8	160	4,4	216	6,5	122	4,2	122	6,5	315	10,9	205	11,9	45	1,5	156	4,0	78	3,5	54	9,6	106	6,6	1579	5,7
Vittime terrorismo etc	4	0,1	5	0,2	2	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	0,0
Totale	3673	100	3325	100	2928	100	1863	100	2899	100	1724	100	3046	100	3861	100	2200	100	565	100	1617	100	27701	100

5.1 Analisi esenti per invalidità dei soggetti di età minore di 65 anni

Risultano esenti per invalidità 16774 persone, di cui 9250 maschi e 7524 femmine(Tabella 31).

Il tasso di prevalenza medio è di 3.73 per 100 abitanti nei maschi, 3.02 nelle femmine, 3.37 per maschi e femmine assieme(Tabella 33). Il range dei tasso per 100 abitanti:

- nei maschi va dal 5.00 del Distretto 69 a 2.28 del Distretto 78,
- nelle femmine va dal 4.70 del Distretto 69 a 1.66 del Distretto 78,
- in maschi e femmine insieme da 4.85 del Distretto 69 a 1.97 del Distretto 78 .

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 44% si riscontra nel Distretto 69, lo scostamento massimo negativo, - 42 % nel Distretto 78.

Tabella 33 :Esenti per invalidità di età minore di 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio(* il numeratore è dato dalla popolazione fino a 64 anni di età)

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	1180	5,00	1119	4,70	2299	4,85	+ 44
70	987	3,79	860	3,26	1847	3,52	+ 4
71	934	4,46	813	3,76	1747	4,11	+ 22
72	671	2,93	514	2,23	1185	2,58	- 23
73	1074	3,50	682	2,22	1756	2,86	- 15
74	678	4,26	445	2,77	1123	3,51	+ 4
75	1029	3,70	855	3,08	1884	3,39	0
76	1151	4,16	1040	3,74	2191	3,95	+ 17
77	692	3,08	570	2,55	1262	2,81	- 17
78	253	2,28	183	1,66	436	1,97	- 42
79	601	3,21	443	2,33	1044	2,77	- 18
ASL	9250	3,73	7524	3,02	16774	3,37	

Tabella 31 Esenti per invalidità di età inferiore a 65 anni : frequenza relativa

Categoria esenti	69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		ASL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Civili 100%	381	16,6	326	17,7	345	19,7	191	16,1	199	11,3	153	13,6	347	18,4	468	21,4	199	15,8	68	15,6	161	15,4	2838	16,9
Civili + accompagnamento	392	17,1	292	15,8	261	14,9	207	17,5	323	18,4	224	19,9	313	16,6	330	15,1	252	20,0	118	27,1	210	20,1	2922	17,4
Civili superiore a 2/3	1124	48,9	794	43,0	682	39,0	443	37,4	670	38,2	392	34,9	860	45,6	974	44,5	583	46,2	145	33,3	415	39,8	7082	42,2
Minori Legge 289/90	107	4,7	70	3,8	119	6,8	104	8,8	56	3,2	37	3,3	117	6,2	91	4,2	76	6,0	12	2,8	55	5,3	844	5,0
Ciechi	5	0,2	18	1,0	21	1,2	24	2,0	20	1,1	12	1,1	16	0,8	28	1,3	21	1,7	6	1,4	21	2,0	192	1,1
Sordomuti	12	0,5	29	1,6	19	1,1	22	1,9	25	1,4	31	2,8	25	1,3	29	1,3	14	1,1	11	2,5	19	1,8	236	1,4
Guerra 1-5	6	0,3	1	0,1	2	0,1	1	0,1	7	0,4	3	0,3	0	0,0	1	0,0	5	0,4	0	0,0	0	0,0	26	0,2
Guerra 6-8	4	0,2	1	0,1	4	0,2	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	14	0,1
Invalidi lavoro 80- 100%	3	0,1	3	0,2	5	0,3	4	0,3	9	0,5	4	0,4	7	0,4	4	0,2	0	0,0	0	0,0	5	0,5	44	0,3
Inval lav sup 2/3 (67-79)	2	0,1	2	0,1	1	0,1	0	0,0	37	2,1	5	0,4	13	0,7	2	0,1	1	0,1	1	0,2	7	0,7	71	0,4
Inval lav inf 2/3	38	1,7	113	6,1	11	0,6	76	6,4	107	6,1	74	6,6	48	2,5	117	5,3	1	0,1	5	1,1	10	1,0	600	3,6
Infortuni lavoro/ malattie professionali	69	3,0	20	1,1	191	10,9	15	1,3	25	1,4	15	1,3	97	5,1	15	0,7	53	4,2	10	2,3	43	4,1	553	3,3
Pazienti L,210	1	0,0	2	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	5	0,0
Invalidi servizio 1-5	21	0,9	5	0,3	5	0,3	3	0,3	21	1,2	13	1,2	6	0,3	10	0,5	7	0,6	8	1,8	8	0,8	107	0,6
Invalidi .servizio 6-8	131	5,7	166	9,0	79	4,5	93	7,8	256	14,6	159	14,2	34	1,8	121	5,5	50	4,0	52	11,9	87	8,3	1228	7,3
Vittime terrorismo etc	3	0,1	5	0,3	2	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,1
Totale	2299	100,0	1847	100,0	1747	100,0	1185	100,0	1756	100,0	1123	100,0	1884	100,0	2191	100,0	1262	100,0	436	100,0	1044	100,0	16774	100,0

Tabella 32 Esenti per invalidità di età superiore a 65 anni : frequenza relativa

Categoria esenti	69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		ASL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Civili 100%	444	32,3	565	38,2	452	38,3	262	38,6	237	20,7	168	28,0	425	36,6	654	39,2	235	25,1	53	41,1	194	33,9	3689	33,8
Civili + accompagnamento	516	37,5	484	32,7	315	26,7	158	23,3	559	48,9	178	29,6	412	35,5	492	29,5	456	48,6	47	36,4	245	42,8	3862	35,3
Civili superiore a 2/3	315	22,9	305	20,6	297	25,1	178	26,3	197	17,2	119	19,8	241	20,7	400	24,0	186	19,8	16	12,4	64	11,2	2318	21,2
Ciechi	1	0,1	12	0,8	8	0,7	6	0,9	13	1,1	9	1,5	7	0,6	15	0,9	12	1,3	2	1,6	13	2,3	98	0,9
Sordomuti	5	0,4	9	0,6	3	0,3	1	0,1	2	0,2	4	0,7	9	0,8	5	0,3	4	0,4	0	0,0	1	0,2	43	0,4
Guerra 1-5	13	0,9	3	0,2	5	0,4	9	1,3	22	1,9	15	2,5	4	0,3	8	0,5	8	0,9	4	3,1	7	1,2	98	0,9
Guerra 6-8	20	1,5	4	0,3	11	0,9	2	0,3	6	0,5	15	2,5	6	0,5	3	0,2	1	0,1	0	0,0	11	1,9	79	0,7
Invalidi lavoro 80- 100%	1	0,1	2	0,1	3	0,3	2	0,3	6	0,5	2	0,3	3	0,3	2	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,2	22	0,2
Inval lav sup 2/3 (67-79)	4	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,1	8	0,7	2	0,3	5	0,4	2	0,1	1	0,1	0	0,0	3	0,5	26	0,2
Inval lav inf 2/3	7	0,5	42	2,8	8	0,7	28	4,1	14	1,2	27	4,5	16	1,4	49	2,9	0	0,0	1	0,8	6	1,0	198	1,8
Infortuni lavoro/ malattie professionali	3	0,2	0	0,0	32	2,7	0	0,0	1	0,1	0	0,0	18	1,5	0	0,0	4	0,4	1	0,8	6	1,0	65	0,6
Pazienti L,210	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Invalidi servizio 1-5	15	1,1	2	0,1	4	0,3	2	0,3	19	1,7	16	2,7	5	0,4	5	0,3	3	0,3	3	2,3	3	0,5	77	0,7
Invalidi .servizio 6-8	29	2,1	50	3,4	43	3,6	29	4,3	59	5,2	46	7,7	11	0,9	35	2,1	28	3,0	2	1,6	19	3,3	351	3,2
Vittime terrorismo etc	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Totale	1375	100,0	1478	100,0	1181	100,0	678	100,0	1143	100,0	601	100,0	1162	100,0	1670	100,0	938	100,0	129	100,0	573	100,0	10928	100,0

5.2 Analisi esenti per invalidità dei soggetti di età maggiore di 65 anni

Risultano esenti per invalidità 10928 persone, di cui 4267 maschi e 6661 femmine (Tabella 32).

Il tasso di prevalenza medio è di 14.50 per 100 abitanti nei maschi, 16.78 nelle femmine, 15.81 per maschi e femmine assieme (Tabella 34) .

Il range dei tasso per 100 abitanti:

- nei maschi va dal 23.32 del Distretto 69 a 3.82 del Distretto 78,
- nelle femmine va dal 27.13 del Distretto 69 a 3.90 del Distretto 78,
- in maschi e femmine insieme da 25.51 del Distretto 69 a 3.87 del Distretto 78

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 61% si riscontra nel Distretto 69, lo scostamento massimo negativo, - 76 % nel Distretto 78.

Tabella 34 - Esenti per invalidità di età maggiore di 65 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio (* il numeratore è dato dalla popolazione da 65 anni di età)

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	534	23,32	841	27,13	1375	25,51	+ 61
70	552	16,76	926	20,55	1478	18,95	+ 20
71	428	15,81	753	21,05	1181	18,79	+ 19
72	268	14,68	410	16,83	678	15,91	+ 1
73	470	10,36	673	10,58	1143	10,48	- 34
74	295	12,25	306	9,49	601	10,67	- 33
75	471	18,27	691	20,10	1162	19,32	+ 22
76	606	17,45	1064	23,96	1670	21,10	+ 33
77	348	12,79	590	15,62	938	14,44	- 9
78	52	3,82	77	3,90	129	3,87	- 76
79	243	10,91	330	11,58	573	11,29	- 29
ASL	4267	14,50	6661	16,78	10928	15,81	

5.3 Analisi esenti per invalidità dei soggetti minori di 18 anni Legge 289/90

Risultano esenti per invalidità, " indennità di frequenza", 844 minori, di cui 448 maschi e 396 femmine (Tabella 35).

Il tasso di prevalenza medio è di 0.66 per 100 abitanti nei maschi, 0.62 nelle femmine , 0.64 per maschi e femmine assieme.

Il range dei tassi per 100 abitanti:

- nei maschi va dal 1.22 del Distretto 72 a 0.23 del Distretto 78,
- nelle femmine va dal 1.11 del Distretto 72 a 0.18 del Distretto 78,

- in maschi e femmine insieme da 1.17 del Distretto 71 a 0.21 del Distretto 78.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 82% si riscontra nel Distretto 72, lo scostamento massimo negativo, - 67% nel Distretto 78.

Rispetto all'anno 2003, ove gli esenti minori fruanti dell'indennità di frequenza erano 479, c'è stato un incremento del 76%; spicca il Distretto 73 ove si ha un incremento notevole, il 1300% (Tabella 36).

Tabella 35 - Esenti per invalidità di età minore a 18 anni : frequenza, tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio.

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	55	0,80	52	0,79	107	0,79	+ 24
70	41	0,58	29	0,45	70	0,52	- 19
71	64	1,22	55	1,11	119	1,17	+ 82
72	67	0,92	37	0,54	104	0,73	+ 14
73	30	0,39	26	0,36	56	0,37	- 42
74	15	0,37	22	0,58	37	0,47	- 26
75	62	0,79	55	0,75	117	0,77	+ 20
76	46	0,63	45	0,65	91	0,64	0
77	33	0,53	43	0,75	76	0,63	- 1
78	7	0,23	5	0,18	12	0,21	- 67
79	28	0,52	27	0,52	55	0,52	- 18
ASL	448	0,66	396	0,62	844	0,64	

* il numeratore è dato dalla popolazione minore a 18 anni

Tabella 36 - Esenti per invalidità di età minore a 18 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e confronto con differenza percentuale tra tassi anni 2006 e 2003.

Distretto	Anno 2003		Anno 2006		Differenza % 2006/2003
	M + F	Tasso	M + F	Tasso	
69	33	0,24	107	0,79	+ 224
70	19	0,14	70	0,52	+ 268
71	78	0,77	119	1,17	+ 53
72	81	0,57	104	0,73	+ 28
73	4	0,03	56	0,37	+ 1300
74	40	0,51	37	0,47	- 8
75	73	0,48	117	0,77	+ 60
76	47	0,33	91	0,64	+94
77	58	0,48	76	0,63	+ 31
78	14	0,24	12	0,21	- 14
79	32	0,30	55	0,52	+ 72
ASL	479	0,36	844	0,64	+ 76

5.4 Analisi degli esenti invalidi per infortuni sul lavoro o malattie professionali

Gli esenti invalidi per infortuni sul lavoro o malattie professionali sono 618 di cui 562 maschi e 56 femmine; rispetto all'anno 2003, ove gli esenti erano 534, c'è stato un incremento del 15%.

Il tasso di prevalenza medio è di 0.25 per 100 abitanti nei maschi, 0.02 nelle femmine, 0.13 per maschi e femmine assieme (Tabella 37).

Il range dei tasso per 100 abitanti :

- nei maschi va dal 1.06 del Distretto 71 a 0.05 del Distretto 76 ,
- nelle femmine va dal 0.08 del Distretto 71 a 0.0 dei Distretti 70 e 78,
- in maschi e femmine insieme da 0.55 del Distretto 71 a 0.03 del Distretto 76.

Lo scostamento massimo positivo dal tasso dell'ASL, + 307% si riscontra nel Distretto 71, lo scostamento massimo negativo, - 61 % nel Distretto 78.

Tabella 37 - Esenti per invalidità per infortunio o malattia professionale di età maggiore a 15 anni : frequenza , tasso* per 100 abitanti e scarto percentuale dal tasso medio.

Distretto	Maschi	Tasso	Femmine	Tasso	M + F	Tasso 2006	Scarto % dalla media tasso 2006
69	66	0,33	6	0,03	72	0,17	+ 29
70	19	0,08	1	0,00	20	0,04	70
71	206	1,06	17	0,08	223	0,55	+ 307
72	14	0,08	1	0,01	15	0,04	- 71
73	21	0,07	5	0,02	26	0,04	- 68
74	13	0,09	2	0,01	15	0,05	- 64
75	106	0,44	9	0,04	115	0,23	+ 73
76	12	0,05	3	0,01	15	0,03	- 79
77	48	0,24	9	0,04	57	0,14	+ 1
78	11	0,11	0	0,00	11	0,05	- 61
79	46	0,28	3	0,02	49	0,14	+ 6
ASL	562	0,25	56	0,02	618	0,13	

* il numeratore è dato dalla popolazione dai 15 anni in su

I 618 esenti invalidi per infortuni sul lavoro o malattie professionali sono stati disaggregati per i 4 fasce d'età (Tabella 38).

L'analisi permette di affermare che la percentuale :

- per età inferiore a 30 anni è maggiore nei Distretti 71 e 77 con valori rispettivamente del 37.0% e 13.0%;
- per età compresa tra 30 e 45 anni è maggiore nei Distretti 71 e 69 con valori rispettivamente del 33.7% e 18.70%;
- per età compresa tra 46 e 60 anni è maggiore nei Distretti 71 e 69 con valori rispettivamente del 34.3% e 10.2%;
- per età maggiore di 60 anni è maggiore nei Distretti 71 e 75 con valori rispettivamente del 43.2% e 31.8%.

Tabella 38 - Disaggregazione per fasce d'età

Distretto	Min. di 30 anni		Tra 30 e 45 anni		Tra 46 e 60 anni		Magg. Di 60 anni		Numero	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
69	1	2,2	35	18,7	27	10,2	2	4,5	68	11,0
70	5	10,9	6	3,2	6	2,3	0	0,0	20	3,2
71	17	37,0	63	33,7	91	34,3	19	43,2	225	36,4
72	2	4,3	5	2,7	6	2,3	0	0,0	15	2,4
73	4	8,7	10	5,3	10	3,8	1	2,3	27	4,4
74	0	0,0	8	4,3	9	3,4	0	0,0	15	2,4
75	5	10,9	21	11,2	56	21,1	14	31,8	115	18,6
76	4	8,7	6	3,2	5	1,9	0	0,0	15	2,4
77	6	13,0	19	10,2	29	10,9	0	0,0	58	9,4
78	1	2,2	3	1,6	4	1,5	2	4,5	11	1,8
79	1	2,2	11	5,9	22	8,3	6	13,6	49	7,9
ASL	46	100,0	187	100,0	265	100,0	44	100,0	618	100

6 Differenze di prevalenza nei distretti

Il rapporto, per le diverse patologie, fra tasso di prevalenza massimo e minimo, mette in evidenza che, negli esenti di età inferiore ai 65 anni, tali differenze si sono ridotte nel 2006 in confronto a quelle registrate nel 2003, pur restando consistenti per alcune patologie: asma, cirrosi epatica e biliare, ipotiroidismo, ipertensione arteriosa (vedi tabella 39).

Le differenze, invece, fra esenti di età eguale o superiore ai 65 anni (vedi tabella 40) raggiungono, invece, valori assolutamente inspiegabili da un punto di vista epidemiologico: fra il distretto a più alta prevalenza di esenzione e quello a più bassa si registra una differenza di 15 volte per l'ipertensione arteriosa, 12 per l'ipercolesterolemia, 9 per le malattie cardiovascolari, 7 per le malattie oncologiche

Tab. 39 - Rapporto tra tassi di prevalenza (massimi e minimi), ordinati per rango per esenti di età inferiore a 65 anni

Esenti di età inferiore a 65 anni Patologia	RAPPORTO TASSI	
	Anno 2006	Anno 2003
Asma	6.2	10
Cirrosi epatica e biliare	5.5	6,8
Ipotiroidismo, M. Basedow	4.9	7,1
Ipertensione arteriosa	3.9	5,0
Epilessia	3.8	5,1
Artrite Reumatoide	3.4	7,3
Epatite cronica attiva	3.3	3,6
Insufficienza Renale Cronica	3.0	4,2
M. Sistema circolatorio	2.8	3,3
Tiroidite di Hashimoto	2.5	-----
Ipotiroidismo Congenito ed Acquisito	2.3	4,6
Diabete Mellito	2.0	2,1
Psoriasi	1.9	6,2
Neoplasie maligne	1.9	2,0
Colite ulcerosa e M. di Crohn	1.7	2,5
Totale patologie	2.1	2,6

Tab. 40 - Rapporto tra tassi di prevalenza (massimi e minimi), ordinati per rango per esenti di età eguale o maggiore di 65 anni

Esenti di età maggiore di 65 anni	RAPPORTO TASSI
Patologia	Anno 2006
Iperensione arteriosa	15.0
Ipercolesteremie	12.2
M. Sistema circolatorio	9.4
Neoplasie maligne	7.4
Epatite cronica attiva	5.0
Diabete Mellito	3.2
Totale patologie	5.5

Le differenze osservate di prevalenza delle esenzioni assolute e per singola patologia fra i vari Distretti possono avere diversa origine:

- una effettiva differenza di prevalenza della relativa patologia e quindi dei relativi fattori di rischio;
- una differenza nel ricorso alle cure e quindi di accessibilità dei servizi;
- una differenza nella sensibilità e specificità dei criteri diagnostici adottati.

Tuttavia, non potendosi individuare immediatamente il peso specifico di ciascuna causa, certamente non possiamo considerare la differenza di prevalenza degli esenti come una differenza, in qualche misura, nello stato di salute della popolazione dei diversi distretti, ciò anche alla luce del fatto che per numerose patologie (ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete, epatite cronica, neoplasie) l'incrocio fra i tassi standardizzati di mortalità nel periodo 2002-2005 e la prevalenza di esenzioni nella popolazione inferiore ai 65 anni ha dimostrato una assenza di coincidenza fra distretti a maggiore mortalità e distretti a maggiore prevalenza di esenzione.

Come già espresso in passato, tali differenze, in quanto relative a patologie rilevanti da un punto di vista prognostico e terapeutico, suggeriscono la necessità di più approfondite ricerche tese ad individuarne le cause, poiché diverse sono le strategie di intervento, a seconda che le differenze riconoscano una motivazione piuttosto che un'altra.

Nel caso le differenze siano dovute ad una effettiva diversa distribuzione dei fattori di rischio, l'intervento sanitario va indirizzato, nei distretti a più alta prevalenza, alla prevenzione primaria, intesa quale modifica del profilo di rischio, e alla prevenzione secondaria, intesa come diagnosi precoce; nel caso siano dovute ad una diversa accessibilità alle cure nei distretti a più bassa prevalenza, vanno adottati in questi interventi tesi a favorire la fruizione dei servizi; nel caso siano dovute ad una differente sensibilità e specificità dei criteri diagnostici adottati, si rende indispensabile una attività di aggiornamento degli operatori sanitari e di omogeneizzazione dei protocolli diagnostici terapeutici.



Epidemiologia dei tumori nell'ASL Napoli 4: incidenza, mortalità, sopravvivenza

Estratto da "I Tumori in Provincia di Napoli 1997-2002"

Mario Fusco: Direttore Registro Tumori della Regione Campania

INTRODUZIONE

Il Registro Tumori di Popolazione è stato istituito nel luglio del 1995 dalla Direzione Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 4. Il suo funzionamento, fino al dicembre del 2000, è stato garantito da fondi della stessa ASL attraverso un protocollo di intesa con la sezione di Napoli della Lega Italiana Lotta contro i Tumori e l'Istituto Nazionale Tumori di Napoli. Nel dicembre del 2000 l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, con delibera di Giunta Regionale, ha fatto proprio il Registro mantenendo inalterata l'area di riferimento, il territorio dell'ASL Napoli4, la struttura operativa e la metodologia di lavoro. La stessa delibera ha previsto l'istituzione di un Comitato Tecnico, per la programmazione e la verifica delle attività, in rappresentanza, oltre che del Registro, anche di varie istituzioni regionali: l'Assessorato alla Sanità, l'ASL Napoli4, l'Istituto Nazionale Tumori di Napoli.

L'attività di rilevazione del Registro decorre dal 01 - 01 - 1996.

La popolazione dell'area del Registro è , al 31 - 12 - 2004 , di 550.665 abitanti, circa un decimo della popolazione regionale campana, con una struttura caratterizzata dalla presenza di circa il 20% nella fascia di età 0 - 14 anni e più del 50% nella fascia 0 - 34 anni. (Figura 1)

Il Registro copre un territorio di 496 Km² situato per la maggior parte a Nord della provincia di Napoli e comprendente 35 Comuni (Figura 2). Tale territorio, che fa dell'A.S.L. NA4 la più estesa della stessa provincia di Napoli, presenta delle caratteristiche peculiari in quanto confina con ben quattro delle cinque province della Regione Campania e comprende Comuni sia dell'interland napoletano che dell'area interna con la conseguenza di presentare al suo interno caratteristiche profondamente diverse. I Comuni dell'interland hanno subito negli ultimi venti anni una fortissima immigrazione proveniente dalla città di Napoli per cui sono caratterizzati da una forte densità abitativa, con una popolazione prevalentemente giovane, e da gravi squilibri territoriali dovuti

ad un sovvertimento rapido della struttura territoriale ed urbanistica. Un altro elemento caratterizzante di questi Comuni è l'incontrollato sviluppo industriale che ha riguardato sia grandi industrie (Alfa Romeo, Alenia, Montefibre- Montedison) localizzate nell'area di Pomigliano - Acerra, che una miriade di piccole e medie industrie che vivono per lo più nel sommerso. I Comuni dell'entroterra sono invece caratterizzati da una densità abitativa meno alta, con una popolazione meno giovane, e da una attività prevalentemente agricola. Unificano tutto il territorio dell'A.S.L., come dell'intera provincia di Napoli, alti tassi di disoccupazione , sottoccupazione e lavoro sommerso. Tale peculiarità rendono, a nostro avviso, il territorio dell' A.S.L. Napoli 4 ben rappresentativo dell'intera realtà regionale.

Dal punto di vista epidemiologico l'area è caratterizzata da una forte endemia di virus C con tassi di prevalenza del 7,2% ("Studio di prevalenza HBV - HCV nella popolazione dell'ASL Napoli 4" - Fusco-Palombino-Pisanti-Girardi-Serraino and Naples's HCV Study Group)

Relativamente alla assistenza sanitaria una caratteristica, anch'essa presente sull'intero territorio regionale, è la notevole presenza nell'ASL Napoli 4 di strutture di ricovero private in regime di convenzione con il SSN: circa il doppio dei posti letto rispetto ai due Ospedali Zonali pubblici.

Per ciò che concerne l'assistenza a pazienti con patologia oncologica si rileva nell'area del registro ancora una consistente migrazione extraregionale (6,5%) ed un massiccio ricorso a strutture intraregionali extra ASL, prevalentemente verso la città di Napoli. Ciò rende l'idea dell'estrema dispersione dei percorsi dei pazienti affetti da patologia oncologica e la conseguente notevole difficoltà della rintracciabilità della loro documentazione clinica.

Nel mese di settembre del 1996 è stato attivato sull'intero territorio dell'ASL Napoli 4 lo screening di popolazione per il tumore della cervice uterina, e nel novembre del 1998 è stato avviato, su parte dello stesso territorio, lo screening di popolazione per il tumore mammario; attualmente tale screening copre l'intero territorio dell'ASL.

Figura 1 - Piramide di età popolazione area Registro Tumori

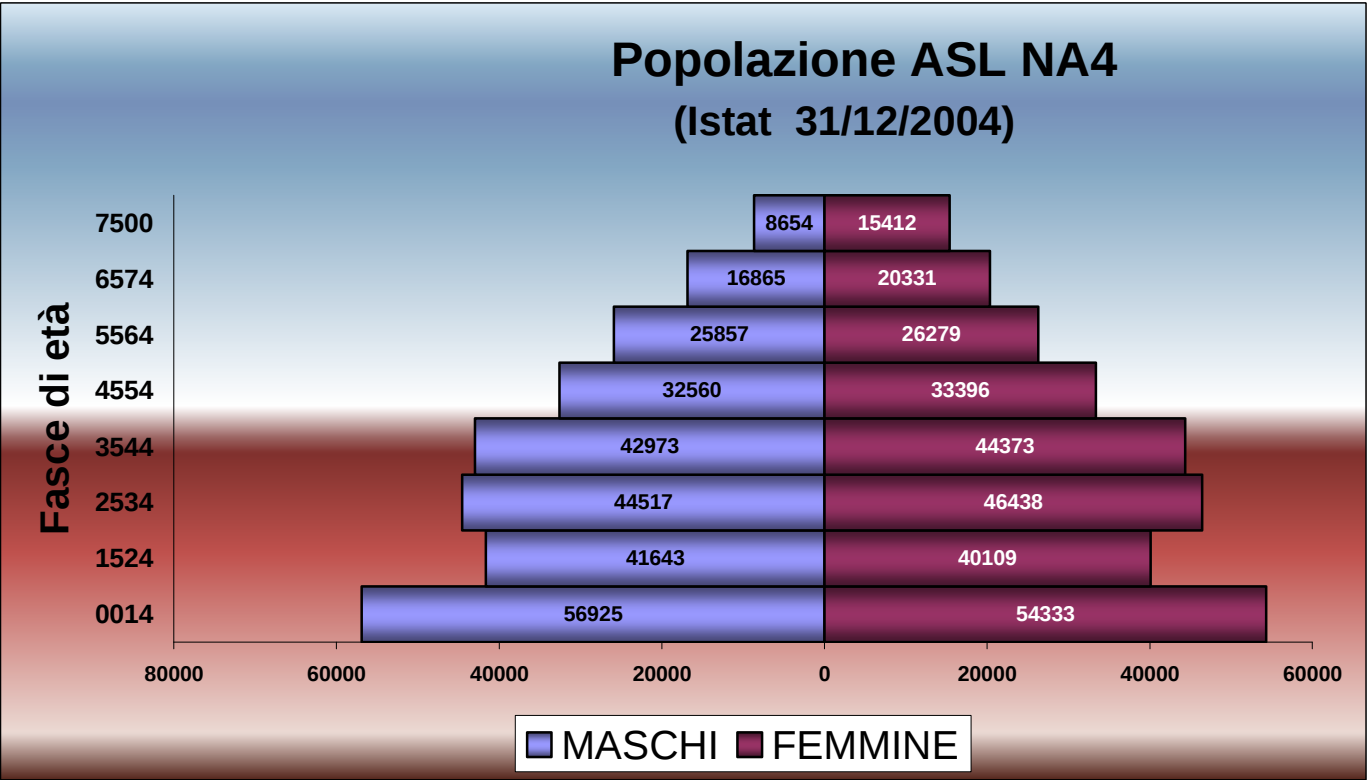
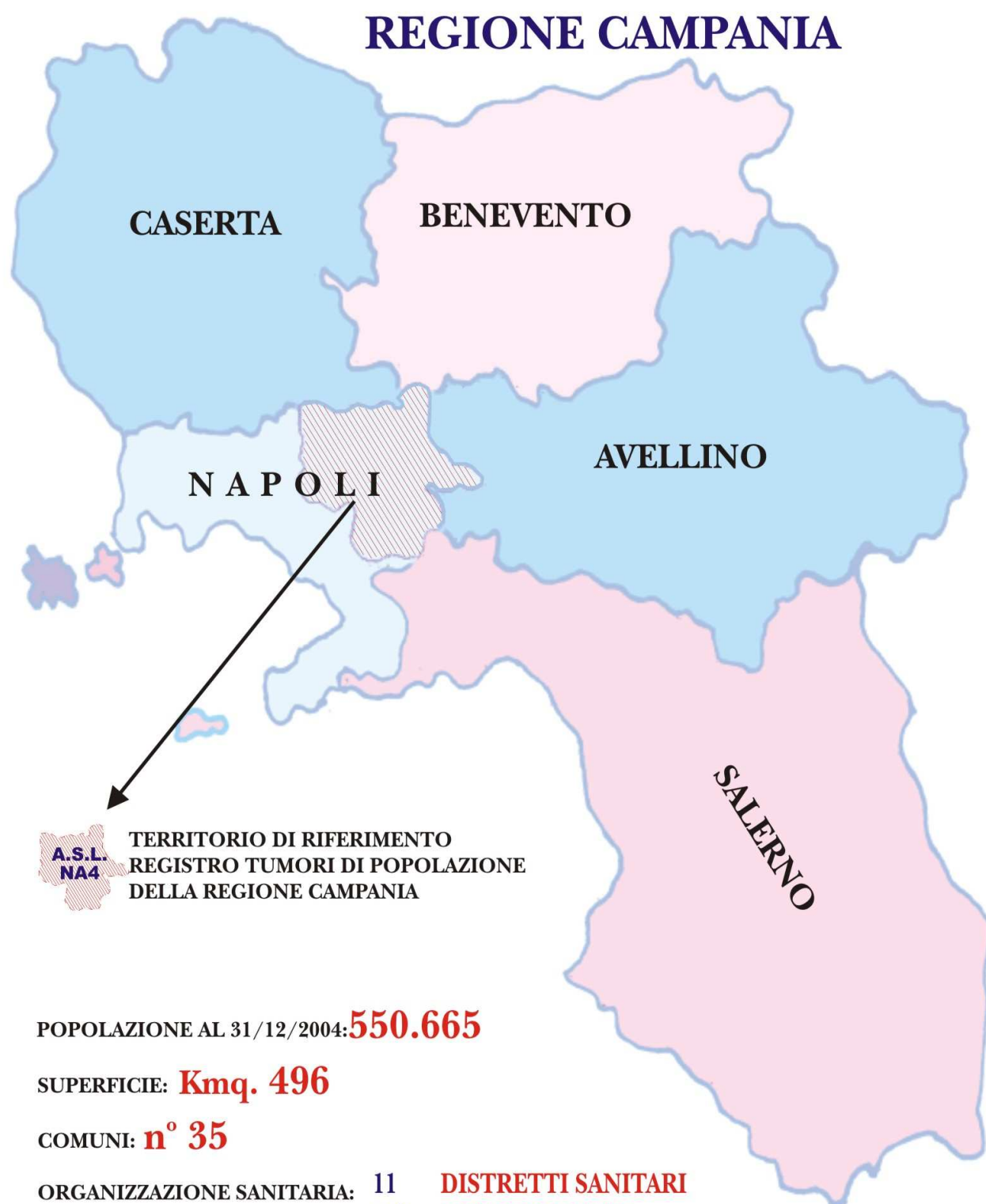


Figura 2 - Area di riferimento Registro Tumori Regione Campania



11	DISTRETTI SANITARI
487	MEDICI DI BASE
2	OSPEDALI ZONALI: 374 POSTI LETTO
1	REPARTO DI ONCOLOGIA MEDICA
6	CLINICHE CONVENZIONATE: 672 POSTI LETTO
1	LABORATORIO DI ANATOMIA PATOLOGICA

BREVE COMMENTO AI DATI

Fino a metà degli anni novanta una affermazione abbastanza frequente nel campo dell'epidemiologia oncologica era quella di definire, in modo abbastanza generico, il Meridione d'Italia, e quindi la Campania e la provincia di Napoli, un'area geografica a più basso rischio oncologico rispetto al resto dell'Italia. L'attivazione di nuovi Registri Tumori, con la conseguente maggiore conoscenza di specifiche aree geografiche, hanno invece evidenziato una realtà epidemiologica ben più complessa e articolata.

Relativamente ai dati della presente pubblicazione, riferiti all'area a nord della provincia di Napoli, è possibile evidenziare elementi diversi relativamente all'incidenza, alla mortalità, alla sopravvivenza oncologica e alla distribuzione geografica dei tumori a livello Comunale all'interno dell'area del Registro, area che comprende 35 Comuni.

INCIDENZA (Figure 3 e 4)

Nell'area in osservazione l'incidenza oncologica complessiva per tutti i tipi di tumori, considerati nel loro insieme, per il periodo 1997 - 2002, presenta tassi più bassi rispetto a quelli rilevati dal Pool dei Registri Tumori Italiani; entrando nello specifico dei singoli tumori è possibile evidenziare che:

- mostrano tassi di incidenza più alti rispetto al Pool dei Registri i tumori fumo correlati, polmone e laringe, nei maschi; il tumore del fegato sia nei maschi che nelle femmine; il tumore della vescica nei maschi;
- hanno raggiunto i tassi di incidenza del resto d'Italia i tumori della cervice uterina nella donna ed i tumori ematologici (leucemie e linfomi) sia nei maschi che nelle femmine;
- presentano tassi di incidenza sensibilmente più bassi rispetto al Pool dei Registri Tumori Italiani il tumore della mammella nella donna, i tumori gastrointestinali (stomaco, colon, retto) sia nei maschi che nelle femmine;

- la marcata differenza dei tassi di incidenza del tumore della prostata, evidenzia a nostro avviso, più che un reale dato epidemiologico, la mancata diffusione, in modo sistematico e diffuso, dell'uso del test diagnostico del PSA; ciò è ulteriormente confermato dal netto aumento dei casi di incidenza rilevato negli ultimi anni;
- tutte le singole sedi tumorali, fatta eccezione per la cervice uterina, mostrano dei trend di incidenza in aumento negli anni.

MORTALITA' (Figure 5 e 6)

Il primo elemento da rimarcare è che la mortalità oncologica, mentre a livello nazionale sin dalla metà degli anni '80 ha avviato un trend in progressivo decremento, nell'area del Registro mostra invece un trend ancora in aumento; trend che interessa le province intere di Napoli e Caserta come confermato da altri studi ("Atlante Regionale della Mortalità" - Pizzuti et all.; "Mortalità per tumori nelle province di Napoli e Caserta" - Martuzzi et all.) . L'analisi della mortalità permette di evidenziare ulteriori elementi:

- il tasso di mortalità per tutti i tumori nel loro insieme ha superato, nei maschi, gli stessi tassi rilevati dal Pool dei Registri Tumori;
- prendendo in considerazione le varie sedi, presentano tassi di mortalità più alti rispetto al Pool i tumori del polmone, del fegato e della vescica nei maschi; i tumori del fegato, dell'utero e le leucemie nelle femmine;
- vengono evidenziati tassi di mortalità sostanzialmente allineati con il resto d'Italia quelli relativi al sistema nervoso e ai linfomi, sia nei maschi che nelle femmine;
- mostrano tassi di mortalità ancora più bassi rispetto al Pool dei Registri i tumori gastrointestinali, sia nei maschi che nelle femmine; i tumori della mammella, dell'ovaio e del polmone nelle femmine;

- va evidenziato che i tumori che al momento mostrano tassi di mortalità sovrapponibili o ancora più bassi rispetto al resto d'Italia, presentano comunque un trend di mortalità in ulteriore aumento, per cui è prevedibile che, data la diversa tendenza del trend nazionale di mortalità ed in assenza di interventi strutturali in campo sanitario regionale, nei prossimi anni assisteremo ad un superamento dei tassi di mortalità oncologica anche di questi tumori rispetto al resto d'Italia.

Direttamente legati all'aumento della mortalità sono, oltre all'aumento dell'incidenza, anche i dati relativi alla sopravvivenza.

SOPRAVVIVENZA (Figure 7 e 8)

Prima di commentare brevemente i dati di sopravvivenza pensiamo opportuno premettere alcune considerazioni:

1. La sopravvivenza oncologica non va letta unicamente come indice di esito delle misure sanitarie attivate, ma va anche considerata la relazione diretta che la stessa sopravvivenza ha con la struttura e la realtà socio-economica dell'area e della popolazione di riferimento;
2. La stessa sopravvivenza è un indice di valutazione di esito non soltanto delle cure messe in atto, ma dell'intero sistema preventivo, diagnostico e terapeutico attivato in campo oncologico;
3. Poiché la coorte seguita, casi di incidenza relativi ad una specifica area geografica, usufruisce di servizi e strutture extra-area - comunemente su base regionale - il sistema sanitario di riferimento non è quello dell'area di incidenza, ma della regione di riferimento; nel nostro caso è messo in discussione l'intero sistema sanitario della Regione Campania.

Entrando nel merito dei dati il primo elemento da evidenziare è che sopravvivenza oncologica relativa a cinque anni, per il periodo 96 - 2000, sia per i maschi che per le femmine, è , per tutti i tumori considerati nel loro insieme, più bassa di circa 8 punti percentuale

rispetto alla sopravvivenza rilevata dal Pool dei Registri Tumori Italiani per lo stesso periodo.

Scendendo nel dettaglio dei vari tipi di tumori è possibile identificarne quattro tipologie che presentano diverso andamento della sopravvivenza:

- Tumori a cattiva prognosi (polmone, vie biliari) che presentano una sopravvivenza sovrapponibile a quella del pool;
- Tumori la cui sopravvivenza è fortemente modificabile dalla attivazione e corretta pratica degli screening di popolazione (cervice uterina, mammella, colon-retto) che presentano una sopravvivenza marcatamente più bassa, (circa 20 punti percentuale la cervice uterina, 7 punti la mammella e 10 punti il colon retto);
- Tumori non soggetti a screening ma la cui sopravvivenza risente della qualità complessiva dell'approccio diagnostico terapeutico (stomaco, tiroide, testicoli) che pure presentano una sopravvivenza percentualmente più bassa;
- I tumori ematologici (Leucemie - Linfomi) che presentano una sopravvivenza in linea con quella del Pool dei Registri; va rilevato che relativamente ai tumori ematologici si assiste ad una minore dispersione dei ricoveri con una attrazione dei casi verso pochi centri di eccellenza regionali.

I dati di sopravvivenza rilevati permettono a nostro avviso alcune considerazioni:

- I deficit maggiori di sopravvivenza sono relativi ai tumori soggetti a screening di popolazione, per cui si paga tutt'ora il prezzo:
 - ✓ di un ritardato avvio sul territorio e di una bassa copertura della popolazione target relativamente agli screening della cervice uterina e della mammella;
 - ✓ dei limiti evidenziati nella programmazione e gestione degli stessi screening sia a livello centrale che periferico;

- E' auspicabile che al più presto sia reso operativo sull'intero territorio regionale lo screening del colon - retto;
- sul deficit di sopravvivenza pesano inoltre notevolmente:
 - ✓ le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e cura da parte delle fasce di popolazioni più deboli e a rischio;
 - ✓ l'enorme frazionamento dei percorsi sanitari aggravato da una migrazione sanitaria oncologica extra regionale ancora consistente (circa l'otto per cento in provincia di Napoli) e dalla notevole presenza sul territorio regionale di strutture sanitarie private convenzionate. La frammentazione dei percorsi sanitari si accompagna, ed è resa ancora più grave, dall'assenza di uno standard di qualità di riferimento, sia di tipo diagnostico che terapeutico; ciò impedisce alla sanità pubblica, tra l'altro, di poter effettuare una analisi della qualità delle prestazioni rese, oltre che dei costi delle stesse.

L'incremento dei dati di incidenza e mortalità oncologica ed il divario in negativo della sopravvivenza rispetto alle Regioni dell'Italia Centro Settentrionale sono elementi che evidenziano una profonda contraddizione: la Campania sta rapidamente perdendo uno dei pochi vantaggi storici rispetto ad altre parti d'Italia, senza che nel contempo siano attivate, in campo oncologico, valide misure in grado di far fronte ai mutati scenari. Il mancato governo di questi fenomeni potrebbe portare, nei prossimi anni, all'acuirsi di tali contraddizioni con serie ripercussioni sulle condizioni di vita e di salute dei cittadini.

DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DEI TUMORI A LIVELLO COMUNALE

La presente pubblicazione presenta anche una descrizione della distribuzione geografica a livello comunale dei tumori nella ASLNA4. Spesso le aree ad alto rischio ambientale sono abitate da popolazioni di livello socioeconomico più basso che possono manifestare eccessi di malattia legati allo svantaggio sociale oltre che a possibili esposizioni ambientali; di seguito vengono forniti alcuni dati di dettaglio rispetto alla distribuzione geografica del rischio di tumore.

Il rischio relativo (RR) smussato varia da 0.5 a 1.7 nei vari Comuni dell'ASL NA4; va segnalato un eccesso statisticamente significativo di tumore al fegato nei maschi dei Comuni di Acerra, Brusciano , Marigliano; l'eccesso è intorno al 13 - 16 %; il Comune di Saviano presenta, invece, il rischio minore (-20%); le donne mostrano un pattern geografico di tumore al fegato diverso da quello maschile senza la presenza di eccessi statisticamente significativi. Altri tumori mostrano eccessi , anche se non statisticamente significativi con pattern peculiari:

1. il tumore polmonare, nei maschi, i tumori intestinali, nelle femmine, evidenziano un gradiente con un eccesso verso i Comuni confinanti con l'area della città di Napoli;
2. l'utero (cervice e collo separatamente) mostra un gradiente con eccessi verso i Comuni dell'entroterra (area nolana);
3. il tumore dell'ovaio mostra un gradiente con un eccesso verso i Comuni confinanti con la provincia di Salerno (Poggiomarino, Terzigno, Striano).

I pattern descritti sono il frutto di una elaborazione eseguita nel periodo 97 / 2001 su una popolazione di 546.000 abitanti. Lo strumento impiegato tiene conto di questi parametri e tende ad essere conservativo nel fornire valori statisticamente significativi; pertanto, è possibile che nelle aree dove per alcuni tumori sono segnalati degli eccessi di rischio attualmente non statisticamente significativo, tale rischio, esaminando un periodo temporale più lungo, possa acquisire significatività statistica; o che ulteriori aree a rischio possano essere osservate

in futuro. Tale valutazione, lungi dallo sminuire l'attuale elaborazione, fornisce una stima delle priorità di intervento sanitario fondata su certezze di dati. Una soglia di attenzione maggiore va rivolta a quei Comuni che, pur non presentando rischi al momento statisticamente significativi, mostrano degli eccessi del rischio stesso. (punti 1 - 2 - 3)

L' eccesso di rischio statisticamente significativo per l'incidenza del tumore al fegato nell'area del Registro (ASL NA4) è confermato da Studi di mortalità, condotti in Regione Campania (Martuzzi et all - Pizzuti et All). I dati di incidenza della presente pubblicazione confermano che l'eccesso per il tumore al fegato è reale (i dati di mortalità hanno il limite che spesso non riescono a distinguere un tumore al fegato primitivo da una metastasi epatica, problematica che è esente nei dati di incidenza).

E' stato condotto uno studio collaborativo tra Registro Tumori, ASL NA4 e Istituto Nazionale Malattie Infettive - Spallanzani, Roma - mirato a rilevare la prevalenza per infezione da HCV nell'area del Registro Tumori e valutare la possibile correlazione che la stessa prevalenza da virus C e B può avere sul pattern di incidenza del tumore al fegato. Tale studio ha chiaramente evidenziato che i Comuni con un eccesso dei casi sia di incidenza che di mortalità per tumore epatico primitivo sono gli stessi che hanno un significativo aumento della prevalenza per infezioni da HCV e HBV.

A conclusione del presente commento circa la distribuzione dei casi di incidenza oncologica nell'ASL NA4 va detto che una quota preponderante di fattori di rischio, stimata intorno all'80 - 90%, può essere attribuita a variabili ambientali. Il termine "ambiente" è da intendersi in senso lato poiché la definizione è riferita sia all'ambiente fisico in cui si vive - modificazioni ed inquinamento atmosferico, del sottosuolo e delle acque sia superficiali che delle falde - e sia ad un insieme di stili di vita, dietetici e sociali anch'essi predisponenti e/o favorenti le malattie tra cui i tumori. Anche se i determinanti di numerosi pattern geografici rimangono ancora da essere chiariti, attualmente si pensa di conoscerne circa il 50%. Va ancora aggiunto che sul possibile aumento del rischio di

morte per cancro incide in modo determinante l'esistenza o meno sia di procedure di screening che di corrette pratiche mediche.

Pertanto è possibile affermare che l'applicazione delle attuali conoscenze sulla prevenzione, diagnosi e trattamento di numerosi tumori può diminuire, già dai prossimi anni, il numero sia dei nuovi casi di cancro che delle morti delle principali neoplasie.

I dati relativi alla distribuzione geografica dell'incidenza oncologica dovrebbero aiutare a progettare ulteriori studi epidemiologici in campo oncologico ma anche a determinare le priorità da adottare per attività di sanità pubblica quali la prevenzione, il controllo ed il monitoraggio dei risultati degli interventi forniti attraverso il sistema sanitario.

Figura 3

INCIDENZA DI TUMORI MALIGNI ANNI 1997 - 2002
Pool Registri Tumori Italiani - Napoli
MASCHI

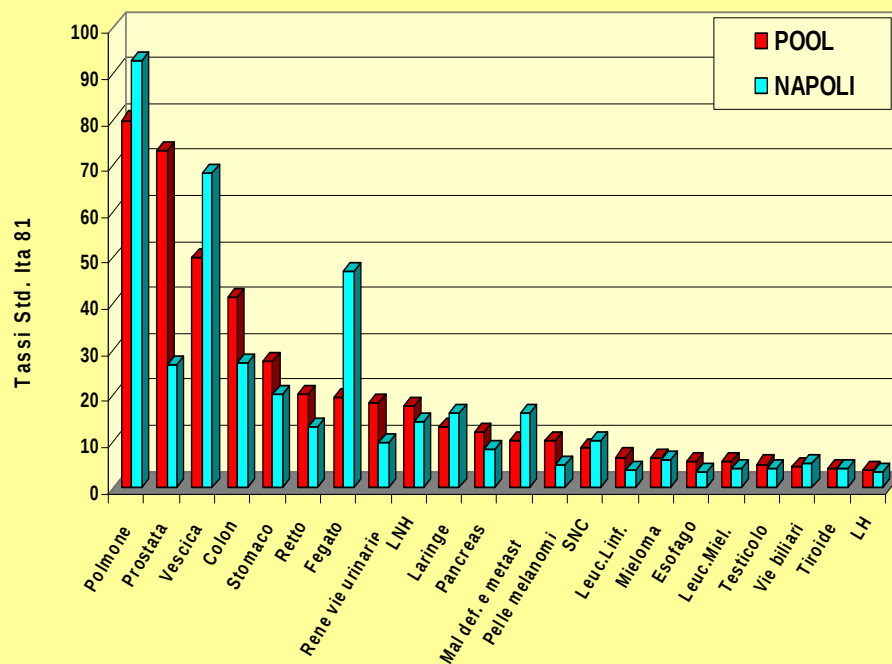


Figura 4

INCIDENZA DI TUMORI MALIGNI ANNI 1997 - 2002
Pool Registri Tumori Italiani - Napoli
FEMMINE

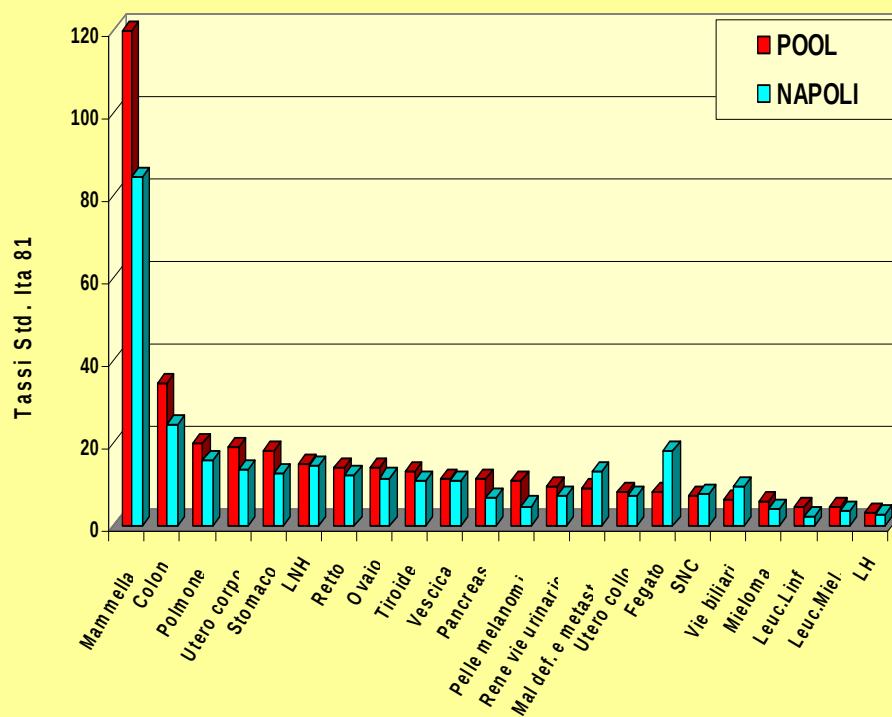


Figura 5

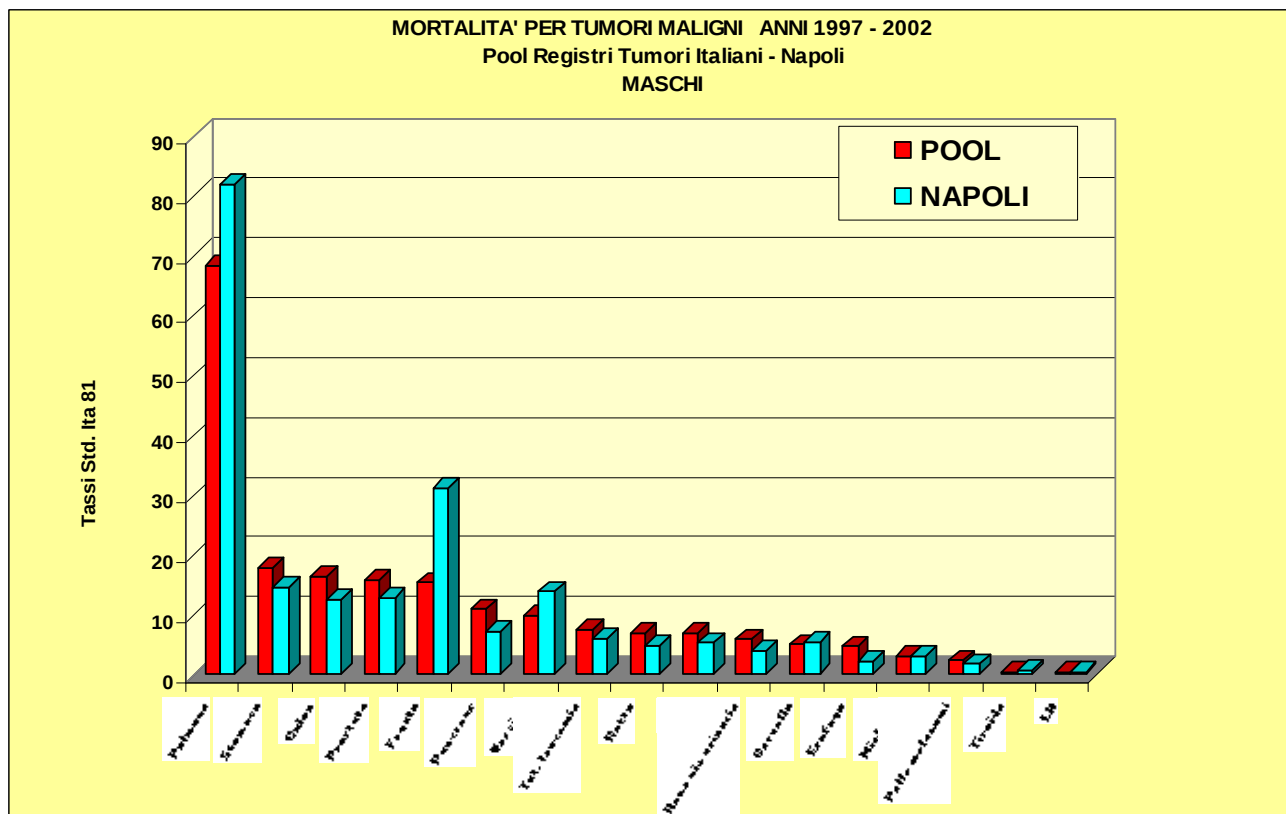


Figura 6

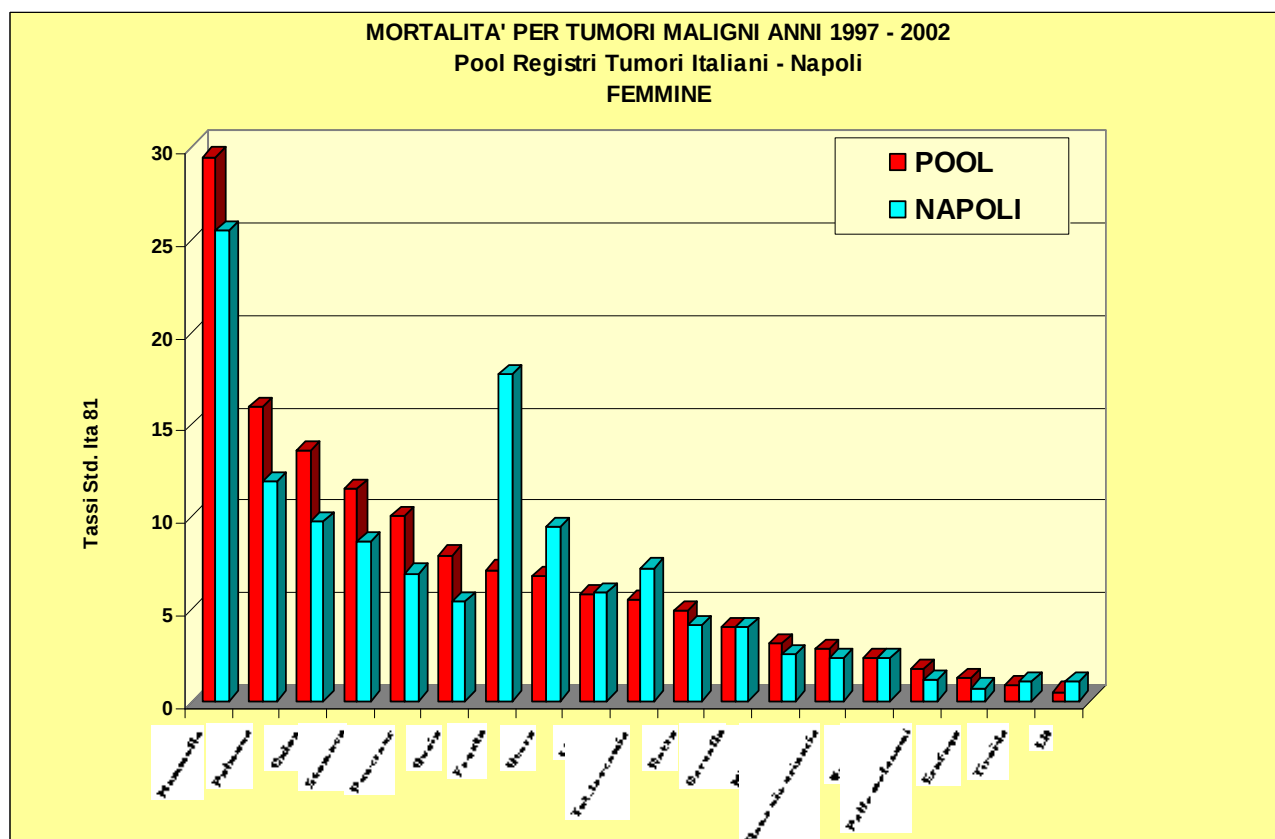


Figura 7

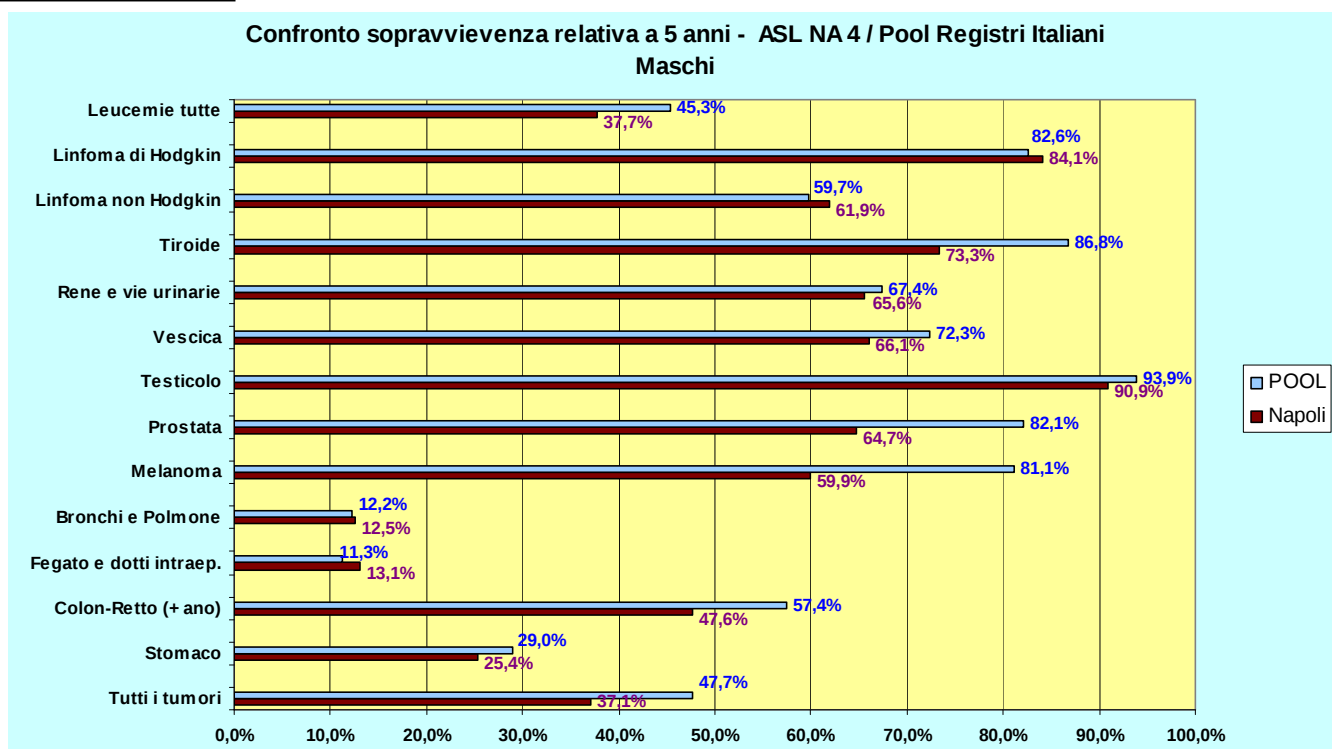
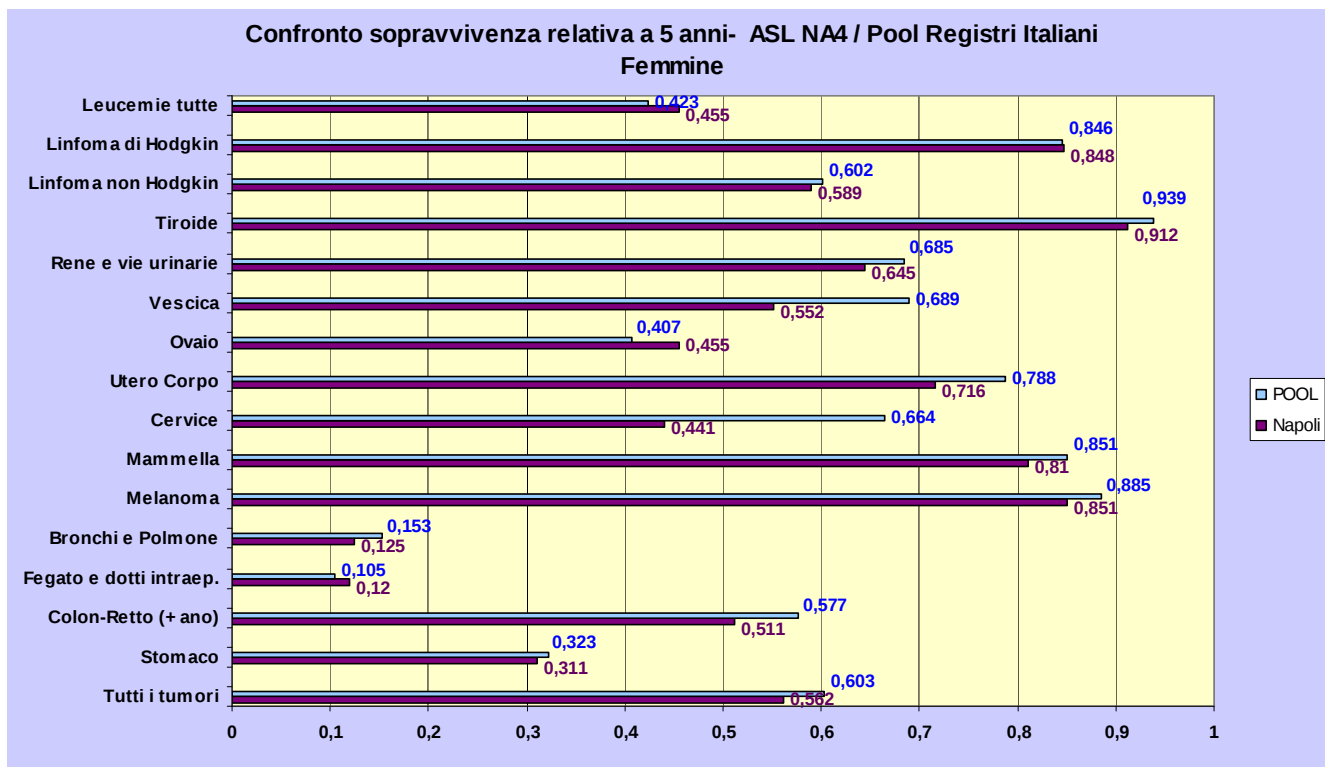


Figura 8



ATTIVITA' DI ASSISTENZA RIABILITATIVA ANNO 2006

Antonio Ciccone, Carlo Esposito Dipartimento della Riabilitazione

PRESTAZIONI Legge Reg. 11/84 o ex art. 26 legge 833

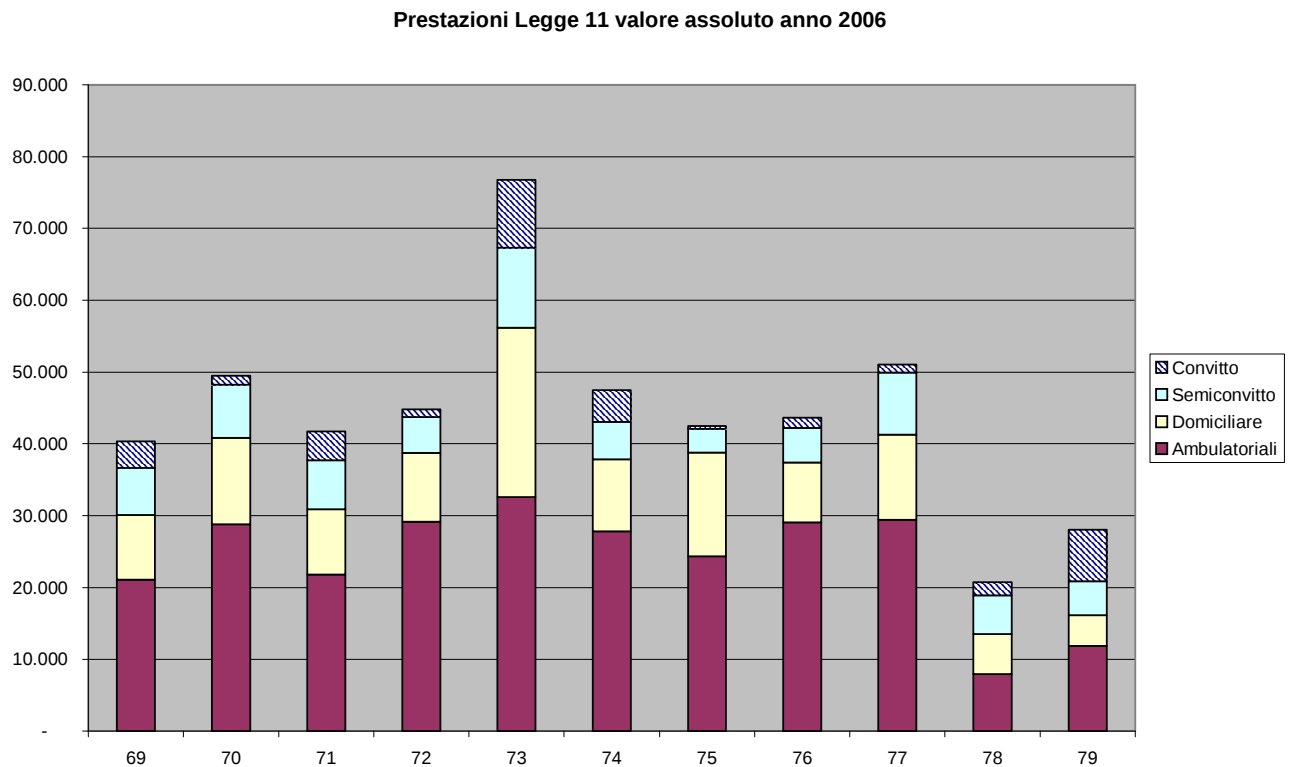
Le prestazioni riabilitative sono regolamentate da due leggi che definiscono il ricorso all'intervento riabilitativo per patologie definite complesse (ex. Art. 26 Legge 833) o per patologie semplici (ex art. 44). Negli ultimi anni l'attività riabilitativa si è incrementata per cause dovute fondamentalmente al progressivo incremento della popolazione anziana maggiormente affetta da patologie a carico dell'apparato locomotore. Ulteriore motivo di incremento delle prestazioni è legato alla maggiore conoscenza, in ambito scolastico, dei percorsi riabilitativi oggi in essere per fronteggiare le patologie di competenza riabilitativa in età evolutiva. Grazie alla sensibilità dell'istituzione scolastica l'intervento riabilitativo, in maggior parte foniatico o ortopedico, riesce a risolvere diverse problematiche che in passato potevano essere trascurate.

Le prestazioni di Riabilitazione ex art. 26 sono fondamentalmente raggruppabili in 4 categorie: Ambulatoriali, Domiciliari, Semiconvitto e Convitto. Nelle Ambulatoriali sono state inserite anche le cosiddette Ambulatoriali di gruppo che si riferiscono a quelle attività in cui il terapeuta eroga la prestazione non al singolo utente ma ad un piccolo gruppo. Per l'ASL NA4 le prestazioni riabilitative sono erogate esclusivamente da Centri Temporaneamente Accreditati, presenti in maniera più o meno omogenea nei vari distretti, tranne che per il distretto 71 dove non vi sono Centri Accreditati. La tabella che segue indica le prestazioni erogate nell'anno 2006 dai Centri T.A. della ASL NA4 agli utenti residenti e non residenti.

Tabella 1 - Prestazioni totali per distretto art. 26

Distretto	Ambulatoriali	Domiciliare	Semiconvitto	Convitto
69	21.075	9.012	6.544	3.722
70	28.813	12.024	7.379	1.289
71	21.814	9.075	6.837	4.009
72	29.126	9.653	4.945	1.066
73	32.620	23.578	11.125	9.424
74	27.837	9.993	5.247	4.407
75	24.375	14.423	3.292	403
76	29.075	8.304	4.868	1.377
77	29.432	11.848	8.651	1.125
78	7.949	5.606	5.379	1.794
79	11.882	4.268	4.722	7.174
Totale ASL	263.998	117.784	68.989	35.790
ALTRE ASL	69.436	64.742	23.280	46.335
Totale	333.434	182.526	92.269	82.125

Grafico 1 - prestazioni art. 26 (valore assoluto)



Come si può osservare dal grafico n° 1 il distretto 73 si colloca al 1° posto per quanto attiene l'erogazione di prestazioni di Legge 11. Ovviamente tale condizione è correlata anche al fatto che questo distretto è il maggiormente popoloso rispetto agli altri. Se analizziamo tale dato in rapporto alla popolazione (grafico n° 2), invece, osserviamo che la ripartizione territoriale delle prestazioni assume un'altra forma.

Grafico 2 - prestazioni % rapportate alla popolazione residente

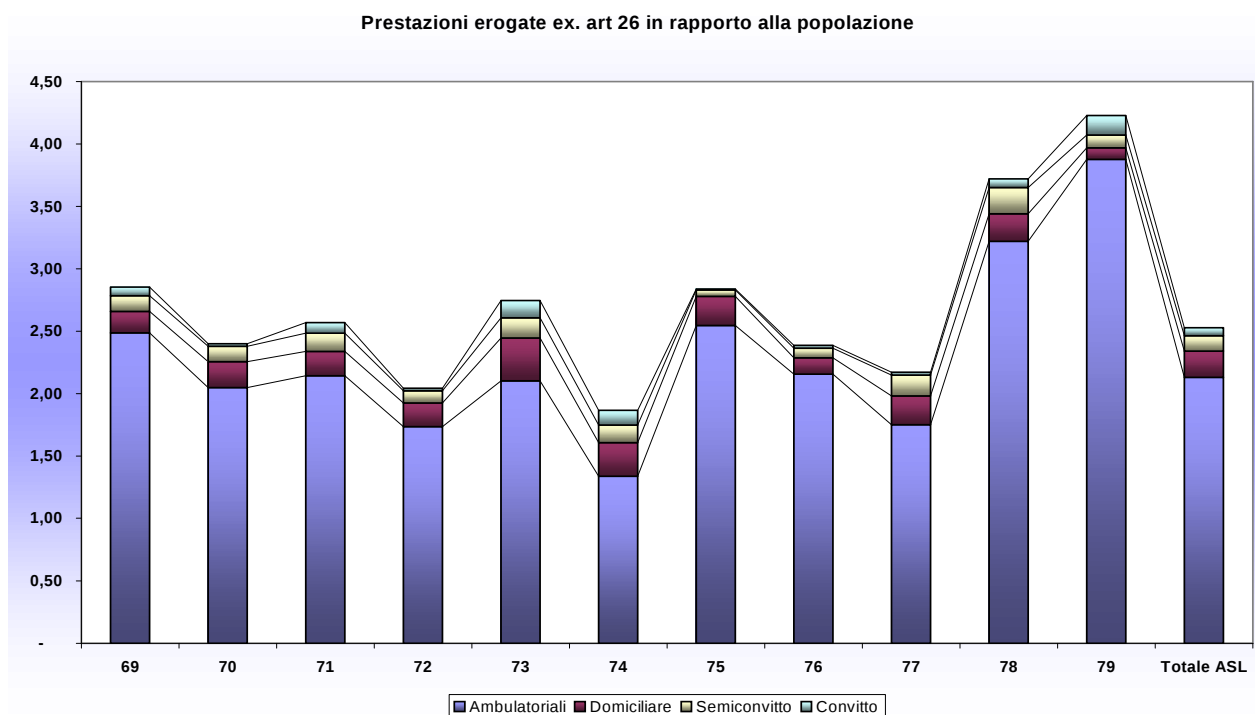
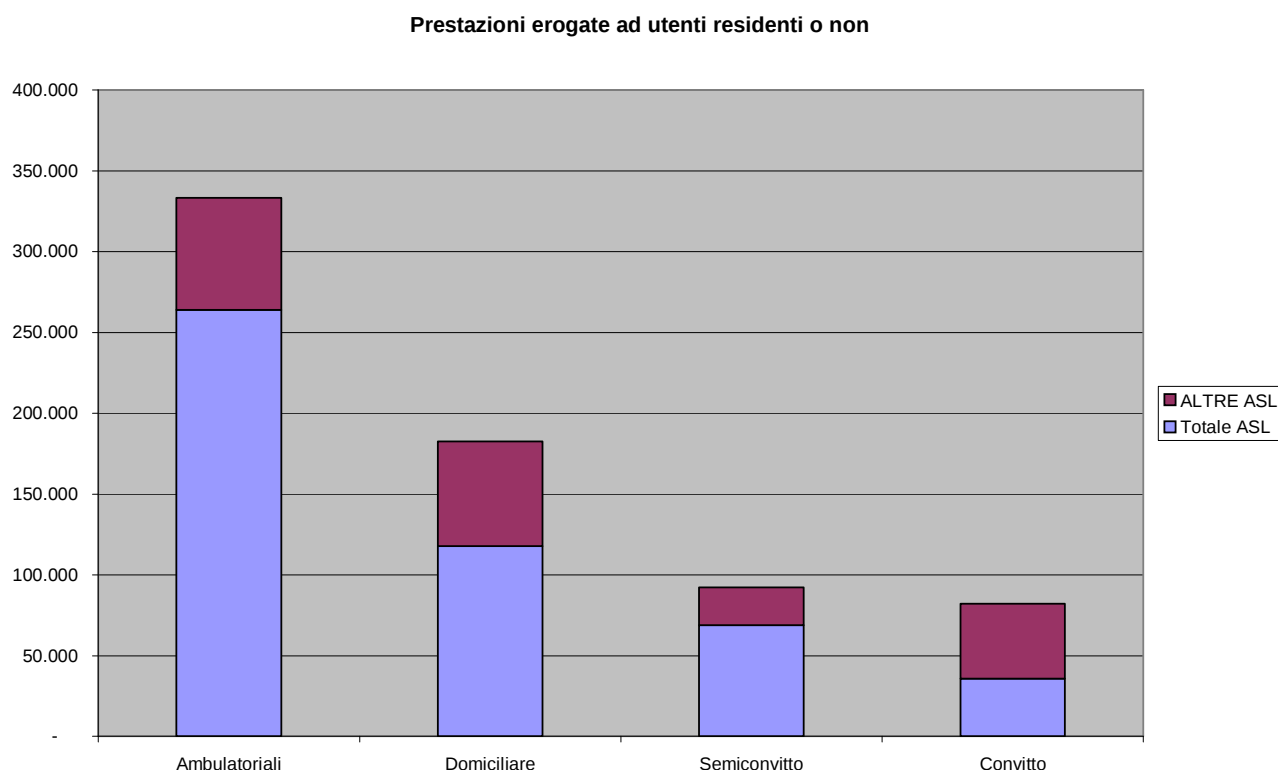


Grafico 3 – prestazioni erogate totali



Da una prima lettura, si può osservare che le prestazioni erogate agli utenti non residenti sono abbastanza rilevanti. Questo indica una discreta capacità attrattiva dei Centri T.A., ma anche una discreta potenzialità recettiva delle strutture, evidentemente maggiore rispetto alla domanda interna. Tale capacità si registra in larga misura in quei centri che svolgono attività di Convitto, dove la presenza di utenti non residenti è addirittura superiore rispetto a quelli residenti. Degno di nota risulta anche il numero delle prestazioni Domiciliari: più di $\frac{1}{3}$ di queste sono erogate ad utenti fuori ASL NA4. Da registrare anche più del 20% delle prestazioni Ambulatoriali erogate a utenti non residenti.

Si analizzerà nel dettaglio i diversi tipi di prestazioni erogate tenendo conto anche dell'incidenza % sulla popolazione residente in maniera da ottenere la confrontabilità territoriale.

Nelle tabelle che seguono, più che confrontare il numero delle prestazioni (che potrebbe rendere fuorviante il dato a causa dell'erogazione allo stesso soggetto di più prestazioni), si è preferito indicare il numero dei soggetti che hanno usufruito dell'attività riabilitativa. Attraverso il rapporto con la popolazione si ottiene così il tasso di fruizione. La lettura delle tabelle è resa più leggibile e confrontabile grazie ai grafici che seguono.

Tabella 2 - Utenti che hanno ricevuto almeno 1 prestazione Ambulatoriale di Riabilitazione art. 26

distretti	popolazione	Utenti ambulatoriali	% utenti su popolazione
69	52.403	251	4,79
70	59.080	322	5,45
71	46.778	233	4,98
72	50.537	292	5,78
73	68.552	338	4,93
74	37.286	258	6,92
75	62.056	292	4,71
76	62.629	313	5,00
77	51.523	196	3,80
78	25.617	72	2,81
79	46.073	100	2,17
ASL	562.534	2.667	4,74

Grafico 4 - localizzazione degli utenti che hanno ricevuto prestazioni ambulatoriali e incidenza su popolazione

Incidenza % su popolazione per UTENTI
AMBULATORIALI LEGGE 11 anno 2006

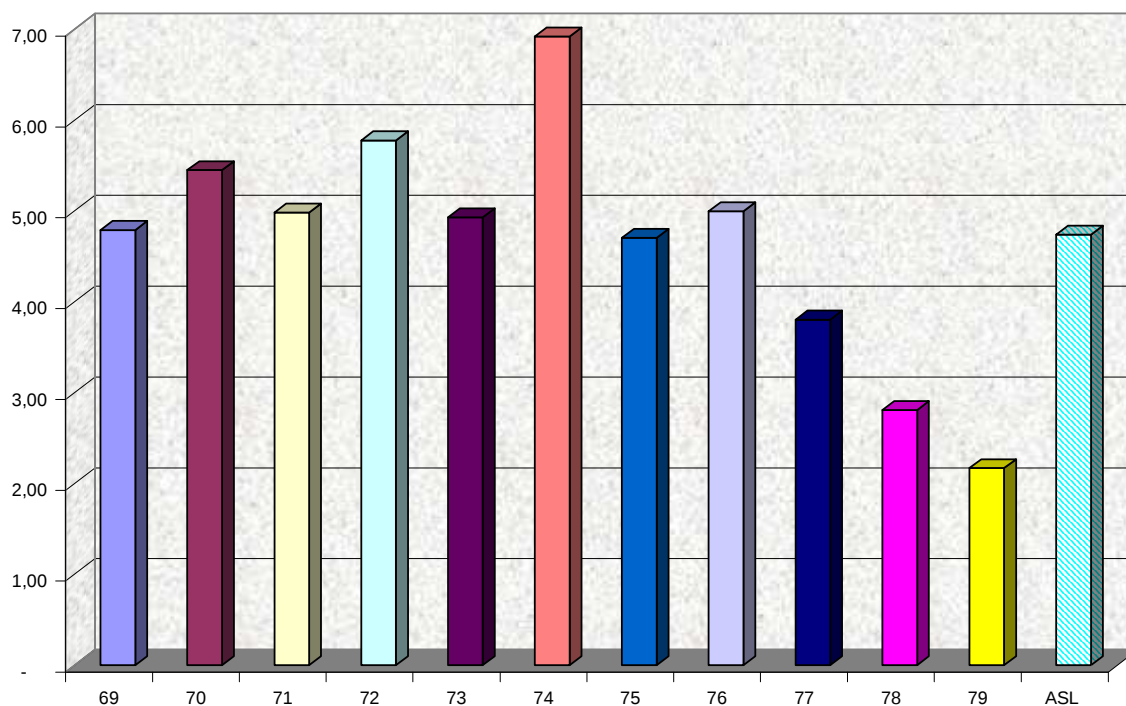


Grafico 5 - Numero medio di trattamenti Ambulatoriali erogati a soggetti

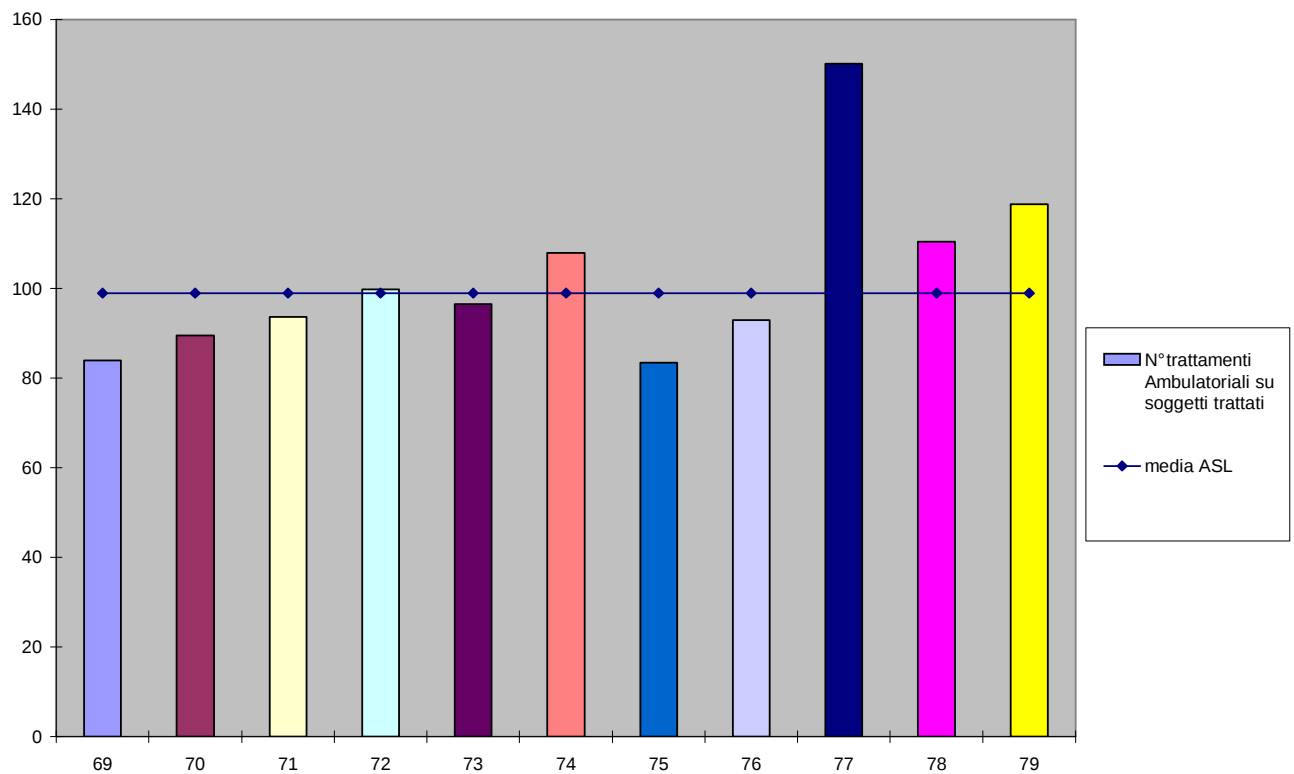
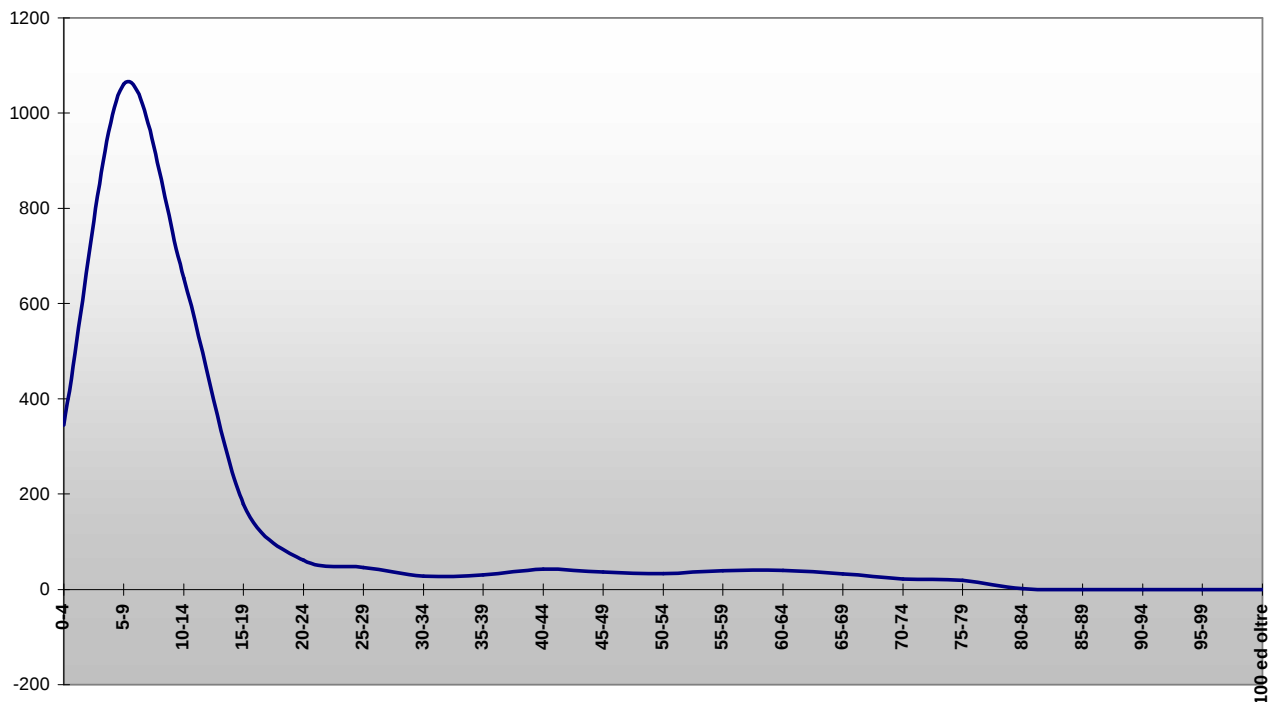


Grafico 6 - Distribuzione di frequenza dell'età media degli utenti con trattamenti Ambulatoriali

Età utenti che hanno ricevuto prestazioni Ambulatoriali



Le prestazioni Ambulatoriali, come mostra il grafico, nella maggior parte dei casi, vengono erogate a utenti giovani.

Tabella 3 - Utenti che hanno ricevuto almeno 1 prestazione Domiciliare di Riabilitazione art. 26

Distretti	popolazione	utenti domiciliari	% utenti su popolazione
69	52.403	87	1,66
70	59.080	130	2,20
71	46.778	91	1,95
72	50.537	74	1,46
73	68.552	242	3,53
74	37.286	115	3,08
75	62.056	217	3,50
76	62.629	94	1,50
77	51.523	78	1,51
78	25.617	28	1,09
79	46.073	31	0,67
ASL NA4	562.534	1.187	2,11

Grafico 7 - localizzazione degli utenti che hanno ricevuto prestazioni domiciliari e incidenza su popolazione

Incidenza su popolazione % per UTENTI
DOMICILIARI LEGGE 11 anno 2006

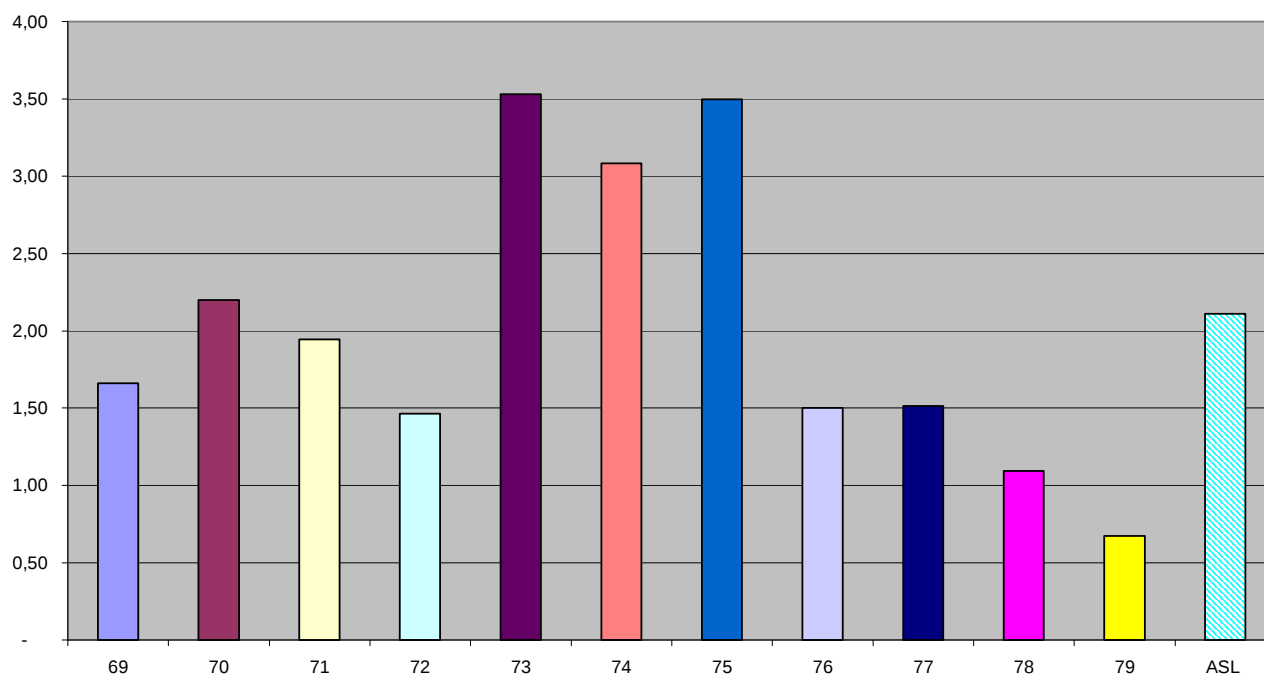


Grafico 8 - Numero medio di trattamenti Domiciliari erogati a soggetti

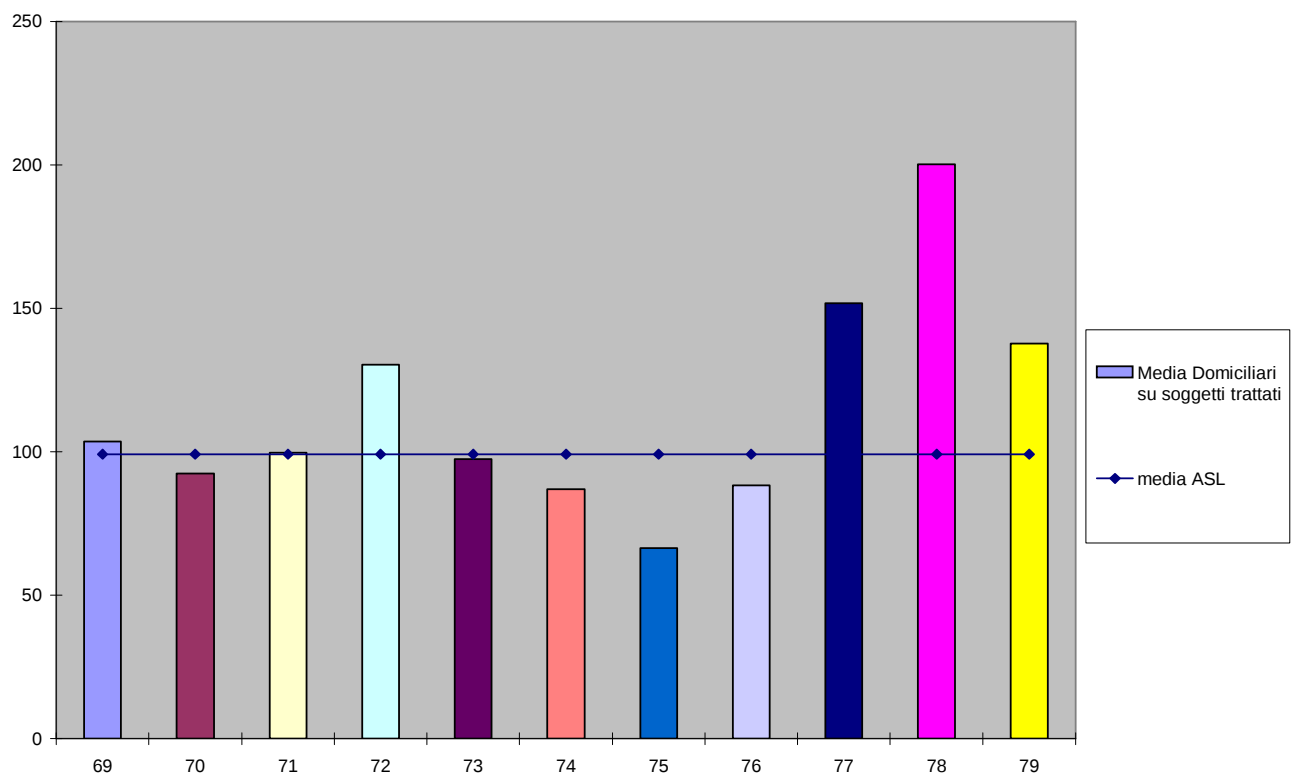
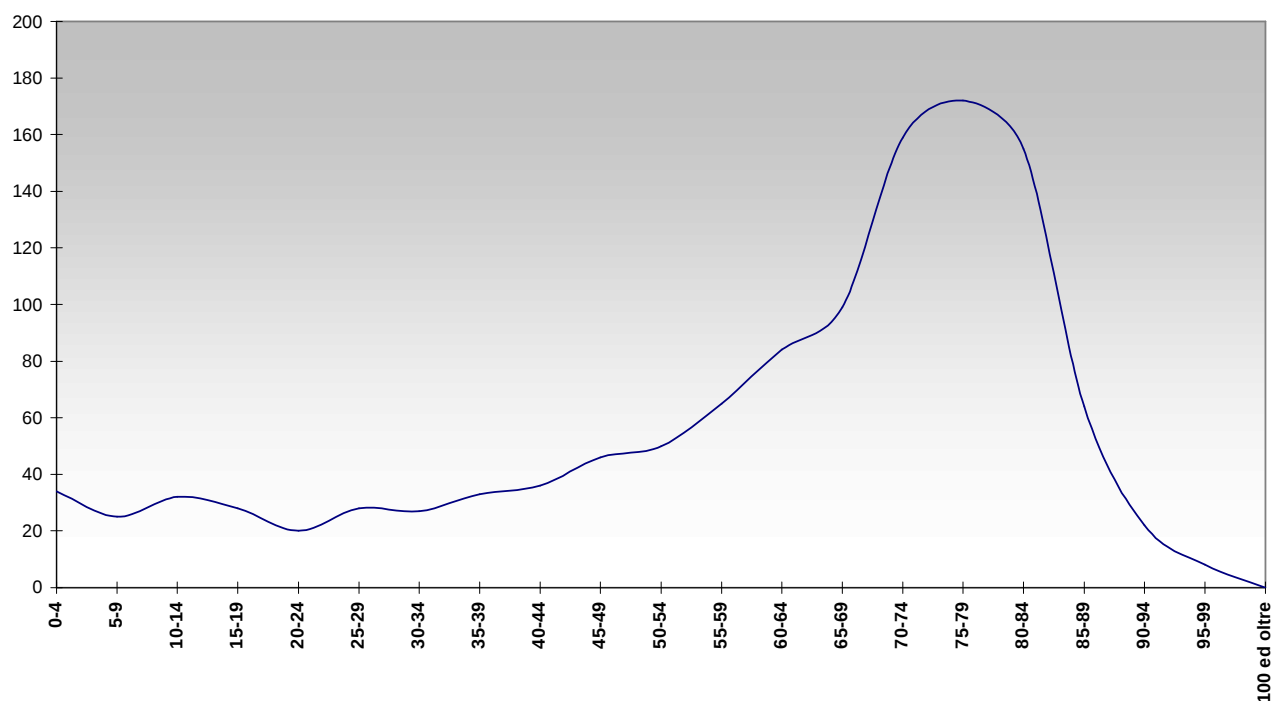


Grafico 9 - Distribuzione di frequenza dell'età media degli utenti con trattamenti Domiciliari

Età utenti che hanno ricevuto prestazioni Domiciliari



Dal grafico si evince in maniera inequivocabile che i trattamenti domiciliari solitamente vengono erogati a utenti anziani. Nella

maggior parte dei casi si tratta di non deambulanti affetti da patologie complesse, non autosufficienti. Fondamentalmente le patologie sono di tipo neuromotorio.

Tabella 4 - Utenti che hanno ricevuto almeno 1 prestazione di Semiconvitto LEGGE 11 ‰

Distretti	popolazione	utenti semiconvitto	‰ utenti su popolazione
69	52.403	37	0,71
70	59.080	38	0,64
71	46.778	32	0,68
72	50.537	31	0,61
73	68.552	51	0,74
74	37.286	27	0,72
75	62.056	17	0,27
76	62.629	23	0,37
77	51.523	36	0,70
78	25.617	18	0,70
79	46.073	19	0,41
ASL NA4	562.534	329	0,58

Grafico 10 localizzazione degli utenti che hanno ricevuto prestazioni in Semiconvitto e incidenza su popolazione

**Incidenza ‰ su popolazione per UTENTI
SEMICONVITTO LEGGE 11 anno 2006**

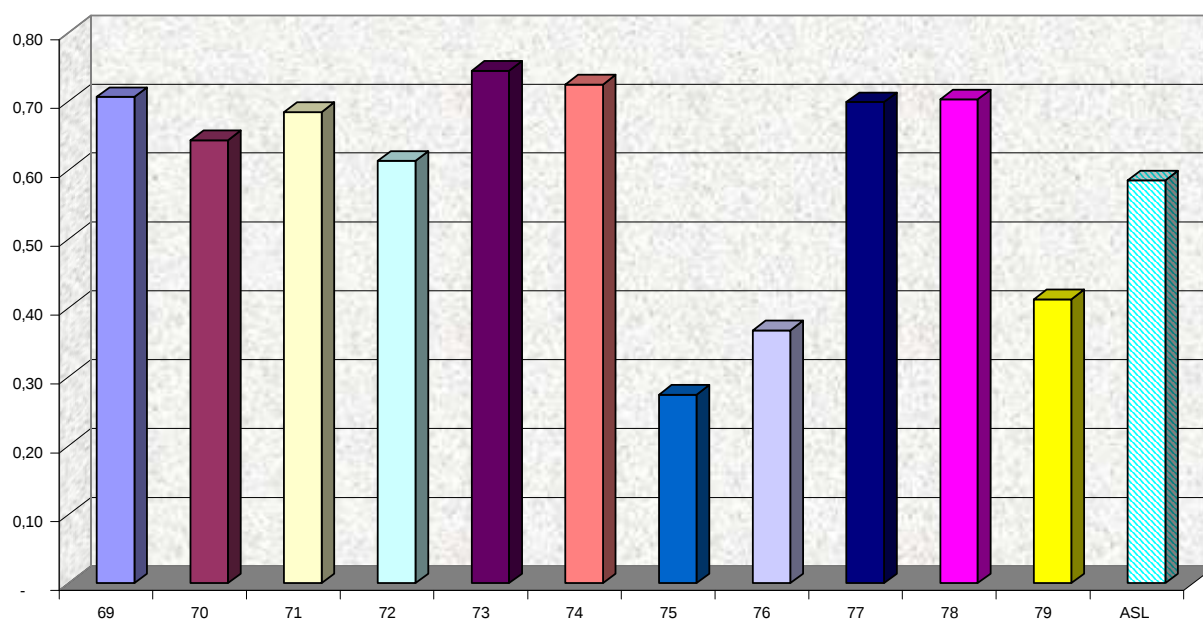


Grafico 11 - Numero medio di trattamenti in Semiconvitto erogati a soggetti

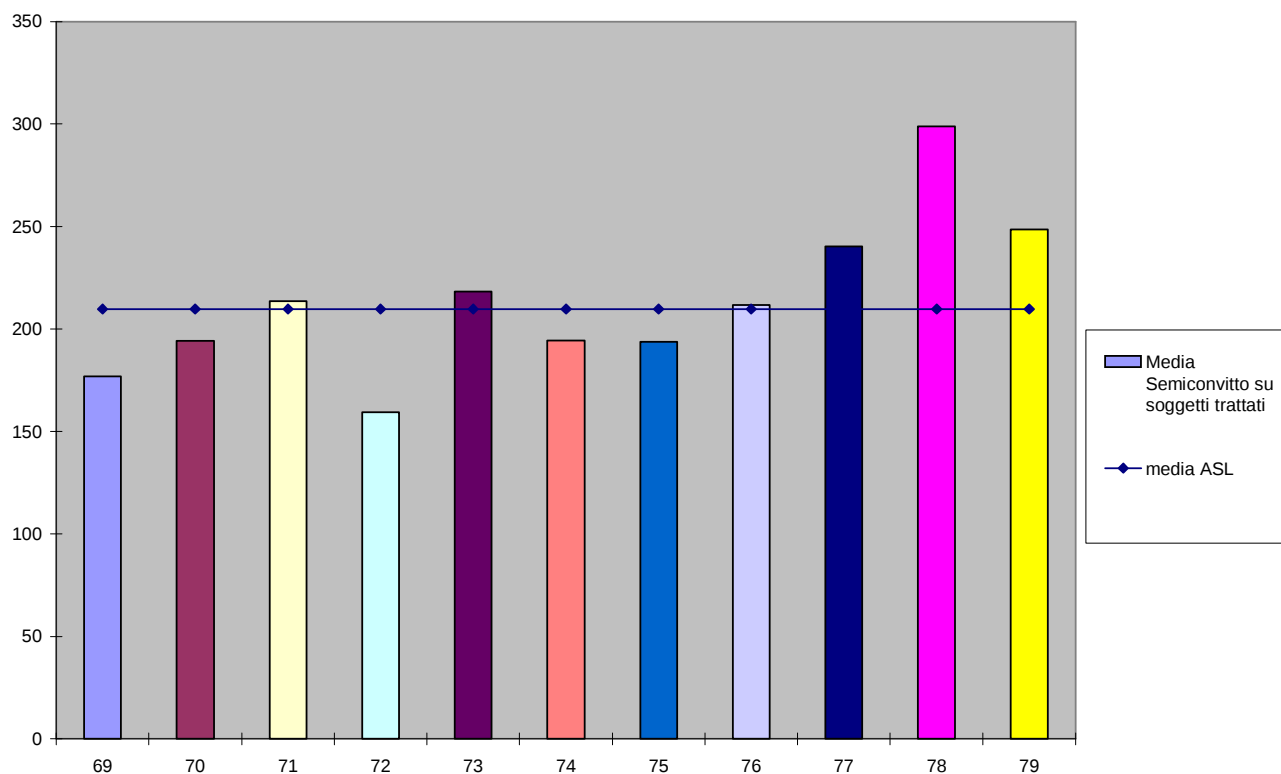
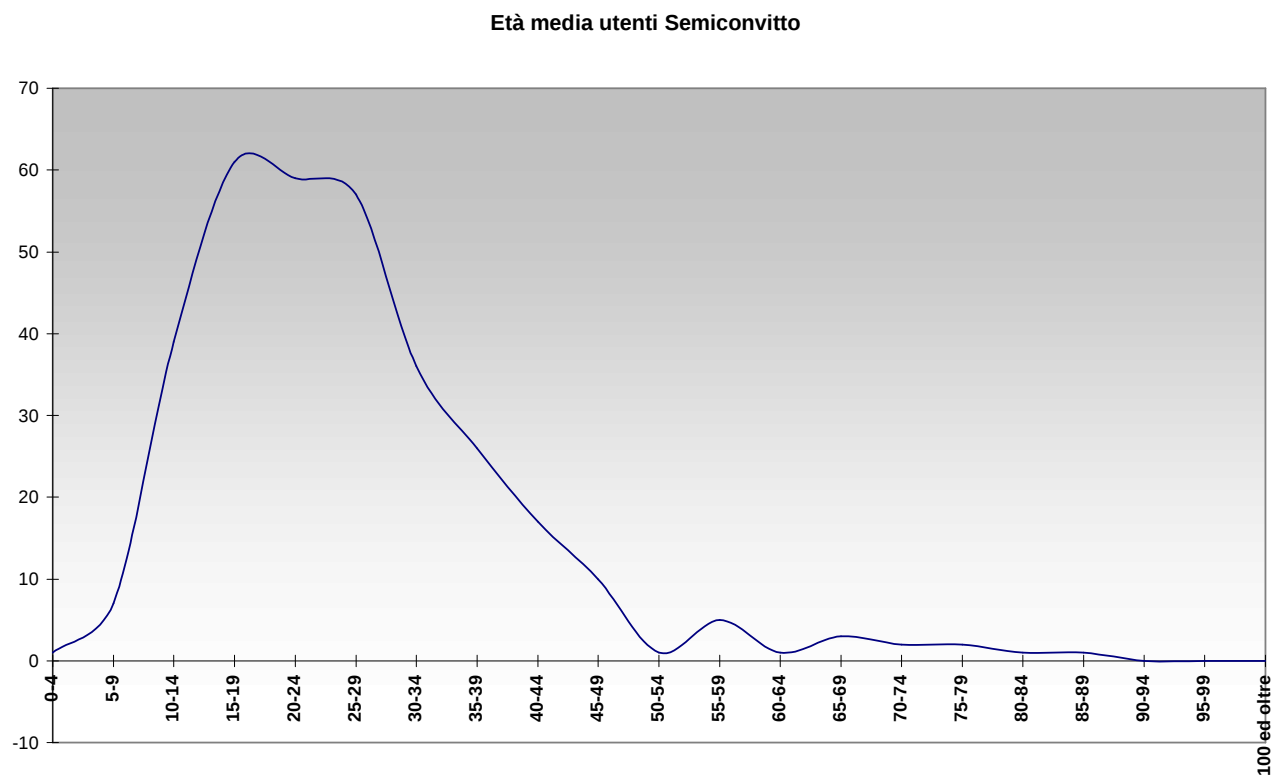


Grafico 12 - Distribuzione di frequenza dell'età media degli utenti con trattamenti Semiconvitto

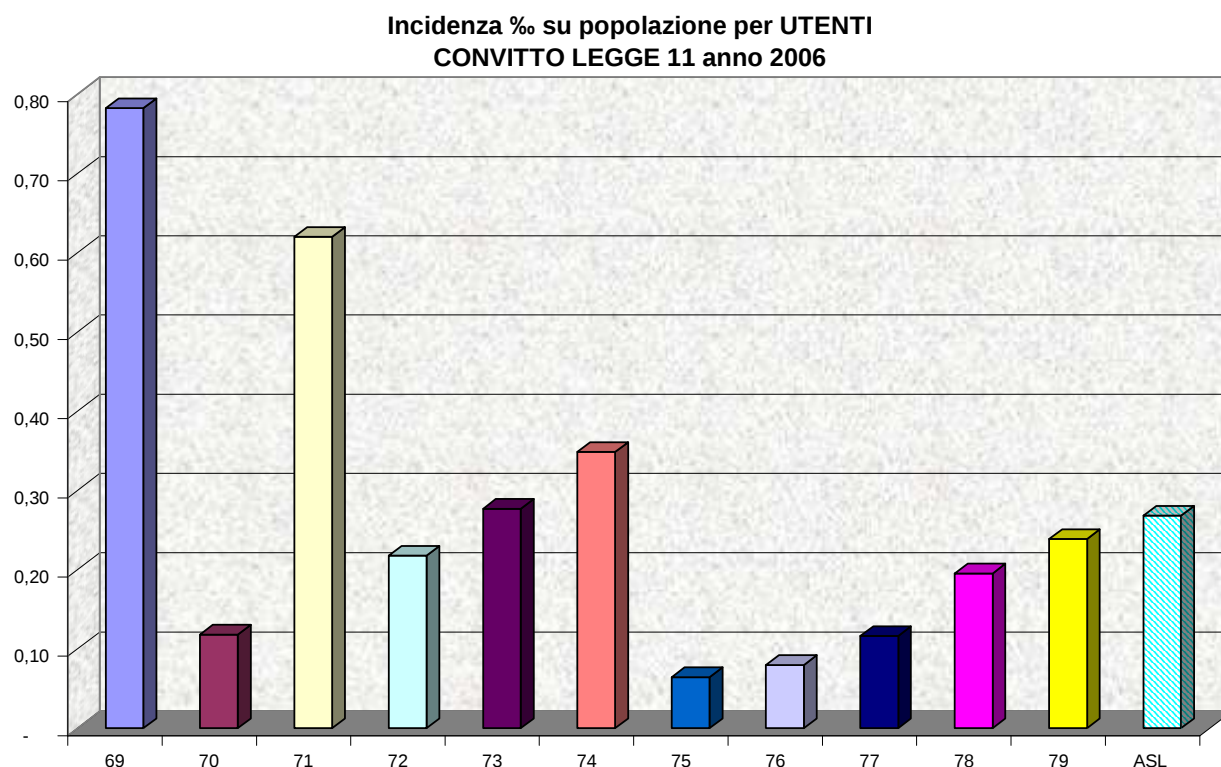


Il trattamento di Semiconvitto viene usualmente utilizzato per trattare utenti maggiorenni in età giovanile, come dimostra il grafico n° 12.

Tabella 6 - utenti che hanno ricevuto almeno 1 prestazione di Convitto LEGGE 11 %

Distretti	popolazione	utenti Convitto	% utenti su popolazione
69	52.403	41	0,78
70	59.080	7	0,12
71	46.778	29	0,62
72	50.537	11	0,22
73	68.552	19	0,28
74	37.286	13	0,35
75	62.056	4	0,06
76	62.629	5	0,08
77	51.523	6	0,12
78	25.617	5	0,20
79	46.073	11	0,24
ASL NA4	562.534	151	0,27

Grafico 13 - Localizzazione degli utenti che hanno ricevuto prestazioni in Convitto e incidenza su popolazione



Il grafico mette in risalto una rilevante incidenza di utenti in Convitto ad Acerra dove esiste un Centro di Riabilitazione per post-

acuti, con un rapido turn-over. La situazione invece è diversa se si analizza il numero dei trattamenti. Il grafico che segue mostra che nei distretti 79, 73, 78 e 74 vi è un maggior numero di trattamenti che confrontato con il grafico 13 (numero di utenti) lascia intendere che le prestazioni vengono erogate ad un numero inferiori di persone. Questo mostra le caratteristiche di utenti cronici che nel tempo hanno acquisito la residenza nel territorio dove sono ospitati.

Grafico 14 - Numero medio di trattamenti in Convitto erogati a soggetti

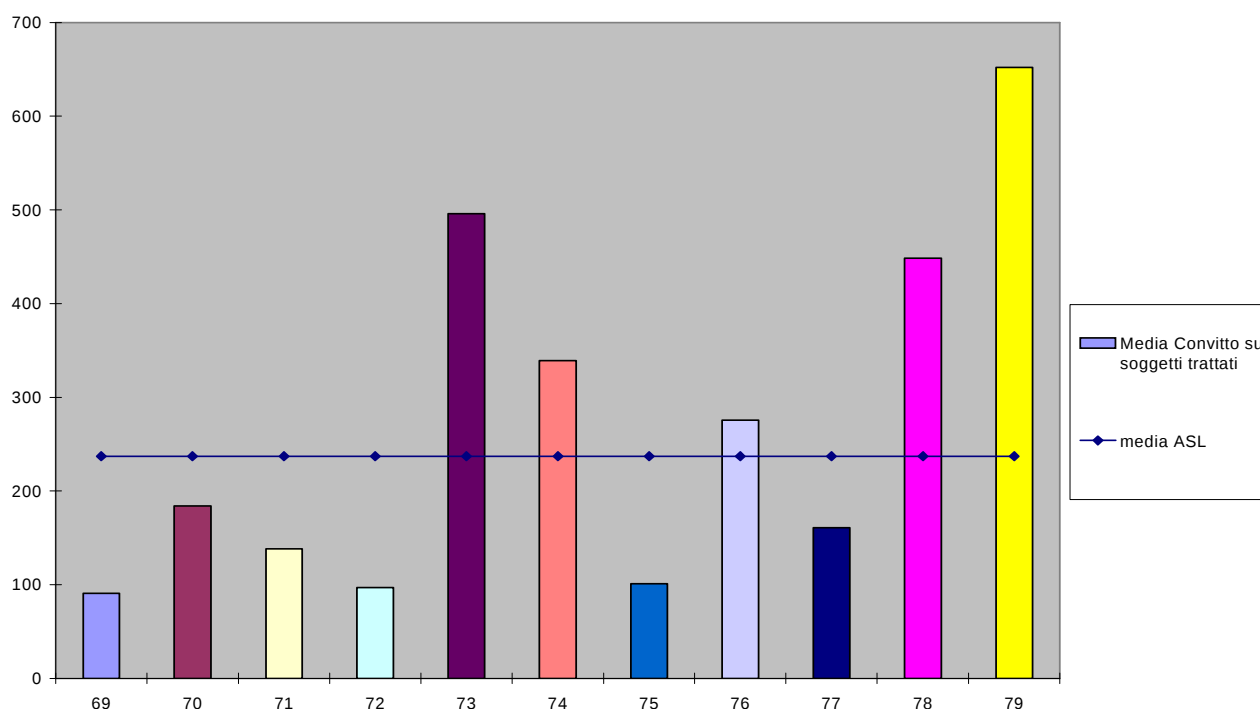
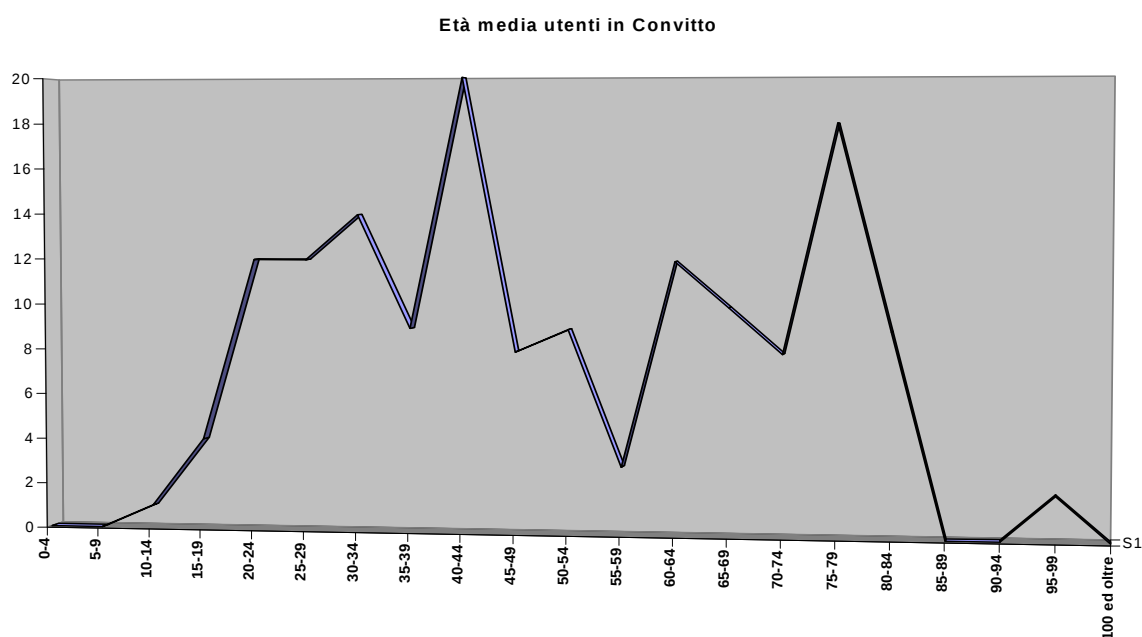


Grafico 15 - Distribuzione di frequenza dell'età media degli utenti con trattamenti Convitto



Come dimostra il grafico N° 15, a differenza delle età degli utenti che usufruiscono di altri tipi di prestazioni, lo scostamento dalla media dell'età degli utenti in regime di Convitto, risulta essere piuttosto ampio. Appare evidente (dall'andamento del grafico) che non risulta esserci una diretta correlazione tra regime di ospitalità ed età. Sia i giovani che gli anziani usufruiscono, in maniera più o meno omogenea, delle prestazioni in regime di Convitto. Questa condizione è dettata dal fatto che le prestazioni di Convitto sono di diversa tipologia: per post-acuti e per cronici. I primi solitamente usufruiscono di tale trattamento in seguito a patologie gravi che richiedono una rieducazione neuromotoria. I secondi, invece, si possono trovare in una duplice situazione: affetti da patologie neurologiche o che vivono in condizioni sociali che spesso determinano il ricorso in regime di internato. Il faticoso cammino della legge 328, sta iniziando strutturarsi e a definire le proprie determinazioni. L'appropriatezza delle prestazioni talvolta non è sempre osservata in quanto, per fattori a volte sociali e non sanitari, le Aziende Sanitarie si sono accollate l'onere di utenti che per carenza di strutture non potevano essere abbandonati. Appare opportuno, quindi, rafforzare l'integrazione socio-sanitaria, ricollocando il Servizio Sanitario Nazionale e gli Enti Locali al loro ruolo d'elezione, creando però una interdipendenza tra istituzioni, per una presa in carico dell'utente più adeguata.

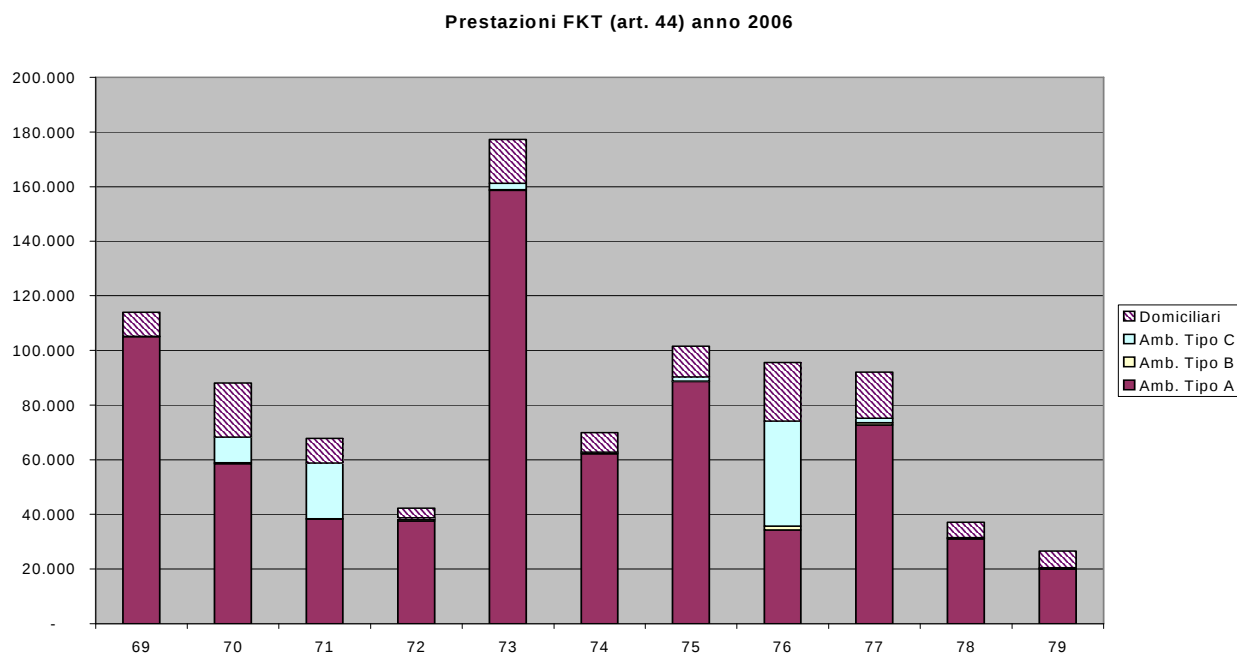
Fisiokinesiterapia (FKT) ex art. 44

Le prestazioni di FKT rappresentano una tipologia di attività riabilitativa somministrata ad utenti con patologie semplici. Le prestazioni sono di molteplice natura come ad esempio massoterapia, logopedia, ecc. Solitamente sono somministrate alla popolazione residente, con le eccezioni legate a quei Centri che si trovano sul confine dell'ASL e quindi raccolgono ricette di utenti anche appartenenti ad un altro territorio.

**Tabella 7 - prestazioni per distretto e tipologia
Anno 2006**

Distretto	Amb. Tipo A	Amb. Tipo B	Amb. Tipo C	Domiciliari
69	105.016	65	74	8.809
70	58.577	339	9.344	19.737
71	38.261	155	20.393	8.959
72	37.596	492	635	3.567
73	158.576	288	2.355	16.072
74	62.220	499	41	7.195
75	88.654	192	1.420	11.262
76	34.378	1.324	38.465	21.462
77	72.656	942	1.548	16.964
78	30.934	303	314	5.627
79	20.068	110	310	6.012
Totale ASL	706.936	4.709	74.899	125.666
ALTRE ASL	212.691	527	2.791	173.096
Totale	919.627	5.236	77.690	298.762

Grafico 16 - prestazioni (valore assoluto) ex. Art. 44 suddivise per distretto



Anche per la FKT il distretto 73 ha erogato il maggior numero di trattamenti in quanto è caratterizzato da una popolazione più alta. Come si può però osservare dal grafico 19, questo distretto rientra più o meno nella media ASL. Sempre dal grafico 19 si osserva una sensibile variazione dalla media sul distretto 70 dove circa il 13% della popolazione ha usufruito di trattamenti di FKT rispetto a poco più del 7% della media ASL. Le prestazioni ambulatoriali sono fondamentalmente erogate a utenti ASL (sul totale circa il 20% sono erogate a non residenti). Le prestazioni domiciliari erogate dai Centri sono in larga misura erogati a non residenti (circa 60%).

Grafico 17 - prestazioni ex. art. 44 Totali

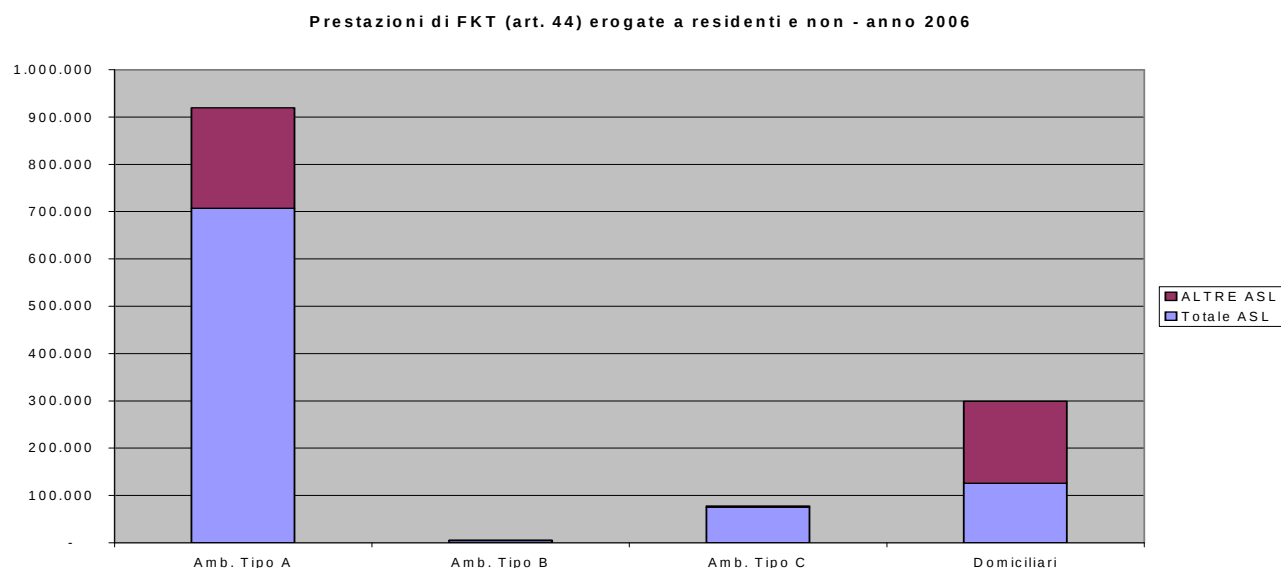


Grafico 18 - Utenti che hanno ricevuto prestazioni Ambulatoriali di ex art. 44 rapportati alla popolazione del proprio distretto.

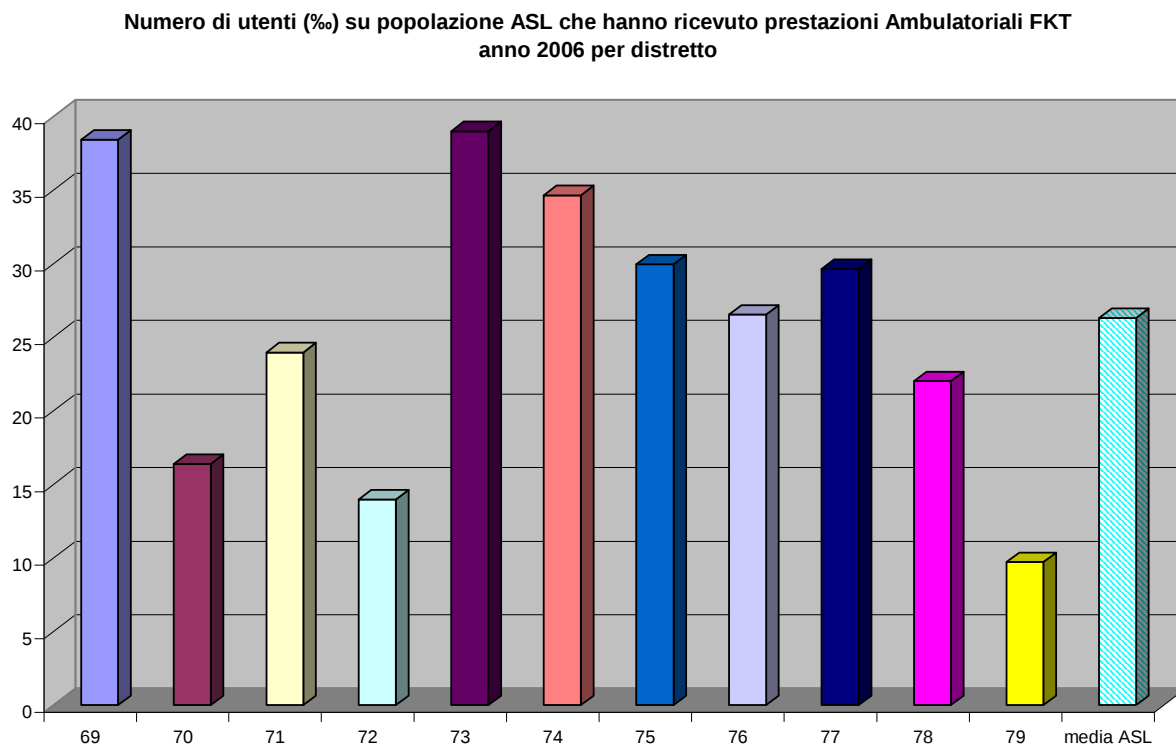
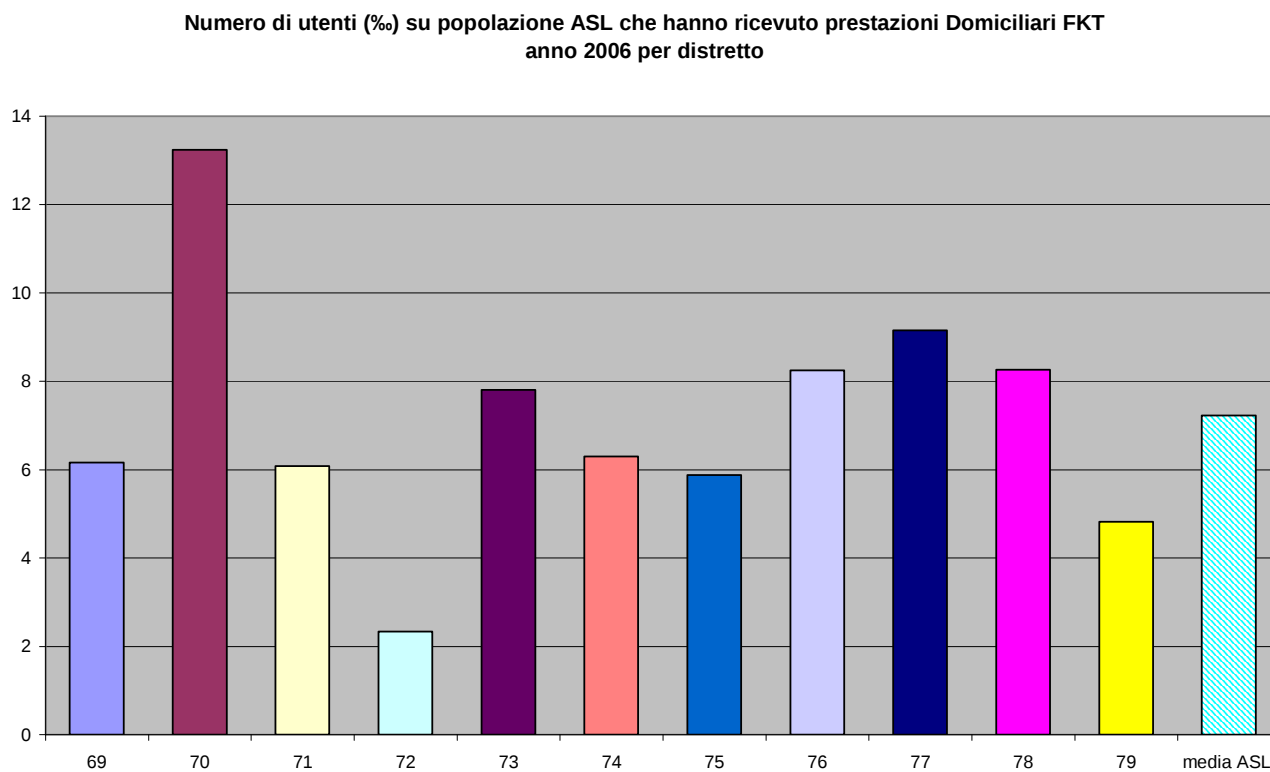


Grafico 19 - Utenti che hanno ricevuto prestazioni Domiciliari di ex art. 44 rapportati alla popolazione del proprio distretto.



PROTESICA

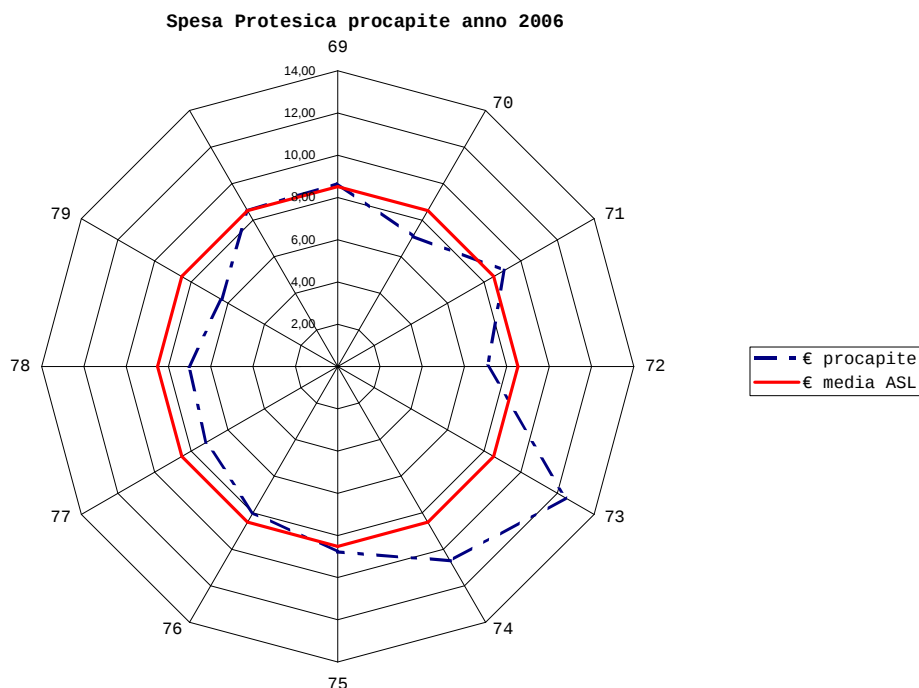
Le prestazioni protesiche sono difficilmente categorizzabili per la molteplicità delle attrezzature e materiali in oggetto. Si è preferito indicare, raggruppata per distretto, la spesa per questa tipologia. Per spesa protesica si intende l'acquisto di tutti quei presidi che coadiuvano o sostituiscono un'abilità motoria o di altra inabilità (sedie a rotelle, sponde per letto, scarpe ortopediche, protesi acustiche, ecc.).

La tabella che segue indica la spesa di tal natura, per distretto, relativa all'anno 2006, raffrontando anche l'incidenza sulla specifica popolazione del territorio.

Tabella 8 - Spesa per attività protesica con incidenza per popolazione

distretto	Totale	popolazione	€ per abitante
69	454.655,48	52.403	8,68
70	420.957,86	59.080	7,13
71	426.110,81	46.778	9,11
72	358.368,75	50.537	7,09
73	852.837,72	68.552	12,44
74	396.912,52	37.286	10,65
75	544.470,46	62.056	8,77
76	500.918,82	62.629	8,00
77	370.000,00	51.523	7,18
78	180.000,00	25.617	7,03
79	292.000,00	46.073	6,34
totale ASL NA4	4.797.232,42	562.534	8,53

Grafico 20 - Spesa protesica con media ASL procapite



Nel grafico N° 20 la linea continua rappresenta la spesa rapportata al numero degli abitanti dell'ASL (media). La linea tratteggiata

invece è la spesa rapportata agli abitanti di ogni distretto. Il posizionamento della linea tratteggiata verso la parte esterna della ragnatela, rappresenta uno scostamento della spesa procapite dell'ASL superiore alla media; all'inverso risulta essere più bassa, se la linea tratteggiata si posiziona verso il centro della ragnatela e comunque sotto la linea continua.

Dal grafico appare evidente che la spesa per distretto è alquanto uniforme con gli unici scostamenti dalla media per i distretti 73 in positivo, e 79 in negativo.

Il Dipartimento di Salute Mentale come spazio del molteplice

C. Paudice, Carla Boccia, Michela Notaro - D.S

Premessa:

Negli ultimi trenta anni la psichiatria ha subito una vera e propria rivoluzione che abbraccia sia la modalità di intendere la malattia psichiatrica che l'approccio a quest'ultima.

Franco Basaglia, ideatore della legge 180 nel 1978 e promotore della chiusura dei manicomi, condizioni che hanno cambiato la realtà italiana della malattia mentale, affermò con vigore che " il malato mentale , collocato in manicomio, estromesso dalla propria vita relazionale, emotiva, sociale, perde la dignità di essere umano e che pertanto colui che soffre, in quanto persona, ha il diritto e la necessità di non vivere da recluso".

La funzione del manicomio era di curare e custodire, ma la realtà era che poteva solo custodire, dal momento che le persone perdevano ogni rapporto con il mondo esterno, venivano privati di un diritto fondamentale: quello di un'esistenza piena, fatta di interazione umana, di rapporti sociali.

Si è passati, così, da una realtà di logica manicomiale alla "logica del territorio" che, pur non essendosi ancora appieno realizzata, permea le azioni programmatiche di tutta la psichiatria.

Attualmente si è sostituito alla struttura manicomiale l'organizzazione di strutture quali il Dipartimento di Salute Mentale, articolato nelle Unità Operative di Salute Mentale, che offrono diversi servizi territoriali e residenziali.

Le precedenti azioni programmatiche hanno consolidato nel nostro paese tale modello organizzativo dipartimentale ed hanno portato alla individuazione di una prassi operativa, mirata ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola ecc.), in collaborazione con il volontariato , con i MMG e con gli altri servizi sanitari e sociali.

Secondo il Ministero della Salute (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008) la distribuzione quantitativa di tutti i servizi dei DSM soddisfa gli standard tendenziali nazionali, con valori superiori per i Centri di salute mentale, i Centri Diurni e le Strutture residenziali, mentre disomogenea sul territorio appare la dotazione di risorse umane messe in campo e la qualità degli interventi fra le Regioni e all'interno di ciascuna regione; inoltre molti dati dimostrano che esistono eterogeneità entro regione che sono addirittura superiori a quelle tra regioni.

Il Ministero della Salute, inoltre, evidenzia tra le altre carenze, la mancanza di un Sistema informativo nazionale, in grado di documentare le attività e le prestazioni fornite dai servizi, in rapporto ai bisogni dei pazienti .

Tali dati sono fondamentali per le conoscenze epidemiologiche e per la programmazione degli interventi futuri.

A fronte di tali problematiche è stata istituita, presso il Ministero della Salute, la Commissione nazionale per la Salute Mentale, che opera in coordinamento con la Consulta nazionale per la salute mentale.

Inoltre, la Commissione Igiene e Sanità del Senato, ha avviato un'indagine conoscitiva sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia e sull'attuazione dei Progetti -Obiettivo per la Salute Mentale e tra gli obiettivi del piano sanitario nazionale 2006-2008 ritroviamo la Realizzazione di un Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale.

2)Epidemiologia del disagio mentale : stato dell'arte in Italia

In Italia, come in altri Paesi industrializzati, i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il servizio Sanitario Nazionale, non solo per la necessità di prestazioni specialistiche da parte di psichiatri e psicologi clinici, ma anche perché i pazienti con disturbi psicopatologici utilizzano molto frequentemente i servizi sanitari, sia a causa dei documentati maggiori rischi per la loro salute fisica sia per la presenza di sintomi fisici , pur su base organica , dovuti a somatizzazione.

Appare, dunque, evidente quanto i problemi mentali rappresentino non solo un problema sanitario, ma anche un problema sociale ed economico e tale carico è destinato ad aumentare nel tempo.

A livello nazionale, non si dispone di dati sulla frequenza dei più importanti disturbi mentali, diagnosticati in modo omogeneo con metodologia affidabile, che entrano in contatto con i servizi specialistici né tanto meno sono disponibili informazioni sulla loro variazione in termine di spazio, tempo e caratteristiche demografiche.

Pochi studi recenti condotti sia a livello nazionale che locale hanno dimostrato che la prevalenza annuale dei disturbi mentali più comuni nella popolazione generale è come minimo dell'8% .

Secondo recenti proiezioni dell'OMS,i disturbi mentali sono destinati a divenire nel prossimo decennio una delle principali fonti di disabilità e sofferenza.

In Europa,la mortalità per suicidio è più elevata di quella per incidenti stradali, e il disturbo depressivo maggiore rende conto del 6% del carico di sofferenza.

L'impatto economico della morbidità psichiatrica è molto elevato, con stime conservative pari al 3-4% del PIL dell'Unione Europea anche l'impatto a lungo termine nei figli di chi soffre di problemi psicopatologici può essere significativo.

3)Obiettivi

Il presente lavoro permette l'acquisizione di conoscenze dell'utenza,che afferisce ai centri di salute mentali del DSM dell'ASL NA4. E' stata fatta una descrizione quali - quantitativa della patologia,partendo dalla distribuzione di esse all'interno delle UOSM .

Le differenze significative, rilevate all'interno delle quattro UOSM, rimandano in parte ad una diversità socio-culturale dei territori, in parte al fatto che le diagnosi , codificate secondo l'ICD9,potrebbero presentare per alcune patologie limitata

accuratezza e riproducibilità, inoltre un altro fattore da non trascurare è la mancata informatizzazione dei servizi.

4) Materiali e metodi

L'impatto sociale delle patologie, così come a livello nazionale è presente anche nel nostro territorio, anche la disomogeneità delle diagnosi e delle informazioni raccolte, come sopra detto, si riflette all'interno del DSM.

Pertanto, si è cercato di superare la disomogeneità diagnostica e della raccolta dei dati attraverso l'esame per l'anno 2006 dei dati inerenti le patologie, che sono state diagnosticate, riferendosi ad una guida diagnostica quale l'ICD 9.

L'ICD 9 è un sistema di classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, prodotto dalla comunità scientifica internazionale, sotto l'egida dell'O.M.S., incorporato nella Classificazione Internazionale delle Malattie.

I sistemi di classificazioni risultano indispensabili per una standardizzazione della diagnosi, per poter contribuire a realizzare un linguaggio comune in psichiatria e fornire elementi per la statistica e la ricerca in psichiatria.

Fonti .

È in atto presso il Dipartimento un strumento di raccolta dati detto Portafoglio , tutt'ora cartaceo a cura degli operatori, che comprende un'area che racchiude variabili socioanagrafiche del paziente e un'area che raccoglie le prestazioni. I dati sono stati elaborati per UOSM e poi, raccolti all'interno del Dipartimento, sono stati sintetizzati.

Sono state elaborate diverse tabelle disaggregate per UOSM con i relativi tassi.

Nel presente lavoro compaiono n°10 categorie diagnostiche più rappresentative, la voce ALTRO raccoglie le categorie con frequenze basse quali:

- ✓ Disfunzioni somatiche originate da fattori psichici,
- ✓ psicosi da farmaci ,
- ✓ psicosi alcoliche ,
- ✓ sindrome da dipendenza da alcol ,
- ✓ disturbi della condotta non classificati altrove,
- ✓ deviazioni e disturbi sessuali,
- ✓ farmacodipendenza,
- ✓ fattori psichici associati a malattie classificate altrove,
- ✓ abuso di droghe senza dipendenza

5)Organizzazione del DSM

La ASL Na 4 ha una Struttura Dipartimentale per la Salute mentale: D.S.M.

Il DSM ha un bacino d'utenza di 562.476 abitanti (dato al 31-12-2007), distribuito su un territorio vasto (36 Comuni) e non omogeneo per caratteristiche geo-demografiche.

Si occupa di pazienti con bisogni sanitari diversificati e con bisogni sociali complessi, considerato, anche, che l'area

territoriale su cui insiste è ad alta complessità socio-demografica per diversi fattori:

- ⇒ Urbanizzazione rapida, con accelerazione del processo negli ultimi anni in alcune zone del territorio
- ⇒ Industrializzazione non supportata da adeguato sviluppo sociale e culturale
- ⇒ Presenza di alcune enclave rurali
- ⇒ Crescita non controllata di nuovi insediamenti urbani
- ⇒ Caotico flusso di immigrati
- ⇒ Concentrazione di extracomunitari

Il D.S.M. attua nel campo del disagio psichico prevenzione, cura e riabilitazione

Nel territorio del D.S.M dell'A.S.L. NA 4 sono comprese 4 U.O.S.M. che fanno capo ai seguenti distretti e sono così ubicate:

- **Unita' operativa di Nola (Distretto 73; 74)**
- **Unita' operativa di Pollena- Cercola (Distretto 75; 76)**
- **Unita' operativa di Pomigliano (Distretto 69; 70; 71; 72)**
- **Unita' operativa di Terzigno (Distretto 77; 78; 79)**

Le funzioni attuate nel Dipartimento e nelle singole UOSM sono:

- Prevenzione
- Funzioni di rete
- Formazione e Ricerca
- Integrazione socio-sanitaria
- Accoglienza
- Presa in carico
- Continuità dell' assistenza
- ASV (Accertamenti Sanitari Volontari) ed ASO (Accertamenti Sanitari Obbligatori)
- Urgenza ed emergenza
- T.S.V. (Trattamenti Sanitari Volontari) e T.S.O. (Trattamenti Sanitari Obbligatori)
- Interventi domiciliari volti ai pz. ed alle famiglie
- Interventi clinico- riabilitativi attuati nei Centri Diurni e di Riabilitazione e nei Centri Psicosociali
- Interventi clinico- terapeutico nei Day Hospital
- Progetti individualizzati terapeutico-riabilitativi nelle Strutture Intermedie Residenziali

6)Descrizione dei dati

6.1 Le Patologie

Prima di procedere all' analisi dei dati va detto che questi ci consentono una lettura sommaria e generalizzata e non vanno considerati di valore assoluto; infatti, nonostante gli sforzi che

sono in atto nel Dipartimento per una raccolta dei dati uniforme e sistematizzata, la rilevazione è attualmente ancora manuale e non informatizzata.

In ogni caso i dati raccolti e di seguito illustrati ci consentono una prima e globale conoscenza dello stato di salute all'interno del DSM.

Dalla tabella n° 1 si evince che il numero totale di pazienti in carico al DSM è di 6808, in concordanza con le patologie esaminate più avanti. Sono state calcolate le frequenze relative ed i tassi grezzi per 10.000 ab.

I dati evidenziano un lieve scarto tra le UOSM, ma esaminando i tassi per 10.000 ab. ritroviamo che il tasso medio su tutta la popolazione è di 121 e che il range va dal valore più basso di 76 per la UOSM di Pomigliano a quello più alto di 164 per la UOSM di Nola.

Dall'analisi, però, della successiva tabella n.5 si evince che nella UOSM di Pomigliano vengono assistiti un maggior numero di Pazienti ad Alto Carico (PAC)

Passiamo ad analizzare la variabile DIAGNOSI.

La tabella n 2 evidenzia un quadro generale delle patologie presenti in tutto il comprensorio del Dipartimento per consentire una lettura globale dell'utenza.

IL grafico n° 1 rileva le patologie aggregate del DSM in valori assoluti.

Nel grafico n° 2, sono riportate invece le distribuzioni delle patologie per ciascuna UOSM, al fine di evidenziare le diversificazioni sul territorio.

La tabella n°2 riporta la distribuzione delle frequenze relative. Da tali dati si evince che una delle patologie maggiormente manifestate e trattate all'interno delle 4 UOSM di riferimento è la "Sindrome nevrotica", che presenta complessivamente un totale di 2550 pazienti, pari al 39 %, con una manifestazione numericamente più elevata nelle UOSM di Nola 51% e Terzigno 43% seguite da Pomigliano con il 34% e Pollena con il 27%.

Seguono immediatamente le diagnosi di Psicosi: la Psicosi Schizofrenica con 1190 pazienti in carico, mentre la Psicosi Affettiva con 1145 pazienti trattati. Lo scarto tra le due diagnosi è lieve e lo ritroviamo anche all'interno delle UOSM con la differenza che, per Nola (250/206) e Pomigliano (431/275) i dati presentano più alte frequenze per la Psicosi Schizofrenica, mentre Pollena (351/275) e Terzigno (158/208) per la Psicosi Affettiva. Seguono gli stati psicotici senili e presenili con 611 utenti pari al 9% dell'utenza.

Anche in questo caso c'è una differenziazione fra le quattro UOSM. Pollena presenta il dato più alto, seguita da Terzigno e Nola, Pomigliano.

Seguono Stati psicotici organici con il 5%.

Con un valore assoluto di 223 pazienti, pari al 3% del totale, seguono i disturbi di personalità; mentre per Pollena, Pomigliano e Terzigno il dato è pressoché costante (71-61) pari al 4%, Nola si differenzia con una percentuale dell'1%.

Sono presenti, ancora, con il 2% disturbi depressivi non specificati e gli stati paranoidei.

I disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, che contano 106 soggetti pari all'1%, vedono la frequenza più alta presso la UOSM di Pomigliano.

La tab. n° 4 rileva i tassi grezzi per 10.000 ab.

Il tasso medio per la sindrome nevrotica è di 47, ma il range va dal valore più basso 26 per Pomigliano a quello più alto per Nola . Per le psicosi sommando i tassi di quella schizofrenica e quella affettiva rileviamo che il valore medio è 41 ; il range va dal valore più basso 30 per Terzigno al valore più alto 67 per la UOSM di Pollena.

Proseguendo nella lettura dei dati si evince che le restanti categorie diagnostiche, disaggregate per UOSM , presentano scostamenti dalla media del DSM.

Si evincerebbe ad una prima lettura, quindi, quale dato significativo che le patologie maggiormente presenti sul nostro territorio sono le Nevrosi con il 39%, in realtà, c'è da considerare che la Psicosi Schizofrenica ed Affettiva rientra, comunque, nella categoria più generale delle Psicosi, che raggiunge, perciò, un valore assoluto di 2335 pazienti, pertanto, sommando le percentuali delle due tipologie di psicosi si raggiunge il 34%, raggiungendo una percentuale molto vicina a quella delle Nevrosi.

Quindi le due patologie Nevrosi e Psicosi risultano ambedue fortemente presenti sul territorio dell' ASL.

La voce ALTRO racchiude i dati riguardanti le restanti patologie che sono numericamente meno indicativi rispetto a quelli appena citati.

6.2 Le attività

Al fini di illustrare il volume e le tipologie di interventi, attuate nella Salute Mentale si riportano i volumi di attività e le principali prestazioni (ovvero indicatori di processo del DSM) che sono effettuate a favore dei pazienti in carico nella Tab N° 5

I pazienti ad alto carico sono n° 1311, pari al 19 % dell' utenza totale. Sono considerati pazienti ad alto carico quei pazienti che presentano le seguenti condizioni:

- ❖ diagnosi di psicosi, gravi disturbi di personalità o altre diagnosi con particolare rilievo clinico (es. disturbo dell'alimentazione, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo da abuso da sostanze)
- ❖ presenza di grave comorbidità medica
- ❖ presenza di problemi psico-sociali ed ambientali
- ❖ presenza di gravità di malattia legata a scarsa aderenza al trattamento proposto,
- ❖ rischio di suicidio e di aggressività
- ❖ pazienti ad alta utilizzazione dei servizi.

I dati della tab . n°5 evidenziano che Pomigliano presenta una più alta percentuale di pazienti PAC che sono, infatti, il 51%; tale dato trova conferma anche nella tab: n° 6 dove il rapporto tra pazienti PAC e utenza della UOSM è pari al 41% per Pomigliano seguito a parità da Pollena e Terzigno con il 13% ed infine Nola con il 12%.

Quindi tale tipologia di pazienti assorbe notevoli risorse all'interno del DSM e richiede l'impegno di numerosi operatori e una diversificazione di interventi.

Dalla lettura dei dati tab. n°7 si rileva che le prestazioni ambulatoriali sono affiancati dagli interventi domiciliari e riabilitativi in accordo alla "mission" del dipartimento che vede nella presa in carico integrata il suo obiettivo principale.

Altro dato significativo è quello dei ricoveri in Day Hospital ed in Centro Psico-sociale a testimonianza della funzione di accoglienza svolta dal Dipartimento; importante, ancora, il dato dei programmi integrati, che evidenzia il lavoro di rete attuato sul territorio.

Si precisa che a fianco a tali prestazioni vi sono circa 400 ricoveri effettuati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Pollena ed altre prestazioni, che non sono qui riportate, in quanto tale tabella ha fini illustrativi dell'attività generali del DSM e non ha valore esaustivo di tutto quanto attuato.

Conclusioni:

La raccolta e la lettura dei dati ci dà informazioni, seppure non esaustive sul campione conosciuto all'interno delle unità operative del DSM, sullo stato di salute, evidenziando la prevalenza dei disturbi mentali più comuni.

Inoltre è da considerare che il nostro dato è sottostimato a causa dello stigma e dei pregiudizi, ancora fortemente presenti sul territorio, che spesso inducono l'utente a non rivolgersi al Servizio.

Dal punto di vista dello stato delle patologie è interessante rivolgere particolare attenzione, oltre che alle patologie più gravi quali la schizofrenia, disturbi bipolari, ecc., anche ai disturbi ansiosi e depressivi, che rispetto agli scorsi anni sono aumentati di frequenza.

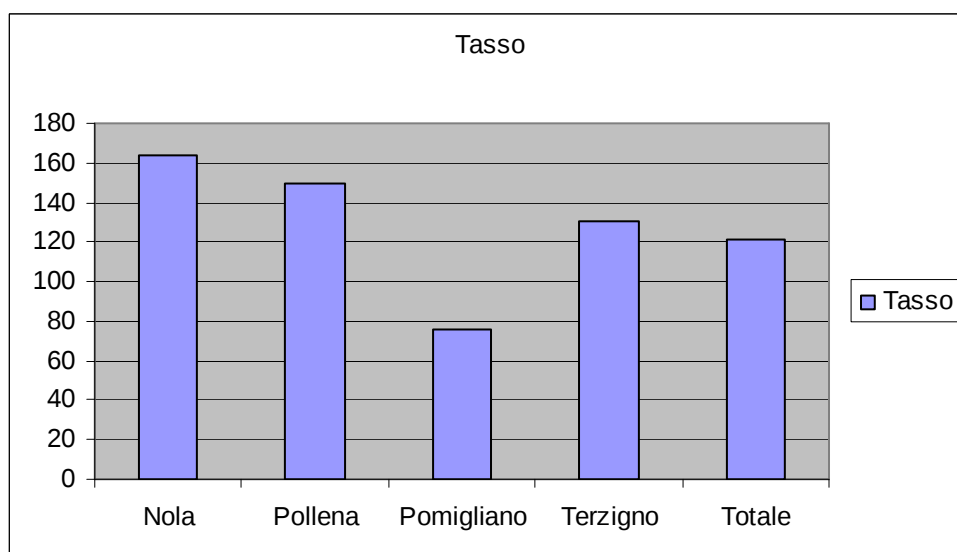
La lettura dei dati ci è di stimolo per migliorare le strategie di intervento sul territorio ed implementare ulteriori percorsi di "cura", al fine di rispondere sempre meglio ai bisogni dell'utenza.

TAB N°1
Assistiti del DSM
Distribuzione dell'utenza nelle UOSM , frequenza assoluta ,relativa e tasso grezzo X 10.000 ab

Frequenza		Freq. Rel	Tasso
Nola	1800	26%	164
Pollena	1870	27%	150
Pomigliano	1592	24%	76
Terzigno	1546	23%	130
Totale	6808	100%	121

Grafico n°1

	Tasso
Nola	164
Pollena	150
Pomigliano	76
Terzigno	130
Totale	121



TAB n°2
Assistiti dal DSM

Distribuzione dei valori assoluti della variabile Diagnosi disaggregati per unità operativa

DIAGNOSI	nola	pomigliano	pollena	terzigno
Sindrome nevrotica	918	551	510	664
Psicosi schizofrenica	250	431	351	158
Psicosi affettiva	206	275	456	208
Stati psicotici organici senili e presenili	110	9	371	121
Stati psicotici organici	168	31	34	119
Disturbi della personalità	28	61	71	63
Disturbi depressivi non specificati	36	29	10	57
Stati paranoidi	15	43	13	49
Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza	6	74	20	6
Altre psicosi non organiche	12	26	7	57
Altro	51	62	27	44
TOTALE	1800	1592	1870	1546

Grafico n°2

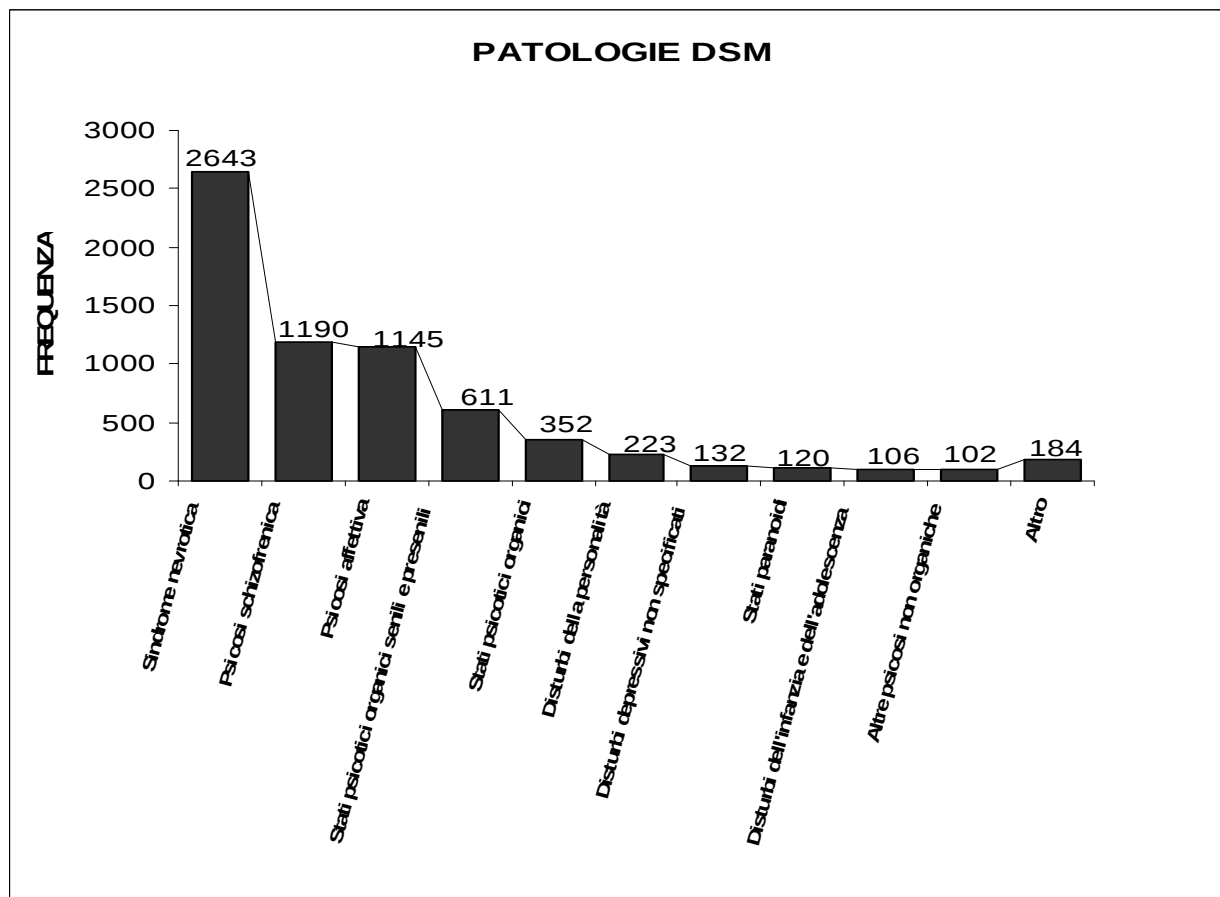
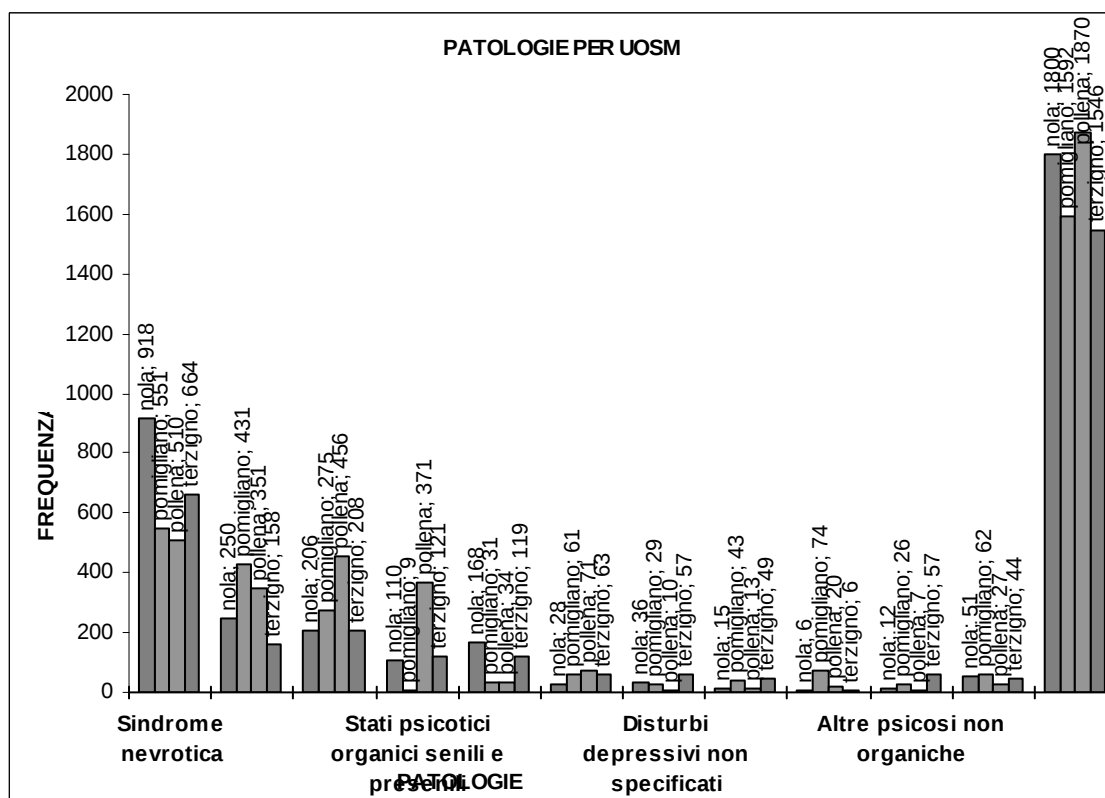


Grafico n°3



Tab.n°4

Assistiti dal DSM : tassi grezzi per 10.000
ab.disaggregati per UNITA' OPERATIVA

Distribuzione dei tassi x 10.000	tasso/Dsm	tasso/nola	tasso/pomigliano	tasso/pollena	tasso/terzigno
DIAGNOSI					
Sindrome nevrotica	47	84	26	41	56
Psicosi schizofrenica	21	23	20	28	13
Psicosi affettiva	20	19	13	37	17
Stati psicotici organici senili e presenili	11	10	0,4	30	10
Stati psicotici organici	6	15	1	3	10
Disturbi della personalità	4	2	3	6	5
Disturbi depressivi non specificati	2	3	1	1	5
Stati paranoidei	2	1	2	1	4
Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza	2	0,5	3	2	0,5
Altre psicosi non organiche	2	1	1	0,5	5
Altro	3	5	3	2	4
TOTALE	121	164	76	150	130

SER.T (Servizio tossicodipendenze)

Francesco Ambrosino, Antonella Desiderio

La tossicodipendenza è una patologia complessa, ad eziologia multifattoriale e ad andamento cronico recidivante, per cui richiede un intervento sanitario integrato tra molteplici figure professionali nonché la realizzazione d'interventi di rete con le realtà sociali attive sul territorio. Inoltre, essendo essenziale riconoscere la "persona" oltre la patologia, rende indispensabile un trattamento individualizzato che affronti le specifiche esigenze di ogni utente.

I Servizi per le Tossicodipendenze (SERT) sono le strutture di riferimento delle Aziende Sanitarie Locali per i tossicodipendenti e per le loro famiglie, garantendo agli interessati la riservatezza degli interventi e, ove richiesto, l'anonimato.

I SERT devono assicurare la disponibilità dei principali trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico-farmacologico.

I SERT, nell'ambito delle proprie competenze, provvedono a:

- 1) attuare interventi di primo sostegno ed orientamento per i tossicodipendenti e per le loro famiglie;
- 2) attuare interventi d'informazione e prevenzione, particolarmente nei confronti delle fasce giovanili della popolazione;
- 3) accertare lo stato di salute psicofisica del soggetto anche con riferimento alle condizioni sociali;
- 4) accogliere soggetti tossicodipendenti sottoposti a regime carcerario;
- 5) certificare lo stato di tossicodipendenza ove richiesto dagli interessati o per le finalità di legge;
- 6) definire i programmi terapeutici individuali compresi gli interventi socio-riabilitativi;
- 7) realizzare direttamente o in convenzione con strutture di recupero il programma terapeutico e socio-riabilitativo;
- 8) attuare gli interventi di prevenzione della diffusione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza, sia nei confronti dei soggetti in trattamento presso i SERT che di quelli trattati presso le strutture convenzionate;
- 9) valutare periodicamente l'andamento ed i risultati del trattamento e dei programmi d'intervento sui singoli tossicodipendenti con riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico, sociale, nonché in termini di cessazione di assunzione di sostanze stupefacenti;
- 10) rilevare i dati statistici ed epidemiologici relativi alla propria attività ed al territorio di competenza.

Il SERT, nei suoi interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, deve tendere non solo all'affrancamento dallo stato di tossicodipendenza o al raggiungimento della condizione di drug-free, ma anche a favorire la piena integrazione dell'individuo nell'ambito della sua realtà familiare e sociale. Pertanto anche interventi apparentemente secondari, come quelli per la riduzione del danno, vengono affrontati secondo tale ottica.

La popolazione tossicodipendente afferente al SERT sicuramente non rappresenta la totalità dei tossicodipendenti realmente presenti sul territorio: gli operatori stimano che un certo numero di persone, pur avendo problemi legati all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, non si rivolge al servizio pubblico per i seguenti motivi:

- 1)ignoranza dell'esistenza sul proprio territorio di un servizio specifico per le dipendenze patologiche e l'alcolismo;
- 2)soggetti che assumono droghe solo in particolari occasioni (week-end, discoteche, party, ecc.);
- 3)consumatori di nuove droghe (ecstasy, "cobret", designer drugs, ecc.);
- 4)soggetti che, pur assumendo droga regolarmente, non hanno sviluppato una consapevolezza del problema;
- 5)tossicodipendenti conclamati che non si rivolgono al servizio per paura o per vergogna;
- 6)tolleranza culturale a talune sostanze e/o modi di vivere (alcool, nicotina, cannabinoidi, anoressia, bulimia, video giochi).

SERVIZI E PRESTAZIONI EROGATE ALL'UTENZA

- Accesso al servizio
- Accoglienza
- Prima iscrizione
- Attivazione di interventi di carattere socio-riabilitativo
- Attivazione di interventi di carattere psicologico
- Immissione in trattamento con farmaco sostitutivo (agonista:metadone) (agonista parziale:buprenorfina)
- Affidamento del farmaco sostitutivo
- Controlli ematochimici
- Vaccinazioni
- Terapia sintomatica
- Trattamento con farmaco antagonista
- Programmi terapeutici e socio-riabilitativi richiesti dall'Autorità Giudiziaria
- Inserimento in Comunità Terapeutica

Note di osservazione sui dati rilevati presso i Ser.T. dell'A.S.L. NA 4 relativi all'anno 2005.

**ORGANICO DEI SER.T DELL'A.S.L. NA 4 2005
PERSONALE ATTIVO PRESSO I SER.T.**

OPERATORI	NUMERO
MEDICI	10
INFERMIERI	19
PSICOLOGI	10
SOCIOLOGI	4
ASSISTENTI SOCIALI	14
EDUCATORI PROFESSIONALI	6
AMMINISTRATIVI	1
OPERATORI SOCIO SANITARI	1
BIOLOGI	1
AUTISTI	1
TOTALE	67

I Ser.T dell'A.S.L. NA 4 sono carenti di personale in relazione al bacino di utenza del territorio di riferimento; si contano in totale 67 OPERATORI per 2192 SOGGETTI IN CARICO.

**2005 UTENZA SER.T. A.S.L. NA 4
SOGGETTI IN CARICO AI SERVIZI DISTRIBUITI PER FASCE DI ETA'**

età	Nuovi utenti		già in carico o rientrati		Totale	%
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine		
< 15	-	-	1	-	1	0.04
15 - 19	13	2	16	2	33	1.50
20 - 24	126	2	225	16	369	16.83
25 - 29	103	18	363	32	516	23.54
30 - 34	40	4	452	34	530	24.17
35 - 39	53	6	328	16	403	18.38
> 39	50	4	258	28	340	15.51
Totale	385	36	1643	128	2192	100

In riferimento alle CLASSI DI ETA' degli utenti in carico o già rientrati e nuovi iscritti è significativo rilevare che le classi di età più rappresentate (cioè più numerose) per i nuovi iscritti sono due:

- dai 20 ai 24 anni con 126 soggetti maschi e 2 femmine su 2192 utenti
- dai 25 ai 29 anni con 103 maschi e 18 femmine su 2192 utenti

E' evidente la differenza rispetto alle CLASSI DI ETA' degli utenti già in carico o rientrati, le classi più numerose risultano quelle di età superiore:

- da 30 a 34 anni con 452 soggetti maschi e 34 femmine su 2192 utenti
- da 25 ai 29 anni con 363 maschi e 32 femmine su 2192 utenti

- da 35 ai 39 anni con 329 maschi e 16 femmine su 2192 utenti
- oltre i 39 anni con 258 maschi e 25 femmine su 2192 utenti.

Si può rilevare statisticamente che nell'arco di 10 anni il problema resta invariato.

(In particolare il Ser.T. di Nola conta più utenti nuovi con giovane età: 10 soggetti maschi e 1 femmina dai 15 ai 19 anni).

E' una tendenza generale (in quasi ogni Ser.T. della NA4) che con l'aumentare dell'età aumenta il numero degli utenti già in carico o rientrati.

2005 UTENZA SER.T. REGIONE CAMPANIA

SOGGETTI IN CARICO AI SERVIZI DISTRIBUITI PER FASCE D'ETA'

	Nuovi utenti		già in carico o rientrati		
Sesso/età	maschi	femmine	maschi	Femmine	Totale
< 15	3	-	58	-	61
15 - 19	249	58	355	22	684
20 - 24	952	128	2183	254	3517
25 - 29	1155	114	3543	377	5189
30 - 34	1019	58	4524	320	5921
35 - 39	741	37	3127	238	4143
> 39	482	32	2839	200	3553
Totale	4601	427	16629	1411	23068

I dati dell'A.S.L. NA 4 sono abbastanza in linea con quelli cumulativi regionali: la classe di età meno numerosa è comunque quella riferita ai 15 anni, ma con una maggiore presenza di soggetti maschi già in carico o rientrati, così anche per la classe di età dai 15 ai 19, quindi non è confermata l'ipotesi che gli utenti già in carico o rientrati abbiano sempre una maggiore età rispetto ai nuovi iscritti.

UTENTI ASL NAPOLI 4 DISTRIBUITI PER SOSTANZA PRIMARIA D'ABUSO

SER.T./SOSTANZA	EROINA	CANNABINOIDI	COCAINA	ALTRO	ALCOOL
BRUSCIANO	-	-	-	-	-
NOLA	701	74	50	4	-
ACERRA	302	44	36	15	86
SOMMA V.	164	-	84	-	76
POMIGLIANO D'ARCO	20	16	15	-	-
N. TOTALE SOGGETTI	1187	134	185	19	162

Dalla tabella è possibile rilevare che la sostanza primaria di assunzione è l'EROINA:

- 701 soggetti al Ser.t di Nola su 1187 utenti che fanno uso primario di eroina, il 59.05% dei soggetti.
- 302 soggetti al Ser.t di Acerra su 1187, il 25.44% dei soggetti.
- 164 soggetti al Ser.t di Somma V. su 1187, il 13.81% dei soggetti.

(con uso ENDOVENOSO)

In totale sono 1187 soggetti dei Ser.t della NA 4, su 2192 utenti in carico, che fanno uso di EROINA come sostanza primaria, il 54.15% dei soggetti.

Questo dato è relativo alla TIPOLOGIA di utenza che afferisce ai Ser.t. del territorio.

L'assunzione meno rilevata è quella relativa ad ALTRE SOSTANZE(allucinogeni, amfetamine, ecstasy, barbiturici, benzodiazepine, crack, morfina, altri oppiacei).

Il dato riferito all'assunzione di ALC00L, come sostanza secondaria è significativo anche se relativo perché non rilevato da tutti i ser.t in tale occasione in quanto la rilevazione di questo fenomeno avviene annualmente con un'apposita osservazione.

Altri dati: 185 soggetti che fanno uso primario di cocaina, l'8.4%, 134 soggetti che fanno uso primario di cannabinoidi su 2192 utenti, 5.37%.

UTENTI DELLA REGIONE DISTRIBUITI PER SOSTANZA PRIMARIA D'ABUSO

SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA	N. UTENTI 2005
ER0INA	11847
CANNABINOIDI	1238
COCAINA	2557
ALTRO	824

I dati riferiti a tutta la Regione chiariscono il quadro delineato con l'utenza dell'A.S.L. NA 4.

RILEVAZIONE ATTIVITA' E TRATTAMENTI

In strutture pubbliche:	N. SOGGETTI	%	N. TRATTAMENTI	%
Solo psicosociale e/o riabilitativo	520	33.7	1663	38.7
Sostegno psicologico	491	31.8	1522	35.4
Psicoterapia	71	4.6	271	6.3
Interventi di servizio sociale	460	29.8	840	19.5
TOTALE	1542	100	4296	100

E' considerevole il numero totale dei TRATTAMENTI SOLO PSICOSOCIALI, si contano in totale 1663 per un totale di 520 soggetti, quindi il 38.7% sul totale dei trattamenti effettuati è di tipo psicosociale e/o riabilitativo.

TRATTAMENTO								
SER.T	PSICO - SOCIALE	SOGG.	SOST.PSIC.	SOGG.	PSIC.	SOGG.	SERV. SOC.	SOGG.
BRUSCIANO	-	-	-	-	-	-	-	-
NOLA	1159	235	1024	254	183	20	359	158
ACERRA	285	194	205	143	38	25	309	232
SOMMA V.	84	64	140	64	-	-	150	64
POMIGLIANO	135	27	153	30	50	26	22	6

In particolare il Ser.t di Nola offre maggiore prestazioni di questo tipo.

- n. 1159 trattamenti solo psicosociali per 235 soggetti SER.T. NOLA
- n. 285 trattamenti solo psicosociali per 194 soggetti SER.T. ACERRA
- n. 135 trattamenti solo psicosociali per 27 soggetti SER.T. SOMMA V.

Nello specifico si contano molti sostegni psicologici seguiti da interventi di servizio sociale. Questo dato risulta stabile anche per i Ser.t che hanno un numero inferiore di utenza.

In totale il sostegno psicologico è rappresentato da 1522 trattamenti seguito da 840 trattamenti di interventi di servizio sociale.

RILEVAZIONE TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI	N. TRATT.	%	N. SOGG.	%
METADONE A BREVE	571	19.8	323	22.1
METADONE A MEDIO	942	32.7	326	22.3
METADONE A LUNGO	1007	35	503	34.4
NALTREXONE	66	2.2	76	5.2
CLONIDINA	70	2.4	70	4.7
ALTRO	221	7.6	162	11
TOTALE	2877	100	1460	100

Per i TRATTAMENTI FARMACOLOGICI risulta il METADONE il farmaco più somministrato rispetto ad altri farmaci, in uso con più trattamenti a LUNGO TEMPO:

- N. 1007 TRATTAMENTI LUNGHI DI METADONE per 503 SOGGETTI; ma numerosi sono i soggetti che hanno trattamento breve e medio : n. 649 totale soggetti; anche significativo è il numero dei trattamenti agli utenti con ALTRI FARMACI.

Dati in linea con i regionali:

IN STRUTTURE PUBBLICHE	N. TRATTAMENTI
METADONE A BREVE	3826
METADONE A MEDIO	5573
METADONE A LUNGO	10120
NALTREXONE	352
CLONIDINA	210
ALTRO	3910

TEST SIEROLOGICO H.I.V. TEST EPATITE VIRALE B TEST EPATITE VIRALE C

H.I.V.	NUOVI UTENTI MASCHI	NUOVI UTENTI FEMMINE	UTENTI CARICO MASCHI	IN UTENTI IN CARICO FEMMINE
POSITIVI	0	0	5	2
NEGATIVI	54	5	127	7
NON ESEGUITI	20	4	289	21
NON NOTO	20	4	25	0
EPAT. B	NUOVI UTENTI MASCHI	NUOVI UTENTI FEMMINE	UTENTI IN CARICO MASCHI	UTENTI IN CARICO FEMMINE
POSITIVI	27	2	84	3
NEGATIVI	28	12	195	17
VACCINATI	43	1	36	1
NON ESEGUITI	20	4	221	12
NON NOTO	20	4	25	0
EPAT. C	NUOVI UTENTI MASCHI	NUOVI UTENTI FEMMINE	UTENTI IN CARICO MASCHI	UTENTI IN CARICO FEMMINE
POSITIVI	23	2	102	11
NEGATIVI	49	13	148	10
NON ESEGUITI	20	4	221	12
NON NOTO	20	0	25	0

Si può rilevare un dato considerevole di test per HIV non eseguiti, in totale 289 maschi e 21 femmine di utenti già in carico o rientrati che non l'hanno eseguito. Mentre la POSITIVITA' è esigua (in totale 5 soggetti).

In totale si contano 116 soggetti positivi all'EP. B, di cui 29 nuovi utenti e 87 utenti già in carico o rientrati.

I vaccinati sono in totale 81 utenti.

Non è significativo il dato rispetto alla negatività in base all'alta percentuale delle prove non eseguite.

Risultano in totale 138 gli utenti positivi all'EP. C, dato ugualmente non significativo se letto con i dati riferiti alle prove non eseguite (257).

N.B. IL SERT DI BRUSCIANO NON DICHIARA DATI OLTRE QUELLI RIGUARDANTI GLI OPERATORI E IL NUMERO TOTALE DEGLI UTENTI IN CARICO.

Infortunati sul lavoro nell'ASL Napoli 4 anni 2000-2003

S. Russo Spena*, R. Amato**, R. Palombino*-Servizio Epidemiologia e Prevenzione*, U.O.LL di San Giuseppe Vesuviano**

1. Introduzione

La prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro rappresenta uno degli obiettivi più importanti e qualificanti del Servizio Medicina ed Igiene del Lavoro.

La effettiva possibilità di ridurre il fenomeno infortunistico, considerata la cronica carenza di risorse umane e tecniche disponibili, è strettamente legata ad una buona conoscenza qualitativa e quantitativa del fenomeno, tale da permettere una individuazione delle aree lavorative su cui puntare prioritariamente l'attenzione.

Il Servizio Medicina ed Igiene del Lavoro ed il Servizio Epidemiologia e Prevenzione (SEP) hanno utilizzato i dati forniti dai "Nuovi Flussi Informativi INAIL-ISPEL" producendo approfondite informazioni sul fenomeno infortunistico che potranno, in futuro, orientare le attività di prevenzione e rappresentare un punto di partenza per valutarne gli esiti.

2. Descrizione delle imprese

In tabella 1 sono descritte le aziende attive nell'ASL nel 2003 ed è effettuato un confronto con le attività censite dalla camera di commercio nel 1999 ed utilizzate per la stesura di una mappa di rischio nel 2003.

Risulta subito evidente la grossa differenza numerica tra i dati della Camera di Commercio (40616) e quelli INAIL (19694). Tale differenza che globalmente è del 106%, e che per singolo settore va dal -10% dell'industria del petrolio al +170% delle attività commerciali, è dovuta essenzialmente alla presenza nelle anagrafi aziendali della Camera di Commercio sia di attività con dipendenti, per le quali è accesa una posizione INAIL, sia di imprese individuali.

Il fenomeno è lampante nel caso dell'agrimonia laddove a fronte delle 4813 attività censite dalla Camera di Commercio solo 46 hanno una posizione INAIL.

Tabella 1-Numero di Posizione assicurativa territoriale(PAT), distribuite per gruppo ATECO, attive per l'anno 2003 messe a confronto con i dati, relativi all'anno 1999, della Camera di Commercio

Gruppi Ateco	INAIL	Camera di commercio	*Δ%
A Agrindustria	46	4813	
C Estrazione minerali	17	32	88
DA Industria alimentare	764	1280	67
DB Industria tessile	1346	1872	39
DC Industria conciaria	106	209	97
DD Industria legno	273	551	100
DE Industria carta	153	257	68
DF Industria petrolio	30	27	-10
DG Industria chimica	73	137	87
DH Industria gomma	119	137	15
DI Industria non metalliferi	214	291	36
DJ Industria metalli	743	1690	83
DK Industria meccanica	177		
DL Industria elettrica	237	7	
DM Industria mezzi trasporto	73		
DN Altre industrie	225		
E Eletticità gas acqua	31		
F Costruzioni	3163	4774	50
G00 Commercio	82	16492	
G50 Commercio riparazione auto	1248		170
G51 Commercio ingrosso	2416		
G52 Commercio dettaglio	2199		
H Alberghi e ristoranti	777	1321	70
I Trasporti	1358	2066	52
J Intermediazione finanziaria	142		
K Attività immobiliari	1461	1918	31
L Pubblica amministrazione	91		
M Istruzione	224	597	166
N Sanità	475	486	2
O Servizi pubblici	1168	1658	42
X Non determinato	263		
Totale	19694	40616	106

***Δ%=Camera Commercio-INAIL/INAIL*100**

I dati INAIL si basano sul rapporto assicurativo del datore di lavoro che ha inizio al momento della denuncia di inizio attività.

Gli aspetti positivi dei dati INAIL ai fini della descrizione del rischio lavorativo sono molteplici:

- ➔ Sono aggiornati annualmente
- ➔ Individuano imprese più importanti ai fini della prevenzione in quanto con dipendenti oltre al titolare
- ➔ Classificano le attività per comparto e per gruppo ATECO

Un aspetto negativo è la impossibilità di considerare e pesare le imprese con PAT (Posizione Assicurativa Territoriale) in altri territori le cui attività si estrinsecano soprattutto nella nostra ASL.

Alcune aziende, infatti, distribuiscono le posizioni assicurative in più sedi mentre altre le accentrano in una unica sede, che può essere anche esterna al territorio in cui risiedono le attività produttive (es. Fiat di Pomigliano con accentramento delle PAT a Torino); questo può comportare una sottostima sia delle aziende che dei lavoratori effettivamente presenti nell'ASL, con possibili distorsioni nel calcolo degli indicatori.

Nella tabella 2 sono descritte le imprese presenti nell'anno 2003, divise per comparto: il comparto più consistente è il terziario (40,3%) seguito dall'artigianato (31,4%) e dall'industria (25,5%).

In tabella 3 sono descritte le imprese presenti nell'anno 2003 disaggregate per comparto e per distretto: il maggior numero d'imprese si conta nel distretto di Nola (3637 con una preponderanza di quelle inerenti al terziario) seguito dal distretto di San Giuseppe Vesuviano (2536 con una forte presenza di imprese del terziario).

Tabella 2- Attività presenti nell'anno 2003 divise per comparto

Comparti	Frequency	Percent	Cum Percent		95% Conf Limits	
1 Industria	5029	25,5%	25,5%		24,9%	26,1%
2 Artigianato	6193	31,4%	57,0%		30,8%	32,1%
3 Terziario	7938	40,3%	97,3%		39,6%	41,0%
4 Altre attività	266	1,4%	98,6%		1,2%	1,5%
5 Speciali	272	1,4%	100,0%		1,2%	1,6%
Total	19698	100,0%	100,0%			

Tabella 3- Aziende, disaggregate per Comparto e per Distretto, dell'ASL NA/4 anno 2003

Distretti	1 Industria	2 Artigianato	3 Terziario	4 Altre attività	5 Speciali	TOTALE
Distretto 69	306	392	388	8	15	1109
Distretto 70	447	618	682	25	38	1810
Distretto 71	351	420	642	24	36	1473
Distretto 72	481	395	743	6	19	1644
Distretto 73	796	1039	1698	57	47	3637
Distretto 74	187	441	289	43	15	975
Distretto 75	500	562	644	25	14	1745
Distretto 76	480	581	771	25	23	1880
Distretto 77	693	667	1137	16	23	2536
Distretto 78	304	443	358	16	23	1144
Distretto 79	484	635	586	21	19	1745
TOTALE	5029	6193	7938	266	272	19698

Il numero di aziende con posizione INAIL presenti nel 2003 nel territorio ASL è di 19694 (tabella 6), dal 2000 al 2003 l'incremento del numero di aziende è stato costante. Se si escludono le aziende del terziario, le aziende più numerose, nel 2003, sono quelle delle **costruzioni** (3163) e le **tessili** (1364); c'è una grossa presenza di **industrie alimentari** (764), **industrie dei metalli** (743), **industria del legno** (273), **industria elettrica** (237).

Se per valutare il peso delle diverse attività lavorative non terziarie consideriamo il numero degli addetti (tabella 7), la precedente graduatoria cambia: troviamo infatti al primo posto **l'industria mezzi di trasporto** con 11490 addetti quindi **le costruzioni** (6478 addetti), **l'industria tessile** (3903), **l'industria metalli** (3160), **l'industria alimentare** (2918), **l'industria meccanica** (1494).

Nel terziario si registrano nel 2003 al primo posto per numero le imprese di commercio all'ingrosso (2416) e al dettaglio (2199), seguite dalle attività immobiliari (1461), dai trasporti (1358) e dai servizi pubblici (1168).

Relativamente agli addetti del terziario, il maggior numero si riscontra nel commercio all'ingrosso (6503) quindi nelle attività immobiliari (6059), nei trasporti (5917), nella sanità (5950), nel commercio al dettaglio (3853), nei servizi pubblici (2713).

3. Gli infortuni

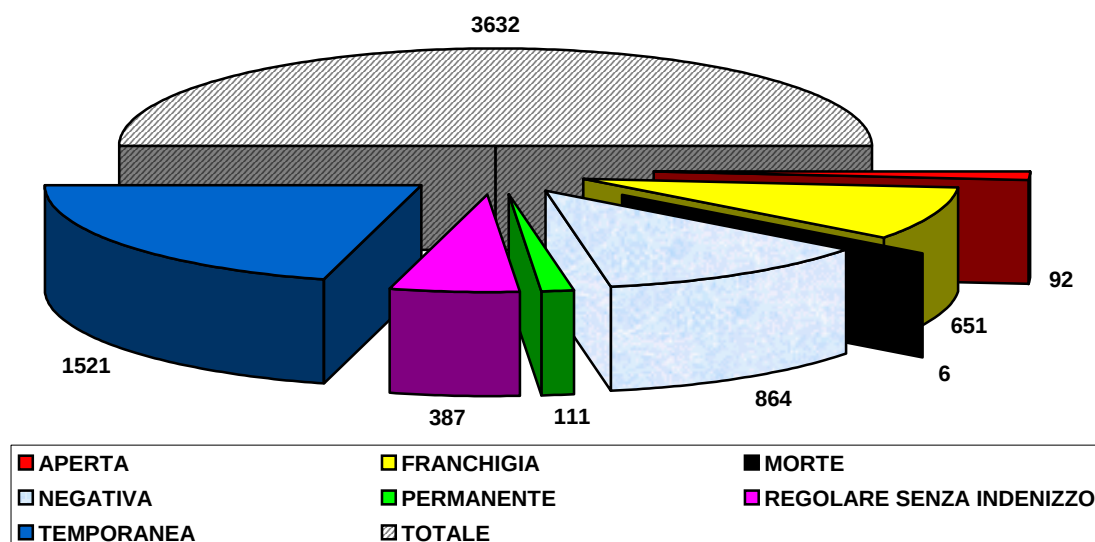
Gli infortuni denunciati aumentano costantemente dal 2001 al 2003, minimo è l'incremento nel 2004 (tabella 4). Per l'anno 2000 il totale dei record corrisponde al totale degli infortuni definiti al 31/12/2002. Per gli anni successivi il totale dei record corrisponde agli infortuni denunciati (sono inclusi anche i casi in attesa di definizione).

Tabella 4-INFORTUNI DENUNCIATI: Tipo di Definizione INAIL per tutti i record presenti in archivio per anno evento.

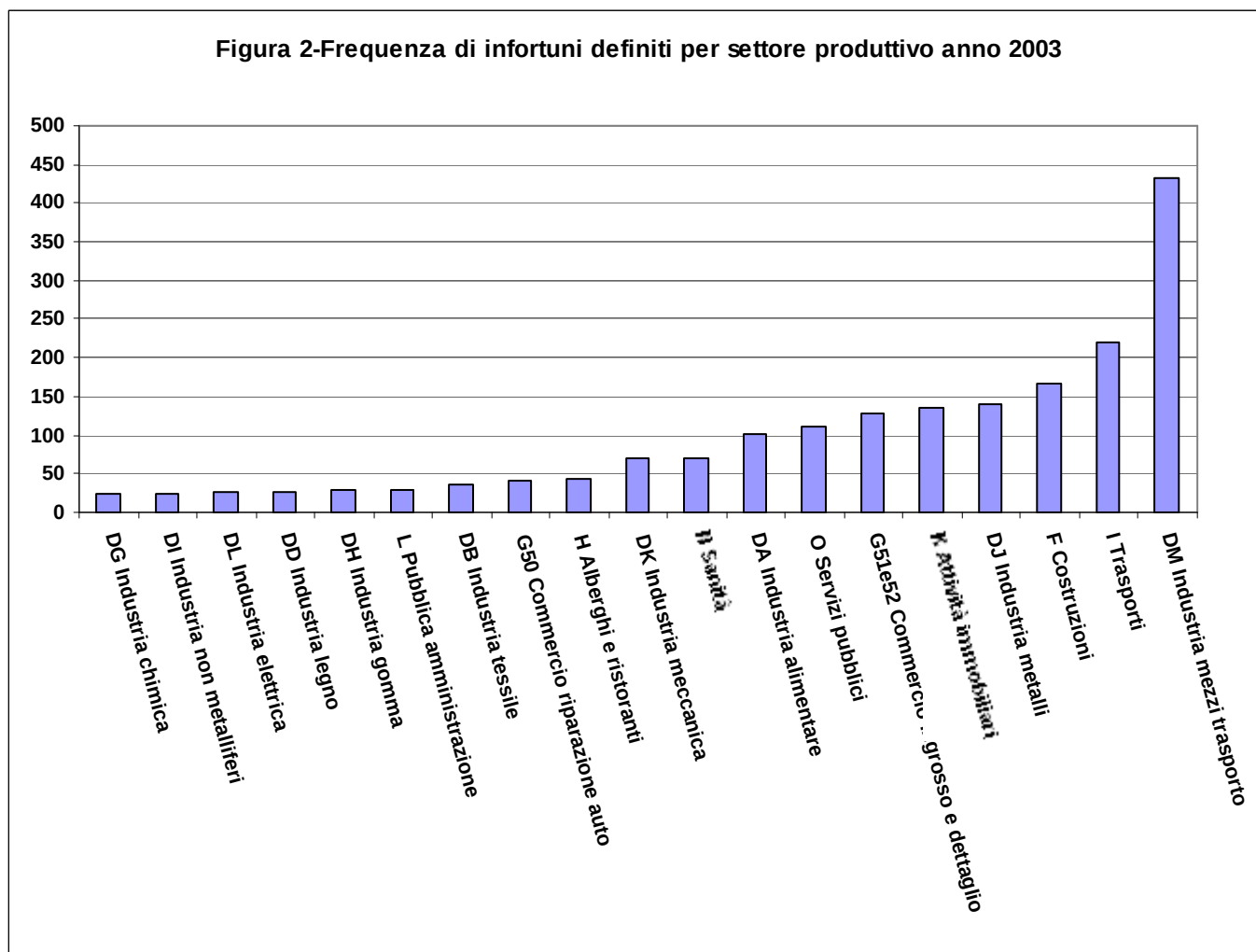
Tipo di Definizione INAIL	2000	2001	2002	2003	2004	TOTALE
APERTA	0	0	19	92	165	276
FRANCHIGIA	211	313	551	651	624	2350
MORTE CON SUPERSTITI	7	7	15	6	4	39
MORTE SENZA SUPERSTITI	2	1	2	0	0	5
NEGATIVA	194	530	874	864	820	3282
PERMANENTE	125	74	111	111	72	493
REGOLARE SENZA INDENIZZO	90	208	287	387	503	1475
TEMPORANEA	1841	1896	1588	1521	1486	8332
TOTALE	2470	3029	3447	3632	3674	16252

In figura 1 sono descritti gli infortuni definiti nell'anno 2003.

Figura 1-Infortuni, nell'ASL Napoli 4, nell'anno 2003

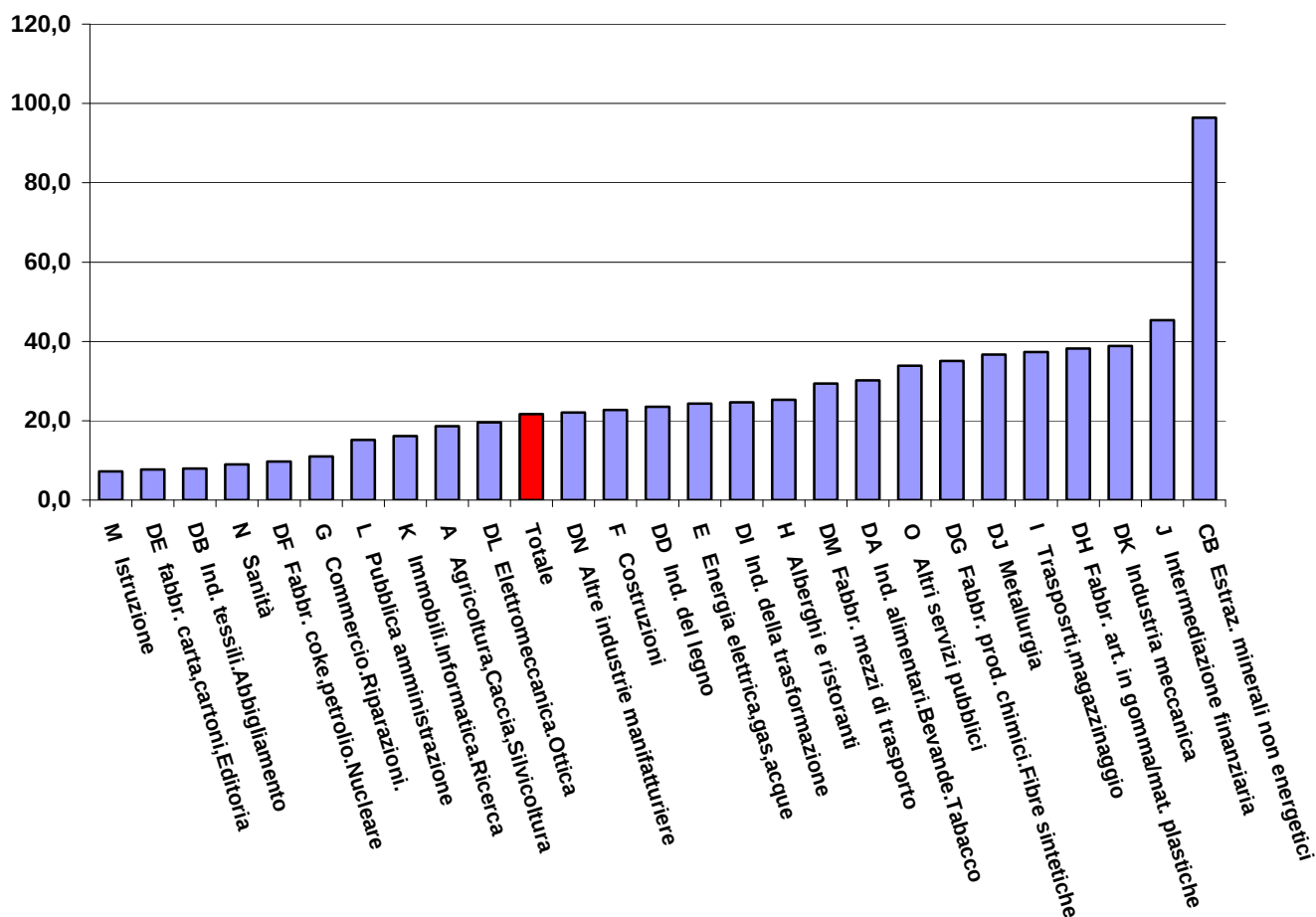


Se si escludono gli infortuni avvenuti in imprese non codificate ATECO, la maggiore frequenza assoluta di infortuni si registra, nell'anno 2003, **nell'industria mezzi di trasporto (432), nel settore trasporti(219), nel settore costruzioni (167), nell'industria metalli (140)**(figura 2).



La frequenza di infortuni rapportata al numero di lavoratori a rischio, vede al primo posto nel 2003 le imprese per l'estrazione di minerali (circa il 95 per ‰) seguita da quelle di intermediazione finanziaria (circa il 45 per ‰), quindi dall'industria meccanica, fabbricazione articoli in gomma, trasporti, metallurgia (figura 3).

Figura 3-Tasso grezzo di infortuni definiti positivamente nell'ASL Napoli 4, anno 2003



Dei sei infortuni mortali avvenuti nell'anno 2003, tre si sono avuti nel settore costruzioni, uno rispettivamente in quello metallurgia, industria meccanica e commercio.

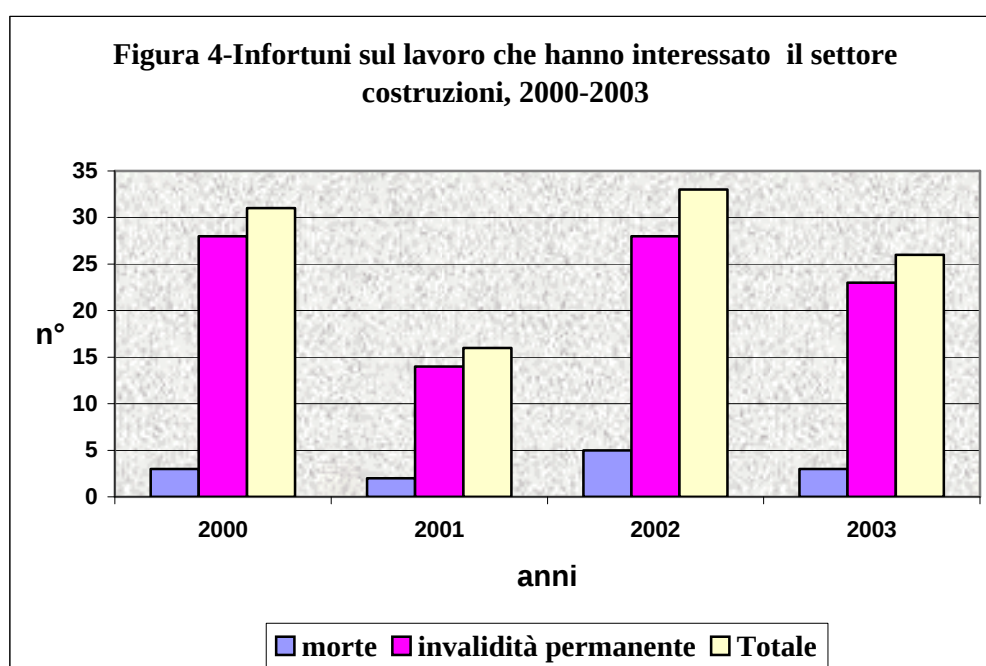
L'utilizzo di tutte le cifre del Codice ATECO (tabella 5) permette di identificare con maggior grado di precisione il settore in cui sono avvenute le morti.

L'andamento degli infortuni mortali nel quadriennio 2000-2003 evidenzia un carico di eventi costante 6-7 morti l'anno, fatta eccezione per il 2002 in cui i morti furono 15, anche per l'esplosione di due fabbriche di fuochi d'artificio (tabella 5).

Tabella 5-Descrizione di dettaglio dei settori nei quali nel quadriennio 2000-2003 sono avvenuti gli infortuni mortali.

Codice Ateco con descrizione completa	2000	2001	2002	2003	TOTALE
00000000 NON DETERMINATO	0	1	0	0	1
DG246100 Fabbricazione di esplosivi	0	0	6	0	6
DI266300 Produzione di calcestruzzo pronto per l'uso	0	1	0	0	1
DJ280000 FABBRICAZIONE E LAVORAZIONE DEI PRODOTTI IN METALLO, ESCLUSE MACCHINE E IMPIANTI	1	0	0	0	1
DJ284010 Produzione di pezzi di metallo fucinati	0	0	0	1	1
DK292210 Fabbricazione di macchine e apparecchi di sollevamento e movimentazione	0	0	0	1	1
DM343000 Fabbricazione di parti ed accessori per autoveicoli e loro motori	0	0	1	0	1
F 450000 COSTRUZIONI	0	1	1	0	2
F 452100 Lavori generali di costruzione di edifici e lavori di ingegneria civile	2	1	0	0	3
F 452110 Lavori generali di costruzione di edifici	0	0	2	2	4
F 452500 Altri lavori speciali di costruzione	1	0	0	0	1
F 453100 Installazione di impianti elettrici e tecnici	0	0	1	1	2
G 502010 Riparazioni meccaniche di autoveicoli	0	1	1	0	2
G 514790 Commercio all'ingrosso di vari prodotti di consumo non alimentari n.c.a.	1	0	0	0	1
G 515120 Commercio all'ingrosso di combustibili per riscaldamento	0	0	0	1	1
G 524230 Commercio al dettaglio di biancheria personale, maglieria, camicie	1	0	0	0	1
I 602100 Altri trasporti terrestri, regolari, di passeggeri	0	1	0	0	1
I 602400 Trasporto di merci su strada	0	0	3	0	3
I 602500 Trasporto di merci su strada	1	1	0	0	2
TOTALE	7	7	15	6	35

Il maggior numero di infortuni che hanno causato la morte o l'inabilità permanente si sono avuti nel settore ATECO F costruzioni (Figura 4).



Il confronto fra le AA.SS.LL. Campane, dell'andamento infortunistico negli anni 2000-2003, mostra nell'ASL Napoli 4 valori costantemente superiori a quelli medi regionali (Tabella 6).

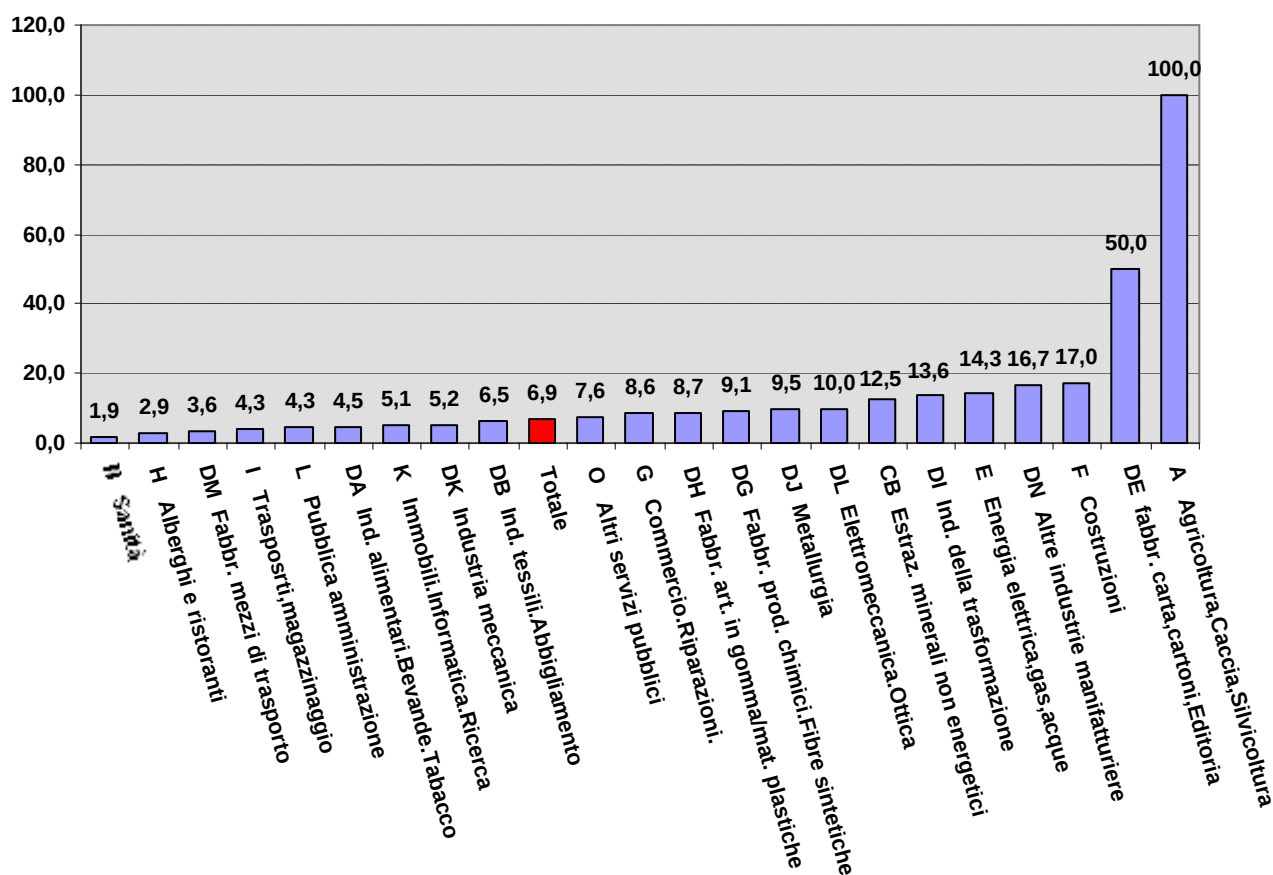
Tabella 6-Tasso degli infortuni indennizzati nelle AA.SS.LL. Campane ed in Italia

*Tasso standardizzato infortuni indennizzati	2000	2001	2002	triennio 2000-2002	2003
ASL Avellino1	33,7	34,2	33,5	32,7	29,4
ASL Avellino2	28,5	28,5	26,0	27,3	25,4
ASL Benevento 1	31,7	26,7	28,5	28,4	26,8
ASL Caserta1	32,4	34,7	33,6	33,4	33,0
ASL Caserta2	38,5	38,9	33,9	36,9	32,0
ASL Napoli1	21,1	21,3	17,1	20,0	18,0
ASL Napoli2	28,0	25,1	22,8	24,5	19,9
ASL Napoli3	29,5	27,4	24,1	27,1	24,3
ASL Napoli4	28,2	32,7	25,2	28,7	23,2
ASL Napoli5	36,8	34,9	27,2	32,7	26,0
ASL Salerno1	35,1	31,6	31,9	32,4	28,6
ASL Salerno2	30,0	28,5	31,6	29,4	30,4
ASL Salerno3	24,1	25,5	27,2	25,5	26,9
Campania	27,5	25,8	23,4	25,5	23,0
Italia	33,0	31,2	30,7	31,5	28,7

Al calcolo del Tasso non concorrono gli eventi in itinere e gli infortuni accaduti ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori iscritti a polizze speciali, sportivi professionisti, ecc.

Relativamente alla gravità degli infortuni, se si eccettua l'agroindustria dove il 100% registrato è dovuto ad un solo infortunio mortale, i maggiori valori si riscontrano nelle imprese di fabbricazione carta (50%) seguita da quelle delle costruzioni, di altre industrie manifatturiere, dell'energia elettrica (figura 5).

Figura 5- Gravità (% infortuni mortali e con postumi sul totale) degli infortuni per settore produttivo, anno 2003



Gravità = (infortuni mortali + infortuni con inabilità permanente) / totale infortuni indennizzati * 100

4. Conclusioni

L'attenzione dei Servizi di Prevenzione nella programmazione delle attività di prevenzione degli infortuni deve necessariamente tenere in considerazione in maniera bilanciata tre aspetti:

- 👉 I settori in cui avviene il maggior numero assoluto di infortuni
- 👉 I settori dove è maggiore la probabilità di infortunio per addetto misurata dal tasso di infortuni rapportato al numero di lavoratori
- 👉 I settori in cui è maggiore la gravità degli infortuni.

Nell'ASL Napoli 4 i tre aspetti non coincidono. Se consideriamo la maggior frequenza di infortuni si evidenziano, nel 2003, l'industria mezzi di trasporto (432), il settore trasporti (219), il settore costruzioni (167) e l'industria metalli (140); se consideriamo la maggiore probabilità di infortunio per addetto, si evidenziano le attività di estrazioni minerali (circa il 95 per ‰), di intermediazione finanziaria (circa il 45 per ‰), seguita dall'industria meccanica, fabbricazione articoli in gomma trasporti e metallurgia (circa il 40 per ‰); se consideriamo la gravità degli infortuni si evidenziano ai primi posti, eccettuata l'agricoltura, le attività di fabbricazione della carta, le costruzioni, altre industrie manifatturiere, etc.

Con il presente report, e con quelli che potranno essere predisposti per gli anni a venire, i Servizi di Prevenzione hanno diverse opportunità:

1. per la prima volta, di effettuare una programmazione delle attività basata su informazioni precise e di intervenire laddove è più utile e non dove è più semplice.
2. di misurare nel tempo l'efficacia del proprio intervento.
3. di avere un archivio delle aziende, ricco di informazioni, utilizzabile per tutte le attività di servizio.

Si auspica che la collaborazione del SEP e del Servizio Medicina ed Igiene del Lavoro, che hanno prodotto il report, possa diventare un'attività routinaria e che, soprattutto, nei prossimi anni si possano cogliere i risultati di tale lavoro in termini di riduzione del fenomeno infortunistico.

L'assistenza farmaceutica territoriale nell'Asl Napoli 4

Dott. E. Nava, Dott.ssa R. Castaldo (Dip. Farmaceutico)

Dott. R. Palombino (Servizio Epidemiologia)

1. Introduzione

La descrizione dei consumi farmaceutici della popolazione residente nel territorio dell' ASL Napoli 4 fornisce informazioni utili per diversi punti di vista nel governo dell'assistenza sanitaria:

- Quello epidemiologico, sia per la valutazione dello stato di salute generale, o quantomeno della sensazione soggettiva di salute della popolazione che condiziona il maggior o minore ricorso ai farmaci, sia per la valutazione del ricorso a quei farmaci, come gli antidiabetici e gli antineoplastici, che essendo un indicatore certo di patologia possono fornire indicazioni sulla prevalenza dei relativi stati morbosi;
- Quello della programmazione, permettendo la valutazione del consumo delle diverse tipologie di farmaci, una definizione delle problematiche di salute principali e, quindi, dei settori in cui intervenire prioritariamente in termini di allocazione di risorse;
- Quello del controllo di gestione, rappresentando l'assistenza farmaceutica territoriale una delle spese più consistenti fra quelle del SSN, dove maggiore è l'esigenza di monitoraggio della spesa al fine di ogni appropriato utilizzo della risorse, che appaiono sempre più limitate a fronte di esigenze crescenti di salute per una popolazione con una vita media notevolmente accresciuta in questi ultimi decenni.

Oggi gli strumenti informatici di registrazione ed analisi dei dati permettono una descrizione quanto mai puntuale e dettagliata dell'assistenza farmaceutica territoriale, il Dipartimento Farmaceutico ha selezionato fra le molteplici informazioni disponibili quelle più significative, nella certezza che la loro lettura possa costituire un importante strumento di governo dell'assistenza per la Direzione aziendale e per tutti i quadri dirigenti impegnati nella programmazione e gestione dei servizi.

2. Materiali e metodi

I dati analizzati e descritti nel presente report vengono rilevati dalle ricette SSN spedite nelle farmacie pubbliche e private convenzionate e si riferiscono all'anno 2005.

I dati delle ricette SSN digitalizzati e acquisiti in Data Entry sono elaborati utilizzando un sistema di monitoraggio epidemiologico avanzato denominato **Progetto ARNO** a cura del Consorzio Interuniversitario **CINECA** con il quale l'ASL NA 4, già da parecchi anni, intrattiene uno stretto rapporto di collaborazione in materia di monitoraggio in rete dei dati di prescrizione farmaceutica territoriale e per lo studio di fenomeni legati alla farmaceutica stessa.

3. Descrizione dei risultati.

Gli assistibili nella ASL, coincidenti con la popolazione residente, ammontano a 562.262 individui, in tabella 1 gli assistibili sono suddivisi per fascia d'età;

per ciascuna fascia è indicata:

- la frequenza assoluta (numero) e relativa (percentuale) degli assistibili;
- la frequenza assoluta (n.) e relativa (%) dei soggetti trattati almeno una volta nell'anno vedasi anche figura 1 ;
- la frequenza relativa (%) dei soggetti trattati rispetto a quelli trattabili;
- la spesa totale e relativa (%) sostenuta per il trattamento nell'ambito di ciascuna fascia vedasi anche figura 1;
- la spesa media per persona trattata.

Nell'anno 2005 sono stati trattati in toto il 75% degli assistibili, il ricorso all'assistenza farmaceutica, tuttavia, è diverso nelle diverse fasce di età : si va dal 67% dei soggetti di 15-44 anni al 100% dei soggetti di età superiore agli 80 anni .

Eguale differenza riscontriamo nella spesa media per trattato che va dai circa 80 € dei soggetti di età 0-14 anni ai circa 665 € dei soggetti di età superiore agli 80 anni.

Il diverso ricorso alle cure farmacologiche e la diversa spesa media pro capite per età fa sì che i soggetti trattati di 65-79 anni, che rappresentano il 12% di quelli totali, inducono una spesa pari al 31,7% di quella totale e quelli di età superiore agli 80 anni, che rappresentano il 3,1% del totale dei trattati, inducono una spesa pari all'8,3 di quella totale.

In tabella 2 sono riportati per fascia d'età:

- la frequenza assoluta(n.) e relativa (%) di pezzi acquisiti ;
- il numero di pezzi medio per soggetto trattato,
- la frequenza assoluta(n.) e relativa (%) di ricette spedite, vedasi anche figura 1
- il numero medio di ricette per trattato, vedasi anche figura 1.

Nell'anno 2005 sono stati acquisiti 7.899.517 pezzi, il numero di pezzi medio per soggetto trattato è stato 18,5, il range va dai 6,7 pezzi per trattato nella fascia 0-14 anni ai 57,8 pezzi nei trattati di età superiore agli 80 anni ; il numero totale di ricette è stato 4.308.405, il numero medio di ricette per trattato è stato 10,1 con un range che va dalle 4,2 ricette per i trattati della fascia 0-14 anni alle 30,2 dei trattati di età superiore agli 80 anni .

In tabella 3 sono descritti i consumi per ATC in ordine decrescente e per ogni ATC sono riportati:

- la frequenza assoluta dei soggetti trattati,
- la prevalenza dei soggetti trattati, cioè la % dei trattati sugli assistibili,
- la spesa complessiva ;
- la spesa media per trattamento;
- il numero di pezzi;

- la frequenza relativa (%) dei pezzi sul totale;
- il numero medio di pezzi per trattamento;
- le dosi giornaliere per 1000 assistibili.

La spesa più alta è sostenuta per i farmaci del sistema cardiovascolare con 31,4 milioni di euro, 30,1 % del totale, segue quella per i farmaci antimicrobici con 20,3 milioni di euro (19,5% del totale).

Rispetto al numero dei trattati, invece, troviamo al primo posto i farmaci antimicrobici con 347.064 trattati (61,7% degli assistibili) seguiti dai farmaci del sistema muscolo scheletrico con 148.493 trattati (26,4% degli assistibili), vedasi anche figura 2 ;

la spesa media per trattato più alta spetta ai farmaci antineoplastici ed immunomodulatori con 865,90 euro, seguita dai farmaci del sistema cardiovascolare con 276,83 euro;

il numero dei pezzi più alto è quello dei farmaci del sistema cardiovascolare seguito da quelli antimicrobici;

il numero medio di pezzo per trattato più alto è quello dei farmaci del sistema cardiovascolare seguito da quelli antineoplastici e immunomodulatori;

le dosi giornaliere per 1000 assistibili più alte sono quelle dei farmaci del sistema cardiovascolare seguite da quelle dell'apparato gastrointestinale:

Se confrontiamo i consumi per ATC dell' ASL Napoli 4 con quelli del Campione ARNO (tabella 4) che comprende 3 AASSLL Campane, Napoli 4- Napoli 1-Caserta 1, rileviamo alcune importanti differenze.

La prevalenza e la spesa nell' ASL Napoli 4:

- per farmaci antimicrobici è più alta rispettivamente di 17 e 7,8 punti percentuali
- per farmaci cardiovascolari è più bassa rispettivamente di 4 e 6 punti percentuali
- per farmaci del sistema nervoso è più bassa rispettivamente di 2,4 e 3 punti percentuali.

Differenze rilevanti troviamo pure nella ASL Napoli 4 relativamente alla spesa media per trattato che è:

- consistentemente più bassa per farmaci dell'apparato gastrointestinale, del sistema nervoso, del sistema genito-urinario e respiratorio.

In tabella 5 sono descritti i consumi di farmaci nell' ASL per ATC di II livello in ordine decrescente di spesa, nelle figure 3-10 per alcune categorie ATC di secondo livello è riportato il confronto fra l' ASL Napoli 4 la Regione Campania ed il campione Arno.

Si segnala che :

- nella categoria Atc J01, antibatterici per uso sistemico, l' ASL Napoli 4 registra non solo la più alta percentuale di assistiti trattati (60,48%) ma anche la più alta spesa media per trattato € 53,02 (fig.3);

- nella categoria C09, sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina, l' ASL Napoli 4 registra la più bassa percentuale di assistiti trattati (13,77 %) con una spesa media per trattato più bassa, seppure di poco, (fig.4);
- nella categoria R03, farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie , ASL Napoli 4 registra la più alta percentuale di assistiti trattati (20,75 %) con la spesa media per trattato di gran lunga più bassa, (fig.5);
- nella categoria C10, sostanze modificatrici dei lipidi , l' ASL Napoli 4 registra non solo la più bassa percentuale di assistiti trattati (5,3%) ma anche la spesa media per trattato più bassa, (fig.6);
- nella categoria A02, farmaci per disturbi correlati all'acidità, l' ASL Napoli 4 registra una percentuale di assistiti trattati (14,39 %) pari al campione Arno ed inferiore al valore regionale ed la spesa media per trattato più bassa, (fig.7);
- nella categoria B02, antiemorragici, l' ASL Napoli 4 registra una percentuale di assistiti trattati (2,2%) doppia del campione Arno ma allineata a quella regionale ed una spesa media per trattato che non si discosta significativamente dai confronti (fig.8);
- nella categoria C08, calcioantagonisti, l' ASL Napoli 4 registra non solo la più bassa percentuale di assistiti trattati (6,22%) ma anche la spesa media per trattato più bassa, (fig.9);
- nella categoria A10, farmaci antidiabetici, l' ASL Napoli 4 registra una percentuale di assistiti trattati (4,7%) superiore al campione Arno ma inferiore al valore regionale ed una spesa media per trattato praticamente allineata ai confronti (fig.10).

I primi 10 gruppi terapeutici (tabella 6 e 7) giustificano il 70% della spesa; i primi 20 l'88,3%.

In tabella 7 sono descritti i consumi farmaceutici per i primi 50 principi attivi in ordine decrescente di spesa .

4. Assistenza farmaceutica territoriale della popolazione anziana

Risulta interessante la descrizione dei consumi farmaceutici della popolazione anziana della ASL:

a fronte di una popolazione di 562.262 assistibili , di cui sono trattati complessivamente il 75,8% con una spesa totale di 105 milioni di euro, gli assistiti di età maggiore di 64 anni sono 67.394 di cui sono trattati il 95,2%, per una spesa complessiva di 42 milioni di euro (tabella 8) ; la più alta spesa media per trattato si sostiene per gli assistiti della fascia d'età 75-79 anni.

La maggior spesa per la popolazione anziana viene sostenuta per i farmaci cardiovascolari, 40,3% del totale, seguiti da quelli per l'apparato gastrointestinale e per il metabolismo, 14,25, e dagli antimicrobici, 11,1%(tabella 9).

Tabella 1 Assistenza farmaceutica nell'Asl Napoli 4 nel 2005 disaggregata per fascia di età: frequenza assoluta e relativa di soggetti assistibili e trattati, prevalenza, valori assoluti e relativi della spesa , spesa media per trattato

Fascia d'età	Assistibili	% Assistibili	Trattati	% Trattati	Prevalenza (1)	Spesa	% Spesa	Spesa media per tratt.
0-14 anni	109.352	19,4	80.484	18,9	73,6	6.499.380,92	6,2	80,75
15-44 anni	260.250	46,3	174.443	40,9	67	22.491.560,59	21,3	128,93
45-64 anni	125.266	22,3	107.247	25,2	85,6	34.277.632,57	32,5	319,61
65-79 anni	54.183	9,6	50.968	12	94,1	33.497.762,4	31,7	657,23
>=80 anni	13.211	2,3	13.208	3,1	100	8.793.888,14	8,3	665,8
TOTALE	562.262	100	426.350	100	75,8	105.560.224,62	100	247,59

(1) % trattati/assistibili.

Tabella 2 Assistenza farmaceutica nell'Asl Napoli 4 nel 2005 disaggregata per fascia di età: frequenza assoluta e relativa del numero dei pezzi e delle ricette erogate, numero medio di pezzi e di ricette per trattato.

Fascia d'età	Pezzi	% Pezzi	Pezzi medi per trattato	Ricette	% Ricette	Ricette per trattato
0-14 anni	536.865	6,8	6,7	337.047	7,8	4,2
15-44 anni	1.471.496	18,6	8,4	818.037	19	4,7
45-64 anni	2.569.424	32,5	24	1.396.323	32,4	13
65-79 anni	2.558.556	32,4	50,2	1.358.008	31,5	26,6
>=80 anni	763.176	9,7	57,8	398.990	9,3	30,2
TOTALE	7.899.517	100	18,5	4.308.405	100	10,1

Figura 1 Assistenza farmaceutica nell'Asl Napoli 4 nel 2005 disaggregata per fascia di età: spesa , trattati, pezzi e ricette

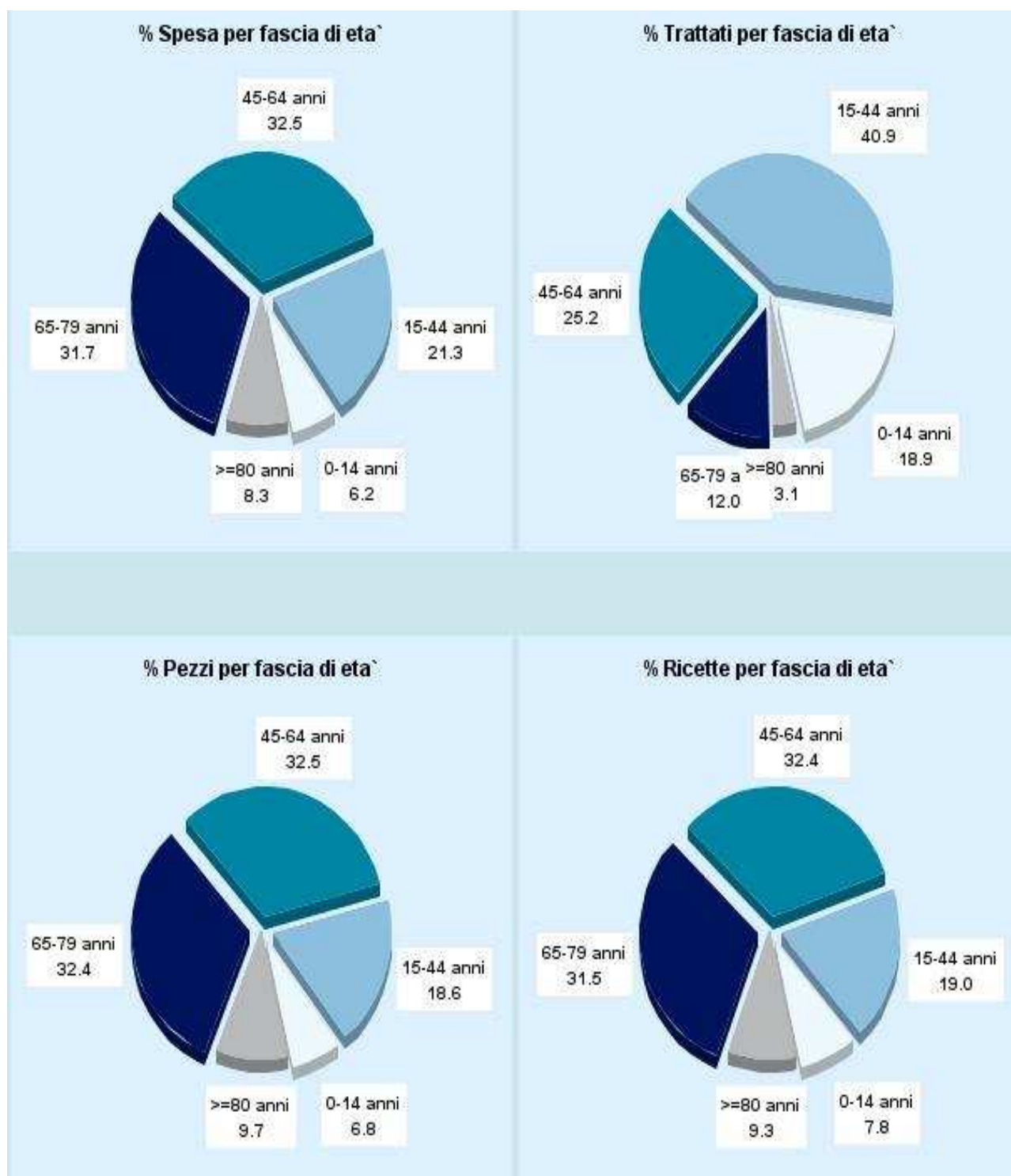


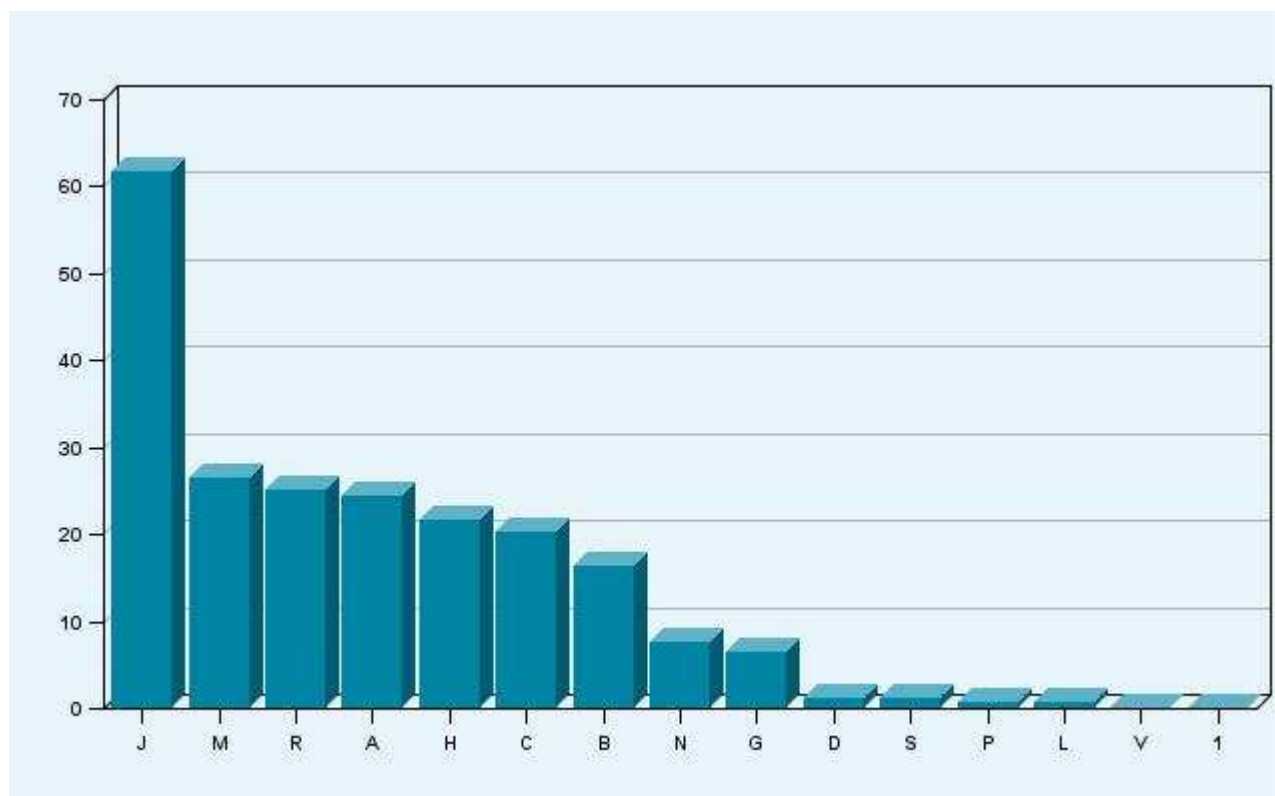
Tabella 3 Assistenza farmaceutica nell'Asl Napoli 4 nel 2005: Consumi per ATC I livello (Gruppo Anatomico Principale) in ordine decrescente di spesa (sono esclusi i galenici e i p.a. con codice ATC non noto)

Assistibili	Trattati	Spesa	Pezzi
562.262	426.350	105.560.224,62	7.899.517

RANK	ATC	Descrizione	Trattati	Prevalenza ⁽¹⁾	Spesa	% Spesa	Spesa media per tratt.	Pezzi	% Pezzi	N. medio pezzi per tratt.	DDD 1000 ab. die
1	C	SISTEMA CARDIOVASCOLARE	113.498	20,2	31.419.093,87	30,1	276,83	2.266.210	28,8	20,0	286,4
2	J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	347.064	61,7	20.316.917,55	19,5	58,54	1.849.419	23,5	5,3	34,7
3	A	APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	136.753	24,3	13.114.648,13	12,6	95,90	986.323	12,5	7,2	71,0
4	B	SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	91.763	16,3	10.124.000,57	9,7	110,33	685.177	8,7	7,5	61,3
5	R	SISTEMA RESPIRATORIO	141.478	25,2	8.572.345,65	8,2	60,59	473.245	6,0	3,3	44,7
6	N	SISTEMA NERVOSO	43.061	7,7	7.026.600,6	6,7	163,18	393.805	5,0	9,1	28,1
7	M	SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	148.493	26,4	4.088.913,75	3,9	27,54	472.853	6,0	3,2	34,2
8	G	SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	35.959	6,4	3.577.956,16	3,4	99,50	239.767	3,0	6,7	28,3
9	L	FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	3.912	0,7	3.387.392,53	3,2	865,90	36.255	0,5	9,3	3,0
10	H	PREPARATI ORMONALI SISTEMICI,ESCL.ORMONI SESSUALI E INSULINE	121.649	21,6	1.313.666,63	1,3	10,80	349.630	4,4	2,9	30,7
11	S	ORGANI DI SENSO	6.714	1,2	774.398,8	0,7	115,34	59.242	0,8	8,8	13,1
12	D	DERMATOLOGICI	6.966	1,2	483.794,36	0,5	69,45	37.886	0,5	5,4	3,0
13	P	FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	4.149	0,7	59.589,05	0,1	14,36	10.569	0,1	2,5	0,4
14	V	VARI	357	0,1	35.640,73	0,0	99,83	1.261	0,0	3,5	0,1
15	1	GALENICA	3	0,0	117,1	0,0	39,03	3	0,0	1,0	0,0

⁽¹⁾ %Trattati/Assistibili

Figura 2 Prevalenza⁽¹⁾ per I livello ATC



(1) %Trattati/Assistibili

Tabella 4 Assistenza farmaceutica nell'Asl Napoli 4 nel 2005: Campione ARNO N° 3 ASL Campane (ASL NA 4, ASL NA 1, ASL CE 2) Consumi per ATC I livello (Gruppo Anatomico Principale), sono esclusi i galenici e i p.a. con codice ATC non noto, in ordine decrescente di spesa

Assistibili	Trattati	Spesa	Pezzi
2.131.053	1.592.427	435.138.654,84	31.499.191

RANK	ATC	Descrizione	Trattati	Prevalenza ⁽¹⁾	Spesa	% Spesa	Spesa media per tratt.	Pezzi	% Pezzi	N.medio pezzi per tratt.	DDD / 1000 ab. die
1	C	SISTEMA CARDIOVASCOLARE	476.463	22,4	140.120.820,43	32,9	294,09	10.010.856	31,9	21,0	334,1
2	J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	1.231.450	57,8	70.372.451,77	16,5	57,15	6.076.390	19,4	4,9	32,1
3	A	APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	545.068	25,6	58.198.389,35	13,6	106,77	4.347.451	13,9	8,0	81,6
4	R	SISTEMA RESPIRATORIO	502.404	23,6	34.751.457,54	8,1	69,17	1.811.650	5,8	3,6	48,2
5	B	SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	347.324	16,3	33.435.113,59	7,8	96,26	2.582.077	8,2	7,4	65,2
6	N	SISTEMA NERVOSO	166.385	7,8	28.905.681,68	6,8	173,73	1.562.734	5,0	9,4	29,8
7	M	SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO	600.057	28,2	17.081.110,62	4,0	28,47	1.983.003	6,3	3,3	37,8
8	L	FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	16.772	0,8	15.888.751,67	3,7	947,34	160.137	0,5	9,5	3,7
9	G	SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	140.260	6,6	15.230.837,62	3,6	108,59	996.163	3,2	7,1	31,6
10	S	ORGANI DI SENSO	34.337	1,6	5.117.457,02	1,2	149,04	371.333	1,2	10,8	22,8
11	H	PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCL. ORMONI SESSUALI E INSULINE	398.095	18,7	4.835.546,38	1,1	12,15	1.244.304	4,0	3,1	28,9
12	D	DERMATOLOGICI	30.261	1,4	2.038.091,79	0,5	67,35	158.709	0,5	5,2	3,3
13	P	FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	14.438	0,7	244.272,6	0,1	16,92	39.365	0,1	2,7	0,4
14	V	VARI	1.544	0,1	210.320,33	0,0	136,22	6.238	0,0	4,0	0,1
15	I	GALENICA	5	0,0	119,68	0,0	23,94	5	0,0	1,0	0,0

⁽¹⁾ %Trattati/Assistibili

Tabella 5 Assistenza farmaceutica nell'Asl Napoli 4 nel 2005: Consumi per ATC II livello (Gruppo Terapeutico) in ordine decrescente di spesa (sono esclusi i galenici e i p.a. con codice ATC non noto)

Assistibili	Trattati	Spesa	Pezzi
562.262	426.350	105.560.224,62	7.899.517

Rank	ATC	Descrizione	Trattati	Prevalenza ⁽¹⁾	Spesa	% Spesa	Spesa media per tratt.	Pezzi	% Pezzi	N. medio pezzi per tratt.	DDD/1000 ab. die
1	J01	ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	340.073	60,5	18.030.886,94	17,3	53,02	1.781.396	22,7	5,2	33,6
2	C09	SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	77.398	13,8	13.552.502,66	13,0	175,10	935.514	11,9	12,1	120,9
3	R03	FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI DELLE VIE RESPIRATORIE	116.645	20,7	7.523.274,10	7,2	64,50	367.802	4,7	3,2	34,0
4	C10	SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	29.808	5,3	7.251.358,00	7,0	243,27	243.441	3,1	8,2	38,1
5	A02	FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	80.904	14,4	6.892.825,90	6,6	85,20	424.983	5,4	5,3	24,6
6	B02	ANTIEMORRAGICI	12.790	2,3	5.467.717,33	5,2	427,50	60.199	0,8	4,7	0,9
7	C08	CALCIO-ANTAGONISTI	34.981	6,2	4.487.371,28	4,3	128,28	342.502	4,4	9,8	42,0
8	A10	FARMACI USATI NEL DIABETE	26.444	4,7	3.610.980,93	3,5	136,55	316.397	4,0	12,0	31,5
9	B01	ANTITROMBOTICI	58.133	10,3	3.229.445,85	3,1	55,55	405.457	5,2	7,0	44,4
10	N06	PSICOANALETTICI	23.025	4,1	3.022.312,32	2,9	131,26	143.567	1,8	6,2	15,4
11	M01	FARMACI ANTIINFIAMMATORI ED ANTIREUMATICI	145.148	25,8	2.890.798,20	2,8	19,92	422.246	5,4	2,9	28,6
12	G04	UROLOGICI	12.351	2,2	2.578.700,05	2,5	208,78	131.518	1,7	10,6	12,6
13	C01	TERAPIA CARDIACA	24.215	4,3	2.397.905,57	2,3	99,03	305.052	3,9	12,6	39,1
14	N03	ANTIEPILETTICI	14.884	2,6	2.241.172,01	2,1	150,58	141.445	1,8	9,5	7,9
15	L02	TERAPIA ENDOCRINA	1.979	0,4	1.998.934,01	1,9	1.010,07	17.897	0,2	9,0	2,2
16	C07	BETABLOCCANTI	30.221	5,4	1.886.966,53	1,8	62,44	193.265	2,5	6,4	22,6
17	A07	ANTIDIARROICI, ANTIINFIAMMATORI ED ANTIMICROBICI INTESTINALI	34.879	6,2	1.311.928,96	1,3	37,61	103.904	1,3	3,0	6,2
18	C02	ANTIPERTENSIVI	8.533	1,5	1.201.740,04	1,2	140,83	71.601	0,9	8,4	7,7
19	J02	ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	18.611	3,3	1.199.800,79	1,2	64,47	38.727	0,5	2,1	0,7
20	B05	SUCCEDANEI DEL SANGUE E SOLUZIONI PERFUSIONALI	16.005	2,8	1.184.216,99	1,1	73,99	180.826	2,3	11,3	1,0
21	L04	SOSTANZE AD AZIONE IMMUNOSOPPRESSIVA	944	0,2	1.109.362,65	1,1	1.175,17	10.417	0,1	11,0	0,6
22	M05	FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE DELLE OSSA	4.944	0,9	1.088.755,43	1,0	220,22	26.695	0,3	5,4	3,2

23	R06	ANTISTAMINICI PER USO SISTEMICO	47.412	8,4	1.037.801,94	1,0	21,89	104.175	1,3	2,2	10,7
24	N04	ANTIPARKINSONIANI	3.066	0,5	854.564,33	0,8	278,72	41.943	0,5	13,7	2,2
25	G03	ORMONI SESSUALI E MODULATORI DEL SISTEMA GENITALE	21.322	3,8	823.308,51	0,8	38,61	101.269	1,3	4,7	15,6
26	S01	OFTALMOLOGICI	6.711	1,2	774.322,55	0,7	115,38	59.231	0,8	8,8	13,1
27	J06	SIERI IMMUNI ED IMMUNOGLOBULINE	15.743	2,8	666.819,13	0,6	42,36	17.402	0,2	1,1	0,1
28	N02	ANALGESICI	8.667	1,5	651.127,05	0,6	75,13	35.884	0,5	4,1	0,9
29	C03	DIURETICI	30.421	5,4	636.200,96	0,6	20,91	174.405	2,2	5,7	16,1
30	H02	CORTICOSTEROIDI SISTEMICI	103.354	18,4	608.101,21	0,6	5,88	220.261	2,8	2,1	13,5
31	J05	ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO	6.964	1,2	400.387,19	0,4	57,49	8.912	0,1	1,3	0,2
32	A05	TERAPIA BILIARE ED EPATICA	5.462	1,0	364.761,88	0,3	66,78	38.639	0,5	7,1	1,7
33	H03	TERAPIA TIROIDEA	23.700	4,2	361.160,80	0,3	15,24	123.955	1,6	5,2	17,1
34	A04	ANTIEMETICI ED ANTINAUSEA	839	0,1	294.637,55	0,3	351,18	3.706	0,0	4,4	0,1
35	H01	ORMONI IPOFISARI, IPOTALAMICI ED ANALOGHI	472	0,1	275.612,75	0,3	583,93	4.753	0,1	10,1	0,2
36	N05	PSICOLETTICI	3.726	0,7	244.816,94	0,2	65,71	29.171	0,4	7,8	1,7
37	B03	FARMACI ANTIANEMICI	20.243	3,6	242.324,34	0,2	11,97	38.665	0,5	1,9	14,9
38	D05	ANTIPSORIASICI	2.766	0,5	237.412,30	0,2	85,83	16.894	0,2	6,1	0,9
39	A12	INTEGRATORI MINERALI	11.094	2,0	191.139,49	0,2	17,23	25.691	0,3	2,3	4,0
40	A11	VITAMINE	6.242	1,1	180.494,23	0,2	28,92	20.749	0,3	3,3	1,4
41	G02	ALTRI GINECOLOGICI	3.507	0,6	175.926,09	0,2	50,16	6.977	0,1	2,0	0,2
42	L01	CITOSTATICI	1.027	0,2	172.019,35	0,2	167,50	7.298	0,1	7,1	0,2
43	A06	LASSATIVI	1.114	0,2	114.093,53	0,1	102,42	15.787	0,2	14,2	0,6
44	A03	FARMACI PER DISTURBI DELLA FUNZIONE GASTROINTESTINALE	23.362	4,2	108.320,55	0,1	4,64	33.804	0,4	1,4	0,7

⁽¹⁾ %Trattati/Assistibili

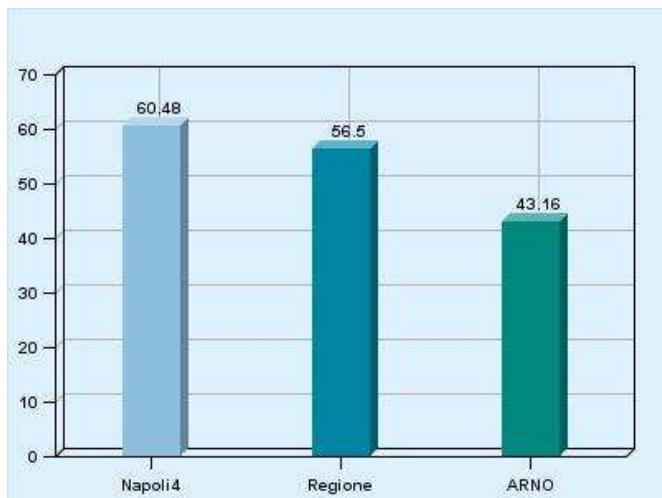
Fig. 3. Antibatterici per uso sistemico, J01, variabilità tra ASL NA 4 - Regione - Campione Arno

Prevalenza ⁽¹⁾

Valore Asl: 60.48

Valori Regione: media 56.5 (min 53.4 - max 60.5)

Valori Arno: media 43.2 (min 29.4 - max 60.5)



Spesa media per trattato

Valore Asl: 53.02

Valori Regione: media 51.43 (min 50.38 - max 53.02)

Valori Arno: media 46.11 (min 37.88 - max 53.02)

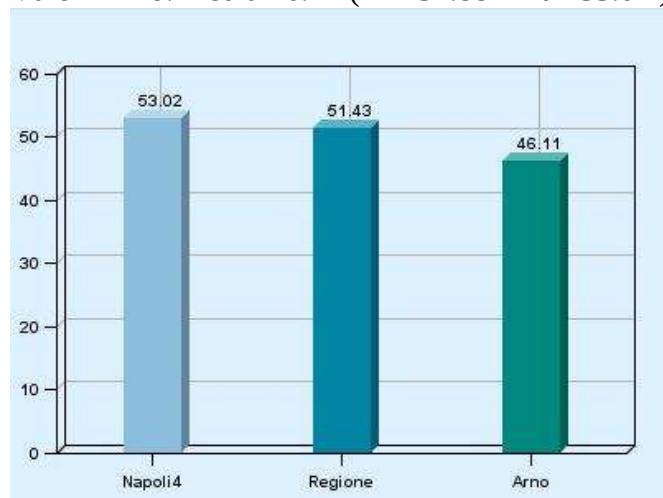


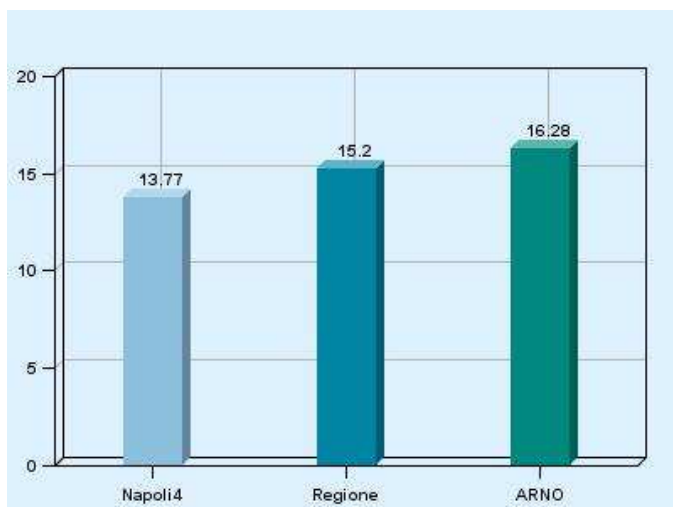
Fig. 4. Sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina , C09 variabilità tra ASL NA 4 - Regione - Campione Arno

Prevalenza ⁽¹⁾

Valore Asl: 13.77

Valori Regione: media 15.2 (min 13.8 - max 16.1)

Valori Arno: media 16.3 (min 13.6 - max 21.1)



Spesa media per trattato

Valore Asl: 175.1

Valori Regione: media 180.93 (min 175.1 - max 186.85)

Valori Arno: media 189.44 (min 151.69 - max 213.03)

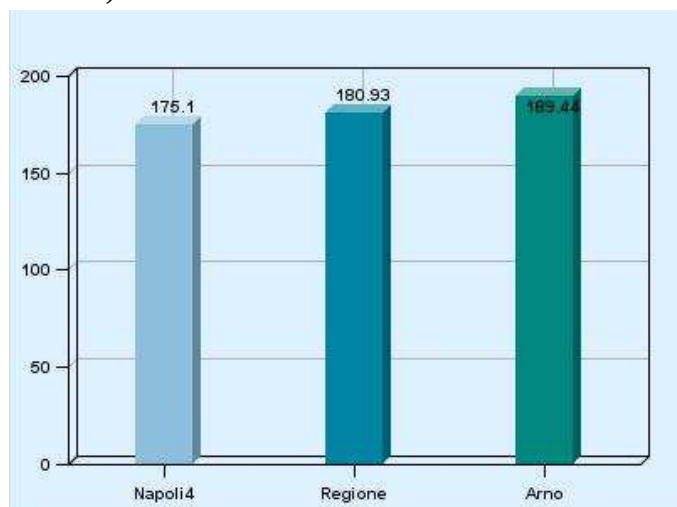


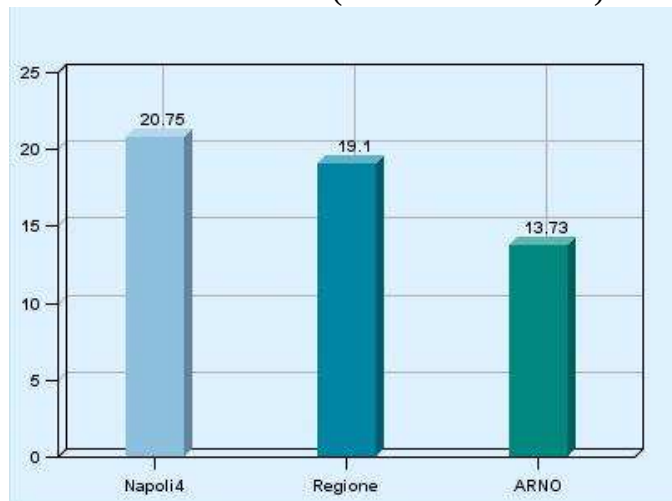
Fig. 5. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie R03, variabilità tra ASL NA 4 - Regione - Campione Arno

Prevalenza ⁽¹⁾

Valore Asl: 20.75

Valori Regione: media 19.1 (min 17.2 - max 20.7)

Valori Arno: media 13.7 (min 9.6 - max 20.7)



Spesa media per trattato

Valore Asl: 64.5

Valori Regione: media 75.43 (min 64.5 - max 83.4)

Valori Arno: media 96.66 (min 64.5 - max 143.81)

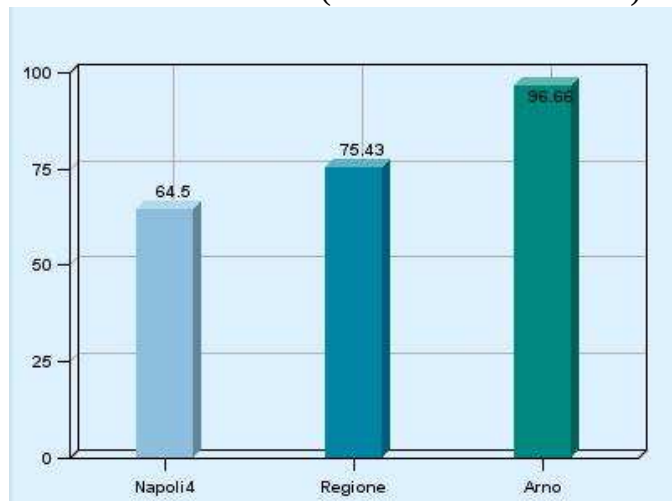


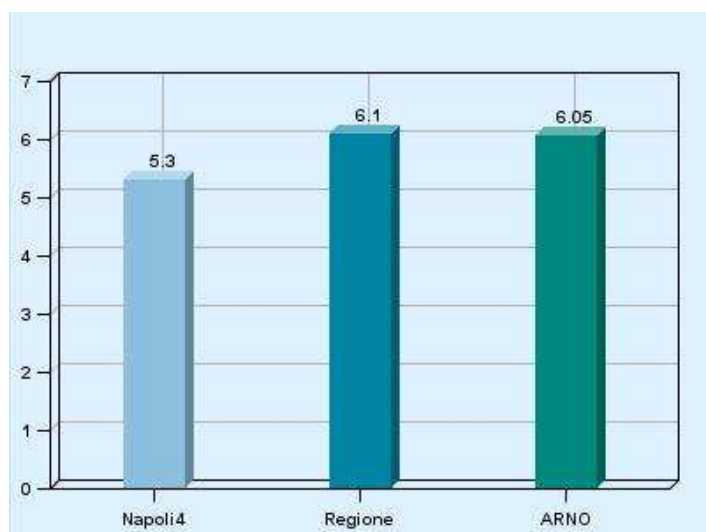
Fig. 6. Sostanze modificatrici dei lipidi,C10, variabilità tra ASL NA 4 - Regione - Campione Arno

Prevalenza ⁽¹⁾

Valore Asl: 5.3

Valori Regione: media 6.1 (min 5.3 - max 6.8)

Valori Arno: media 6.1 (min 4.4 - max 7.9)



Spesa media per trattato

Valore Asl: 243.27

Valori Regione: media 254.76 (min 243.27 - max 268.49)

Valori Arno: media 279.24 (min 227.69 - max 337.14)

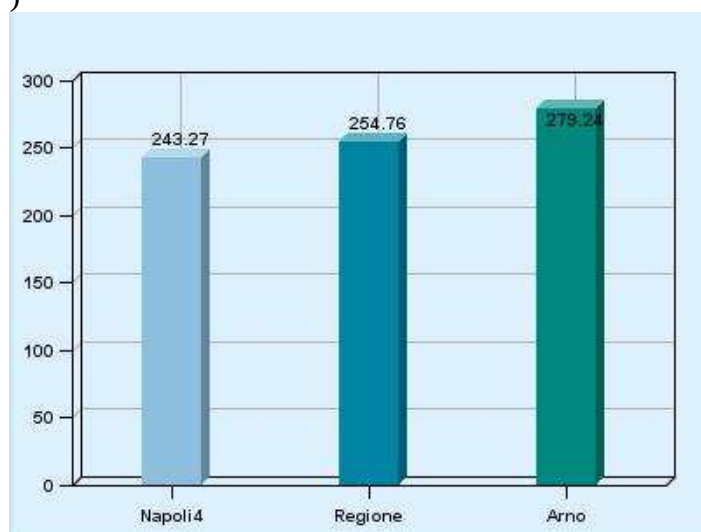


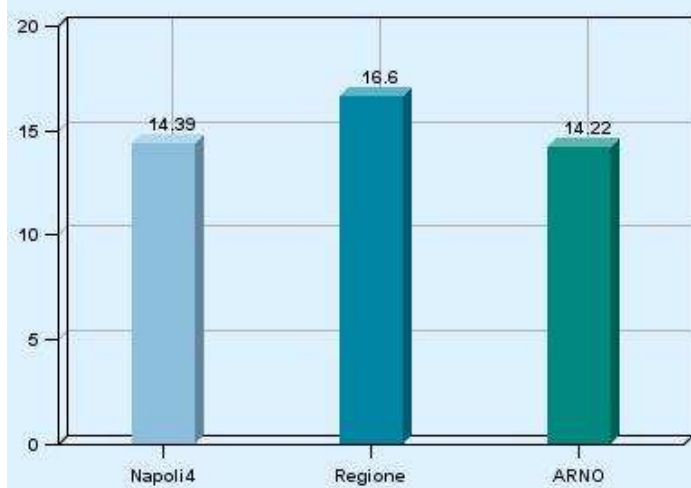
Fig. 7. Farmaci per disturbi correlati all'acidità, A02, variabilità tra ASL NA 4 - Regione - Campione Arno

Prevalenza ⁽¹⁾

Valore Asl: 14.39

Valori Regione: media 16.6 (min 14.4 - max 17.8)

Valori Arno: media 14.2 (min 9.4 - max 18.8)



Spesa media per trattato

Valore Asl: 85.2

Valori Regione: media 94.02 (min 85.2 - max 100.04)

Valori Arno: media 122.41 (min 85.2 - max 157.13)

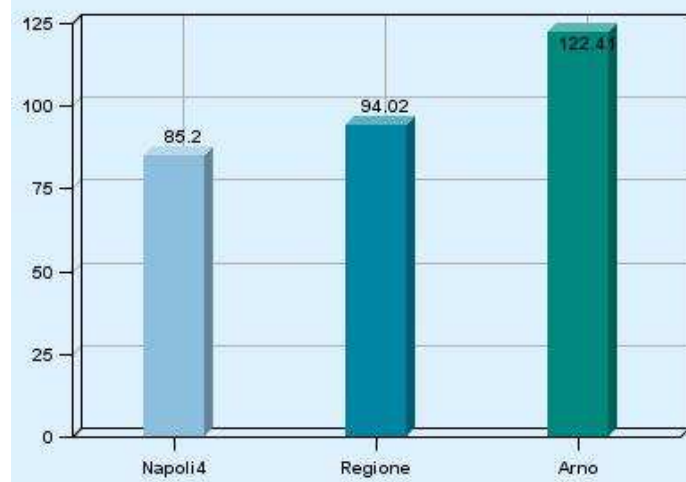


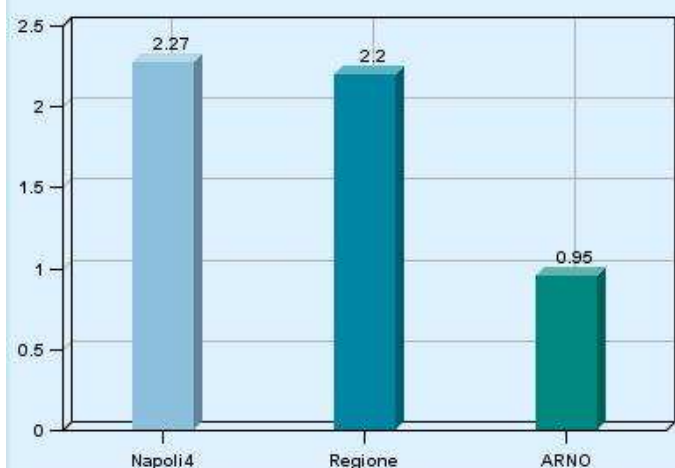
Fig. 8. Antiemorragici, B02, variabilità tra ASL NA 4 - Regione - Campione Arno

Prevalenza ⁽¹⁾

Valore Asl: 2.27

Valori Regione: media 2.2 (min 2.1 - max 2.3)

Valori Arno: media .9 (min .2 - max 2.3)



Spesa media per trattato

Valore Asl: 16.85

Valori Regione: media 16.86 (min 16.08 - max 18.46)

Valori Arno: media 17.29 (min 12.2 - max 22.73)

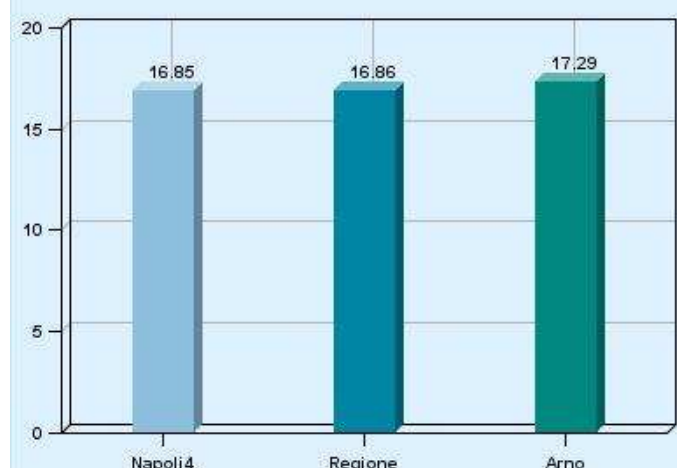


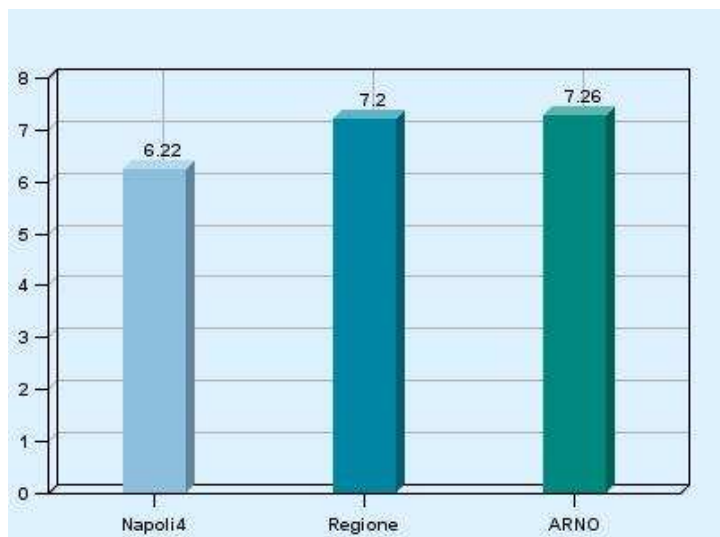
Fig. 9. Calcio antagonisti , C08, variabilità tra ASL NA 4 - Regione - Campione Arno

Prevalenza ⁽¹⁾

Valore Asl: 6.22

Valori Regione: media 7.2 (min 6.2 - max 7.9)

Valori Arno: media 7.3 (min 5.5 - max 9.1)



Spesa media per trattato

Valore Asl: 128.28

Valori Regione: media 133.91 (min 128.28 - max 140.16)

Valori Arno: media 144.67 (min 109.39 - max 172.37)

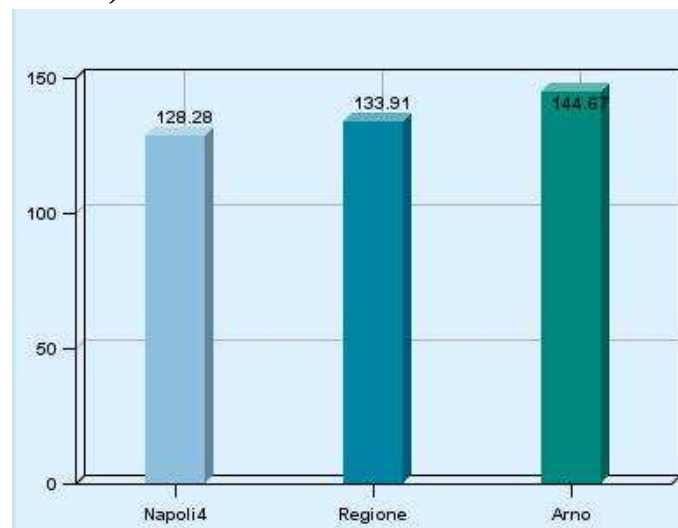


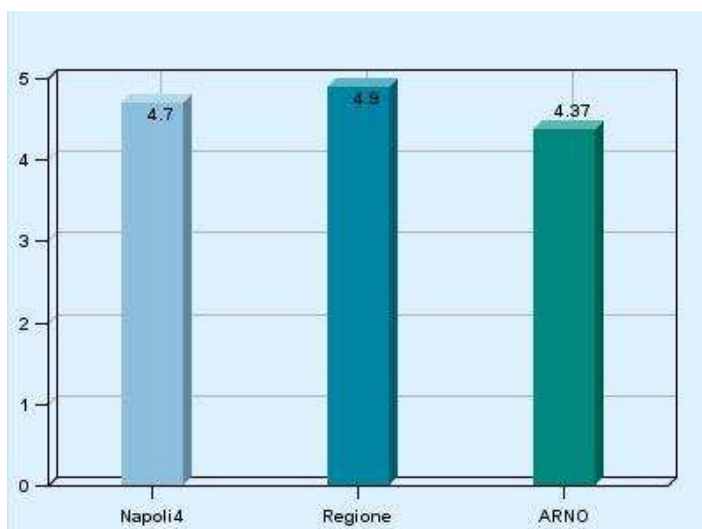
Fig. 10. Farmaci usati nel diabete, A10, variabilità tra ASL NA 4 - Regione - Campione Arno

Prevalenza ⁽¹⁾

Valore Asl: 4.7

Valori Regione: media 4.9 (min 4.7 - max 5)

Valori Arno: media 4.4 (min 3 - max 5.2)



Spesa media per trattato

Valore Asl: 135.56

Valori Regione: media 138.76 (min 131.76 - max 143.56)

Valori Arno: media 133.08 (min 102.84 - max 154.62)

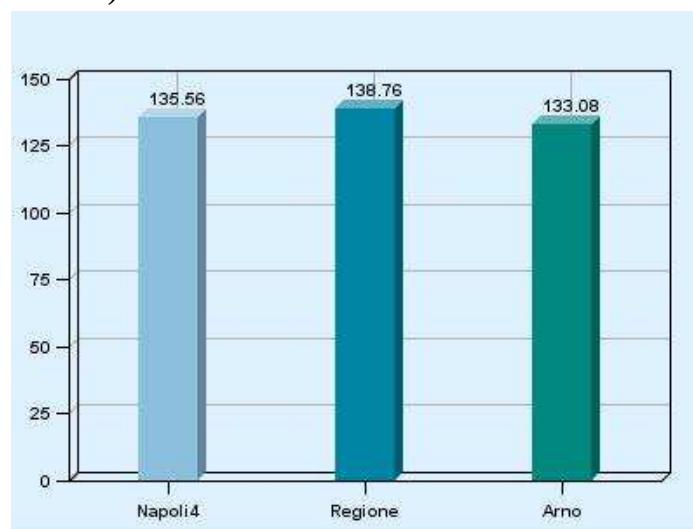


Tabella 6 . Assistenza farmaceutica nell'Asl Napoli 4 nel 2005: Tabella riassuntiva dei consumi per Gruppo Terapeutico (SGT)

N. SOTTOGRUPPI TERAPEUTICI	PEZZI		SPESA	
Primi 10	5.544.790	70,7 %	€ 73.068.675,31	70,1 %
Primi 20	7.062.111	90,0 %	€ 91.960.838,46	88,3 %
Primi 30	7.582.073	96,7 %	€ 100.211.202,22	96,1 %
Totali (SGT)	7.861.645	100 %	€ 104.295.075,48	100 %

I primi 10 gruppi terapeutici coprono il circa il 70 % di tutte le prescrizioni dei pezzi e della spesa.

I primi 20 gruppi terapeutici coprono circa il 90 % di tutte le prescrizioni dei pezzi e della spesa .

Sono sufficienti 30 gruppi terapeutici per coprire circa il 96 % dei consumi di pezzi e della spesa.

Tabella 7 Assistenza farmaceutica nell'Asl Napoli 4 nel 2005 :Consumi farmaceutici per i primi 50 principi attivi in ordine decrescente di spesa (che rappresentano il 53,40%di tutta la spesa)

Assistibili	Trattati	Spesa	Pezzi
562.262	426.350	105.560.224,62	7.899.517

Principi attivi totali :981

R A N k	ATC	Descrizione	Trattati	Prevalenza (1)	Spesa	% Spesa	Spesa media per tratt.	Pezzi	% Pezzi	N. medio pezzi per tratt.	DDD 1000 ab. die
1	B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE	16	0,0	4.806.003,57	4,6	300.375,22	5.128	0,1	320,5	0,0
2	J01CR02	AMOXICILLINA ED INIBITORI ENZIMATICI	105.302	18,7	2.682.215,77	2,6	25,47	168.433	2,1	1,6	8,2
3	C10AA05	ATORVASTATINA	10.777	1,9	2.611.484,98	2,5	242,32	64.287	0,8	6,0	15,1
4	A02BC01	OMEPRAZOLO	14.777	2,6	2.219.084,47	2,1	150,17	92.338	1,2	6,2	5,8
5	J01FA09	CLARITROMICINA	61.496	10,9	2.192.225,99	2,1	35,65	86.364	1,1	1,4	3,7
6	C10AA01	SIMVASTATINA	8.764	1,6	2.004.805,02	1,9	228,75	65.126	0,8	7,4	11,0
7	C08CA01	AMLODIPINA	13.359	2,4	1.933.913,57	1,9	144,76	126.963	1,6	9,5	17,3

8	J01DD04	CEFTRIAXONE	32.376	5,8	1.664.993,08	1,6	51,43	245.272	3,1	7,6	0,6
9	C01DA02	NITROGLICERINA	12.425	2,2	1.599.044,18	1,5	128,70	161.657	2,1	13,0	19,7
10	A02BC05	ESOMEPRAZOLO	13.850	2,5	1.488.001,37	1,4	107,44	63.514	0,8	4,6	4,1
11	R03AK06	SALMETEROLO ED ALTRI FARM. PER DISTURBI OSTRUTTIVI VIE RESP.	6.870	1,2	1.291.518,08	1,2	187,99	17.655	0,2	2,6	2,6
12	R03BA01	BECLOMETASONE	63.247	11,2	1.274.039,5	1,2	20,14	95.826	1,2	1,5	5,2
13	C09DA03	VALSARTAN E DIURETICI	7.271	1,3	1.163.892,79	1,1	160,07	46.890	0,6	6,4	19,3
14	J01FA10	AZITROMICINA	34.902	6,2	1.141.102,46	1,1	32,69	55.767	0,7	1,6	1,4
15	C02CA04	DOXAZOSIN	7.172	1,3	1.050.872,86	1,0	146,52	55.799	0,7	7,8	4,9
16	G04CA02	TAMSULOSINA	5.787	1,0	1.040.224,68	1,0	179,75	48.114	0,6	8,3	4,7
17	A02BC02	PANTOPRAZOLO	11.601	2,1	1.010.535,41	1,0	87,11	59.798	0,8	5,2	2,8
18	J01DD08	CEFIXIMA	36.109	6,4	961.477,44	0,9	26,63	52.444	0,7	1,5	1,3
19	C09DA01	LOSARTAN E DIURETICI	4.652	0,8	939.145,71	0,9	201,88	33.892	0,4	7,3	4,6
20	C09AA05	RAMIPRIL	8.779	1,6	935.466,22	0,9	106,56	83.925	1,1	9,6	15,8
21	C10AA03	PRAVASTATINA	3.549	0,6	921.520,88	0,9	259,66	38.771	0,5	10,9	3,6
22	C09AA03	LISINOPRIL	7.549	1,3	908.739,3	0,9	120,38	87.710	1,1	11,6	9,7
23	L04AA01	CICLOSPORINA	562	0,1	901.980,11	0,9	1.604,95	7.782	0,1	13,8	0,4
24	B05AA01	ALBUMINA	778	0,1	893.911,36	0,9	1.148,99	17.013	0,2	21,9	0,0
25	J01MA02	CIPROFLOXACINA	28.000	5,0	870.954,5	0,8	31,11	58.320	0,7	2,1	0,9
26	A02BC03	LANSOPRAZOLO	10.642	1,9	864.848,13	0,8	81,27	53.377	0,7	5,0	2,5
27	J01DD02	CEFTAZIDIMA	13.318	2,4	864.452,99	0,8	64,91	115.137	1,5	8,6	0,1
28	J02AC01	FLUCONAZOLO	10.910	1,9	816.492,61	0,8	74,84	20.977	0,3	1,9	0,3
29	C09BA02	ENALAPRIL E DIURETICI	5.192	0,9	785.879,56	0,8	151,36	69.136	0,9	13,3	4,7
30	B01AB05	ENOXAPARINA	5.616	1,0	773.271,99	0,7	137,69	23.653	0,3	4,2	1,2
31	C09BA03	LISINOPRIL E DIURETICI	5.568	1,0	757.848,96	0,7	136,11	71.766	0,9	12,9	4,9
32	J01MA12	LEVOFLOXACINA	18.492	3,3	717.800,22	0,7	38,82	32.194	0,4	1,7	1,5
33	B01AB06	NADROPARINA	5.757	1,0	710.975,85	0,7	123,50	23.116	0,3	4,0	1,0
34	R03BA03	FLUNISOLIDE	17.103	3,0	708.054,65	0,7	41,40	26.123	0,3	1,5	3,8
35	M05BA04	ACIDO ALENDRONICO	3.018	0,5	702.069,39	0,7	232,63	16.453	0,2	5,5	2,2
36	C10AA07	ROSUVASTATINA	4.391	0,8	702.004,8	0,7	159,87	20.256	0,3	4,6	3,0
37	A10AB01	INSULINA (UMANA)	4.206	0,7	700.517,43	0,7	166,55	27.605	0,4	6,6	2,6
38	L02BB03	BICALUTAMIDE	327	0,1	683.936,58	0,7	2.091,55	2.010	0,0	6,1	0,5
39	C08CA13	LERCANIDIPINA	6.064	1,1	671.968,06	0,6	110,81	39.168	0,5	6,5	6,7
40	C07AB12	NEBIVOLOLO	7.002	1,2	653.528,56	0,6	93,33	43.451	0,6	6,2	5,9
41	A10AD01	INSULINA (UMANA)	4.243	0,8	639.465,39	0,6	150,71	22.829	0,3	5,4	2,1
42	C09DA04	IRBESARTAN E DIURETICI	3.309	0,6	636.886,05	0,6	192,47	22.863	0,3	6,9	3,1
43	C09BA05	RAMIPRIL E DIURETICI	4.939	0,9	630.089,87	0,6	127,57	60.815	0,8	12,3	4,1

44	J01DD14	CEFTIBUTENO	17.229	3,1	629.400,96	0,6	36,53	25.227	0,3	1,5	0,7
45	G04CB01	FINASTERIDE	3.547	0,6	611.691,99	0,6	172,45	32.009	0,4	9,0	2,3
46	J01CA04	AMOXICILLINA	82.704	14,7	598.763,77	0,6	7,24	128.805	1,6	1,6	6,6
47	J01XX01	FOSFOMICINA	20.633	3,7	597.015,95	0,6	28,94	36.517	0,5	1,8	0,4
48	A07AA11	RIFAXIMINA	23.218	4,1	584.946,07	0,6	25,19	62.915	0,8	2,7	0,9
49	B01AC06	ACIDO ACETILSALICILICO	38.650	6,9	572.563,08	0,5	14,81	238.402	3,0	6,2	33,3
50	C10AX06	OMEGA-3- TRIGLICERIDI	2.828	0,5	568.491,39	0,5	201,02	25.923	0,3	9,2	1,3

Tabella 8 Assistenza farmaceutica nell'Asl Napoli 4 nel 2005 : indicatori di ricorso all'assistenza farmaceutica relativi alla popolazione anziana

Fascia d'età	Assistibili	% Assistibili	Trattati	% Trattati	Prevalenza ⁽¹⁾	Spesa	% Spesa	Spesa media per tratt.
65-69 anni	21.056	31,2	20.251	31,6	96,2	11.853.006,22	28	585,3
70-74 anni	18.554	27,5	17.382	27,1	93,7	11.975.237,61	28,3	688,94
75-79 anni	14.573	21,6	13.335	20,8	91,5	9.669.518,57	22,9	725,12
80-84 anni	8.293	12,3	8.297	12,9	100	5.912.304,16	14	712,58
>=85 anni	4.918	7,3	4.911	7,7	99,9	2.881.583,98	6,8	586,76
TOTALE	67.394	100	64.176	100	95,2	42.291.650,54	100	658,99

⁽¹⁾ % trattati/assistibili.

Tabella 9 Assistenza farmaceutica nell'Asl Napoli 4 nel 2005 : indicatori di ricorso all'assistenza farmaceutica relativi alla popolazione anziana, consumi per ATC I livello (Gruppo Anatomico Principale) In ordine decrescente di spesa

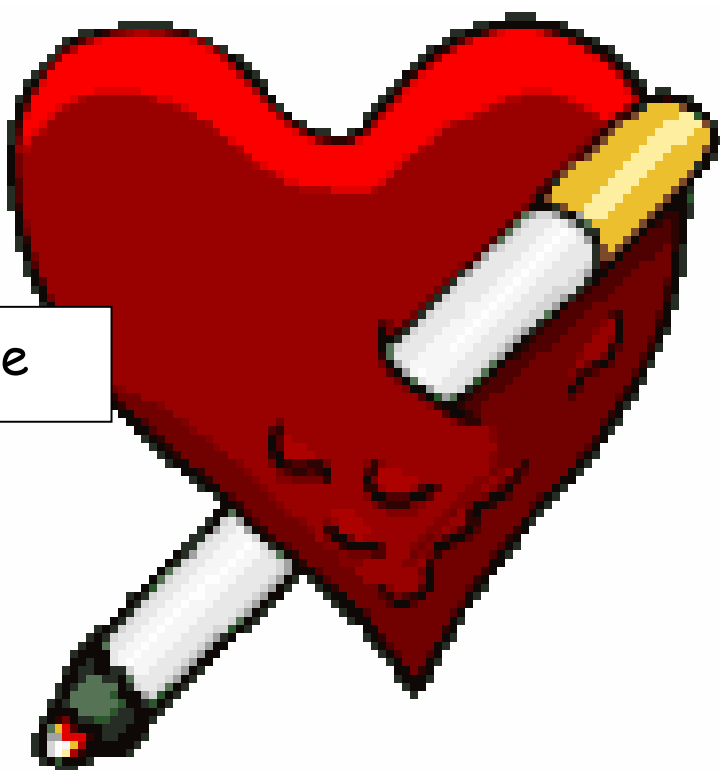
Assistibili	Trattati	Spesa	Pezzi
67.394	64.176	42.291.650,54	3.321.732

RANK	ATC	Descrizione	Trattati	Prevalenza ⁽¹⁾	Spesa	% Spesa	Spesa media per tratt.	Pezzi	% Pezzi	N. medio pezzi per tratt.	DDD 1000 ab. die
1	C	SISTEMA CARDIOVASCOLARE	51.209	76,0	16.639.079,37	40,3	324,92	1.292.880	39,2	25,2	1.335,4
2	A	APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	40.719	60,4	5.854.692,46	14,2	143,78	455.666	13,8	11,2	270,9
3	J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	50.070	74,3	4.579.052,54	11,1	91,45	461.105	14,0	9,2	50,6
4	B	SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	37.024	54,9	2.911.889,94	7,1	78,65	406.687	12,3	11,0	266,8
5	R	SISTEMA RESPIRATORIO	23.223	34,5	2.758.165,99	6,7	118,77	132.542	4,0	5,7	108,5
6	N	SISTEMA NERVOSO	13.775	20,4	2.377.823,08	5,8	172,62	124.096	3,8	9,0	70,2
7	M	SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	45.124	67,0	2.075.603,59	5,0	46,00	200.804	6,1	4,5	130,3
8	G	SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	8.704	12,9	1.874.519,31	4,5	215,36	97.259	3,0	11,2	76,0
9	L	FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	1.507	2,2	1.385.377,16	3,4	919,29	12.872	0,4	8,5	10,9
10	S	ORGANI DI SENSO	3.144	4,7	418.734,64	1,0	133,19	31.615	1,0	10,1	58,3
11	H	PREPARATI ORMONALI SISTEMICI,ESCL.ORMONI SESSUALI E INSULINE	18.849	28,0	295.816,48	0,7	15,69	68.781	2,1	3,6	54,2
12	D	DERMATOLOGICI	1.501	2,2	92.247,13	0,2	61,46	8.977	0,3	6,0	6,1
13	V	VARI	214	0,3	16.898,94	0,0	78,97	603	0,0	2,8	0,3
14	P	FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	503	0,7	9.924,55	0,0	19,73	1.703	0,1	3,4	0,6
15	I	GALENICA	2	0,0	115,5	0,0	57,75	2	0,0	1,0	0,0

(1) %Trattati/Assistibili

Attività di Prevenzione

Ambiente



Coperture vaccinali 2006

G.Manetta, R.Palombino - Servizio di Epidemiologia e Prevenzione

1. Introduzione

Il Servizio di Epidemiologia, nei cui compiti istituzionali è prevista la programmazione, la promozione e la valutazione dell'attività vaccinale, anche per questo anno ha prodotto un report sulle coperture vaccinali sia per le vaccinazioni obbligatorie che per le raccomandate.

Il confronto dei risultati raggiunti nei diversi Distretti costituisce uno stimolo per il miglioramento della performance dei servizi vaccinali.

Anche per questo anno sono stati utilizzati gli indicatori di copertura, puntuali e veritieri, ottenibili dal sistema di informatizzazione dei servizi vaccinali.

2 Materiali e metodi

Le informazioni sulle coperture vaccinali sono derivate da un'elaborazione dei dati attualmente registrati negli archivi informatizzati dei singoli distretti, utilizzando, nel calcolo dei diversi indicatori, le possibilità offerte dal programma GEVA.

Gli indicatori di risultato utilizzati sono:

- ☐ Coperture vaccinali al compimento del primo anno di vita
- ☐ Età in giorni del bambino che consente, in ciascun distretto, il raggiungimento di una copertura del 90% per tre dosi di vaccino esavalente
- ☐ Età in giorni del bambino che consente il raggiungimento di una copertura del 90% per ciascuna delle tre dosi di esavalente
- ☐ Coperture vaccinali per tre dosi al compimento del 12°, 18°, 24° mese di vita
- ☐ Coperture vaccinali per tre dosi oltre il 24° mese di vita
- ☐ Coperture vaccinali per la IV dose di antipolio al compimento del terzo anno di vita.
- ☐ Coperture vaccinali per 1 e 2 dose MPR al 31 dicembre 2006

3. RISULTATI

3.1 Coperture vaccinali al compimento del primo anno di vita.

Il vigente calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate nell'infanzia prevede la somministrazione di tre dosi dei vaccini contro Poliomielite, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B ed Haemophilus entro il primo anno di vita: la prima dose nel corso del 3° mese di vita, la seconda nel 5°, la terza nell'11°-12°.

La copertura vaccinale al compimento del primo anno di vita rappresenta, pertanto, un buon indicatore di efficacia dei servizi vaccinali.

Le coperture vaccinali per tre dosi di esavalente al compimento del primo anno di vita delle coorti di nascita 2002-2003-2004 (Tabella 1) non sono soddisfacenti, tranne che per il Distretto di Cicciano , ed anzi evidenziano un peggioramento rispetto alla precedente rilevazione :

- o Per il 2002 il range di copertura andava dal valore minimo del 22,5% del Distretto di San Giuseppe Vesuviano , al valore massimo del 75,4% del Distretto di Cicciano, sei Distretti su 11 con valori di copertura inferiori al 50%;
- o Per il 2003 il range di copertura va dal valore minimo del 23,3% del Distretto di Casalnuovo di Napoli , al valore massimo del 70,0% del Distretto di Cicciano, otto Distretti su 11 hanno valori di copertura inferiori al 50%;
- o Per il 2004 il range di copertura va dal valore minimo del 2,5% del Distretto di Casalnuovo di Napoli, al valore massimo del 68,0% del Distretto di Cicciano, otto Distretti su 11 hanno valori di copertura inferiori al 50%.

3.2 Età in giorni del bambino che consente il raggiungimento di una copertura del 90% per tre dosi di esavalente

Per ogni coorte di nascita è stata calcolata l'età in giorni del bambino vaccinato che ha permesso il raggiungimento di una copertura vaccinale del 90% per la terza dose di vaccino esavalente rispetto ad un gold standard di 360 giorni, cioè un anno di vita (Tabella 2); anche in questo caso registriamo un peggioramento della performance della precedente rilevazione :

- o nel 2003 il valore medio dell'età è di 499 gg ed il range va dai più che buoni 390 gg del Distretto di Cicciano ai 565 gg del Distretto di Nola, in sette Distretti su 11 l'età è pari o superiore ai 500 gg;
- o nel 2004 l'andamento peggiora : il valore medio dell'età è di 519 gg ed il range va dai 401 gg del Distretto di Cicciano ai 564 gg del Distretto San Giuseppe Vesuviano, e solo in otto Distretti su 11 l'età è superiore ai 500 gg;

3.3 Età in giorni del bambino che consente il raggiungimento di una copertura del 90% per ciascuna delle tre dosi di esavalente

Per la coorte di nascita 2003 è stata calcolata l'età in giorni del bambino vaccinato che ha permesso il raggiungimento di una copertura vaccinale del 90% per la prima, la seconda e la terza dose di vaccino esavalente rispetto ad un gold standard, rispettivamente , di 90,150 ,360 giorni di vita (Tabella 3):

- o Per la prima dose , rispetto ad un gold standard di 90 giorni, l'età del bambino che permette il raggiungimento di una copertura del 90% va da un minimo di 100 giorni del Distretto 71 di Pomigliano D'Arco ad un massimo di 132 giorni del Distretto di San Giuseppe Vesuviano;

- o Per la seconda dose , rispetto ad un gold standard di 150 giorni, l'età del bambino che permette il raggiungimento di una copertura del 90% va da un minimo di 178 giorni del Distretto 74;
- o Per la terza dose , rispetto ad un gold standard di 360 giorni, l'età del bambino che permette il raggiungimento di una copertura del 90% va da un minimo di 390 giorni del Distretto di Cicciano ad un massimo di 565 giorni del Distretto di Nola.

Si conferma che i maggiori ritardi si registrano nella somministrazione della seconda e terza dose con media ASL rispettivamente di 225 e 499 giorni.

3.4 Coperture vaccinali per tre dosi al compimento del 12°, 18°, 24° mese di vita.

Le coperture vaccinali per tre dosi migliorano consistentemente nella maggior parte dei distretti al compimento del 18 mese di vita, mentre nei sei mesi successivi di vita si ottiene nella maggior parte dei Distretti un piccolo guadagno percentuale (Tabelle 4/a e 4b) .

La media ASL al compimento del 12° mese di vita , nell'anno 2002 di 48.3 % peggiora sia nel 2003 , 43.6% che nel 2004 , 38.0%.

La media ASL al compimento del 18° mese di vita , nell'anno 2002 di 79.5% migliora per il 2003 ,85.4 % , e cala nel 2004 , 83.0%.

La media ASL al compimento del 24° mese di vita , nell'anno 2002 di 83.4% migliora il 2003 ,90.1%, e cala nel 2004 , 88.8%.

Solo il Distretto di Cicciano supera la percentuale del 95%, fissata quale obiettivo dal Piano Nazionale e Regionale Vaccini .

Analizzando per Distretto si osserva che :

Nella coorte di nascita 2003 :

- o al compimento del 18 mese di vita il range di copertura va dal 79.1% del Distretto di Nola al 96,2% del Distretto di Cicciano, dieci Distretti su 11 superano l'80%;
- o al compimento del 24 mese di vita il range di copertura va dal 85.2% del Distretto di San Giuseppe Vesuviano al 96,7% del Distretto di Cicciano, e tutti gli undici Distretti superano l'80%.

Nella coorte di nascita 2004 :

- o al compimento del 18 mese di vita il range di copertura va dal 75.7% del Distretto di Nola al 96,2% del Distretto di Cicciano, otto Distretti su undici superano l'80%.
- o al compimento del 24 mese di vita il range di copertura va dal 83.0 % del Distretto di San Giuseppe Vesuviano al 97,0 % del Distretto di Cicciano, e tutti gli undici Distretti superano l'80%.

3.5 Copertura vaccinale per tre dosi oltre il 24° mese di vita.

Per le Coorti di nascita 2003 e 2004 la copertura per tre dosi oltre il 24° mese di vita superano il 90 %.(Tabella 5)

- nella Corte di nascita 2003 il range di copertura va dal 86.1% del Distretto di San Giuseppe Vesuviano al 96,9% del Distretto di Cicciano ;
- nella Corte di nascita 2004 il range di copertura va dal 86.4 % del Distretto di San Giuseppe Vesuviano al 97,9% del Distretto di Cicciano.

3.6 Coperture vaccinali per la IV dose di antipolio al compimento del terzo anno di vita.

Il vigente calendario per le vaccinazioni nell'infanzia prevede che, fino alla coorte di nascita 2004, nel terzo anno di vita sia somministrata la IV dose di vaccino antipolio: la copertura media della coorte di nascita 2003, rilevata al 20.01.2007 , quando tutti i bambini della coorte hanno compiuto almeno tre anni , è del 76,7 % nell'ASL in toto, (Tabella 6), con un range che va dal valore minimo del 52,1.6 % del Distretto di San Giuseppe Vesuviano , al valore massimo del 93.2% del Distretto di Cicciano.

3.7 Coperture vaccinali per 1 e 2 dose MPR al 31 dicembre 2006

La graduale revisione dei nati delle Coorti operata dai Centri vaccinali comporta un aggiustamento nel tempo della copertura vaccinale. Pertanto i valori di coperture vaccinali registrati nel 2006 possono mostrare per qualche coorte uno scostamento, talora anche sensibile , rispetto all'anno precedente (Tabella 7).

In figura 1 si evidenzia la copertura vaccinale nell'anno 2002, anno dell'ultima epidemia di morbillo, e nel 2006. Per i nati dall'anno 2000 al 2003 si osserva un aumento del numero dei vaccinati per la 1 dose, indice di reclutamento attivo, con coperture di oltre il 92%. Il Piano delle Vaccinazioni in Campania prevede il raggiungimento e mantenimento nei nuovi nati di una copertura vaccinale del 95% e con coperture medie non inferiori al 90% in ogni Distretto. A tutt'oggi si osserva una copertura media inferiore al 90% per Distretto :

- per gli anni 2000 e 2001 nei Distretti 70 di Marigliano, 73 di Nola e 78 di Palma Campania; per l'anno 2002 nei Distretti 73 di Nola e 77 di San Giuseppe Vesuviano per l'anno 2003 nei Distretti di 70 di Marigliano, 73 di Nola, 76 di Somma Vesuviana e 78 di Palma Campania;
- per l'anno 2004 in 6 Distretti su undici (Tabella 8)

Per i nati delle Coorti dal 1988 al 1999 si ha che :

- per gli anni target 1991 - 1997 della Campagna Straordinaria del Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita migliorano rispetto al 2005 le coperture ;
- gli anni 1997 e 1998 hanno coperture superiori al 91%;
- gli anni dal 1988 al 1990 mostrano un netto miglioramento della copertura complessiva che potrebbe essere migliore se si

escludesse dal computo Nola che ha percentuali di coperture irrisorie;

- ancora meglio vanno le coperture delle coorti da 1991 al 1995 (Tab.8).

Per i nati dall'anno 1988 al 2004 si osserva un aumento costante del numero dei vaccinati per la 2 dose anche rispetto al dato del 2005 (Tabelle 9 e 10 - Figura 2).

Conclusioni

Le presenti analisi incitano alla riflessione che non bisogna mai dare per consolidati gli obiettivi raggiunti e che bisogna avere sempre alti livelli di attenzione, pena un peggioramento dei risultati come quello che registriamo quest'anno.

Desta preoccupazione il fatto che i risultati siano peggiorati nell'ultimo anno, nonostante un impegno minore di quello affrontato negli anni precedenti essendo terminata la campagna contro morbillo e rosolia e la vaccinazione contro l'epatite dei dodicenni.

Gli obiettivi che si pongono ai servizi vaccinali nel prossimo anno sono sia il miglioramento della tempistica nella somministrazione delle vaccinazioni sia delle coperture totali che solo nel Distretto di Cicciano raggiungono livelli soddisfacenti.

Tabella 1 : Valutazione dell'efficacia delle attività vaccinali per vaccinali per Distretto per 3 dosi di vaccino esavalente delle Coorti di nascita anni 2002-2003*-2004*al compimento del 12° mese, primo anno di vita.**

Distretto	Percentuale		
	2002	2003	2004
Acerra	44,2	41,9	33,0
Marigliano	39,4	45,9	47,1
Pomigliano D'Arco	59,7	50,6	58,4
Casalnuovo di Napoli	45,2	23,3	2,5
Nola	35,9	25,5	21,9
Cicciano	75,4	70,0	68,0
Volla	41,9	27,8	9,5
Somma Vesuviana	61,2	61,5	60,7
S.Giuseppe Vesuviano	22,5	42,5	39,3
Palma Campania	50,6	48,9	39,3
Poggiomarino	55,0	42,3	38,3
A.S.L.	48,3	43,6	38,0

* - Anni 2003 e 2004 dati elaborati gennaio 2007

** - Anno 2002 dati elaborati gennaio 2006

Tabella 2 : Et  in giorni del bambino vaccinato che consente il raggiungimento di una copertura del 90% per la terza dose di vaccino esavalente per le Coorti di nascita anni 2003 e 2004 (Gold standard 360 giorni)

Distretto	Giorni	
	2003	2004
<i>Acerra</i>	507	508
<i>Marigliano</i>	520	501
<i>Pomigliano D'Arco</i>	468	493
<i>Casalnuovo di Napoli</i>	544	560
<i>Nola</i>	565	587
<i>Cicciano</i>	390	401
<i>Volla</i>	510	547
<i>Somma Vesuviana</i>	475	496
<i>S.Giuseppe Vesuviano</i>	505	564
<i>Palma Campania</i>	497	533
<i>Poggiomarino</i>	508	520
<i>A.S.L.</i>	499	519

Tabella 3 : Et  in giorni del bambino vaccinato che consente il raggiungimento di una copertura del 90% per la 1* , 2* e 3* dose di vaccino esavalente per la Coorte di nascita anno 2003 (Gold standard : 90 ,150 e 360 giorni)

Distretto	Anno 2003		
	1°	2°	3°
<i>Acerra</i>	126	236	507
<i>Marigliano</i>	111	235	520
<i>Pomigliano D'Arco</i>	100	207	468
<i>Casalnuovo di Napoli</i>	107	233	544
<i>Nola</i>	130	273	565
<i>Cicciano</i>	103	178	390
<i>Volla</i>	120	231	510
<i>Somma Vesuviana</i>	106	198	475
<i>S.Giuseppe Vesuviano</i>	132	228	505
<i>Palma Campania</i>	114	224	497
<i>Poggiomarino</i>	129	235	508
<i>A.S.L.</i>	116	225	499

Tabella 4/a : Coperture vaccinali per Distretto per 3 dosi di vaccino esavalente al compimento del 18 °mese di vita delle Coorti di nascita anni 2002-2003*-2004***

Distretto	Percentuale 18°		
	2002	2003	2004
<i>Acerra</i>	80,9	85,5	85,1
<i>Marigliano</i>	80,2	83,7	84,3
<i>Pomigliano D'Arco</i>	90,5	89,9	86,0
<i>Casalnuovo di Napoli</i>	79,2	80,3	80,8
<i>Nola</i>	71,1	79,1	75,7
<i>Cicciano</i>	94,6	96,2	96,2
<i>Volla</i>	81,4	85,5	76,2
<i>Somma Vesuviana</i>	87,7	87,7	88,0
<i>S.Giuseppe Vesuviano</i>	38,0	80,4	76,4
<i>Palma Campania</i>	84,0	86,2	80,6
<i>Poggiomarino</i>	87,0	84,5	83,4
<i>A.S.L.</i>	79,5	85,4	83,0

* - Anni 2003 e 2004 dati elaborati gennaio 2007

** - Anno 2002 dati elaborati gennaio 2006

Tabella 4/b : Coperture vaccinali per Distretto per 3 dosi di vaccino esavalente al compimento del 24 °mese di vita delle Coorti di nascita anni 2002- 2003 *- 2004***

Distretto	Percentuale 24°		
	2002	2003	2004
<i>Acerra</i>	87,3	90,6	90,5
<i>Marigliano</i>	87,1	89,2	88,6
<i>Pomigliano D'Arco</i>	92,3	94,2	91,7
<i>Casalnuovo di Napoli</i>	82,4	85,7	88,8
<i>Nola</i>	76,2	87,3	85,4
<i>Cicciano</i>	95,5	96,7	97,0
<i>Volla</i>	86,5	90,0	83,5
<i>Somma Vesuviana</i>	90,8	91,5	91,9
<i>S.Giuseppe Vesuviano</i>	40,3	85,2	83,0
<i>Palma Campania</i>	87,7	91,6	86,4
<i>Poggiomarino</i>	90,8	88,8	89,9
<i>A.S.L.</i>	83,4	90,1	88,8

* - Anni 2003 e 2004 dati elaborati gennaio 2007

** - Anno 2002 dati elaborati gennaio 2006

Tabella 5 : Coperture vaccinali per Distretto per 3 dosi di vaccino esavalente oltre il 24 °mese , secondo anno di vita , delle Coorti di nascita anni 2003 e 2004

Distretto	% oltre il 24° mese	
	2003	2004
Acerra	92,7	92,3
Marigliano	91,7	90,0
Pomigliano D'Arco	95,8	92,9
Casalnuovo di Napoli	89,2	90,7
Nola	90,0	87,8
Cicciano	96,9	97,9
Volla	92,3	85,6
Somma Vesuviana	93,1	95,1
S.Giuseppe Vesuviano	86,1	86,4
Palma Campania	92,1	88,4
Poggiomarino	91,1	91,8
A.S.L.	91,9	90,8

Tabella 6: Copertura vaccinale IV dose di antipolio della Coorte di nascita 2003 (al 20.01.2007)

Coorte anno 2003	Percentuale	
Distretto	Vaccinati	Inadempienti
Acerra	90,6	9,4
Marigliano	74,1	25,9
Pomigliano D'Arco	91,9	8,1
Casalnuovo di Napoli	78,6	21,4
Nola	63,4	36,6
Cicciano	93,2	6,8
Volla	73,6	26,4
Somma Vesuviana	79,2	20,8
S.Giuseppe Vesuviano	52,1	47,9
Palma Campania	70,0	30,0
Poggiomarino	76,7	23,3
A.S.L.	76,7	23,3

Tabella 7 -Coperture ASL versus morbillo , parotite e morbillo per 1 dose al 31.12. 2005 e 2006

ASL	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989	1988
2006	92,1	94,0	94,2	93,7	94,1	91,7	92,8	78,1	76,3	76,2	69,1	64,3	63,8	56,9	40,5	34,5
2005	88,5	92,6	93,2	92,3	95,0	94,0	93,3	78,2	75,8	74,5	69,7	60,1	59,2	54,4	36,1	32,1

Figura 1 - Copertura per 1 dose MPR al 31 dicembre anni 2002 e 2006

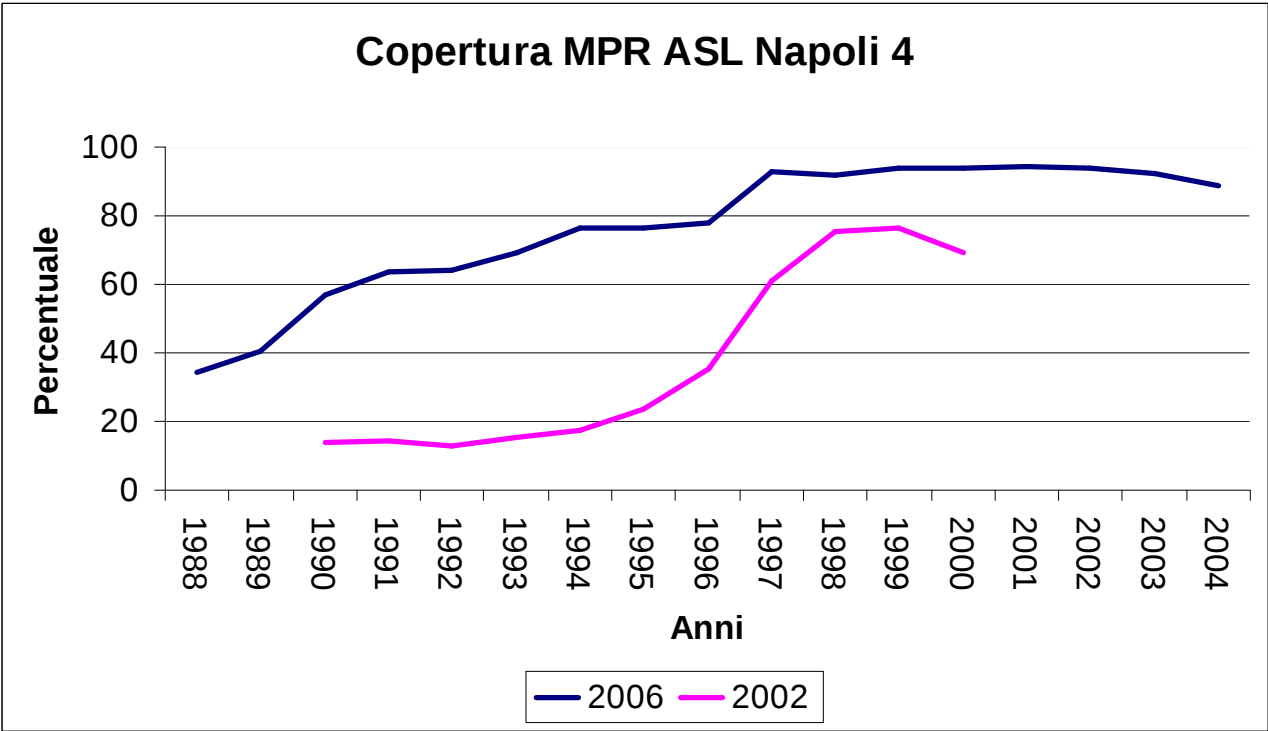


Tabella 8 - Coperture versus morbillo , parotite e morbillo per 1 dose al 31.12.06

DS	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989	1988
69	95,5	95,5	96,9	94,1	95,5	95,7	94,1	93,2	86,4	81,1	82,9	74,4	68,7	71,2	62,4	26,6	42,7
70	89,4	89,3	90,8	87,5	88,0	88,0	85,7	81,2	71,2	70,4	57,7	55,7	56,7	57,7	53,1	58,2	24,3
71	96,9	98,7	98,5	98,7	95,4	96,0	94,9	96,2	76,5	82,6	82,2	69,8	66,5	75,5	61,6	40,5	20,1
72	83,7	97,2	96,6	97,4	96,9	92,8	94,5	95,0	77,0	67,8	66,4	65,7	51,2	59,9	61,8	23,7	31,3
73	85,5	74,4	81,6	77,3	71,6	84,7	66,2	98,7	51,1	45,5	78,8	46,3	20,7	6,5	4,1	3,6	1,8
74	94,2	99,3	98,4	100	100	99,8	99,3	100	96,1	97,9	94,5	94,3	83,3	100	98,8	84,3	69,2
75	95,5	99,9	100	99,9	100	99,2	98,0	98,0	94,0	90,1	79,9	89,4	81,6	84,9	79,4	56,8	42,7
76	73,0	84,8	95,6	99,5	99,9	98,0	95,2	92,9	84,5	87,5	74,6	62,1	49,8	48,3	38,4	25,4	29,5
77	85,6	95,7	88,5	96,6	99,0	96,6	100	90,9	70,9	72,3	71,4	71,0	99,5	82,6	65,2	44,5	41,1
78	89,3	89,1	92,0	87,1	88,1	86,9	88,6	82,6	73,2	72,2	75,2	73,0	81,8	85,5	75,8	50,8	55,7
79	92,3	93,2	95,3	94,4	94,2	95,1	93,2	86,9	82,2	82,1	82,3	78,7	84,5	83,5	76,6	59,4	49,6
ASL	88,8	92,1	94,0	94,2	93,7	94,1	91,7	92,8	78,1	76,3	76,2	69,1	64,3	63,8	56,9	40,5	34,5

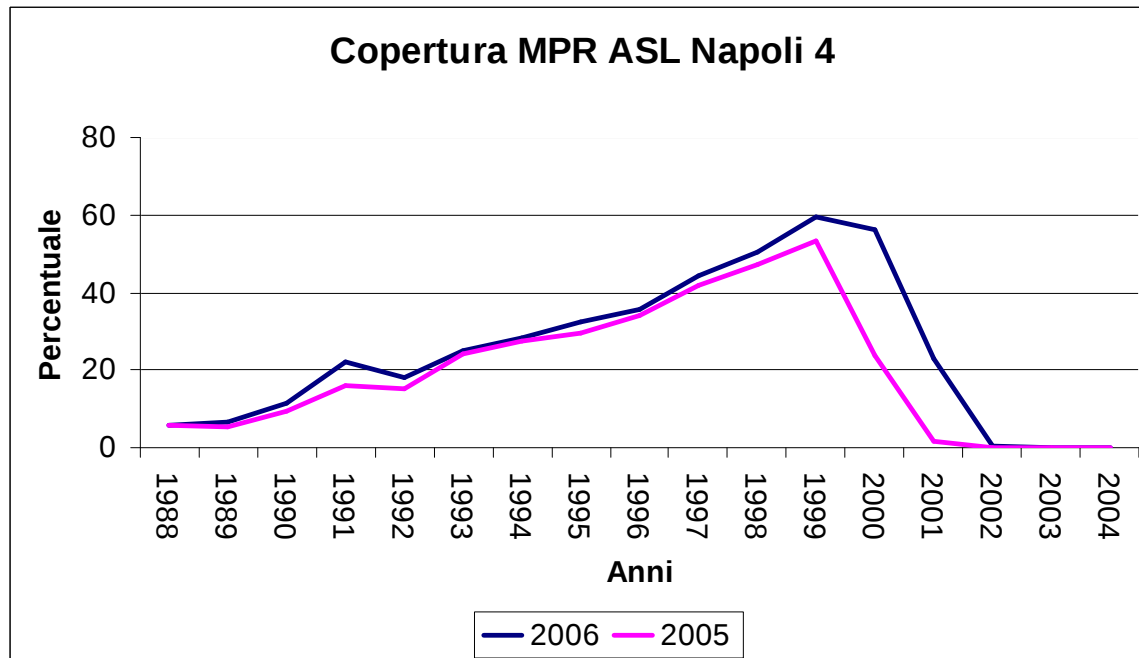
Tabella 9-Coperture per Distretti versus morbillo , parotite e morbillo per 2 dose al 31.12.06

DS	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989	1988
69	0,0	0,0	1,9	39,6	76,8	83,0	63,7	46,3	42,2	40,6	37,3	30,5	20,3	32,0	13,7	5,0	4,9
70	0,0	0,0	0,0	9,8	36,1	44,9	39,0	36,5	29,9	28,6	22,3	15,8	12,7	9,5	8,8	8,7	3,9
71	0,0	0,0	0,0	49,1	81,6	84,8	51,3	23,4	18,5	28,2	25,3	21,6	12,4	20,1	5,2	3,8	1,4
72	0,4	0,3	0,5	49,2	72,0	72,9	35,8	58,7	42,4	26,4	23,4	19,4	18,9	23,4	18,0	4,3	3,1
73	0,0	0,0	0,1	10,2	35,5	28,5	23,1	19,9	10,3	8,7	7,0	4,9	9,1	0,7	0,5	0,3	0,3
74	0,0	0,0	0,0	6,6	45,9	71,4	46,5	83,4	66,0	46,6	38,8	19,9	12,3	11,4	3,5	11,9	13,1
75	0,0	0,9	0,4	19,3	69,2	68,1	59,3	30,9	34,7	35,5	29,4	52,3	26,0	28,9	29,0	10,2	9,5
76	1,0	0,1	0,6	11,2	44,2	56,2	58,0	58,2	54,9	47,3	39,6	34,1	14,6	19,2	12,4	9,0	8,6
77	0,2	0,3	0,3	1,0	21,8	16,6	52,2	36,1	35,5	41,6	37,8	32,8	34,4	30,7	17,0	11,6	10,5
78	0,0	0,0	1,6	4,3	47,6	53,3	62,0	35,2	25,0	15,6	22,5	17,0	12,7	9,8	13,7	3,0	7,4
79	0,0	0,0	0,2	45,4	85,4	85,2	76,3	68,9	31,7	32,2	29,7	25,3	20,8	56,8	2,8	0,9	1,5
ASL	0,2	0,2	0,5	23,1	56,1	59,4	50,6	44,2	35,7	32,3	28,3	25,2	18,0	22,0	11,5	6,5	5,8

Tabella 10 -Coperture ASL versus morbillo , parotite e morbillo per 2 dose al 31.12. 2005 e 2006

ASL	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989	1988
2006	0,2	0,2	0,5	23,1	56,1	59,4	50,6	44,2	35,7	32,3	28,3	25,2	18,0	22,0	11,5	6,5	5,8
2005	0,0	0,1	0,2	1,5	23,7	53,4	47,1	41,8	34,0	29,4	27,6	24,1	15,0	16,2	9,6	5,4	5,7

Figura - Copertura per 2 dose MPR al 31 dicembre anni 2005 e 2006



Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2006-2007 nell'ASL Napoli 4

G.Manetta, R.Palombino - Servizio di Epidemiologia e Prevenzione

Introduzione

Ormai da oltre cinque anni l'orientamento di coinvolgere in maniera attiva nella campagna di vaccinazione antinfluenzale i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ha permesso alla Regione Campania il raggiungimento di una copertura superiore al 75 % negli ultrasessantaquattrenni. Dalla campagna 2001-2002 nell'ASL Napoli 4 tale obiettivo è raggiunto e superato costantemente. Tale risultato è stato confermato anche per la campagna 2006-2007 nella maggior parte dei Distretti.

2. Materiali e metodi

I dati analizzati e descritti derivano dai riepiloghi per Distretto, fascia d'età e categoria di rischio forniti dai servizi vaccinali distrettuali.

Le fasce d'età sono quelle individuate dal flusso informativo regionale e ministeriale: 0-4 anni; 5-14 anni; 15-24 anni; 25-64 anni; > di 64 anni.

Rispetto agli anni precedenti sono state ulteriormente dettagliate le categorie di soggetti cui va offerta gratuitamente il vaccino (vedi tabella 6).

Il denominatore utilizzato per il calcolo del livello di copertura per fascia d'età è quello fornito dall'anagrafe degli assistiti e relativo alla popolazione assistibile al 31.12.2006.

Sono stati usati più tipi di vaccino, ciascuno per le specifiche indicazioni:

- Split/subunità adulto;
- Split /subunità pediatrico;
- Adiuvato MF59;
- Adiuvato virosomiale .

3. Risultati

3.1 Coperture

Dalla campagna 1995-96 a quella 2006-2007 si sono avuti incrementi annuali quasi costanti, sia relativamente ai vaccinati in toto che per i due raggruppamenti d'età 0-64 anni e > 64 anni.

Nell'attuale campagna, rispetto a quella dello scorso anno a fronte di un decremento del 2.0% delle dosi somministrate, si registra un

decremento del 7,0% nella fascia 0-64 anni ed un incremento del 3.0% in quella > di 64 anni (Tabella 1).

Le coperture vaccinali per fascia d'età (Tabella 2) mostrano una grossa variabilità, fra gli undici distretti, relativamente alle fasce d'età < ai 64 anni:

- Nella fascia 0-4 anni, rispetto ad una copertura media del 11.1 %, il range va dal valore minimo del 3.4 % del Distretto 69 di Acerra al valore massimo del 28.0 % del Distretto 77 di San Giuseppe Vesuviano ;
- nella fascia 5-14 anni, rispetto ad una copertura media del 7.4%, il range va dal valore minimo del 2.9% del Distretto 78 di Palma Campania al valore massimo del 15.2 % del Distretto 76 di Somma Vesuviana;
- nella fascia 15-24 anni, rispetto ad una copertura media del 4.5 %, il range va dal valore minimo dell' 2.8 % del Distretto 72 di Casalnuovo al valore massimo del 11.6 % del Distretto 75 di Volla;
- nella fascia 25-64 anni, rispetto ad una copertura media del 11.1 %, il range va dal valore minimo del 6.0 % del Distretto 75 di Volla al valore massimo di 15.6 % del Distretto 73 di Nola;
- nella fascia 25-64 anni, rispetto ad una copertura media del 11.1 %, il range va dal valore minimo del 6.0 % del Distretto 75 di Volla al valore massimo di 15.6 % del Distretto 73 di Nola.

Con il 77.6% di copertura vaccinale della popolazione di età > ai 64 anni è stato raggiunto l'obiettivo del 75% di copertura per tale fascia d'età, indicato dal PSN 1998-2000 .

Il range delle coperture per i soggetti ultrasessantatrenni fra i Distretti va dal 67.2% del Distretto di Nola all' 89.8 % del Distretto di Poggiomarino; i Distretti di Nola, Marigliano, Cicciano e Palma Campania sono gli unici a non aver raggiunto la soglia del 75% (Tabelle 2 e 3).

I tassi di copertura nella popolazione di età superiore ai 64 anni ordinati per rango mettono al primo posto il Distretto di Poggiomarino, individuando, relativamente agli obiettivi di partenza, 4 tipologie di andamento:

- i Distretti di Poggiomarino e San Giuseppe Vesuviano con una copertura ottimale ;
 - i Distretti di Casalnuovo, Pomigliano, Volla e Somma Vesuviana, con una copertura più che buona;
 - il Distretto di Acerra con una copertura sufficiente;
- i Distretti di Nola, Marigliano, Cicciano e Palma Campania con una copertura insufficiente.

Le variazioni dei tassi di copertura degli ultrasessantatrenni rispetto alla campagna 2005-2006, mostrano un miglioramento medio del 0.4% e quattro Distretti su undici peggiorano le performance dell'anno precedente.

I decrementi si registrano a Palma Campania, Pomigliano D'Arco, Volla e Nola (Tabella 3).

Relativamente alla categoria di rischio di appartenenza dei soggetti vaccinati di età inferiore ai 65 anni (Tabella 6) la frequenza maggiore di vaccini somministrati riguarda le persone sofferenti di malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (22477

vaccinati) e circolatorio (9261 vaccinati), seguono le persone affette da diabete (6043 vaccinati), da malattie che comportino carente produzione di anticorpi (1074 vaccinati); e per la prima volta l'offerta attiva ad adulti con storia di processi oncologici con 573 vaccinati.

Si osserva un consistente decremento rispetto allo scorso anno della vaccinazione di persone addette a servizi pubblici di primario interesse collettivo : solo 2814 vaccinati.

Incrociando il numero di diabetici vaccinati di età inferiore ai 65 anni, 6043, con il numero di soggetti di pari età esenti per diabete , 9651, si può stimare nella misura del 62.6 % circa la copertura vaccinale dei diabetici : ciò rappresenta, sicuramente, un indicatore di buona adesione alle indicazioni vaccinali.

3.2 Volumi di attività per tipologia di erogatore

Le vaccinazioni effettuate dagli operatori dei servizi pubblici rappresentano il 5% del totale e sono ridotte rispetto all'anno precedente .

Si conferma che tali dosi non si distribuiscono uniformemente in tutte le fasce d'età ma si concentrano soprattutto in quelle di pertinenza dei pediatri di libera scelta, 0-4 e 5-14 anni, rispettivamente con il 25.0% ed il 27.0 % dei vaccinati percentuali quasi dimezzate rispetto all'anno precedente ; tale andamento è da ascrivere ad una maggiore adesione e motivazione dei pediatri di libera scelta (Tabella 5).

Rispetto al valore medio del 5% di somministrazione del vaccino da parte degli operatori dei servizi, il range va dallo 1% dei Distretti di Cicciano e San Giuseppe Vesuviano al 15 % del Distretto di Volla.

4 Vaccinazione antipneumococcica

L'obiettivo della vaccinazione antipneumococcica è la riduzione di malattie quali meningiti, polmoniti e sepsi sostenute dalla *S. Pneumoniae* in soggetti anziani di età eguale o superiore a 65 anni e in soggetti adulti a rischio affetti da patologie quali :

- Asplenia e severe disfunzioni spleniche
- Malattie renali croniche
- Immunodeficienza ed immunosoppressione
- Cardiopatie croniche
- Malattia polmonare cronica
- Diabete
- Malattie Epatiche croniche

Nella trascorsa campagna sono state somministrate 2424 dosi di vaccino antipneumococcico 23- valente (Tabella 7) .

Il 64.1% delle dosi sono state somministrate a soggetti anziani di età eguale o superiore ai 65 anni.

Conclusioni

L'andamento della campagna antinfluenzale mostra essenzialmente che a parità di dosi offerte rispetto alle richieste si è privilegiato la vaccinazione negli ultrasessantatrenni.

La vaccinazione dei pazienti con processi oncologici anche in follow up è l'inizio del superamento delle perplessità degli oncologi riguardo la vaccinazione per i loro pazienti .

Si assiste ad una riduzione dell'attività degli operatori dei servizi pubblici per una maggiore attenzione dei medici convenzionati per le fasce di età under 15.

Si può affermare che quest'anno la maggior parte dei Distretti ha mantenuto o migliorato il buon risultato degli anni precedenti .

Tabella 1 - Vaccinazione contro l'influenza : numeri assoluti ed incrementi percentuali annuali dall'anno 1995 all'anno 2007 .

Campagna	0 - 64 anni		> 64 anni		Totale	
	n°	%	n°	%	n°	%
1995-1996	3728	n. c.	12392	n. c.	16120	n. c.
1996-1997	5892	+ 58	12338	- 0.4	18230	+ 13
1997-1998	11197	+ 90	18892	+ 53	30089	+ 65
1998-1999	15055	+ 35	31728	+ 68	46783	+ 55
1999-2000	25390	+ 69	32607	+ 3.0	57997	+ 24
2000-2001	28732	+ 13	36092	+ 11	64824	+ 12
2001-2002	27222	- 5.0	48194	+ 33	75416	+ 16
2002-2003	34177	+ 25	46232	- 4.0	80409	+ 7.0
2003-2004	46111	+ 35	49922	+ 8.0	96103	+ 20
2004-2005	46379	+0.6	53566	+7.2	99945	+4
2005-2006	50719	+9.4	52032	- 3.0	102751	+3
2006-2007	47152	- 7.0	53604	+ 3.0	100756	- 2.0

Tabella 2 -Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2006–2007 : tassi percentuali di coperture per Distretto e fascia d'età (Popolazione di riferimento : Anagrafe Assistiti al 31.12.2006) .

Distretto	0 - 4 anni	5 - 14 anni	15 - 24 anni	25 - 64 anni	65 anni o più	Totale
69 Acerra	3.4	5.0	5.2	13.1	75.4	16.5
70 Marigliano	6.9	5.2	3.8	12.1	73.7	17.8
71 Pomigliano D'Arco	24.4	14.2	3.7	13.6	78.5	21.2
72 Casalnuovo di Napoli	4.6	6.5	2.8	8.7	77.3	13.1
73 Nola	9.1	4.9	3.5	15.6	67.2	10.1
74 Cicciano	7.9	4.8	2.2	11.5	74.2	18.7
75 Volla	7.1	8.0	11.6	6.0	77.9	14.2
76 Somma Vesuviana	16.4	15.2	3.2	8.6	82.4	18.3
77 S. Giuseppe Vesuviano	28.0	1.0	4.2	9.9	89.6	19.0
78 Palma Campania	4.2	2.9	3.5	10.4	74.2	16.5
79 Poggiomarino	13.5	11.2	2.9	12.2	89.8	20.0
ASL	11.1	7.4	4.5	11.1	77.6	17.8

Tabella 3 - Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2006–2007 : tassi di copertura nella popolazione ≥ 65 anni ordinati per ranghi e variazione rispetto alla campagna 2005–2006

Distretto	Tasso 2005	Tasso 2006	Tasso 2007	Variazione percentuale 2007 versus 2006
Poggiomarino	89.5	89.5	89.8	+0.3
San Giuseppe Vesuviano	92.6	84.2	89.6	+ 5.4
Somma Vesuviana	81.1	78.7	82.4	+ 3.7
Pomigliano D'Arco	72.7	81.4	78.5	- 2.9
Volla	83.2	79.6	77.9	- 1.7
Casalnuovo di Napoli	89.8	76.5	77.3	+ 0.8
Acerra	82.2	75.3	75.4	+ 0.1
Cicciano	72.3	71.9	74.2	+ 2.3
Palma Campania	79.9	78.2	74.2	- 4.0
Marigliano	71.8	73.3	73.7	+ 0.4
Nola	84.5	68.7	67.2	- 1.5
A.S.L.	81.6	77.2	77.6	+ 0.4

Tabella 4 - Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2006–2007 : percentuale , per fasce d’età , dei soggetti che hanno somministrato il vaccino antinfluenzale rispetto alla campagna 2005/06

	2005–2006		2006 - 2007	
Fasce d’età	Operatori Distretto	M. M.G.P. L. S	Operatori Distretto	M. M.G.P. L. S
0-4 anni	50.0	50.0	25.0	75.0
5-14 anni	39.0	61.0	27.0	73.0
15-24 anni	9.0	91.0	5.0	95.0
25-64 anni	5.0	95.0	4.0	96.0
> 65 anni	2.0	98.0	2.0	98.0
Totale	7.0	93.0	5.0	95.0

Tabella 5 - Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2006–2007 : percentuale , per Distretto , dei soggetti che hanno somministrato il vaccino antinfluenzale rispetto alla campagna 2005/06

	2005–2006		2006–2007	
Distretto	Operatori Distretto	M.M.G. P.L.S	Operatori Distretto	M.M.G. P.L.S
Acerra	5.0	95.0	6.0	94.0
Marigliano	4.0	96.0	3.0	97.0
Pomigliano D'Arco	4.0	96.0	3.0	97.0
Casalnuovo di Napoli	13.0	87.0	9.0	91.0
Nola	6.0	94.0	7.0	93.0
Cicciano	6.0	94.0	1.0	99.0
Volla	16.0	84.0	15.0	85.0
Somma Vesuviana	10.0	90.0	3.0	97.0
S.Giuseppe Vesuviano	3.0	97.0	1.0	99.0
Palma Campania	6.0	94.0	1.9	98.1
Poggiomarino	2.0	98.0	4.0	96.0
Totale	7.0	93.0	5.0	95.0

Tabella 6 - Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2006–2007 : frequenza assoluta di vaccinati di età inferiore ai 65 anni per categorie di rischio .

CATEGORIE	Anni				Totale
	0 -4	5 -14	15 -24	25 -64	
Malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa asma persistente , displasia broncopolmonare e fibrosi cistica)	3405	4207	1866	12999	22477
Malattie croniche a carico dell'apparato cardiocircolatorio , comprese le cardiopatie congenite ed acquisite .	139	292	304	8526	9261
Diabete ed altre malattie metaboliche	35	102	196	5710	6043
Malattie renali con insufficienza renale	49	98	51	553	751
Malattie degli organi ematopoietici ed emoglobinopatie	40	89	63	510	702
Malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione da farmaci o HIV	71	164	111	728	1074
Malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale	68	151	56	393	668
Patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici	3	3	10	109	125
Bambini ed adolescenti in trattamento cronico con ASA e a rischio di S. di Reye in caso di influenza	8	27	9	8	52
Bambini affetti da patologie neurologiche e neuromuscolari	22	67	15	6	110
Adulti che soffrono o hanno sofferto di processi oncologici	0	3	19	551	573
Donne che saranno nel 2° o 3° trimestre di gravidanza durante la stagione antinfluenzale	0	0	2	37	39
Individui di qualunque età ricoverati presso strutture di lungodegenza	0	0	2	575	577
Medici e personale sanitario di assistenza	0	0	44	763	807
Contatti familiari di soggetti ad alto rischio	2	41	74	572	689
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo : <i>personale asili nido , insegnanti scuole infanzia e d'obbligo</i>	1	0	32	1363	1396
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo : <i>addetti poste e telecomunicazioni</i>	0	0	14	191	205
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo : <i>dipendenti pubblica amministrazione e difesa</i>	0	0	19	685	704
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo : <i>forze polizia incluso polizia municipale</i>	0	0	9	297	306
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo : <i>volontari servizi sanitari</i>	0	0	16	122	138
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo : <i>personale assistenza case di riposo</i>	0	0	9	56	65
Personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali possibile fonte di infezione da virus influenzali : <i>allevatori</i>	0	0	5	48	53
Personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali possibile fonte di infezione da virus influenzali : <i>addetti all'attività di allevamento</i>	0	0	3	15	18
Personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali possibile fonte di infezione da virus influenzali : <i>addetti al trasporto di animali vivi</i>	0	0	0	4	4
Personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali possibile fonte di infezione da virus influenzali : <i>macellatori e vaccinatori</i>	0	0	3	30	33
Personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali possibile fonte di infezione da virus influenzali : <i>veterinari pubblici e libero-professionisti</i>	0	0	1	33	34
Categoria non nota	1	4	30	213	248
Numero totale di soggetti 0—64 anni sottoposti a vaccinazione	3844	5248	2963	35097	47152

Tabella 7- Numeri assoluti delle dosi di vaccino antipneumococcico somministrato in contemporanea alla vaccinazione antinfluenzale negli anziani e nei soggetti a rischio .

Categorie	Maschi	Femmine	Tot
Anziani di età eguale o superiore a 65 anni	796	758	1554
Adulti a rischio per asplenia e severe disfunzioni spleniche	1	0	1
Adulti a rischio per malattie renali croniche	13	8	21
Adulti a rischio per immunodeficienza e immunosoppressione	6	12	18
Adulti a rischio per cardiopatie croniche	193	69	262
Adulti a rischio per malattia polmonare cronica	162	106	268
Adulti a rischio per diabete	81	116	197
Adulti a rischio per malattie epatiche croniche	41	62	103

Le attività di screening dei tumori della sfera genitale femminile.

Anna Esposito, Rosario Pasquale Esposito, Carmela Maione - Servizio Materno Infantile.

Lo screening dall'inglese selezionare, si rivolge a donne sane selezionate sulla base della residenza e della fascia di età più a rischio per la patologia e invitate a sottoporsi al test di screening.

Lo screening è un intervento sanitario che si propone di individuare i segni precursori di malattia o di diagnosticare una malattia prima della comparsa di sintomi o segni, per ottenere la guarigione o una prognosi migliore. L'obiettivo degli screening oncologici è di ridurre la mortalità, o talvolta l'incidenza nella popolazione che si sottopone a controlli regolari. Accanto ai vantaggi per la salute, lo screening presenta alcuni rischi: i risultati falsi negativi, che producono anche false rassicurazioni e successivi ritardi diagnostici, o i falsi positivi, associati ad ansia e costi inutili. Altri possibili svantaggi sono l'eventuale sovradiagnosi, fastidio per l'utente nel corso della somministrazione del test o degli approfondimenti, ansia in attesa dell'esito. La ricerca scientifica fa quindi un attento bilancio tra costo e benefici, per decidere quali screening raccomandare, specificando anche per quali gruppi di popolazione il bilancio è favorevole.

In campo oncologico sono tre gli screening attualmente riconosciuti a livello europeo e nazionale e sono: lo screening per la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero, lo screening mammografico e lo screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto.

La ASL NA 4, da molti anni, ha investito negli screenings per la prevenzione oncologica della sfera genitale femminile, muovendosi secondo le indicazioni scientifiche più aggiornate.

Screening carcinoma del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero è una neoplasia localizzata al collo dell'utero, (cervice) cioè la parte che sfocia nella vagina. Nel 90% dei casi origina dalle cellule squamose che rivestono la struttura. Nel restante 10% ha origine dalle cellule ghiandolari. Il 70% dei tumori del collo dell'utero è determinato da alcuni sierotipi di papilloma virus. L'infezione da papilloma virus (HPV) è molto frequente soprattutto nelle persone giovani. Si calcola che circa l'80% della popolazione sessualmente attiva la contragga almeno una volta nel corso della vita. Benchè la presenza di HPV sia necessaria, molto meno dell'1% delle donne infettate con un tipo di HPV cancerogeno sviluppa lesioni preneoplastiche e neoplastiche. Ciò significa che altri fattori, non molto conosciuti, concorrono allo sviluppo della neoplasia.

Lo sviluppo di un tumore è un processo lento e, contrariamente a quanto in genere si pensa, non tutti i passaggi sono necessariamente irreversibili.

I tempi necessari per la progressione sono stimati dai 4 ai 7 anni da displasia lieve a CIS (carcinoma in situ) e in almeno 10 anni da CIS a carcinoma invasivo. Tali tempi consentono l'identificazione delle lesioni precancerose alle donne che partecipano regolarmente ai programmi di screening.

Popolazione bersaglio

Il programma di screening cervicovaginale presentato sul territorio dell'ASL come programma **Gineceo** è rivolto a 151.468 donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni coinvolte mediante lettera d'invito.

L'organizzazione è centralizzata con un Coordinamento localizzato presso il Servizio Materno Infantile con il compito di:

- stendere i protocolli di collaborazione ed integrazione (ASL e Regione, ASL e Comuni, ASL e associazioni di volontariato, Servizi dell'ASL)
- elaborare un documento di budget attuale completo di un piano contenente le previsioni riguardo alle risorse, alle attività e ai costi per lo screening
- negoziare i fondi specifici per lo screening (fondi regionali, fondi ASL, fondi di volontariato, fondi comunali)
- Redarre un piano di formazione annuale per gli operatori
- Definire un piano per aumentare la motivazione degli operatori: attribuzione di responsabilità precise, comprensione del sistema qualità
- Promozione del programma

Ai centri di screening localizzati presso gli 11 consultori dell'ASL NA4

DISTRETTO DI ACERRA : via Flavio Gioia 1

Resp. Dr.ssa . M. Santomassimo Tel. 081 3196649

DISTRETTO DI MARIGLIANO : Loc. Pontecitra rione 219

Resp. Dr. G. Nunziata Tel. 081 8416613

DISTRETTO DI POMIGLIANO : Piazza S. Agnese

Resp. Dr. L. Baratto Tel. 081 3296426

DISTRETTO DI CASALNUOVO : C.so Umberto I Parco delle rose

Resp. Dr. L. Allocca Tel. 081 3170701

DISTRETTO DI NOLA : via San Francesco 18

Resp. Dr.ssa E. Virtuoso Tel. 081 8232958

DISTRETTO DI CICCIANO : via S. Agnello 44 Roccarainola

Resp. Dr.ssa A.M. Nappi Tel. 081 8294330

DISTRETTO DI VOLLA : via A. Moro Cercola Caravita

Resp. Dr.ssa G. Formisano Tel. 081 7730917

DISTRETTO DI SOMMA : via Siano - S. Anastasia

Resp. Dr.ssa A. Esposito Tel. 081 5316049

DISTRETTO DI S. GIUSEPPE : via S. Leonardo - Ottaviano

Resp. Dr.ssa G. Ugliano Tel. 081 3383508

DISTRETTO DI PALMA : via Municipio 51

Resp. Dr.ssa A. Maiello Tel. 081 8207216

DISTRETTO DI POGGIOMARINO : via Carlo A. Dalla Chiesa

Resp. Dr. F. Gaito Tel. 081 3386411

spetta il compito di :

- accogliere l'utenza
- effettuare il test
- raccogliere e archiviare la modulistica
- mantenere i collegamenti con i medici di base
- informare, formare e coordinare il volontariato
- informare, formare e coordinare gruppi di utenti in collaborazione con i servizi sociali dei Comuni
- collegare il centro di coordinamento con i centri di 2 livello
- elaborare una relazione mensile

Promozione del programma e invito personalizzato

E' stata effettuata un'intensa campagna di promozione, intesa come informazione, capacità di fornire conoscenza, educazione, capacità di trasformare le conoscenze in capacità critica e di scegliere i propri comportamenti. Sono stati utilizzati per la promozione del programma:

1. un testimonial, la sig.ra Milly Carlucci
2. mass media (giornali locali e nazionali, televisioni locali)
3. materiale informativo (manifesti, locandine, opuscoli)
4. incontri con le donne presso i luoghi di aggregazione, parrocchie, associazioni femminili (FIDAPA, FEDER casalinghe, Lega tumori)
5. volantinaggio
6. riunioni con i MMG

Particolare attenzione è stata ed è rivolta al coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG), a cui è stata inviata una descrizione dettagliata del programma, il materiale divulgativo prodotto ed una scheda di adesione, da compilare e restituire al centro di coordinamento.

Riunioni periodiche, con i MMG, sono state convocate presso i distretti di appartenenza, per informarli sull'andamento del programma. Successivamente i MMG sono stati contattati, telefonicamente, al fine di aggiornarli in merito all'adesione delle proprie assistite e al gradimento delle stesse riguardo alla sede individuata, all'organizzazione del programma, all'accoglienza avuta e al contatto con gli operatori.

Invito

L'invito è stato fatto a tutte le donne, comprese nella fascia di età attraverso una lettera al domicilio, contenente un appuntamento prefissato per il centro di screening di 1 livello, ma con possibilità di modifica dello stesso, sia con una semplice telefonata sia recandosi direttamente al Centro di riferimento. Per rendere più facile il contatto delle utenti con i centri è stato creato un call center presso il Servizio Materno Infantile con un numero dedicato **0813174246**.

Nel comune di Carbonara di Nola, in una fase sperimentale, ai soli 2 medici di medicina generale esistenti, sono stati consegnati gli elenchi delle loro assistite appartenenti alle fasce di età oggetto di screening con l'indicazione del giorno e dell'appuntamento presso il centro di screening ed è tuttora in corso una trattativa con i rappresentanti sindacali dei medici di medicina generale per allargare questa modalità a tutta l'ASL.

Accoglienza ed effettuazione del test di screening

Tutti gli operatori coinvolti, per l'accoglienza della donna nel Centro di screening, hanno seguito un corso teorico-pratico di "counselling"; una strategia comunicativa, volta a stabilire con le donne un rapporto improntato sulla flessibilità, sull'attenzione, sul rispetto, sulla fiducia e sulla comprensione, cioè un rapporto di empatia e di immedesimazione, indispensabile in un progetto dove le donne non sono pazienti ma utenti, espressamente invitate a sottoporsi a un esame.

E' stato previsto un numero di telefono dedicato, per le donne che vogliono chiedere informazioni, spostare l'appuntamento o inoltrare reclami.

Il test di screening è il Pap test. Ideato e messo a punto da un medico greco emigrato negli USA, Papanicolaou (1943), il Pap test è stato e rimane il primo esame usato su larga scala per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero.

L'esame semplice ed indolore consiste nel prelevare un pò di secrezione vaginale che viene, poi, analizzata al microscopio da personale specializzato.

Il prelievo dura un attimo, ma può salvare una vita.

Le donne non responders hanno ricevuto un secondo invito.

Le donne risultate negative all'esame hanno ricevuto l'esito, personalmente, presso il Centro di screening, con l'invito a ritornare dopo 3 anni, previo ricevimento della lettera d'invito dell'ASL.

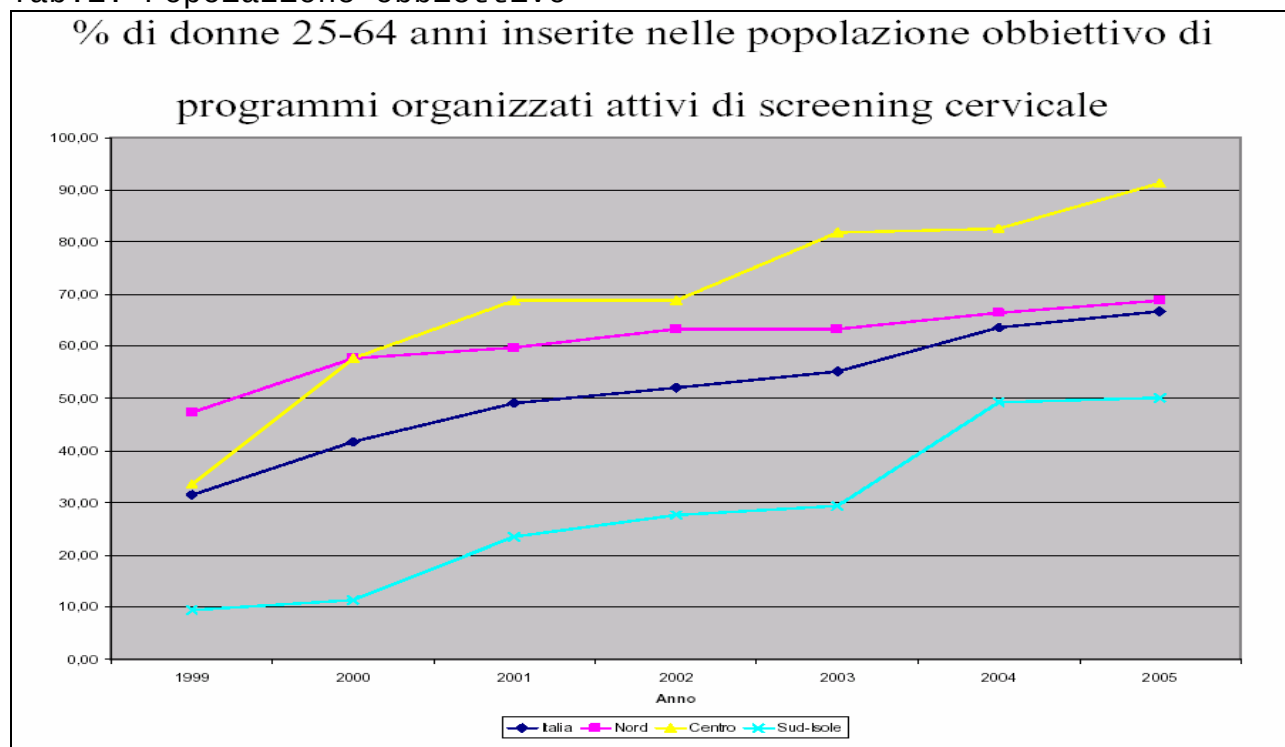
Le donne con esito positivo sono contattate telefonicamente dall'operatore addetto all'accoglienza e richiamate per effettuare una colposcopia presso i due centri dell'ASL deputati al secondo livello, uno localizzato presso il Dipartimento di Ginecologia dell'Ospedale Apicella di Pollena Trocchia, l'altro presso l'Ospedale S. Maria della Pietà di Nola, e temporaneamente dislocato presso il Distretto 78 di Palma Campania. La colposcopia inventata da un ginecologo tedesco, Hinselmann (1925) è l'esame di approfondimento, consiste nell'osservare il collo dell'utero, colorato con delle sostanze specifiche, attraverso un particolare microscopio. È un esame non fastidioso ed è eseguito direttamente dal medico specialista; permette di localizzare in modo preciso le lesioni e di effettuare, se necessario, una biopsia mirata e/o l'asportazione delle lesioni.

Le donne che necessitano di un eventuale intervento chirurgico sono invitate presso i centri di riferimento costituiti dalle Unità Operative di ginecologia dei due ospedali territoriali.

Risultati

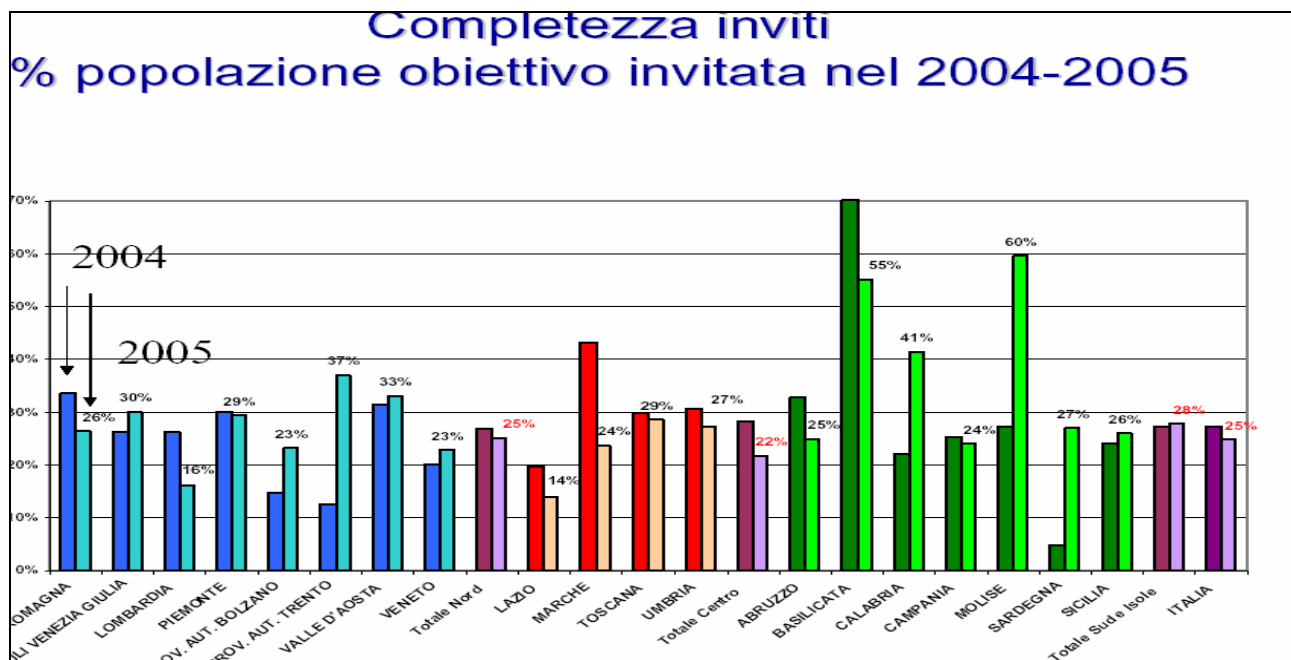
Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening, i programmi di screening si sono estesi su tutto il territorio nazionale. Nella tabella possiamo osservare come si sia verificato questo incremento in Italia.

Tab.1. Popolazione obbiettivo



Nel 2005, tali programmi hanno infatti avuto come popolazione target il 64% delle donne italiane di età compresa tra i 25 e i 64 anni, rispetto al 16% del 1998.

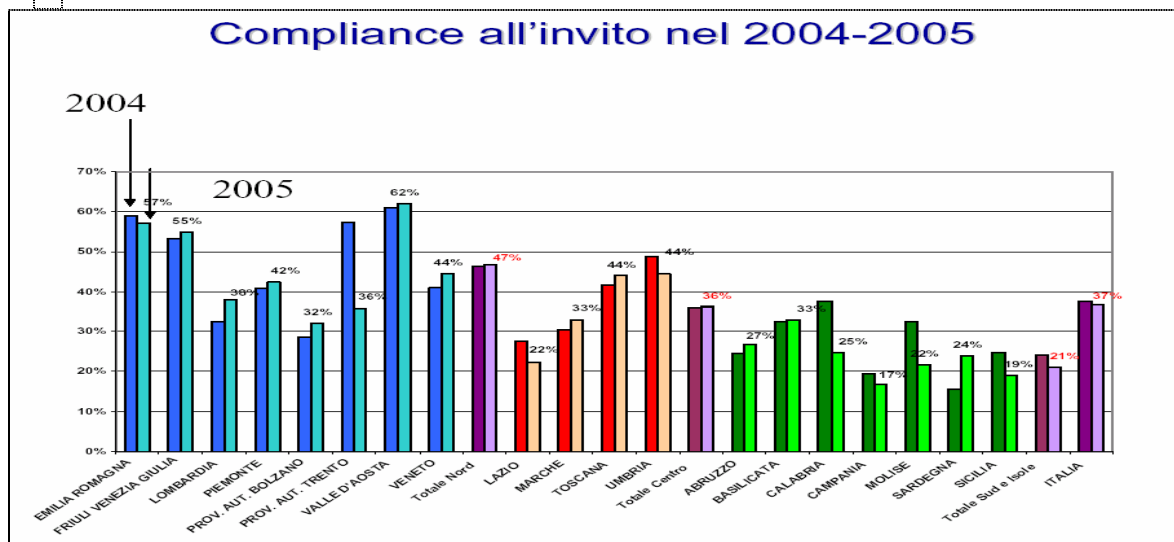
Tab.2. Percentuale inviti.



L'adesione all'invito resta però insufficiente (36,8%), se confrontata con i livelli raccomandati dalle Linee Guida Europee e dalla Commissione oncologica Nazionale (85% del target).

Esistono inoltre importanti variazioni geografiche di adesione all'invito, con un trend in decremento da Nord a Sud (46,65% al Nord, 36,22% al Centro, 21.01% al Sud).

Tab.3. Adesione all'invito.



Nella nostra ASL ogni anno lo screening individua circa 120-140 lesioni sospette.

Prospettive future

Dal 2006 è disponibile il vaccino per l'HPV che dal 2007 è commercializzato anche in Italia. Nelle donne che non hanno ancora contratto l'infezione il vaccino si è dimostrato molto

efficace(98%)nel prevenire per almeno 5 anni le lesioni precancerose di alto grado(CIN2/3) dovute ai virus 16/18. In Italia e in Europa è stata autorizzata la commercializzazione del vaccino per le donne e per le ragazze di età superiore ai 9 anni. In Italia il vaccino è consigliato e gratuito per le ragazze nel 12° anno di vita(cioè che hanno compiuto 11 anni).Nella maggior parte delle regioni e anche in Campania la vaccinazione partirà da gennaio 2008. Nel 2008,pertanto,saranno vaccinate le adolescenti della coorte di nate nel 1997. Le donne vaccinate dovranno essere sottoposte a screening,per il momento, con il Pap test ogni 3 anni a partire dai 25 anni di età.

Bisognerà poi valutare l'opportunità di altre strategie di screening,inclusi intervalli diversi(più lunghi)nelle donne vaccinate,che hanno un rischio minore.

I programmi di screening dovranno comunque continuare ad esistere per almeno due ragioni:

La prima è che il vaccino è stato testato solo in donne di meno di 26 anni e molto difficilmente verrà offerta una vaccinazione di massa a donne con più di 25 anni. Dunque per tutte le donne dai 27 anni in su l'unica prevenzione possibile è lo screening.

La seconda è che il vaccino copre solo due ceppi,responsabili del 70% dei cancri invasivi,mentre lo screening triennale offre una protezione di più dell'80%. Dunque somministrare solo il vaccino e non aderire allo screening comporterebbe un aumento del rischio residuo di cancro invasivo,una vera sconfitta per la sanità pubblica.

SCREENING MAMMOGRAFICO

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente della popolazione femminile e rappresenta la seconda causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari, nelle donne tra i 35 e i 75 anni. Si calcola che circa 1 su 13 donne durante l'arco della propria vita sarà affetta da tale malattia.Il tumore del seno, eccezionale sotto i 20 anni, raro tra i 20 e i 29 anni, diviene via via più frequente a partire dai 30 anni, raggiungendo i valori più alti nel periodo menopausale e post-menopausale, tra i 45 e i 60 anni, mostrando un aumento relativo con il progredire dell'età. Come per la maggior parte dei tumori, anche per quello della mammella le cause sono tuttora sconosciute; risulta quindi impossibile effettuare una prevenzione primaria, cioè contro i fattori causali. Il fattore di rischio comunque più importante è l'età, seguita da età alla menopausa,- Obesità o sovrappeso in menopausa , Menarca precoce,Nulliparità, Primigravidanza tardiva,Agalattia o allattamento breve.La diagnosi precoce del tumore permette una terapia chirurgica e medica tale da garantire una reale guarigione della malattia. Una diagnosi precoce può essere ottenuta solo attraverso il controllo periodico e sistematico delle mammelle.Il carcinoma mammario è all'inizio costituito da una unica cellula maligna, che si divide dando vita a due cellule maligne e così via. In questa sua crescita, il tumore diventa clinicamente diagnosticabile quando raggiunge un diametro di circa 1 cm. E' stato

calcolato che per raggiungere tali dimensioni occorrono circa 6 anni. Molti studi hanno evidenziato che più del 5% dei tumori con diametro inferiore ad 1 cm non hanno invaso i linfonodi ascellari; sono quindi rimasti limitati alla mammella, migliorando fortemente la possibilità di guarigione. Ecco perchè il tumore va diagnosticato quando non supera ancora il cm di diametro.

Nel periodo di maggiore rischio di tumore mammario (oltre i 45 anni), la mammografia è la metodica regina nella diagnosi delle lesioni maligne; le altre metodiche risultano utili ma complementari. La mammografia trova oggi ancora qualche resistenza a causa del timore del rischio da radiazioni. Tale preconetto è da sfatare, in quanto i moderni apparecchi non comportano esposizione a radiazioni in quantità significative.

Popolazione bersaglio

Nella nostra ASL il programma di screening MAMMOGRAFICO è rivolto a 57.078 donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni anche in questo caso su invito tramite lettera che viene inviata dal Servizio Materno Infantile(SMI).

Accoglienza ed effettuazione test di screening

La MAMMOGRAFIA (test di primo livello) viene effettuata presso due Centri di screening uno localizzato presso il Distretto 73 e l'altro localizzato presso il Distretto 71

L'esito negativo della mammografia viene comunicato così come per il pap test presso il centro di screening e determina il richiamo della donna dopo due anni (round di screening); in caso di eventuale esito positivo la donna viene invitata a sottoporsi ad esami di approfondimento diagnostico (test di secondo livello) che possono essere praticati presso il Centro di screening del Distretto 73 di Nola e presso il Servizio Materno Infantile di Brusciano. Alle donne viene chiarito che la positività al test mammografico, non equivale ad una diagnosi di cancro e vengono date informazioni sugli accertamenti previsti dall'iter diagnostico: ecografia, agoaspirato ecoguidato, biopsia. Le donne che necessitano di intervento chirurgico, sono indirizzate al Centro di riferimento dell'Ospedale S. Maria della Pietà di Nola.

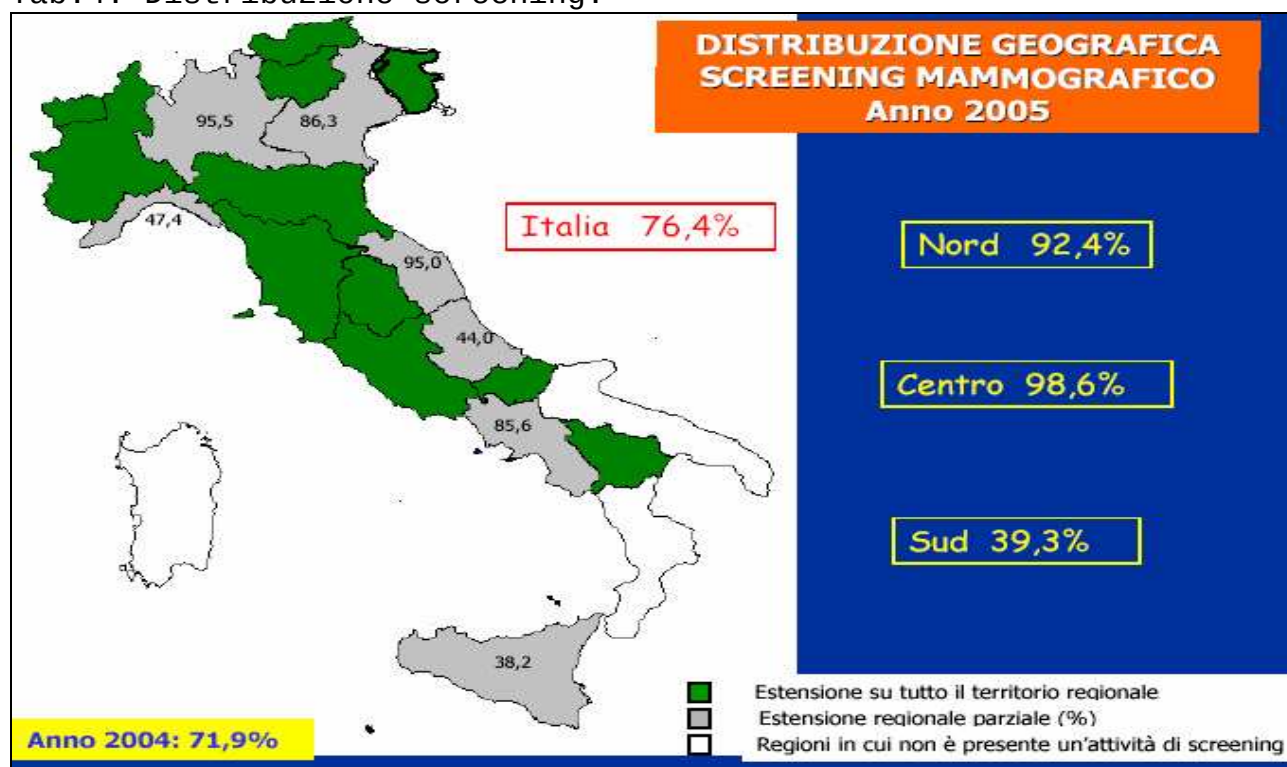
Il programma è assicurato dalla sinergia degli operatori delle equipe multidisciplinare afferenti alle discipline del Servizio Materno Infantile, Ostetricia e Ginecologia, Radiologia, Chirurgia, Anatomia-patologica, Oncologia, Oncologia-Radioterapia, Psiconcologia, Medici di Medicina Generale.

Risultati

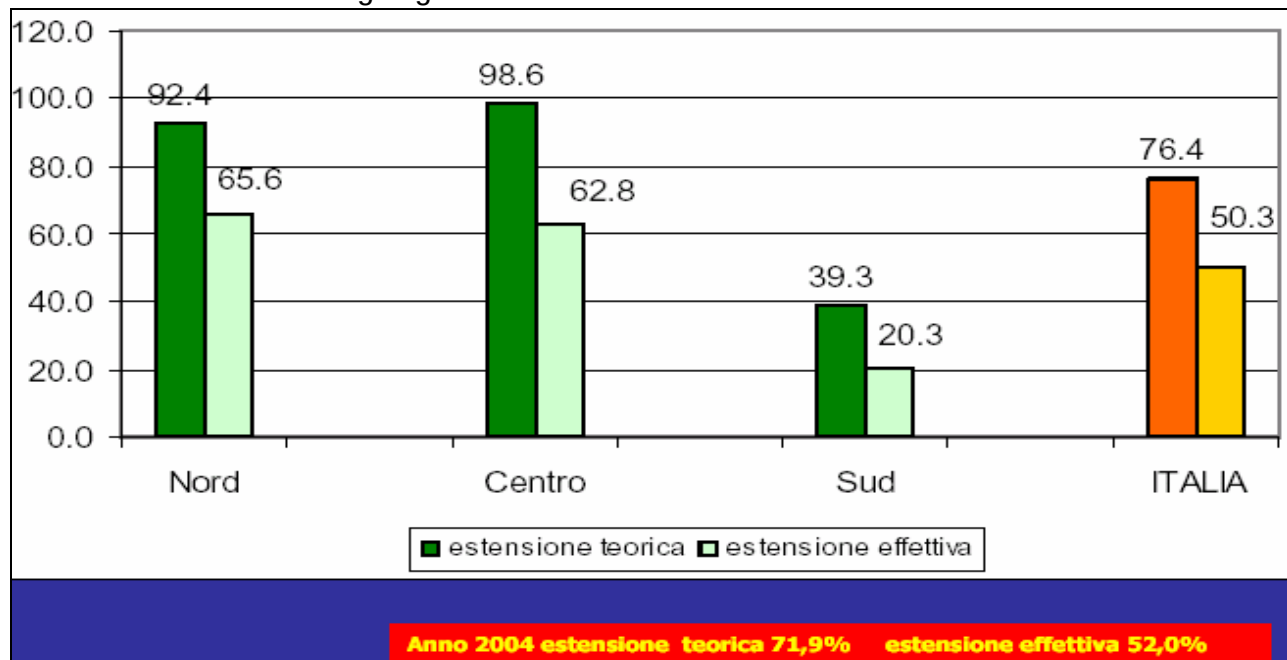
Per quanto riguarda la mammografia secondo l'Osservatorio Nazionale Screening nel 2005 più del 76.4% delle donne di 50-69 anni risiedeva in un'area geografica in cui era attivo un programma di screening mammografico, anche qui con uno squilibrio territoriale nell'offerta di programmi di screening: al Sud solo ad una donna su tre era data la possibilità di effettuare una mammografia

preventiva, mentre al Nord questa offerta era rivolta ad oltre l'80% della popolazione target .

Tab.4. Distribuzione screening.



Tab.5. Estensione geografica



Tab 6. Popolazione target

Popolazione bersaglio italiana ISTAT annuale 50-69 anni:
3.620.285

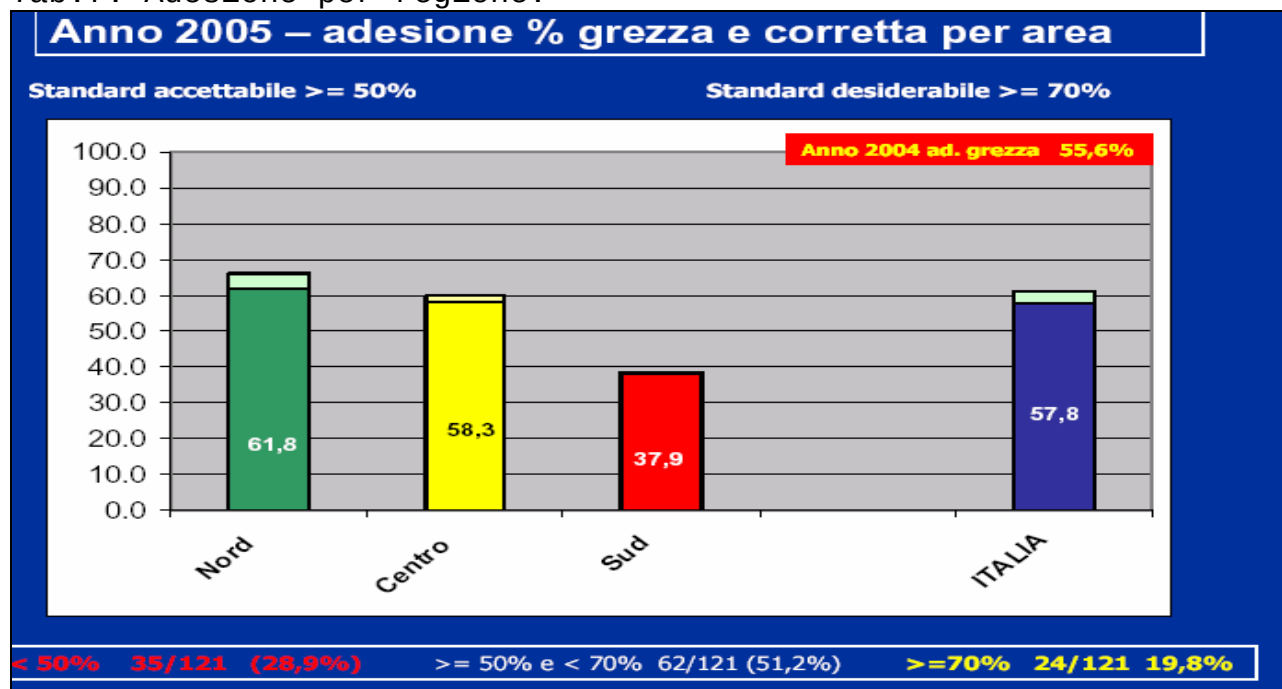
Donne invitate nel 2005 50-69 anni:
1.822.310 (50,3%)

Donne esaminate nel 2005 50-69 anni:
1.035.175 (28,6%)

Anno 2004 28,3%

L'adesione si attesta al di sopra del 50% sia al Nord che al Centro mentre risulta insufficiente al Sud con il 37.9%

Tab.7. Adesione per regione.



L'adesione media della Regione Campania è del 31.4%

Attualmente nella nostra Azienda tutte le 57078 donne del target mammografico hanno avuto almeno un invito a sottoporsi al test di screening. Una percentuale di esse hanno avuto anche la possibilità di sottoporsi al test da 2 a 4 volte. C'è una grossa variabilità nella risposta che va da un massimo del 44% del Distretto 73 dove siamo al 4° passaggio di screening all'8.97% del Distretto 72 dove abbiamo ultimato il 1° passaggio di screening. Ogni anno vengono individuati dai 20 ai 25 cancri.

Tab.8. Adesione per distretto nell'ASL NA4

Distretto adesione	69 12%	target	3.861
Distretto adesione	70 10%	target	5.034
Distretto adesione	71 34.5%	target	4.814
Distretto adesione	72 8.97%	target	3.375
Distretto adesione	73 44%	target	7.193
Distretto adesione	74 23.9%	target	3.615
Distretto adesione	75 28.6%	target	5.791
Distretto adesione	76 15.8%	target	5.469
Distretto adesione	77 34.6%	target	4.967
Distretto adesione	78 20.7%	target	2.430
Distretto adesione	79 15.7%	target	3.357

Se consideriamo poi, nell'ambito del Distretto 73, quante donne hanno eseguito almeno una mammografia da quando è stato attivato lo screening, novembre 2008, tale percentuale varia dal 56% della città di Liveri al 39% di Visciano.

Tab.9. Adesione nel Distretto 73

Nola	49.9%
S. Paolo Belsito	51%
Carbonara	48%
Liveri	56%
Saviano	44%
Scisciano	46%
Visciano	39%

Per quanto riguarda le condizioni socio economiche vedi tabella n.10.

Tab.10. Condizioni socio economiche aderenti ASL NA 4

Caratteristiche delle donne refertate nell'anno 2006 dall'ASL NA4	
Caratteristiche della popolazione	N° donne
Invitate	14769
Inviti inesitati	803
Con mammografia di screening	4378
Stato Civile	
Coniugata	3734
Vedova	387
Nubile	196
Separata	48
Divorziata	8
Stato libero	1
Non valorizzato	4
Titolo di studio conseguito	
Elementare	2234
Media inf.	790
Media sup.	779
Laurea	292
Nessuno	212
Formazione professionale	30
Altro	7
Non valorizzato	34
Professione	
Casalinga	2679
Addetta all'agricoltura	446
Insegnante	430
Pensionata	270
Impiegata	210
Altro	198
Commerciante	39
Operaia	30
Professionista	28
In attesa di occupazione	6
Religiosa	2
Non dichiarata	2
Non valorizzato	38

Prospettive future

Gli screening oncologici nella realtà socio-sanitaria dell'ASL NAPOLI 4, seppure attivi da molti anni, rappresentano una forma di

politica sanitaria che per motivi culturali e sociali non trova una facile presa sulla popolazione bersaglio. Le donne, comprese nella fascia di età 50-69 anni, nel nostro territorio, rientrano prevalentemente nella categoria sociale di bracciante agricola e/o casalinga.

Con l'aumento dell'età si riduce drasticamente l'adesione al programma. Quest'ultima è risultato il punto critico dello screening: le motivazioni sono molteplici. Una delle principali è stata la difficoltà, nella fase di promozione del programma, ad incontrare quelle categorie di donne più svantaggiate dal punto di vista economico e sociale, infatti nelle assemblee e incontri pubblici le donne partecipanti erano comunque donne già motivate e sensibilizzate in merito all'utilità della prevenzione. Nel tentativo di arrivare a tutte le donne sono stati contattati tutti i MMG dei due distretti con diverse modalità:

- 1) incontri c/o i Distretti Sanitari
- 2) contatti telefonici
- 3) incontri presso l'ambulatorio del MMG

Gli autori sono coscienti che la prevenzione e l'educazione sanitaria abbisognano di tempi lunghi per ottenere la modificazione di comportamenti, atteggiamenti e stili di vita corretti ed idonei per la tutela della propria e altrui salute ma ritengono che andrebbe comunque studiata una forma di incentivazione per un maggiore coinvolgimento dei MMG.

Gli standard di qualità sono accettabili anche se i numeri risultano ancora troppo bassi per una valutazione statisticamente corretta.

Inoltre si sta discutendo dell'opportunità dell'ingaggio di operatori promozionali per la divulgazione continua (tipo porta a porta) del materiale informativo.

Il Servizio Materno Infantile, a due anni dall'inizio del programma di screening, ha elaborato un questionario costituito da 15 domande con lo scopo di valutare:

- Il grado di soddisfazione e di gradimento dimostrato dalle donne bersaglio dello screening promosso dall'ASL;
- L'efficacia dei mezzi e delle modalità utilizzate per l'informazione;
- I motivi della non adesione allo screening;
- L'eventuale aumento dell'adesione allo screening tra le donne intervistate, correlato al coinvolgimento del medico di medicina generale.

I questionari sono stati somministrati, a n° 350 donne comprese nella fascia d'età tra i 20 e i 60 anni, per un periodo di circa 10 giorni (aprile 1999), presso l'ambulatorio dei Medici di Medicina Generale e a n° 100 donne comprese nella fascia d'età tra i 20 e i 60 anni, per un periodo di una settimana presso gli ambulatori dei consultori di due distretti sanitari della ASL ..

I Medici e i Responsabili dei Distretti sono stati informati preventivamente riguardo all'obiettivo del questionario, la metodologia prevista, la collaborazione richiesta.

L'indagine condotta nel 1999, nonostante i limiti della stessa: breve durata, numero esiguo di donne (tra i 20 ed i 60 anni) intervistate rispetto alla popolazione femminile (stessa fascia d'età) da sottoporre allo screening, limitato numero di MMG e

Distretti Sanitari coinvolti, ha permesso in ogni caso di trarre alcune importanti considerazioni riguardo la necessità di:

1. coinvolgere in maniera più attiva i MMG;
2. potenziare l'informazione attraverso i mass media;
3. migliorare l'educazione sanitaria attraverso i consultori e le scuole;
4. migliorare le modalità d'invio delle lettere d'invito verificando puntualmente i motivi del mancato recapito;
5. porre attenzione che vi sia un congruo intervallo di tempo tra l'invio delle lettere e la data dell'appuntamento;
6. verificare l'accessibilità (gli orari) e la idoneità dei locali sedi dell'esecuzione del test di screening;
7. attivare la formazione sia del personale dipendente, coinvolto nel programma di screening, sia eventualmente dei MMG. Tra gli argomenti sarà necessario prevedere quello della comunicazione e della accoglienza;
8. aumentare i centri di screening per migliorare l'accessibilità.

Sono state formulate alcune ipotesi per spiegare un'adesione così bassa:

1. Una comunicazione poco efficace riguardo allo scopo dello screening e alle sue caratteristiche fondamentali d'innocuità, efficacia e validità;
2. Difficoltà di accessibilità ai centri di screening;
3. Basso coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale;
4. Linee guida redatte dal gruppo di coordinamento talvolta disattese;
5. Difficoltà a raggiungere quella fascia di popolazione più disagiata sia dal punto di vista sociale, sia culturale.

E sono stati adottati dei correttivi:

- Nuovi incontri con la popolazione;
- Incontri mirati ai genitori nelle scuole;
- Incontri con Associazioni di Volontariato;
- Manifesti, opuscoli da affiggere nelle Farmacie, nei Comuni, negli Ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, negli Ambulatori pubblici, nelle Scuole, negli Spazi comunali adibiti all'affissione;
- Verifica della accessibilità (distanza dai centri di screening);
- Verifica dell'adeguatezza degli orari e delle giornate per gli appuntamenti;
- Miglioramento del flusso informativo ;
- Proposta di inserimento dei MMG nel gruppo di coordinamento;
- Maggior coinvolgimento dei MMG per raggiungere le fasce di popolazione più critiche.

**Studio pilota PASSI
per lo sviluppo di un sistema di sorveglianza dello stato di salute della
popolazione fra i 18 ed i 69 anni di vita**

SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE

Anno 2006

Raffaele Palombino*, Letizia Gigli*, Gilda Panico, Silvana Russo Spena***
***Servizio Epidemiologia e Prevenzione, **Direzione Sanitaria Settore Servizio Sociale**

Intervistatori

A. De Falco

M. De Falco

A. Fantoni

E. Naddeo

A. Sigillo

Tirocinanti corso di laurea in servizio sociale

L. Gigli

S. Russo Spena

Dirigenti Servizio Epidemiologia e Prevenzione

Rapporto Aziendale

PASSI ANNO 2006

Introduzione

La ASL Napoli 4 ha partecipato anche per l'anno 2006 allo studio Passi(Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che prevedeva due questionari:

- uno rivolto ad un campione della popolazione di 200 persone tra i 18 ed i 69 anni per una indagine esaustiva sulle abitudini, gli atteggiamenti e gli stili di vita relativi a vari fattori di rischio, sulla percezione della salute da parte dell'intervistato, sull'attenzione alle norme di sicurezza, sulla percezione dei pericoli legati agli incidenti domestici, sull'attenzione degli operatori sanitari ai problemi di salute di prevenzione degli assistiti, sulla adesione ai test di screening per le neoplasie del collo dell'utero, della mammella e del colon retto,
- uno rivolto ad un campione di 125 donne tra i 50 ed i 69 anni, relativo alle neoplasie del collo dell'utero, della mammella e del colon retto, la cui mortalità può essere prevenuta attraverso i programmi di screening.

Il presente report tratterà dei risultati ottenuti attraverso le interviste effettuate al campione di 200 persone tra i 18 ed i 69.

L'obiettivo generale tende a:

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

Gli obiettivi specifici tendono a:

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

Metodi

Tipo di studio

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

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria dell'ASL NA 4 (aggiornato al mese di maggio 2006). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASL NA 4 e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono stati: il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine, il rifiuto, l'assenza durante il periodo di svolgimento, il domicilio presso un altro comune, l'impossibilità a rintracciare l'utente dopo 3 (+2) tentativi telefonici.

Strategie di campionamento

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

Interviste

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

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state realizzate da maggio a settembre 2006 da 3 tirocinanti del corso di laurea in Scienze del Servizio Sociale, da 1 dirigente biologo e 1 dirigente medico del Servizio Epidemiologia e Prevenzione della ASL NA 4, L'intervista telefonica è durata in media circa 20 minuti.

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

Analisi delle informazioni

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3.

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

Etica e privacy

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

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

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

Risultati della valutazione di processo nell'ASL NA4

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

La lista dell'anagrafe sanitaria, disponibile su supporto informatico, riportava nel 98% circa dei casi l'indirizzo delle persone campionate, nel 23% dei casi il numero telefonico era assente o errato; nel 100% dei casi erano presenti il comune di residenza e il nominativo del medico di medicina generale. Ciò ha consentito, attraverso l'irrinunciabile e prezioso contributo dei medici di medicina generale, unitamente alla consultazione degli elenchi telefonici, di aggiornare la lista completa di indirizzo e recapito telefonico dei cittadini

campionati casualmente, realmente residenti nel nostro territorio. Le criticità evidenziate, anche nel 2006, riguardano la persistenza nell'anagrafe di deceduti o trasferiti.

Le interviste telefoniche sono state effettuate in tutte le fasce orarie e una piccola quota di interviste è stata effettuata in giorni prefestivi e festivi.

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

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 379.476 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria dell'ASL Napoli 4 a maggio 2006.

Dei 200 soggetti campionati 77 (39%) sono sostituiti: la maggior parte delle sostituzioni riguarda assistiti non rintracciabili telefonicamente o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale; solo il 4.5% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio. Nonostante gli sforzi impiegati è stato possibile intervistare solo il 73% del campione definitivo, cioè 145 utenti.

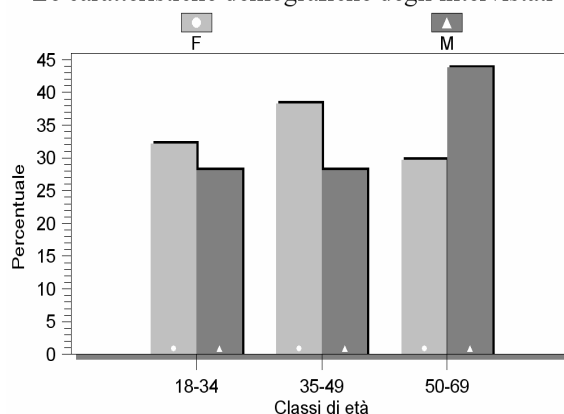
Le interviste sono state effettuate da Le interviste sono state effettuate da 3 tirocinanti del corso di laurea in Scienze del Servizio Sociale, da 1 dirigente biologo e 1 dirigente medico del Servizio Epidemiologia e Prevenzione della ASL NA 4

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

- Il 56% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 32% delle femmine e il 28% dei maschi è compreso nella fascia 18-34 anni, il 38% delle femmine e il 28% dei maschi in quella 35-49 e il 30% delle femmine e il 43% dei maschi in quella 50-69.
- Le donne sono rappresentate maggiormente nella fascia 35-49, i maschi in quella 50-69.

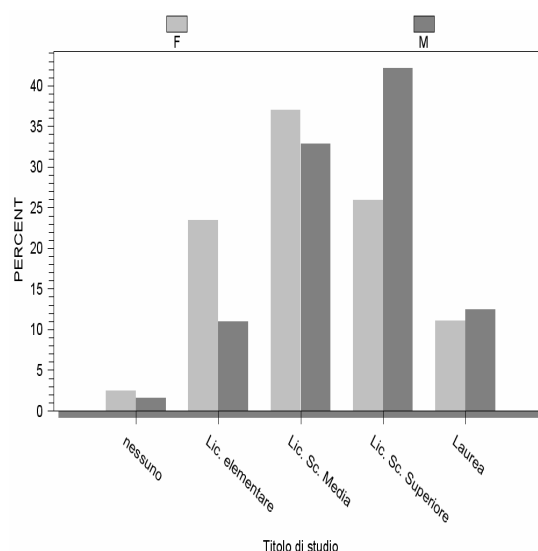
Le caratteristiche demografiche degli intervistati



Il titolo di studio

- Il 3% delle femmine e il 2% dei maschi del campione non ha alcun titolo d'istruzione, il 24 % delle femmine e l'11% dei maschi ha la licenza elementare, il 37% delle femmine e il 33% dei maschi ha la licenza media inferiore, il 26% delle femmine ed il 42% dei maschi ha la licenza media superiore, sono laureati l'11% delle femmine e il 13% dei maschi.
- Sono maggiormente rappresentati i soggetti di sesso maschile con la licenza media superiore, mentre le femmine hanno conseguito maggiormente la licenza media inferiore.

Il titolo di studio degli intervistati

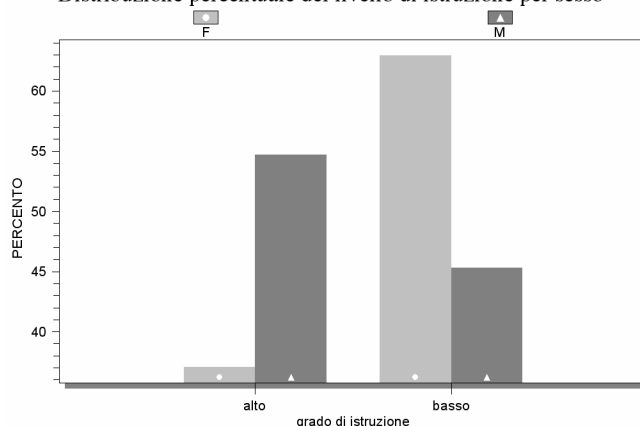


Il livello di istruzione

- Il 37% delle femmine e il 55% dei maschi presentano un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea), il 63% delle femmine ed il 45% dei maschi presentano un basso livello di istruzione.

Un alto grado di istruzione è maggiore nelle fasce più giovani tra i 18 ed i 34 anni (57% nelle femmine e 40% nei maschi), ha un grado di istruzione bassa la fascia 35-49 (41%) nelle femmine e 50-69 (59%) nei maschi.

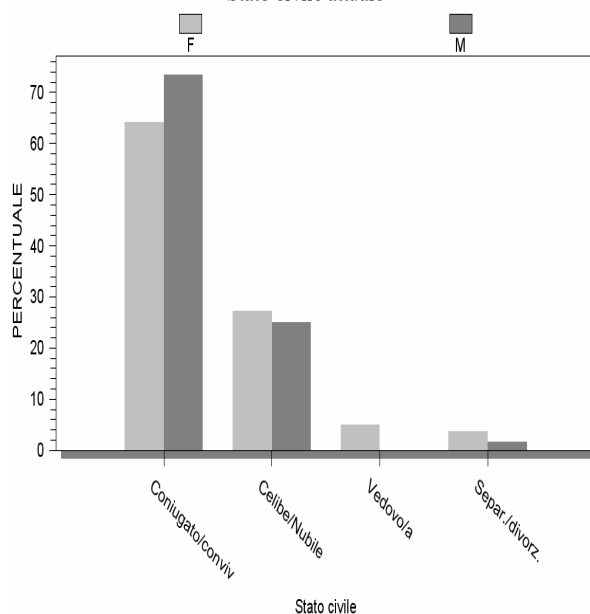
Distribuzione percentuale del livello di istruzione per sesso



Lo stato civile

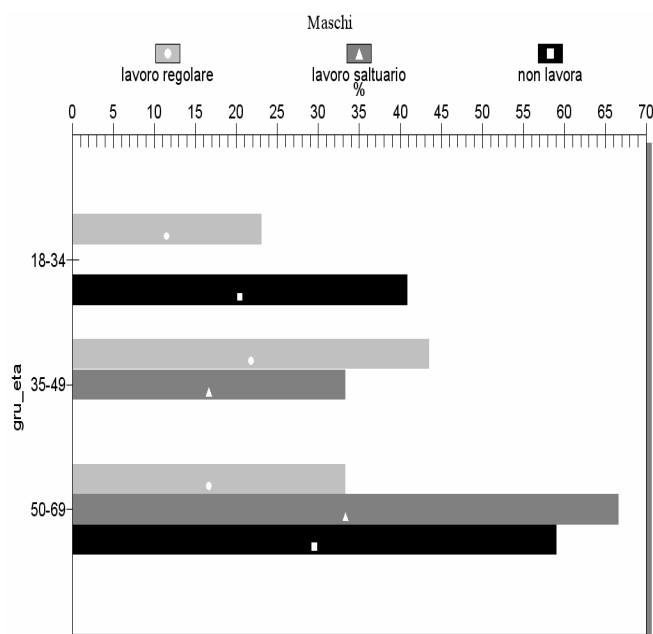
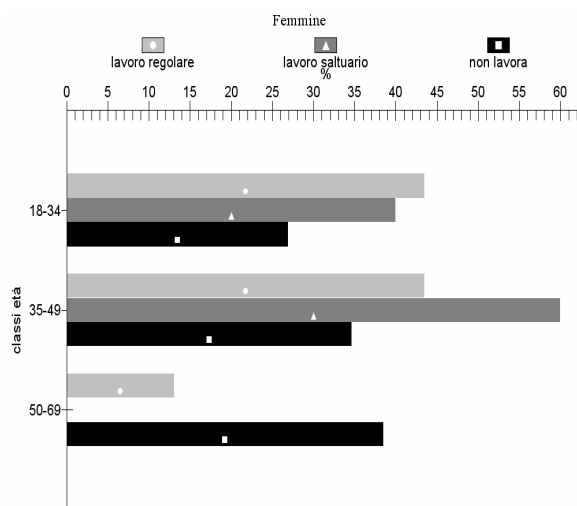
- I coniugati/conviventi rappresentano il 64% delle femmine e il 73% dei maschi, celibi/nubili il 27% delle femmine e il 25% dei maschi, vedovi/e il 5% e lo 0% dei maschi, separati/divorziati il 4% delle femmine e il 2% dei maschi.

Stato civile attuale



Il lavoro

- Le donne risultano meno occupate complessivamente rispetto agli uomini (28% vs 61 %); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione, in particolare nei maschi nella fascia 18-34.
- Il 44 % del campione femminile (tra i 18 e i 34 anni) riferisce di lavorare regolarmente, il 40 % di lavorare saltuariamente. La fascia di età 35-49 è quella maggiormente attiva sia come lavoro regolare (44%) che come lavoro saltuario (60%), mentre dopo i 50 anni solo una piccola quota ha un lavoro regolare (13%)
- il 23 % del campione maschile (tra i 18 e i 34 anni) riferisce di lavorare regolarmente, il 41 % di non lavorare. La fascia di età 35-49 è quella maggiormente attiva come lavoro regolare (44%) mentre dopo i 50 anni aumenta la percentuale di coloro che lavorano saltuariamente (68%)



Conclusioni e raccomandazioni

Le differenze nel livello di istruzione per età suggeriscono l'opportunità di una varietà di strategie di comunicazione per affrontare i problemi prioritari di salute. Il basso tasso di occupazione registrato tra i giovani rappresenta una forte criticità sotto l'aspetto socio-economico.

Percezione dello stato di salute

Lo stato di salute percepito a livello individuale è strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

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

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

- Il 47% delle intervistate giudica in modo positivo il proprio stato di salute (bene) e il 5% molto bene. I maschi giudicano la loro salute buona nel 47% e molto buona nel 19% dei casi
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona:
 - I giovani nella fascia 18-34 anni per le femmine e nella fascia 35-49 nei maschi
 - le persone con alta istruzione*
 - le persone senza patologie severe.

Stato di salute percepito		
	Molto bene (%)	Bene (%)
Femmine		
TOTALE	5	47
Classi di età		
18-34	8	62
35-49	7	48
50-69	0	29
Istruzione		
alto grado	10	53
basso grado	0	24
Patologia		
Severa		
Assente	50	87
Presente	50	13

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

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

Stato di salute percepito		
	Molto bene (%)	Bene (%)
Maschi		
TOTALE	19	47
Classi di età		
18-34	33	56
35-49	6	61
50-69	18	32
Istruzione		
alto grado	23	54
basso grado	25	0
Patologia		
Severa		
Assente	66	80
Presente	33	20

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

- Le persone intervistate riferiscono una media di circa 6.4 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici nelle femmine e 2 per i maschi; per motivi psicologici 8.4 giorni per le femmine e 3.6 per i maschi, infine le attività abituali sono limitate per circa 4.8 giorni al mese per le femmine e 1 per i maschi.
- Il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici e per motivi psicologici e le limitazioni nelle abituali attività sono maggiori nella fascia 50-69 nelle femmine, nei maschi sono maggiori nella fascia 50-69 le limitazioni dovute a motivi fisici e psicologici.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi fisici e psicologici.

Giorni in cattiva salute percepita ASL NA 4 Passi, 2005				
Caratteristiche Demografiche		N°gg/mese per		
		Motivi Fisici	Motivi Psicologici	Attività Limitata
Totale	F	6.4	8.4	4.8
	M	2	3.6	1
Età Femmine				
	18 - 34	2.9	8.8	5.4
	35 - 49	4.3	6.9	3.4
	50 - 69	12.6	9.8	6.2
Età Maschi				
	18-34	1.2	3.5	1.9
	35-49	1.1	2.8	0.1
	50-69	3.4	4.1	1
Sesso				
	M	2,1	3.6	1
	F	6.4	8.4	4.8

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi della percezione del proprio stato di salute evidenzia una percezione buona nelle persone con più alto livello di istruzione e nei giovani, tutte persone che, da una parte, avendo un livello culturale più elevato hanno maggior possibilità di informarsi e quindi di condurre una vita più equilibrata e adottare stili di vita e abitudini corrette, d'altra parte nella quota che appartiene alla fascia 18-34 è rappresentata la parte più giovane della popolazione quindi meno interessata da patologie gravi e/o croniche. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, evidenzia una più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

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

Attività fisica

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

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

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

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

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

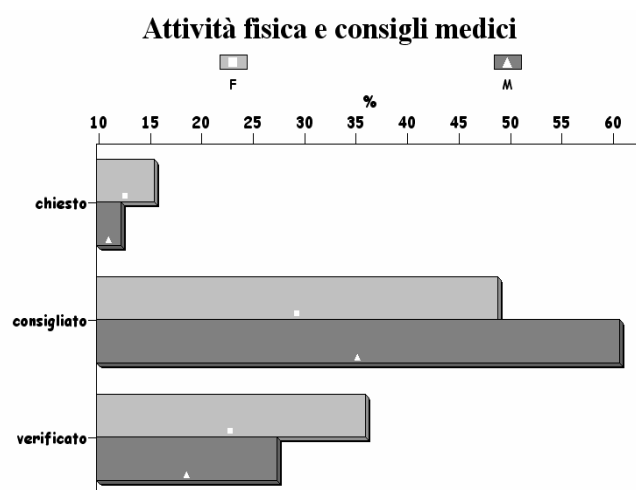
- Il 36% delle femmine ed il 48% dei maschi riferisce di effettuare un lavoro pesante, il 67.9% delle femmine ed il 59% dei maschi effettua una attività fisica moderata; l'83% delle femmine e il 94% dei maschi camminano almeno 10 minuti la settimana
- Tra le classi di età quelle che svolgono una maggiore attività fisica energica sono per le femmine la fascia 35-49 e per i maschi quella 18-34, l'attività moderata è svolta maggiormente, per entrambi i sessi, nella fascia di età 35-49 e 18-34, infine camminano di più le femmine e i maschi della classe di età 35-49.
L'attività fisica energica è svolta per entrambi i sessi

Distribuzione percentuale dell'attività fisica distinta per tipologia , per sesso, per classi di				
Attività fisica		Attività fisica energica	Attività fisica moderata	Attività fisica cammino
	<i>F</i>	35,8	67,9	82,7
	<i>M</i>	48	59	93,8
Classi età				
<i>Femmine</i>	18-34	30,8	73	84,6
	35-49	41,9	74	87,1
	50-69	33,3	54	75
<i>Maschi</i>	18-34	66,7	66,7	88,9
	35-49	50	66,7	100
	50-69	35,7	50	92,9
Istruzione				
<i>Femmine</i>	<i>Alta</i>	30	73,3	86,7
	<i>Bassa</i>	39	64,7	80,4
<i>Maschi</i>	<i>Alta</i>	45,7	71	94,3
	<i>Bassa</i>	51,7	44,8	93,1

dalle fasce con un basso grado di istruzione, mentre l'attività fisica moderata da quelle fasce più istruite.

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

- Le femmine intervistate riferiscono che il 15.4% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 48.7% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica. I maschi riferiscono che il 12.1% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 60.6% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica
- Alle femmine nel 35.9% e ai maschi nel 27.3% dei casi è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.



Conclusioni e raccomandazioni

I maschi camminano e svolgono attività energiche più delle femmine che a loro volta si dedicano ad attività moderate.

Sono ancora pochi i medici che si informano sull'attività fisica svolta dai loro pazienti, mentre la percentuale di medici che consigliano l'attività fisica è maggiore per il sesso maschile.

Questi dati fanno riflettere sull'opportunità di :

- sensibilizzare maggiormente i medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sull'importanza dell'attività fisica per i loro assistiti;;
- sensibilizzare i docenti delle scuole di ogni ordine e grado sull'importanza dell'attività fisica non solo come strumento di crescita armonica e salutare ma anche come momento di aggregazione e socializzazione in particolare in zone a rischio per degrado sociale,
- informare sui vantaggi di una regolare attività fisica la popolazione generale.

L'abitudine al fumo

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

La percentuale di fumatori, storicamente maggiore negli uomini, si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

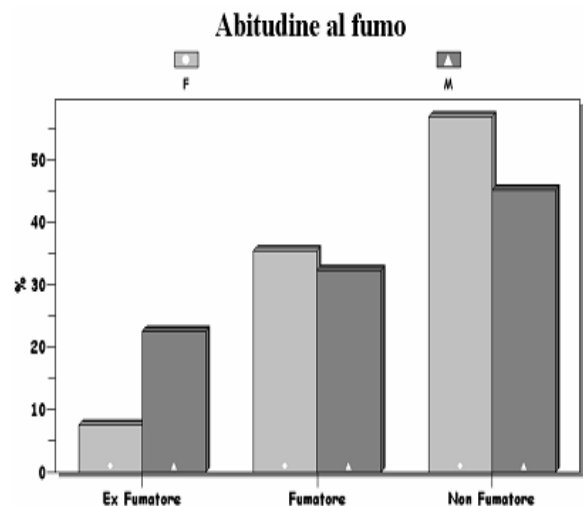
La sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro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

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo.

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 vigente norma sul divieto di fumo nei locali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione anche al problema del fumo passivo.

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- I fumatori di sesso femminile sono pari al 35% circa, le ex fumatrici al 7.6% e le non fumatrici 57%. I maschi fumatori sono 32%, gli ex fumatori il 22%, e i non fumatori il 45%.
- L'abitudine al fumo risulta di poco più alta nelle donne che tra gli uomini (35% versus 32%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono di poco le donne rispetto ai maschi (57% versus 45%).



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

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- I tassi più alti di fumatori si sono osservati, sia nei maschi che nelle femmine nella classe d'età 25-34, le femmine nelle classi d'età 18-24 e 35-49 superano i maschi per l'abitudine al fumo. Gli intervistati con un livello di istruzione più alto mostrano tassi di poco più elevati rispetto a quelli con un basso grado di istruzione.
- L'età media dei fumatori è per i maschi 45 anni e per le femmine circa 40 anni.
- In media fumano circa 13 sigarette al giorno.

Fumatori ASL NA 4			
ASL NA 4 Passi, 2005			
Caratteristiche demografiche		% Fumatori*	
		33%	
Età, anni			
	M	F	
	18 - 24	11	25
	25 - 34	55.6	50
	35 - 49	27.8	32
Sesso ^	50 - 69	32.1	29
	M	32	
	F	35	
Istruzione**			
	bassa	32.5	
		alta	
		33.8	

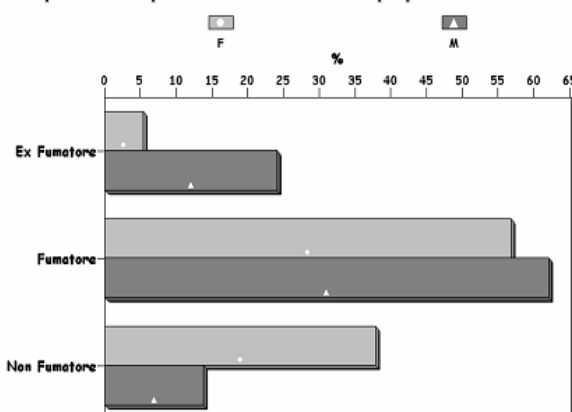
* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

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

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

- Il 46 % circa dichiara di essere stato intervistato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 59 % dei fumatori, il 13.6 % degli ex fumatori e il 27.3% dei non fumatori.

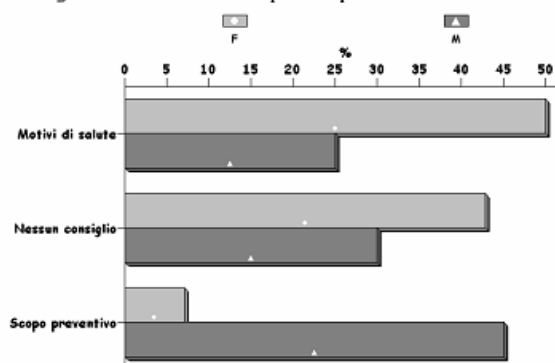
% di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo



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

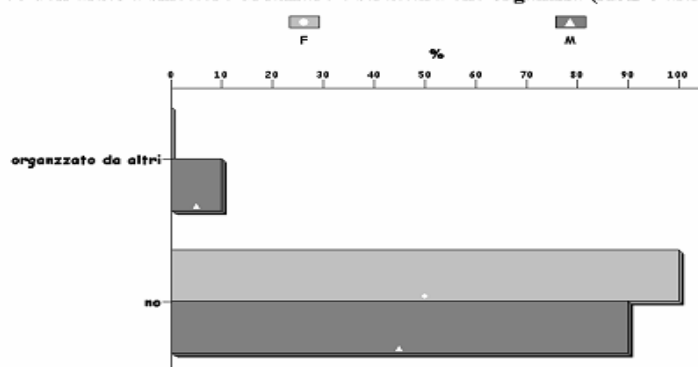
- Il 63% circa dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente per motivi di salute al 39.6(%) e in particolare al 50 % delle femmine e al 25 % dei maschi.
- Il 38% circa dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

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



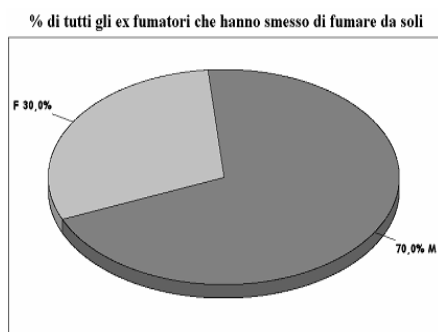
- La maggior parte degli intervistati (94% circa) non ha mai partecipato ad un corso o programma per smettere di fumare mentre solo il 4% ha dichiarato di aver seguito un corso/programma e il 2% non ha dato una risposta a riguardo

% dell'aiuto a smettere di fumare e struttura che organizza (ASL o altri)



Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 70% degli ex fumatori maschi e il 30 % delle femmine ha smesso di fumare da solo; una piccola percentuale riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di altri.
- Gli ex fumatori dichiarano che l'entrata in vigore della legge che proibisce di fumare nei luoghi pubblici ha svolto nel 10% dei casi un ruolo decisivo, nel 60% nessun ruolo sull'intento di smettere di fumare e un 30 % aveva già smesso di fumare prima dell'entrata in vigore della legge.

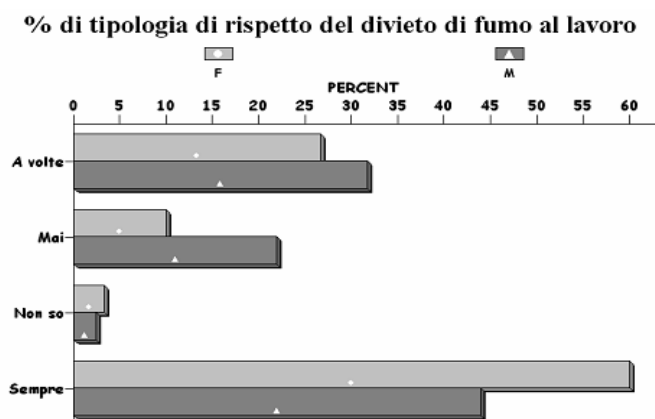


Qual è l'esposizione al fumo nel luogo di lavoro?

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono:

1. che per quanto riguarda le femmine, nel 60% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre, nel 10% mai e nel 26.7% a volte.

2. che per quanto riguarda i maschi, nel 43.9% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre, nel 22% mai e nel 31.7% a volte.



Conclusioni e raccomandazioni

La prevalenza di fumatori è maggiore per entrambi i sessi nella classi d'età 25-34 (Maschi 55.6%, femmine 50%). Le femmine acquisiscono l'abitudine al fumo prima dei maschi(fascia 18-24: Femmine 25% versus Maschi 11%), superando i valori maschili nella fascia 35-49(Femmine 32% versus Maschi 27.8%).Questi dati sono in linea con l'andamento della prevalenza dei fumatori dal 1953 al 2007 in Italia (dati indagine ISS-Doxa) che mostra:

- una prevalenza dei fumatori maschi che va dal 65% nel 1953 al 27.9% nel 2007 ed una prevalenza delle fumatrici femmine che va dal 6,2% del 1953 al 19,3% al 2007;
- un andamento per fasce di età : 15-24 > M 22.5% e F 17.3%; 25-44 >M 36.5% e F 29.3%; 45-64 > M 23.5% e F 19.1%; ++65 > M 19.8% e F 6.7%.

Solo il 63% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un basso livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. La maggior parte degli ex fumatori ha smesso senza l'aiuto di farmaci, di gruppi e di operatori sanitari. Sarà necessario migliorare la comunicazione e l'offerta di strategie ed interventi già attivi che potrebbero essere di supporto a quanti volessero smettere di fumare.

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

Abitudini alimentari

Ippocrate, padre dell'odierna medicina, soleva affermare: "Mangiate tutto e un po' di tutto". È riconosciuta l'importanza infatti di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie: il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie è ormai infatti consolidato. Per questo motivo viene consigliato il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day"). Le patologie per le quali la dieta squilibrata gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente.

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

- Il 44.4% delle intervistate dichiara di mangiare frutta e verdura 1 -2 volte al giorno, il 37% tra le 3 e le 4 volte al giorno e il 3.7% dichiara di non mangiarle. il 56.3% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura 1-2 volte al giorno, il 31% tra le 3 e le 4 volte al giorno e l'1.6% dichiara di non mangiarle.
- Solo il 13.1% aderisce alle raccomandazioni, consumando 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.
- Questa abitudine è più diffusa tra le donne e, anche se di poco, tra i soggetti con un livello di istruzione basso.

Adesione al "5 a day" ASL NA 4 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day"* (%)
Totale	13.1
Età	
18 - 34	13.6
35 - 49	12.2
50 - 69	13.5
Sesso ^	
uomini	10.9
donne	14.8
Istruzione**	
bassa	13.8
alta	12.3

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

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

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo il 13.1% mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. La sensibilizzazione del medico di medicina generale e degli operatori sanitari sull'importanza della diffusione dell'informazione di una corretta alimentazione e del suo impatto positivo sulla salute della popolazione dovrebbero rappresentare due obiettivi prioritari per l'Azienda.

Consumo di alcol

L'abuso di alcol associato anche al fumo, ad una alimentazione scorretta e ad altre dipendenze ha un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere sulla salute e sulla sicurezza.

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

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

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

Quante persone consumano alcol?

- La percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 64.8% circa.
- Si sono osservati tassi più alti nella fascia 35-49 e 50-69; inoltre il consumo è più elevato tra i maschi e nelle persone di livello di istruzione alta.

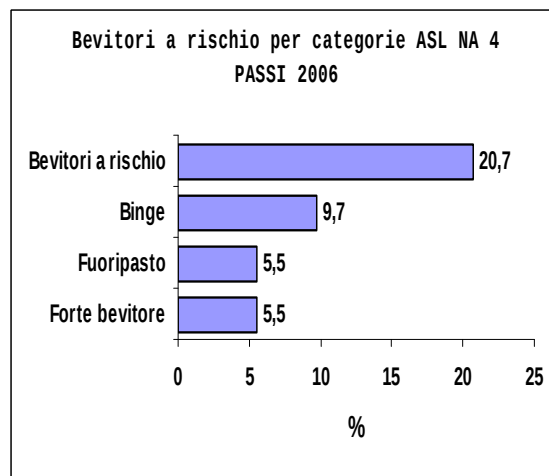
Consumo di alcol		
ASL NA 4 Passi, 2006		
Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto almeno 1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese	
Totale	64.8%	
Età, anni		
	18 -24	52.9%
	25 - 34	59.3%
	35 - 49	63.3%
	50 - 69	73.1%
Sesso^		
	uomini	84.4%
Istruzione**	donne	49.4%
	bassa	62.5%
	alta	67.7%

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

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

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 21% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- In un mese il 5.5 % della popolazione beve fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- Il 9.7% circa 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 5.5% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).



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

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta più diffuso nelle fasce 25-34 e 50-69, nelle persone con basso livello di istruzione e nel sesso maschile.

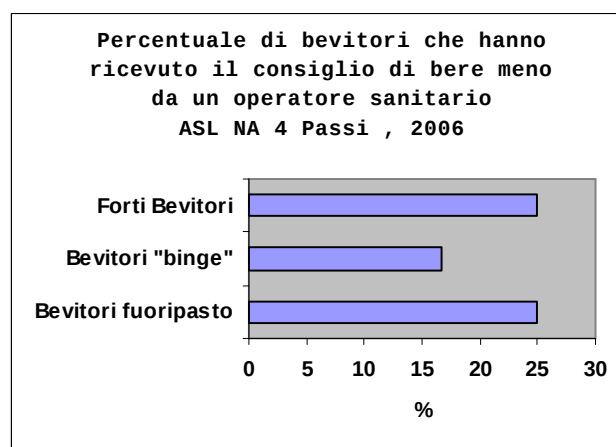
Bevitori "binge" ASL NA 4 – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge"*
Totale	9.7%
Età, anni	
18 - 24	0
25 - 34	14.8
35 - 49	6.1
50 - 69	13.5
Sesso^	
M	12.5
F	7.4
Istruzione**	
bassa	11.3
alta	7.7

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

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

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

- Solo il 14.9 % degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol. In particolare per il 16.7% dei binge, per il 25% dei fuoripasto e per il 25% dei forti bevitori sono stati valutati i comportamenti in relazione al consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che siano 13% coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione, in particolare tali soggetti si distribuiscono nella fascia d'età 25-34 e 50-69

Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e non consigliano di moderare il consumo dell'alcol.

Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale, in particolare nei giovani, sia negli operatori sanitari.

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). Le epidemie influenzali si associano ad un aumento di ospedalizzazione e di mortalità, con ripercussioni sanitarie ed economiche sia per il singolo individuo sia per la collettività.

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

Quanti si vaccinano per l'influenza?

- Il 23% circa delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 66.7% circa sopra i 65 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica il 14% risulta vaccinato. Si vaccinano di più i maschi rispetto alle femmine e i soggetti di basso livello culturale.

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni) ASL NA 4 Passi, 2006

Caratteristiche demografiche		Vaccinati %
Totale		22.8
Età	≥65	66.7
	<65	20.9
	<65 con almeno una patologia cronica	14
Sesso^	uomini	28.1
	donne	18.5
Istruzione*	bassa	26.3
	alta	18.5

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

Conclusioni e raccomandazioni

La morbosità e le complicanze dell'influenza si riducono significativamente laddove le coperture vaccinali raggiungono valori elevati. Nell'Asl NA 4 la copertura vaccinale in tutta la popolazione di età superiore ai 65 anni è stata nel 2006-2007 del 77.6%.

Ipertensione arteriosa

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

	% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa ASL NA 4 Passi, 2006	
	Caratteristiche demografiche	% *
• L' 88.9% circa delle femmine e l' 82.8% circa dei maschi riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa da parte di un medico o altro operatore sanitario.	Totale	86
	Età, anni	
	18 - 34	70.5
	35 - 49	89.8
	50 - 69	96.2
• La percentuale di persone controllate cresce con l'aumentare dell'età sono più controllate le persone con un livello di istruzione più basso e le donne.	Sesso	
	uomini	82.8
	donne	88.9
	Istruzione**	
	bassa	90.0
	alta	81.5

Quanti sono ipertesi?

- Il 25 % circa riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di ipertesi cresce nel gruppo di età 50-69 anni, il tasso è più alto tra i maschi e le persone con un basso livello di istruzione (33.8%).
- Il 72 % degli intervistati ha effettuato la misurazione della pressione arteriosa nell'ultimo anno

Ipertesi ASL NA 4 Passi, 2006	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	24.8
Età, anni^	
18 - 34	11.4
35 - 49	20.4
50 - 69	40.4
Sesso	
uomini	26.6
donne	23.5
Istruzione**	
bassa	33.8
alta	13.8

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno

mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare

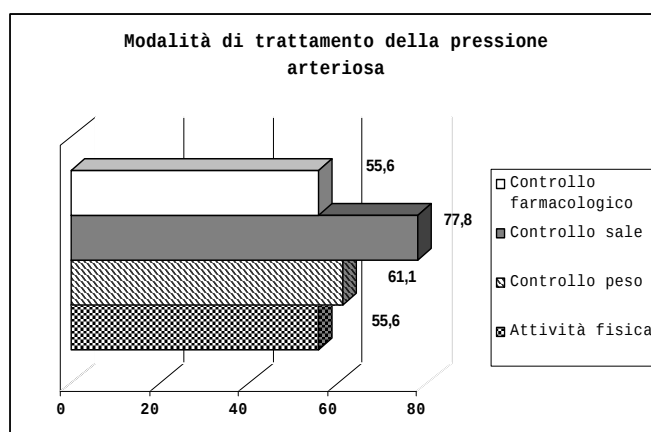
licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

Periodicità misurazione pressione arteriosa

	Frequency	Percent	Cum Percent
Missing	20	13,8%	13,8%
Ultimi 12 mesi	105	72,4%	86,2%
Tra 1 e 2 anni fa	12	8,3%	94,5%
Più di 2	6	4,1%	98,6%
Non so/ Non ricordo	2	1,4%	100,0%
Total	145	100,0%	100,0%

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 55.6% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi riferiscono che gli è stato consigliato dal medico di ridurre il consumo di sale (77.8%), di controllare il proprio peso corporeo (61.1%) e di svolgere regolare attività fisica (55.6%).



Conclusioni e raccomandazioni

Il 24.8% degli intervistati è iperteso di cui il 23.5% femmine e il 26.6% maschi, sono maggiormente ipertesi i soggetti di bassa istruzione.

Il 72% ha effettuato il controllo della pressione nell'ultimo anno.

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

Colesterolemia

Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Nell'ASL NA 4 il 77.9% (78% maschi e 77.8% femmine) della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.

Percentuale di persone a cui è stata misurata almeno una volta il colesterolo

ASL NA 4 Passi, 2006

Caratteristiche demografiche		%
Totale		77.9
Età, anni	18 - 34	59.1
	35 - 49	83.7
	50 - 69	88.5
Sesso	M	78.1
	F	77.8
Istruzione	bassa	77.5
	alta	78.5

- Il 59% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49enni e i 50-69enni e tra le persone con più alto grado di istruzione.

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 26 % dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle

classi d'età più alte e nelle persone con livello di istruzione più basso; i maschi sono più soggetti ad ipercolesterolemia rispetto alle femmine.

Ipercolesterolemici ASL NA 4 Passi, 2006	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	26.2
Età, anni[^]	
18 - 34	11.4
35 - 49	20.4
50 - 69	44.2
Sesso	
M	28.1
F	24.7
Istruzione^{**} °	
bassa	28.8
alta	23.1

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

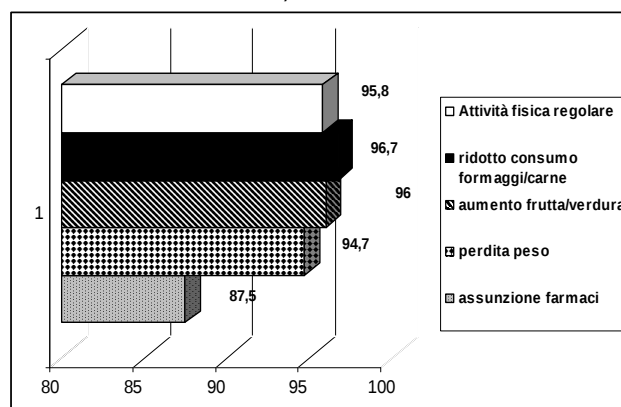
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

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

Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

- L'87.5% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, il 96.7% degli ipercolesterolemici riferisce di aver ridotto il consumo di carne e formaggi, il 96% di aver aumentato il consumo di frutta e verdura, il 13% di controllare il proprio peso corporeo e il 95.8% circa di svolgere regolare attività fisica.

Ipercolesterolemici: trattamento e stili di vita**
ASL NA 4 Passi, 2006



*ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Una buona percentuale del campione controlla il colesterolo almeno una volta l'anno maggiormente nelle fasce di età più avanzate che risultano anche quelle con la maggiore percentuale di soggetti ipercolesterolemici. L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica sui quali è possibile intervenire. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio per cardiopatia ischemica quali fumo e ipertensione.

Situazione nutrizionale

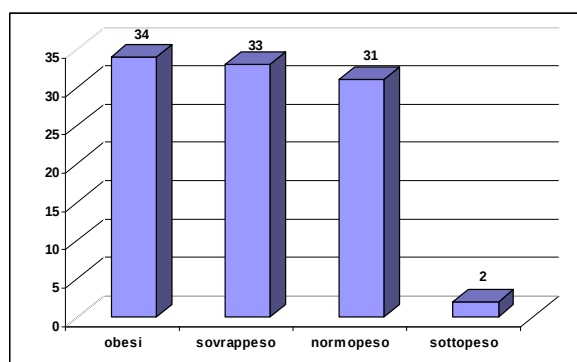
L'eccesso di peso contribuisce allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura.

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Il 2% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 31% normopeso, il 32% sovrappeso ed il 34% obeso.

Caratteristiche ponderali della popolazione
ASL NA 4 Passi 2006



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

- si stima che il 64.8% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli dell'82.7% negli ultracinquantenni), nelle persone con alto livello d'istruzione e nei maschi.

Popolazione con eccesso ponderale ^
ASL NA 4 Passi, 2006

Caratteristiche demografiche		%
Totale		64.8
Età, anni*	18 – 34	48.8
	35 – 49	61.2
	50 – 69	82.7
Sesso**	Uomini	74.6
	Donne	58
Istruzione *** °	bassa	55.5
	alta	71.2

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

Conclusioni e raccomandazioni

il 65% circa degli intervistati è in eccesso ponderale. Occorre, dunque, promuovere e sostenere interventi, anche sotto l'aspetto strutturale, che favoriscano un'attività fisica regolare e la modifica delle abitudini alimentari non corrette, coinvolgendo operatori di sanità pubblica, esperti di attività fisica, specialisti di nutrizione, esperti di comunicazione, media, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, amministratori pubblici e imprenditori privati.

Punteggio di rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano, nel nostro paese, la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti) ; le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

L'abitudine al fumo di sigaretta, il diabete, l' obesità, la sedentarietà, i valori elevati della colesterolemia, l' ipertensione arteriosa oltre alla familiarità alla malattia, l' età e il sesso rappresentano i principali fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare.

L'entità del rischio individuale di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

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

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

- Nell'ASL NA 4 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 17,2%.
- il 14.3% degli intervistati nella fascia 35-49 e il 34.6% nella fascia 50-69 hanno avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- Il 25% di persone con basso livello di istruzione e solo il 7.7% con alto livello hanno avuto il calcolo del rischio da parte del loro medico
- Il calcolo del rischio è stato calcolato maggiormente per i maschi 18.8%

Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare

ASL NA 4 Passi, 2005

Caratteristiche demografiche		% *
Totale		17.2
Età, anni	35 - 49	14.3
	50 - 69	34.6
Sesso	uomini	18.8
	donne	16
Istruzione*	bassa	25.0
	alta	7.7

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

Conclusioni e raccomandazioni

Il punteggio del rischio cardiovascolare è un utile e semplice strumento che permette al medico di confrontare il rischio calcolato in tempi successivi, valutando così il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese. Solo il 17% circa delle persone intervistate sono state sottoposte al calcolo del rischio cardiovascolare una percentuale ancora troppo bassa. Uno dei progetti contenuti nei Piani della Prevenzione è il Progetto Cuore, che prevede tra l'altro anche il calcolo del rischio cardiovascolare, questo progetto potrà rappresentare un utile sprone per i medici di medicina generale e per gli operatori sanitari che quotidianamente operano nell'ambito della prevenzione delle patologie croniche degenerative.

Bibliografia

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

Salute e qualità di vita percepita

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

Attività fisica

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

Fumo

10. Lancaster T., Stead L., Silagy C., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings
11. Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F., *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000.
12. Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002.
13. ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000
14. Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 (www.ossfad.iss.it)
15. Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
16. Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia. Maggio 2005 (www.ossfad.iss.it)
17. Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003

Alimentazione

18. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
19. Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
20. ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)

21. Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Home and Garden Bulletin no. 232. Washington, DC: Department of Agriculture, 1992.

Alcol

22. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003

23. <http://www.epicentro.iss.it/focus/alcol/alcol.htm>

24. European Alcohol Action Plan 2000-2005, http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/20020923_1

25. I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo <http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/alc%20REP%202004.1133945788.pdf>

Sicurezza stradale

26. WHO, World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, Geneva 2002 cit. in Adnan A Hyder, Margie Peden, Inequality and road traffic injuries: call for action, The Lancet, 2003; 362: 2034-35

27. Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, The Lancet, 2003; 362: 9390

28. Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>

29. Motor -Vehicle Occupant Injury: Strategies for Increasing use of Child Safety Seats, Increasing Use of Safety Belts, and Reducing Alcol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)

Rischio cardiovascolare

30. Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology, 2004; 33: 235-239

31. Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. Ital Heart J; 5 (Suppl 3): 94-101

32. Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, BMJ, 2003; 326 (7404): 1491

33. Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial JAMA 2003 30;289 (16):2083 - 93

Screening oncologici

34. LILT- Dossier "Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione" - 2002

35. ISTAT: La mortalità per causa nelle regioni italiane - anni 2000 -2002 reperibile sul sito www.istat.it
36. www.epicentro.iss.it
37. <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
38. Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili -secondo Rapporto
39. ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)

Studio Passi sulla adesione agli screening per i tumori della sfera genitale femminile e del ca del colon retto della popolazione femminile fra i 50 ed i 69 anni di vita Anno 2006

Raffaele Palombino*, Letizia Gigli*, Gilda Panico**, Silvana Russo Spena*

*Servizio Epidemiologia e Prevenzione, **Direzione Sanitaria Settore Servizio Sociale

Intervistatori

A. De Falco

M. De Falco

A. Fantoni Tirocinanti corso di laurea in servizio sociale

E. Naddeo

A. Sigillo

L. Gigli

Dirigenti Servizio Epidemiologia e Prevenzione

S. Russo Spena

Introduzione

La ASL Napoli 4 ha partecipato anche per l'anno 2006 allo studio Passi(Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che prevedeva due questionari:

- uno rivolto ad un campione della popolazione di 200 persone tra i 18 ed i 69 anni per una indagine esaustiva sulle abitudini, gli atteggiamenti e gli stili di vita relativi a vari fattori di rischio, sulla percezione della salute da parte dell'intervistato, sull'attenzione alle norme di sicurezza, sulla percezione dei pericoli legati agli incidenti domestici, sull'attenzione degli operatori sanitari ai problemi di salute di prevenzione degli assistiti, sulla adesione ai test di screening per le neoplasie del collo dell'utero, della mammella e del colon retto,
- uno rivolto ad un campione di 125 donne tra i 50 ed i 69 anni, relativo alle neoplasie del collo dell'utero, della mammella e del colon retto, la cui mortalità può essere prevenuta attraverso i programmi di screening.

Il presente report tratterà dei risultati ottenuti attraverso le interviste effettuate al campione femminile tra i 50 ed i 69 anni che ha risposto ai 2 questionari relativamente alle domande finalizzate all'adesione della popolazione ai programmi di screening.

L'obiettivo generale è stato quello di monitorare la conoscenza, l'attitudine e la pratica delle misure di prevenzione delle suddette neoplasie, in rapporto ad interventi di programmi specifici di prevenzione in atto o in via di realizzazione.

Gli obiettivi specifici:

- descrivere le variabili socio-demografiche del campione (età, livello di istruzione, stato civile, attività lavorativa...) e valutare eventuali correlazioni tra queste e i fattori di rischio indagati;
- stimare la prevalenza di femmine che hanno effettuato almeno una ricerca del sangue occulto nelle feci, una retto/colonscopia e per le sole donne un pap test, una mammografia, a scopo preventivo;
- misurare la periodicità dell'effettuazione dei test e la loro esecuzione all'interno di un programma di screening.

Metodi

L'indagine è stata condotta attraverso uno studio trasversale di prevalenza puntuale, tramite somministrazione telefonica dei due questionari standardizzati.

La popolazione in studio è costituita da femmine tra i 50 e 69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL, aggiornate al mese di maggio 2006. I criteri di inclusione sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASL NA 4 e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono stati : il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine, il rifiuto, l'assenza durante il periodo di svolgimento dello studio, il domicilio temporaneo presso altro Comune, l'impossibilità a rintracciare l'utente dopo 5 tentativi telefonici.

Le strategie di campionamento: il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice, effettuato direttamente sulle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL NA 4. La dimensione del campione è stato di 149 donne intervistate per il questionario rivolto solo alle donne tra i 50 ed i 69 anni

Interviste: le persone selezionate sono state preventivamente avvisate dall'Azienda tramite una lettera personale informativa, così come i Medici di Medicina Generale ed i Sindaci di tutti i Comuni interessati.

I dati raccolti sono quelli riferiti dagli intervistati. La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori.

La formazione, della durata di un giorno, ha avuto per oggetto:

- ▣ le modalità del contatto telefonico,
- ▣ il rispetto della privacy delle persone,
- ▣ il metodo dell'intervista telefonica
- ▣ la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

Le interviste alla popolazione in studio sono state realizzate da giugno a novembre 2006; l'intervista telefonica è durata in media circa 20 minuti.

Le interviste sono state effettuate da 3 tirocinanti del corso di laurea in Scienze del Servizio Sociale, da 1 dirigente biologo e 1 dirigente medico del Servizio Epidemiologia e Prevenzione della ASL NA 4.

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info versione 3.3.

I risultati, per agevolare la comprensione del rapporto, sono stati espressi in massima parte sotto forma di numeri assoluti, di percentuali e proporzioni.

Risultati della studio nell'ASL NA 4

La fase di preparazione del processo è durata circa 45 giorni (preparazione indagine e formazione operatori) le interviste hanno richiesto globalmente, escludendo il periodo estivo, circa tre mesi. Sono stati utilizzati 5 intervistatori.

La lista dell'anagrafe sanitaria, disponibile su supporto informatico, riportava nel 90% circa dei casi l'indirizzo esatto, le difficoltà sono state determinate dalla mancanza dei numeri di telefono o dalla inesattezza dei numeri riportati, i rifiuti sono stati del 9% dei casi; le sostituzioni sono state del 47 % circa.

Le interviste telefoniche sono state fatte in tutte le fasce orarie, prevalentemente al mattino e al pomeriggio, una piccola quota anche nei giorni prefestivi e festivi. Sono stati utilizzati anche i telefoni e i cellulari personali degli operatori.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE

La popolazione di riferimento da cui è stato estratto il campione di 149 unità è costituita rispettivamente da 53.608 assistite di età compresa tra 50 e 69 anni iscritte nella lista di anagrafe sanitaria dell'ASL Napoli 4 al maggio 2006.

Le caratteristiche demografiche degli intervistati

L'età

Il 30% circa delle intervistate è compreso nella fascia 50-54 anni, il 28% in quella 55-59, il 25% in quella 60-64, il 17% in quella 65-69 (fig.e Tab 1).

Tab e Fig 1 Distribuzione percentuale del campione per età

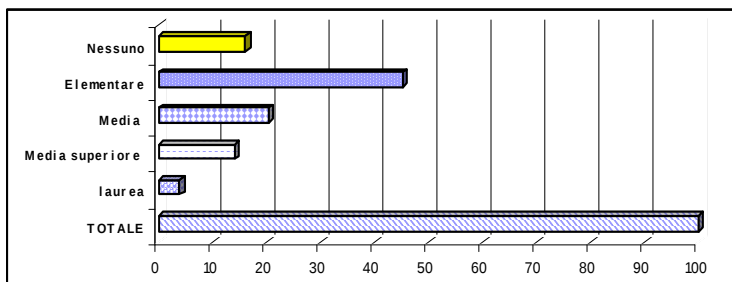
	Frequency	Percent	Cum Percent	
50-54	44	29,5%	29,5%	
55-59	42	28,2%	57,7%	
60-64	37	24,8%	82,6%	
65-69	26	17,4%	100,0%	
Total	149	100,0%	100,0%	

Il titolo di studio

Il 45% del campione femminile ha la licenza elementare, il 20% quella media inferiore, il 14% quella media superiore e solo il 4% ha la laurea o il Diploma universitario mentre il 16% non ha nessun titolo(fig. e Tab. 2).

Tab. e Fig 2 Distribuzione percentuale del campione per titolo di studio

Titolo di studio	Frequency	Percent	Cum Percent
Nessuno	24	16,2	16,2
Elementare	67	45,3	61,5
Media	30	20,3	81,8
Media superiore	21	14,2	96
laurea	6	4	100
TOTALE	148	100	100

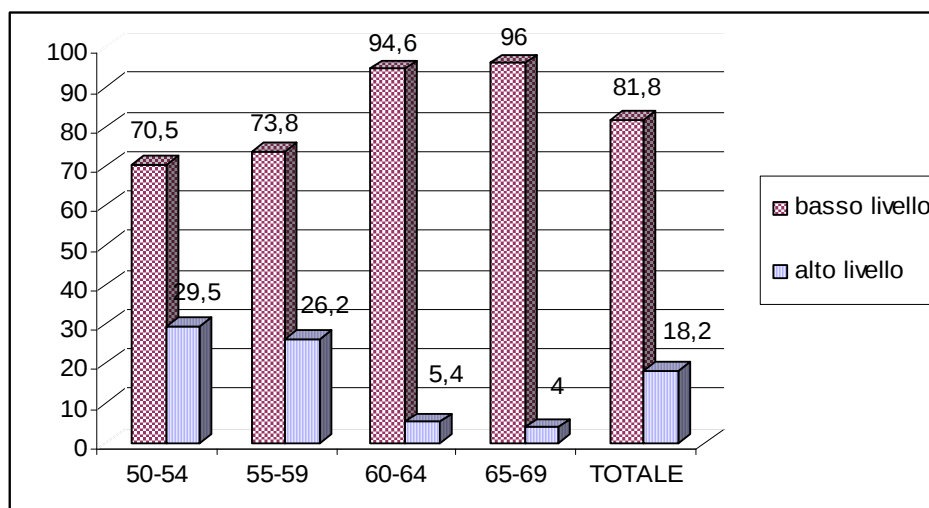


Il livello di istruzione

Aggregando nessun titolo, la licenza scuola elementare e la licenza scuola media inferiore in basso livello di istruzione, la licenza scuola media superiore e laurea in alto livello risulta che (fig. 3):

- ❑ le donne tra 50 e 54 anni nel 70,5% hanno un livello basso di istruzione e solo nel 29% un alto livello;
- ❑ le donne tra 55 e 59 anni nel 73,8% hanno un livello basso di istruzione e solo nel 26% un alto livello;
- ❑ le donne tra 60 e 64 anni nel 94,6% hanno un livello basso di istruzione e solo il 5% sono laureate;
- ❑ le donne tra 65 e 69 anni nel 96% hanno un livello basso di istruzione e solo nel 4% un alto livello;
- ❑ il campione totale di donne ha nell'81,8% un livello basso di istruzione e solo nel 18,2% un alto livello.

Fig.3 Distribuzione di frequenza grado di istruzione del campione per classe di età



Lo stato civile

Nella ASL NA 4 le coniugate/conviventi rappresentano il 78%, il 5% le nubili, il 12% le vedove e il 5% le separate/divorziate (Tab.3 e fig.4).

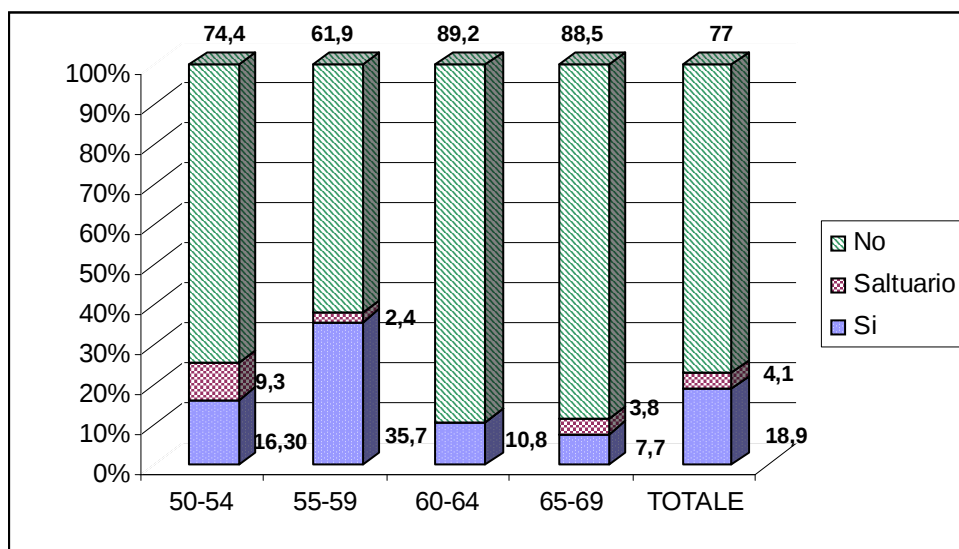
Tab. 3 e Fig 4 Distribuzione dello stato civile del campione

Stato civile	Frequency	Percent	Cum Percent	
Coniugata	116	77,9%	77,9%	
Nubile	8	5,4%	83,2%	
Vedova	18	12,1%	95,3%	
Separata/divorziata	7	4,7%	100,0%	
Totale	149	100,0%	100,0%	

Il lavoro

Le donne nella fascia di età 55-59 sono quelle con la più alta percentuale di lavoro fisso. Con l'aumentare dell'età il lavoro fisso decresce e aumentano le donne che non lavorano e le donne che hanno un lavoro saltuario (Fig.5).

Fig.5 Distribuzione percentuale del lavoro nel campione



Conclusioni e raccomandazioni

Il campione ha un livello di istruzione basso, il livello di istruzione decresce con l'aumentare dell'età delle donne. Per quanto riguarda l'aspetto lavorativo il grado di occupazione aumenta nella fascia 55-59 per poi decrescere. La maggior parte delle femmine sono coniugate/conviventi con una percentuale di vedovanza intorno al 12%

Screening neoplasia del collo dell'utero

Lettera invito della ASL

Il 52% delle donne intervistate non ha ricevuto l'invito della ASL ad effettuare il pap test. Il 38% ammette di averlo ricevuto e l'8% riferisce di non ricordare (Tab.4 fig. 6)

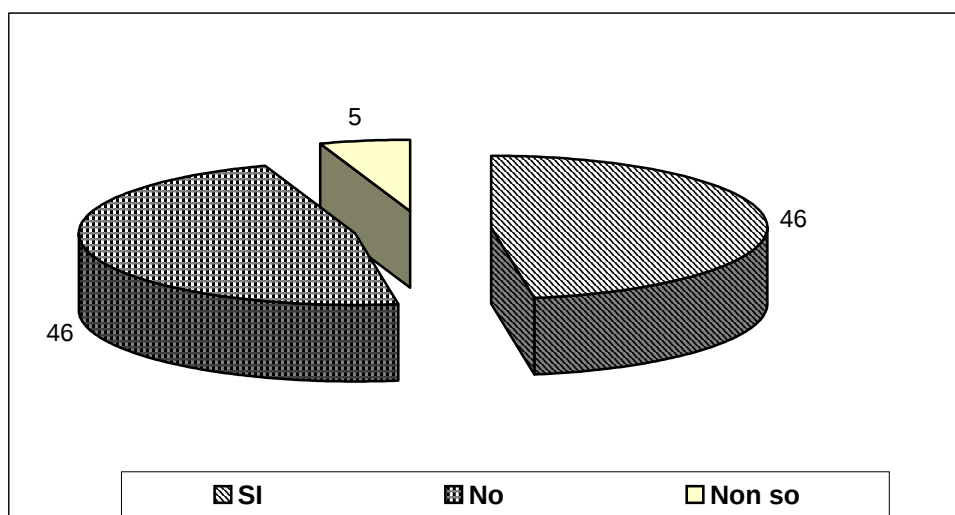
Tab.4 e Fig 6 Distribuzione percentuale delle lettera invito della ASL ricevuta dal campione

	Frequency	Percent	Cum Percent	
Missing	2	1,3%	1,3%	
Si	57	38,3%	39,6%	
No	78	52,3%	91,9%	
Non so/non ricordo	12	8,1%	100,0%	
Total	149	100,0%	100,0%	

Consiglio di un operatore sanitario

La percentuale di donne che hanno avuto il consiglio di eseguire il pap test, da parte di un operatore sanitario, è del 46% la stessa percentuale di donne non ha ricevuto alcun consiglio e un 5% non ricorda di averne ricevuti

Fig 7 Consiglio di un operatore sanitario ad eseguire il pap test



Donne che hanno eseguito un pap test

Il 73% delle donne intervistate hanno effettuato un pap test nella loro vita, la percentuale più alta (86%) la troviamo nella classe di età 50-54, questa percentuale decresce con l'aumentare dell'età (tab.5). Il 25% non ha mai effettuato almeno un pap test.

Tab 5

Distribuzione di frequenza e di percentuale del pap test del campione per fasce di età

	Missing	Si	No	Non so/ Non ricordo	TOTALE
50-54	1	38	4	1	44
Riga %	2,3	86,4	9,1	2,3	100,0
55-59	1	30	10	1	42
Riga %	2,4	71,4	23,8	2,4	100,0
60-64	0	26	11	0	37
Riga %	0,0	70,3	29,7	0,0	100,0
65-69	0	14	12	0	26
Riga %	0,0	53,8	46,2	0,0	100,0
TOTALE	2	108	37	2	149
Riga %	1,3	72,5	24,8	1,3	100,0

Il 35% delle donne ha effettuato il pap test negli ultimi 12 mesi, il 25% tra 1 e 3 anni fa e il 35% più di 3 anni fa (Tab.6 e fig 8)

Tab. 6 e Fig.8 Distribuzione percentuale periodicità pap test del campione

	Frequency	Percent	
Negli ultimi 12 mesi	38	35,20%	
Tra 1 e 3 anni fa	27	25,00%	
Più di 3 anni fa	38	35,20%	
Non so/non ricordo	5	4,60%	
Totale	108	100,00%	

Le donne di livello culturale alto nel 77,8% dei casi hanno effettuato almeno un pap test nel corso della loro vita, mentre la percentuale scende tra le donne di basso livello culturale (72%)(tab. 7)

Tab.7 Donne che hanno eseguito un pap test distinte per grado di istruzione

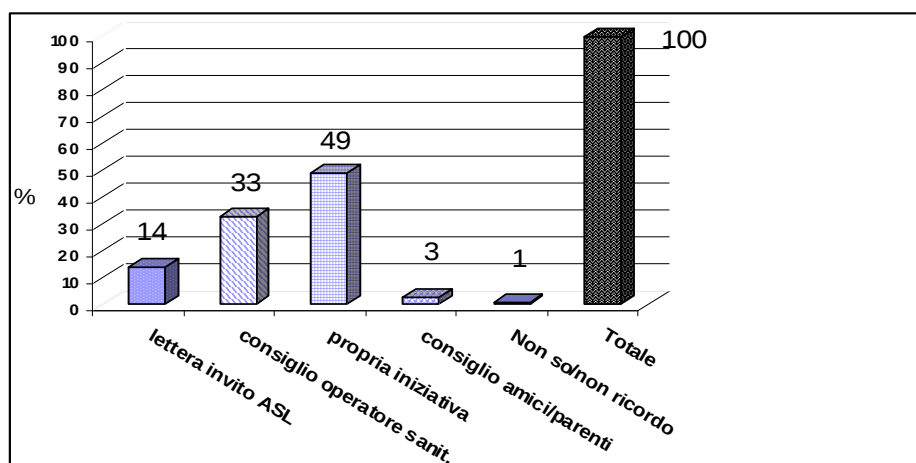
	Missing	1	2	3	TOTAL
Missing	0	0	1	0	1
Row %	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
basso	2	87	32	0	121
Row %	1,7	71,9	26,4	0,0	100,0
alto	0	21	4	2	27
Row %	0,0	77,8	14,8	7,4	100,0
TOTAL	2	108	37	2	149
Row %	1,3	72,5	24,8	1,3	100,0

Il 44% delle donne si è rivolta alle strutture pubbliche o convenzionate per l'esecuzione del pap test, il 26% a strutture private (fig.9).

Tab.8 e Fig 9 strutture sanitarie utilizzate per il pap test

Strutture	Frequency	Percent	Cum Percent	
Missing	41	27,5%	27,5%	
Pubblica/convenzionata	65	43,6%	71,1%	
Privata	39	26,2%	97,3%	
Non so/Non ricordo	4	2,7%	100,0%	
Totale	149	100,0%	100,0%	

Fig.10 Motivo esecuzione pap test



La maggior parte delle donne (49%) ha eseguito il pap test di propria iniziativa, il 33% lo ha eseguito dopo il consiglio di un operatore sanitario, il 14% dopo la lettera della ASL (fig 10).

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati mette in evidenza anche per il 2006 che una buona percentuale di donne non ha ricevuto la lettera invito della ASL, che gli operatori sanitari non consigliano il pap test così come dovrebbero, che la percentuale di esecuzione di almeno un pap test diminuisce con l'aumentare dell'età e con il basso livello di scolarità e che il 35% delle donne non esegue un pap test da più di 3 anni.

Tutti i punti critici evidenziati dall'indagine Passi dovranno essere uno stimolo agli organizzatori dei programmi di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero a verificare l'organizzazione dell'invito attraverso lettera, la sensibilità

degli operatori sanitari e le loro conoscenze e competenze riguardo agli screening.

Screening neoplasia della mammella

Lettera invito della ASL

Il 48% delle donne intervistate non ha ricevuto l'invito della Asl ad effettuare la mammografia. Il 48% ammette di averlo ricevuto e il 2% riferisce di non ricordare (tab. 9 e fig.11).

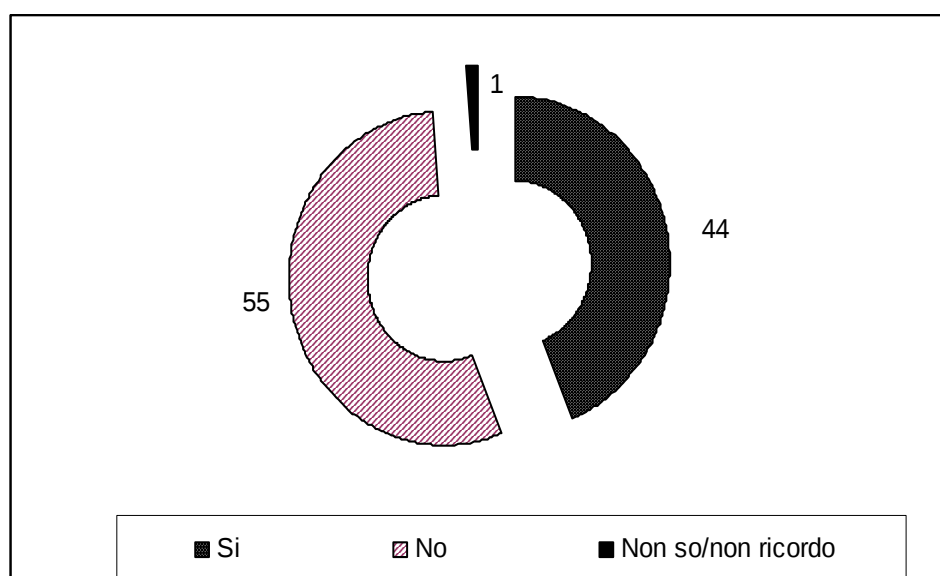
Tab.9 e Fig.11 Lettera invito ASL

	Frequency	Percent	Cum Percent	
Missing	3	2,0%	2,0%	
SI	71	47,7%	49,7%	
No	72	48,3%	98,0%	
Non so/Non ricordo	3	2,0%	100,0%	
Total	149	100,0%	100,0%	

Consiglio di un operatore sanitario

La percentuale di donne che hanno avuto il consiglio ad eseguire la mammografia da parte di un operatore sanitario è del 44%, mentre il 51% non ha ricevuto nessun consiglio (fig. 12).

Fig 12 Distribuzione percentuale del consiglio di un operatore sanitario riguardo l'esecuzione della mammografia



Donne che hanno eseguito una mammografia

Il 68% delle donne intervistate hanno effettuato una mammografia nella loro vita, le percentuali più alte le troviamo nella classe di età 50-54 (77%) e nella classe 55-59(79%), questa percentuale decresce con l'aumentare dell'età (Tab 10).

Tab.10 Mammografia per fasce di età

Classe età	Missing	Si	No	TOTALE
50-54 Riga %	1 2,3	34 77,3	9 20,5	44 100,0
55-59 Riga %	2 4,8	33 78,6	7 16,7	42 100,0
60-64 Riga %	0 0,0	21 56,8	16 43,2	37 100,0
65-69 Riga %	0 0,0	13 50,0	13 50,0	26 100,0
TOTALE Riga %	3 2,0	101 67,8	45 30,2	149 100,0

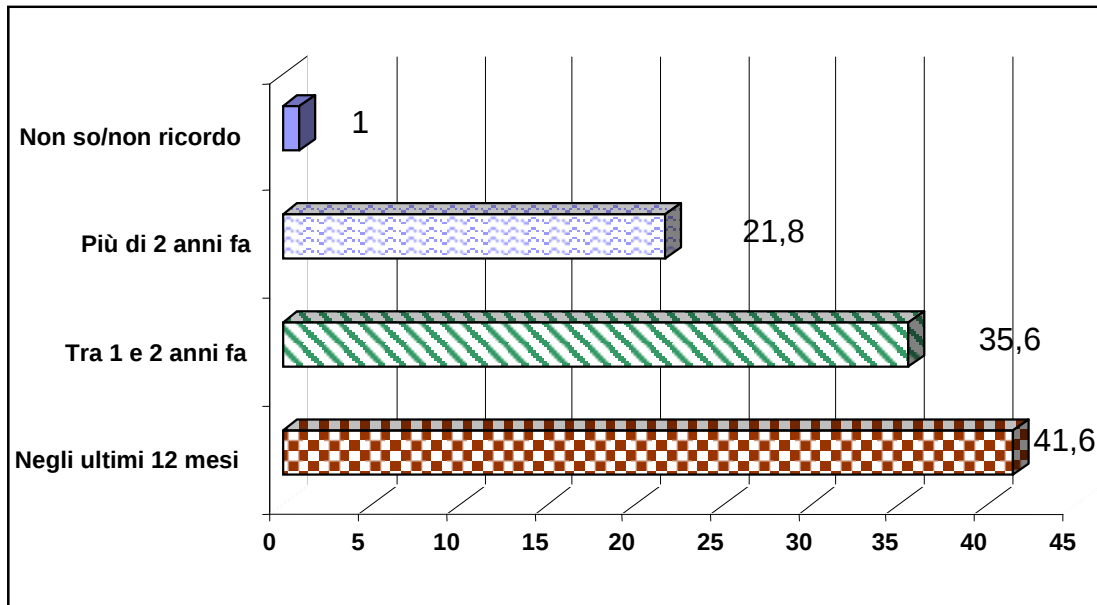
Nelle intervistate di elevato grado di istruzione si rileva una adesione alla mammografia del 92.6%, in quelle di grado basso del 62%(tab.11).

Tab.11 Donne che hanno eseguito una Mammografia distinte per grado di istruzione

	Missing	SI	NO	TOTALE
Missing Row %	0 0,0	1 100,0	0 0,0	1 100,0
basso Row %	3 2,5	75 62,0	43 35,5	121 100,0
alto Row %	0 0,0	25 92,6	2 7,4	27 100,0
TOTALE Row %	3 2,0	101 67,8	45 30,2	149 100,0

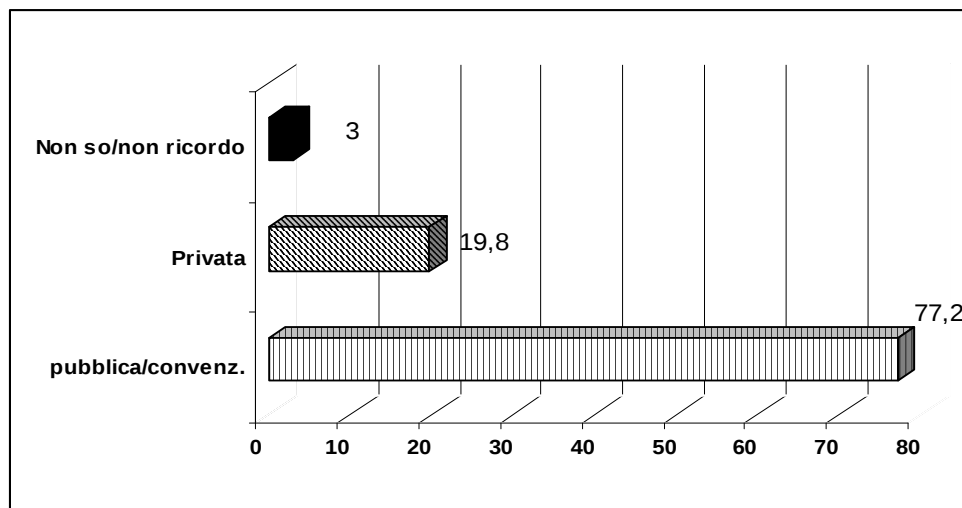
Il 42% delle donne hanno effettuato l'ultima mammografia negli ultimi 12 mesi, il 36% tra 1 e 2 anni fa e il 22% più di 2 anni fa (fig.13).

Fig.13 Distribuzione percentuale periodicità della mammografia



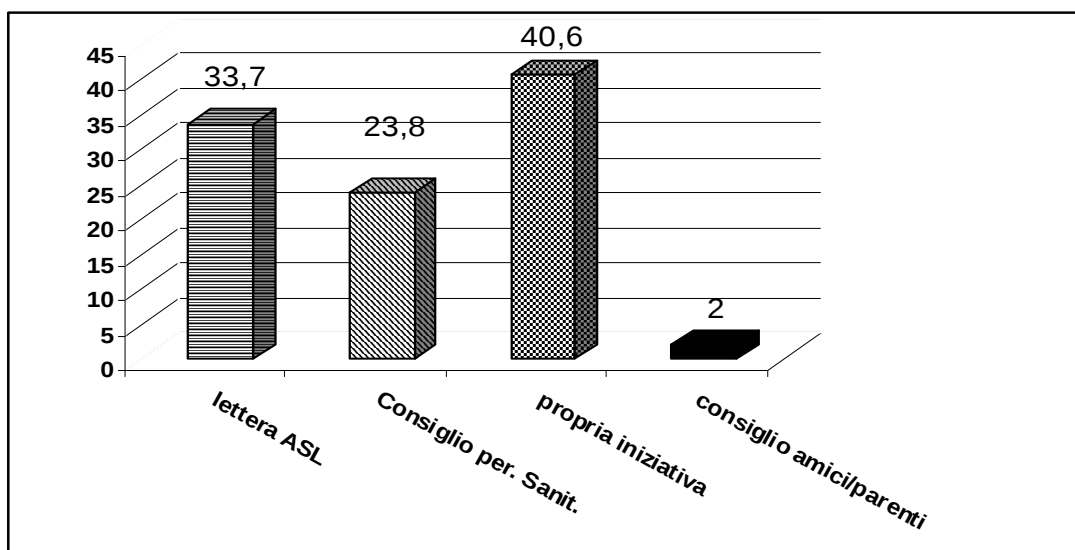
Il 77% delle donne si è rivolta alle strutture pubbliche o convenzionate per l'esecuzione della mammografia, il 20% a strutture private (fig.14).

Fig 14 Strutture utilizzate per l'esecuzione della mammografia



Il 41% delle donne ha eseguito la mammografia di propria iniziativa, mentre il 34 % dopo la lettera invito della ASL ed il 24% dopo il consiglio di un operatore sanitario(fig.15).

Fig 15 Motivo esecuzione mammografia



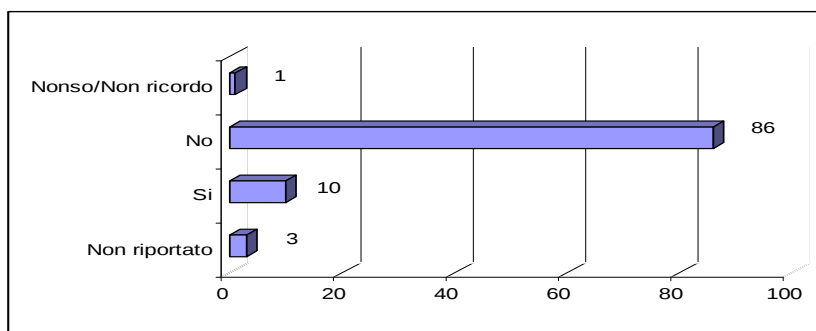
Conclusioni e raccomandazioni

Lo screening del cancro della mammella è meno praticato di quello del cancro del collo dell'utero e i fattori di rischio della mancata pratica sono, anche in questo caso, la maggiore età e il basso grado di scolarità. Come per lo screening per la prevenzione del cancro del collo dell'utero anche in questo caso le donne non vengono raggiunte adeguatamente attraverso la lettera predisposta dalla ASL ed inoltre l'informazione da parte degli operatori sanitari è molto scarsa.

Screening neoplasia del colon retto

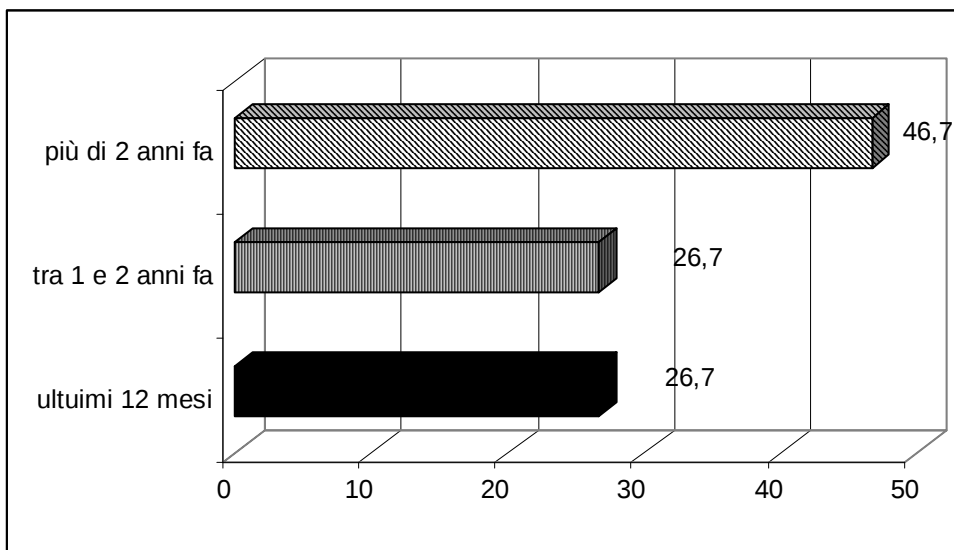
Solo il 10% delle donne ha effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci (fig.16) di cui il 47% lo ha eseguito più di 2

Fig.16 Esame del Sangue Occulto nelle feci



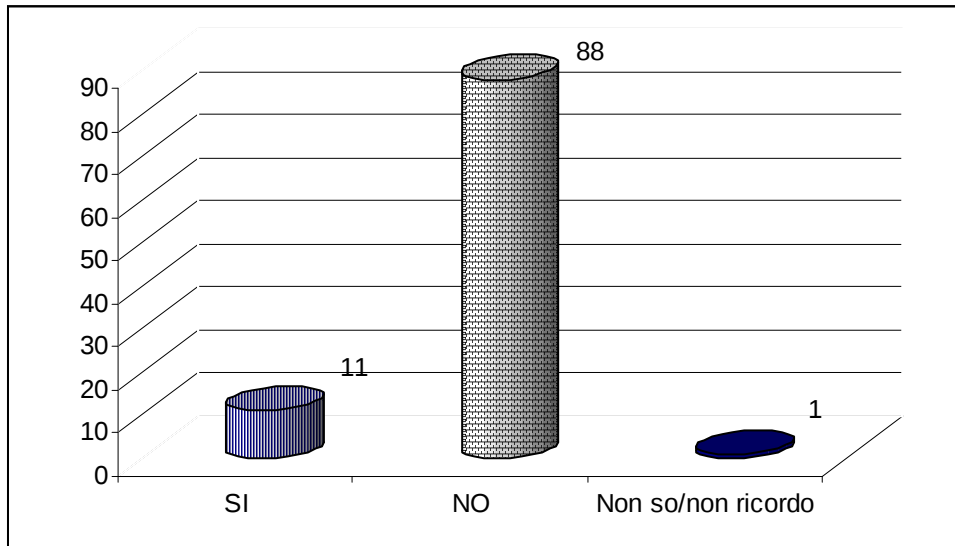
anni fa, il 27% tra 1 e 2 anni fa e il 27% negli ultimi 12 mesi, (fig 17)

Fig 17 Periodicità Esame sangue occulto nelle feci



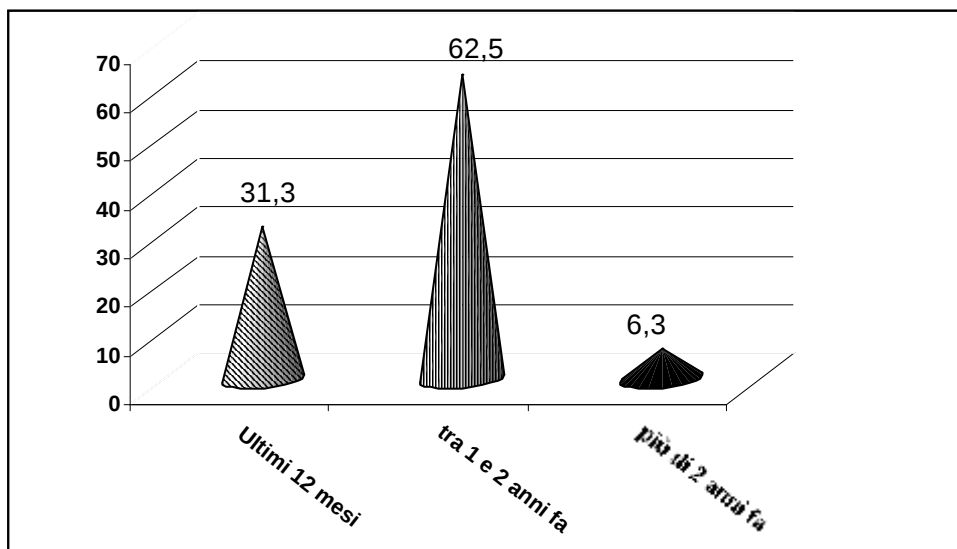
L'11% delle donne ha eseguito una retto/colonscopia preventiva l'88% no (fig.18).

Fig 18 Esecuzione retto/colonscopia



Dell'11% delle donne che hanno effettuato la retto/colonscopia a scopo preventivo il 31% l'ha eseguita negli ultimi 12 mesi, il 62% tra 1 e 2 anni fa e il 6% più di 2 anni fa (fig. 19).

Fig.19 Periodicità Retto/colonscopia



Conclusioni e raccomandazioni

Il ricorso al test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e degli esami di diagnosi retto/colonscopia è risultato molto basso anche in questa seconda indagine dimostrando che in assenza di un programma organizzato di offerta attiva, che coinvolge utenti ed operatori, l'adesione è minima. Si confida nell'avvio del programma di screening per la prevenzione del colon retto su tutto il territorio dell'ASL affinché si possa diffondere nella popolazione una migliore conoscenza e cultura della prevenzione e una maggiore conoscenza e di conseguenza una maggiore attenzione alla propria salute.

Bibliografia

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

Salute e qualità di vita percepita

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

Screening oncologici

5. LILT- Dossier "Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione" - 2002
6. ISTAT: La mortalità per causa nelle regioni italiane - anni 2000 -2002 reperibile sul sito www.istat.it
7. www.epicentro.iss.it
8. <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
9. Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili -secondo Rapporto
10. 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)
11. Studio Passi ASL Napoli 4 anno 2005 www.epicentro.iss.it

SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE

“Rischio alimentare negli adolescenti”

**Pecoraro P., Fimiani G., Ciampaglia R., Esposito F., Del Piano G.,
Principato S.**

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - U.O. Igiene della Nutrizione

Gli adolescenti sono il target principale dell'ambiente "obesogeno", e questo rende loro molto più difficile indirizzarsi verso scelte di vita sana. Nello stesso tempo, si assiste a un cambiamento dei modelli di attività fisica e una considerevole parte del giorno viene trascorsa seduti a scuola, in una fabbrica, o davanti al televisore o al computer. Nei bambini e negli adolescenti, la presenza di livelli di pressione arteriosa aumentati, di una tolleranza glucidica alterata e di dislipidemia sono associati a stili di vita non sani, fra i quali sono da includere i regimi alimentari che forniscono un eccessivo apporto di grassi (saturi in particolare), colesterolo e sale, un consumo inadeguato di fibre, la pratica di una quota insufficiente di attività fisica.

Scopo dello studio è stato quello di valutare lo stato di nutrizione, le abitudini alimentari ed i livelli di attività fisica in due gruppi di adolescenti della area Napoletana e Milanese.

L'indagine, svolta negli anni 2006-2007, ha riguardato due Istituti Sperimentali (PORTA di Milano e IPSSAR Maggia di Stresa) in Lombardia e un liceo con più sezioni (linguistico, scientifico, psicopedagogico, sperimentale) in Campania, ISIS Albertini di Nola.

Il progetto è stato inizialmente presentato ai dirigenti scolastici e, in seguito, agli studenti e agli insegnanti.

A ciascun ragazzo è stata consegnata una lettera per i genitori, nella quale veniva presentato il progetto e richiesta l'autorizzazione alla partecipazione allo studio.

La popolazione era costituita da 214 soggetti (116 NA, 98 MI) con età 16.9 ± 1.1 ; maschi (M) 89, femmine (F) 125; altezza 166.5 ± 10.3 cm, peso 65.4 ± 13.6 kg. Oltre al peso corporeo ed alla statura, sono stati rilevati i seguenti parametri: pliche cutanee (PL) tricipitale, bicipitale, sottoscapolare, sovrailiaca, bioimpedenza (BIA), pressione arteriosa (PAS, PAD). Sono stati somministrati due questionari ai ragazzi ed uno alla famiglia per la valutazione degli stile di vita e dei consumi alimentari.

Per la valutazione della forza muscolare è stato utilizzato l'Handgrip strength test (HG), che prevede l'utilizzo di un dinamometro per valutare la forza di contrazione dei muscoli flessori delle dita della mano, valore strettamente correlato con la forza muscolare generale. Il valore del picco di forza, dato dalla media di tre valori per ciascun soggetto, è stato correlato con alcuni indici antropometrici e con indici bioimpedenziometrici.

Le rilevazioni antropometriche, plicometriche, bioimpedenziometriche, dell'handgrip e della pressione arteriosa sono state effettuate dagli stessi operatori dopo standardizzazione. Il peso corporeo, la statura e tutte le altre misure antro-plicometriche sono stati rilevate con i soggetti senza scarpe e con indumenti

intimi con approssimazione 0,1Kg per il peso, e 0.1 cm per la statura e le circonferenze (Lohman TG, Roche AF, Martorell R).

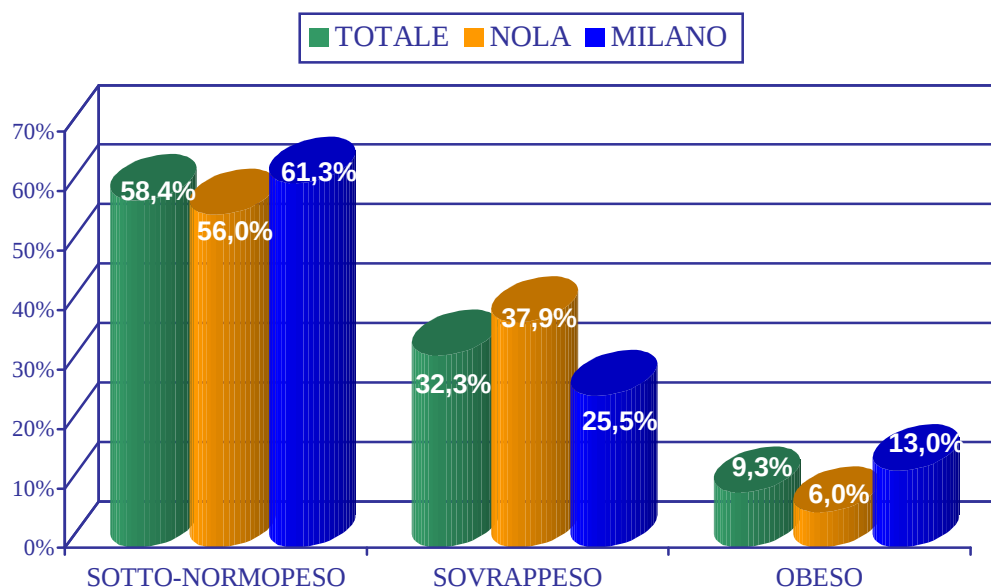
La bioimpedenziometria total body è stata effettuata secondo il protocollo standard e cioè tetrapolare con il soggetto disteso, elettrodi adesivi applicati alla mano destra (epifisi metacarpale 3° dito) e al piede destro (epifisi metatarsale 2° dito, dorsalmente); gli elettrodi rilevatori sono posizionati sulla bisettrice passante per l'epifisi ulnare destra e alla caviglia tra il malleolo mediale e laterale dorsalmente. L'esame bioimpedenziometrico è stato effettuato anche modo "segmentale" secondo protocollo Akern.

Per la valutazione dell'handgrip, il soggetto era seduto su sedia munita di braccioli, con i gomiti flessi a 90°, la schiena dritta e le gambe leggermente divaricate. Alla richiesta dell'operatore il soggetto stringeva il dinamometro, con la maggiore forza possibile. Al termine della rilevazione si leggeva sullo strumento il valore del picco di forza massima. Tale operazione era effettuata per entrambi gli emilati e le misurazioni ripetute per tre volte a 5 minuti di distanza tra esse.

Per la prevalenza di sottopeso/normopeso (SN), sovrappeso (SV) e obesità (OB) è stato utilizzato il BMI (Cole 2000); il plicometro utilizzato è stato Holtain T.W.; lo strumento BIA utilizzato è stato del tipo monofrequenza 50 khz; per l'handgrip strength test è stato utilizzato un dinamometro Jamar; i questionari per le abitudini alimentari e lo stile di vita sono stati lo Zung, il CES-D e l'EPIC per i ragazzi ed uno elaborato ad hoc per le famiglie.

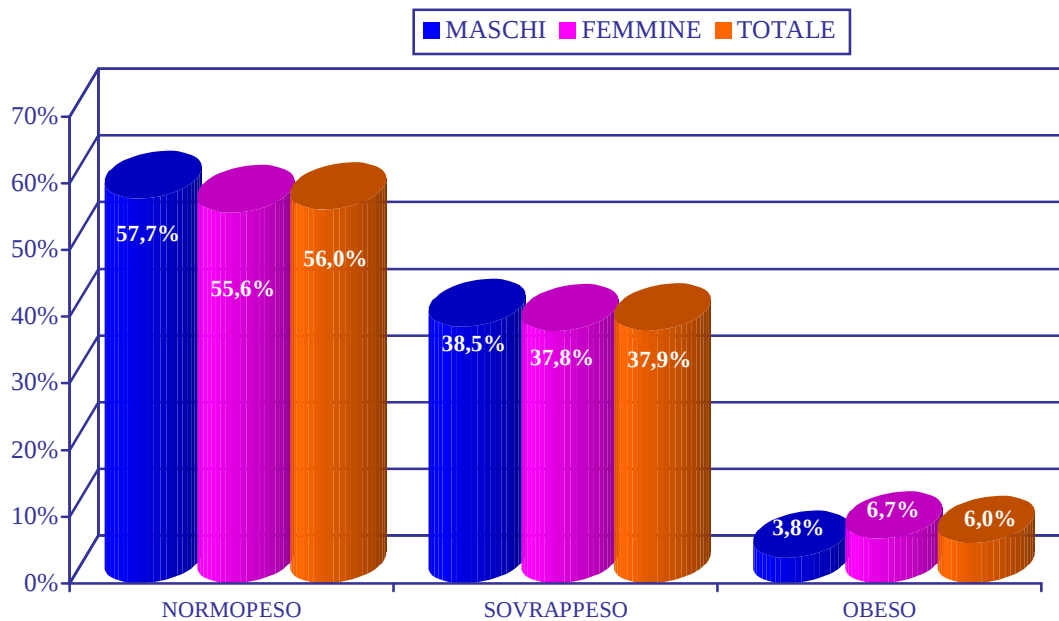
Per quanto riguarda la valutazione dello stato nutrizionale, il campione è risultato così composto: OB 9,3% (NA 6.0%, MI 13,3%), SV 32,3% (NA 37,9%, 25,5%MI), SN 58,4% (NA 56.0%, MI 61.3%) (fig. 1).

Fig. 1 - VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE SECONDO GLI STANDARD IOTF (Intantional Obesità Task Force) Campione totale, Nola e Milano



Nella figura 2 è riportata la differenza tra i sessi, relativamente al campione della nostra ASL.

Fig. 2 - VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE SECONDO GLI STANDARD IOTF PER SESSO Campione Nola



La Σ delle pliche cutanee era di $49,5 \pm 21,0$ per il campione di Nola, $61,8 \pm 28,2$ per quello di Milano, in entrambi i casi è stata riscontrata una correlazione positiva $r=.69$ e $r=.86$ ($p < 0,0001$) con il BMI.

I valori di PAD e PAS risultavano NA: 71.7 ± 5.6 e 114.8 ± 10.9 (M 113.9 ± 11.0 , F 117.9 ± 10.4); MI 71.6 ± 11.0 e 115.2 ± 19.4 (M 120.9 ± 6.8 , F 115.1 ± 5.9).

L'HG era significativamente correlato a molte misure di composizione corporea: per il lato dominante questo si traduceva, ad esempio, in una stretta associazione sia con circonferenza muscolare e area muscolare del braccio (antropometria) che con indice bioimpedenziometrico (IB) totale o del solo arto superiore (BIA). I modelli di regressioni multipla confermavano la forte relazione dell'HG con la combinazione IB più angolo di fase (AF) (totali o per l'arto superiore) (Tabella 1).

Per quanto attiene i dati sui consumi alimentari che sono ancora in fase di elaborazione, segnaliamo che per il campione di Nola il 14% non consuma mai pesce con Fc (frequenza di consumo) $0.19/\text{die}$ ed il 14.6% consuma verdura cruda raramente Fc $0.54/\text{die}$; per il campione di Milano il consumo di pesce aveva una Fc $0.32/\text{die}$, mentre per il consumo di verdura cruda Fc $0.19/\text{die}$.

I risultati mostrano differenze in termini di sovrappeso/obesità tra i due gruppi. Gli stili alimentari, (risultati preliminari) mostrano in entrambi i gruppi di non soddisfare gli standard di una sana e corretta alimentazione.

Tab. 1 – CORRELAZIONE TRA HG E INDICI ANTROPOMETRICI E BIOIMPEDENZIOMETRICI
Campione Nola

	Peso	Altezza	IB-tot	IB-AS	AF-tot	AF-AS	Circ. muscolare	Area muscolare	Circ. braccio
Emilato dominante									
HG (M)	0,377	0,301	0,312	0,439	0,263	0,263	0,402	0,393	0,331
p<	0,000	0,004	0,003	0,000	0,012	0,012	0,000	0,000	0,001
HG (F)	0,217	0,208	0,291	0,426	0,253	0,253	0,292	0,288	0,172
p<	0,035	0,043	0,004	0,000	0,013	0,013	0,004	0,005	0,095
Emilato non dominante									
HG (M)	0,336	0,202	0,338	0,306	0,217	0,217	0,293	0,287	0,243
p<	0,001	0,056	0,001	0,003	0,040	0,040	0,005	0,006	0,021
HG (F)	0,152	0,143	0,194	0,259	0,436	0,436	0,144	0,104	0,067
p<	0,142	0,166	0,039	0,011	0,000	0,000	0,272	0,316	0,519

AS=arto superiore; IB=indice bioimpedenziometrico; AF=angolo di fase

I dati dell'handgrip possono essere meglio interpretati sulla base della conoscenza delle misure di composizione corporea e suggeriscono una specifica utilità della valutazione BIA segmentale. La combinazione di HG e misure di composizione corporea si presenta come un promettente strumento di sorveglianza nutrizionale in particolare per la valutazione dell'efficienza motoria. Come confermato letteratura, gli stili di vita non sani non si rendono manifesti solo nell'età adulta, ma comportano l'insorgenza precoce di malattie cardiovascolari e metaboliche associate a queste condizioni. Gli adolescenti rappresentano quindi un target su cui intervenire con gli strumenti propri della prevenzione e della sorveglianza nutrizionale.

Comportamenti e stili di vita degli Adolescenti

A. Esposito, C. Bruno, P. Zappullo - Servizio Materno-Infantile

Il Servizio Materno Infantile dell'ASL NA 4 ritiene che la conoscenza della realtà giovanile relativa ai "Comportamenti e gli Stili di Vita" e quindi alla salute degli adolescenti rappresenti una risorsa imprescindibile per portare avanti programmi orientati ad implementare attività e quindi servizi non solo di tipo sanitario ma prevalentemente di tipo psico-socio-educativi.

Il progetto adolescenti nasce come risposta al complesso bisogno di tutela socio- sanitaria nell'area dell'adolescenza: con esso si intende intervenire in maniera integrata non appena sussistono elementi di disagio, da quando ancora questo non si è tradotto in bisogno sanitario. Occorre tener presente che i bisogni di salute nell'età adolescenziale hanno subito negli ultimi anni sostanziali mutamenti con un aumento delle problematiche relative al disagio psico-sociale e alla salute mentale. Ciò è avvenuto e si ripropone in un contesto sociale dove sempre più va articolandosi la complessità delle dinamiche familiari.

Questa area ha come riferimento funzionale la Comunità locale, le organizzazioni della società civile e i servizi distrettuali dell'ASL, in forte e concreta collaborazione con gli Enti Locali, quale contesto della articolazione dei servizi sanitari e sociali del territorio.

L'articolazione del progetto ha previsto inoltre:

1) **un centro studi** per la promozione del benessere e la salute mentale dei bambini e degli adolescenti; il centro intende sperimentare nuovi programmi di prevenzione rivolti ai bambini, agli adolescenti e ai genitori e al contesto sociale, proseguendo a consolidare la sperimentazione di approcci e modalità di interventi innovativi, molteplici ed integrati: psico-socio-pedagogici e utilizzando tecniche e medicine non convenzionali.

2) **Servizio di Consulenza Scolastica:** un servizio di consulenza psicopedagogica nella scuola rivolto agli adolescenti, agli insegnanti e come sostegno alle famiglie; intende promuovere attraverso la collaborazione con la scuola, un'integrazione tra azienda sanitaria-scuola-territorio, attivando una sinergia positiva tra istituzioni, nello sforzo comune di prevenire comportamenti a rischio e a prevenire il disagio psicosociale negli adolescenti.

3) **Osservatorio epidemiologico;** l'osservatorio si è occupato di:

- a) quantificare tutti gli accessi di adolescenti all'interno dei servizi negli anni 2004-2005-2006;
- b) monitorare il disagio giovanile nelle forme in cui si manifesta;
- c) analizzare la pertinenza tra le richieste dei giovani e le risposte dei servizi coinvolti;
- d) verificare il lavoro di rete presente nel territorio e il livello di collaborazione tra operatori di diversi servizi;

GLI strumenti per monitorare il disagio giovanile prevalentemente utilizzati sono stati gli sportelli d'ascolto e la somministrazione dei questionari in alcuni istituti scolastici.

DATI RILEVATI

In tutti gli istituti scolastici presi in esame, il numero complessivo dei ragazzi che si sono rivolti allo sportello d'ascolto hanno evidenziato alcune problematiche più frequenti .

Le problematiche riferite sono state :

- sociale;
 - familiare;
 - relazionale intrascolastico;
 - individuale
-
- cattivo rapporto con i genitori;
 - difficoltà di relazionarsi con alcuni docenti o di relazionarsi con il gruppo classe;
 - problemi sessuali;
 - ansia somatizzata ;
 - disturbi del comportamento alimentare: anoressia e bulimia tra le ragazze e dato interessante anche tra i ragazzi;
 - tentato suicidio;
 - alcolismo e fumo;
 - gioco d'azzardo;
 - depressione;
 - uso di droghe leggere,
 - interruzione di gravidanza.

Tali problematiche sono emerse anche attraverso la somministrazione del questionario "Comportamenti e stili di vita degli adolescenti italiani" che ha preso in campione gli studenti dei primi due anni scolastici ; tale questionario era proprio preposto ad esaminare le abitudini e gli stili di vita dei ragazzi tra i 14 e i 16 anni d'età. Il questionario è stato illustrato nei suoi contenuti e nelle sue finalità dagli operatori sociali coinvolti nelle classi e gli allievi sono stati invitati a collaborare cercando di rispondere in modo più aderente possibile alle loro esperienze.

Tale strumento ci ha consentito di analizzare, attraverso tabelle riassuntive e grafici, la percezione dei ragazzi in relazione ad aree ben precise del loro vivere quotidiano.

Le aree di indagine sono le seguenti:

- 1) Area della sicurezza stradale della sicurezza personale;
- 2) Area relativa al fumo di sigarette;
- 3) Area relativa al consumo di bevande alcoliche;
- 4) Area relativa all'uso di marijuana, cocaina e altre droghe;

- 5) Area dei comportamenti sessuali;
- 6) Area relativa alla percezione del proprio corpo;
- 7) Area sulle abitudini alimentari;
- 8) Area delle attività fisiche;
- 9) Area sui diversi aspetti del tempo libero;
- 10) Area sull'educazione sessuale e sanitaria.

Le 79 domande del questionario sono state inoltrate a 220 studenti di vari Istituti del Comune di Ottaviano (NA) con età compresa tra i 14 e i 16 anni.

Gli Istituti coinvolti sono stati:

- 1) Liceo Agrario "Silvestri" classe: IA
- 2) Istituto Alberghiero "De Medici" classi: IIA - IIB
- 3) Liceo Classico "A. Diaz" classi: IVA - IVB - IVC - IVD - IVE - IVF - IVG

Il campione complessivo di 220 studenti è così composto: 88 maschi (40%) e 132 femmine (60%)

Risultati:

I risultati finali hanno confermato tratti di uniformità nei comportamenti che sono stati già osservati nella precedente rilevazione dell'edizione 2005-2006.

Nel dettaglio delle aree si è osservato:

- a) Area della sicurezza stradale della sicurezza personale: il 25% dei ragazzi intervistati dichiarano di non allacciare le cinture di sicurezza, il 34% solo qualche volta e solo il 20,9% quasi sempre o sempre.
Il casco per chi va in moto viene indossato abitualmente dal 18,7% mentre il 23,6 % non lo ha mai indossato.
Sul tema della *sicurezza personale* i ragazzi interrogati si sono trovati coinvolti in risse per il 16 - 20% di essi spesso al di fuori dell'ambito scolastico (solo l'11,8 % all'interno della scuola).
- b) Area relativa al fumo di sigarette: il *fumo di sigarette* rappresenta un evidente fattore di rischio, infatti, il 41,8% dei giovani adolescenti ha provato almeno una volta a fumare e nelle dichiarazioni indicano proprio la fascia di età tra i 13 e i 14 anni quella in cui iniziano contro il 57,3% di quelli che non hanno mai fumato.
- c) Area relativa al consumo di bevande alcoliche: il consumo di *bevande alcoliche* individua tra i 10 e i 16 anni l'età in cui i ragazzi iniziano a consumare bevande alcoliche (49.4%) contro il 46,4% che non ha mai assaggiato tali bevande. Anche le quantità di bevande bevute nella loro vita per intero varia dal 50,9% di quelli che non hanno mai consumato per intero una bibita alcolica al 21,4% dei ragazzi che hanno bevuto almeno 1-2 volte; mentre il 13,6% dichiara un consumo di 3-9 bevande e il 6,8% tra le 10 e 19 volte le quantità bevute fino al giorno dell'indagine.

- d) Area relativa all'uso di marijuana, cocaina e altre droghe; sull'utilizzo di sostanze stupefacenti, le cosiddette droghe leggere, si riscontra un campione pari al 95,9% dei ragazzi che non ha mai fatto uso di *marijuana*, mentre l'hanno provata il 3,7% dei ragazzi tra gli 11 e i 17 anni. Il tema *cocaina* vede un campione del 1,4% (3 ragazzi su 220) che ha provato almeno una volta la sostanza stupefacente a fronte del 98,2% che dichiara di non aver mai provato la cocaina. Le altre droghe quali *ecstasy* e *varie* pasticche eccitanti individuano l'1,8% dei ragazzi (4/220) che ne hanno fatto uso almeno una volta mentre il 97,3% risponde "mai". L'uso di *droghe iniettabili* (es. eroina) sul totale dei ragazzi solo 1 di essi dichiara di aver fatto uso di una siringa per iniettarsi una droga.
- e) Area dei comportamenti sessuali; il comportamento sessuale del campione vede il 79,5% dei ragazzi dichiarare di non aver mai avuto un rapporto completo, contro il 19,5% di quelli che rispondo SI (43 su 220). L'età del primo rapporto vede una distribuzione pressoché uniforme tra gli < 11 anni (8 ragazzi) fino ai 17 anni (6 ragazzi) con una maggior frequenza a 14 anni (11 ragazzi). Alla domanda "con quante diverse persone" il 15% lo ha fatto con 1-2 persone, 4 ragazzi con 3 persone (1,8%) e 4 ragazzi con 4 persone (1,8%). Sul tema della contraccezione il metodo utilizzato da quelli che hanno avuto un rapporto sessuale (19,5%) vede il profilattico utilizzato per il 14,5% dei casi, mentre l'1,8% che non ha utilizzato alcun metodo.
- f) Area relativa alla percezione del proprio corpo; sul tema della percezione del corpo l'indagine ha evidenziato che i ragazzi danno una definizione del proprio peso "nella norma" il 53,2%, mentre il 33,2% la definisce un po' al di sopra della norma. Il 9,1% la vede al di sotto e 1,4% molto al di sopra della norma. Le azioni messe in essere dai ragazzi per correggere il peso corporeo il 52,3% cerca di perdere peso, il 18,2% cerca di mantenerlo e il 6,8% sta cercando di mettere peso. Sul tema delle diete il 74,5% dei ragazzi non far ricorso a diete per dimagrire o per mettere peso contro il 24,5% di coloro che hanno fatto ricorso a qualche dieta nell'ultimo mese. L'attività fisica si distribuisce alla pari tra quelli che praticano qualche attività contro quelli che non la praticano (50% SI e 48,6% NO). anche il tema del vomito per perdere peso e per individuare potenziali casi di anoressia individua nel 6,4% (14 ragazzi) coloro i quali hanno indotto il vomito volontariamente.
- g) Area sulle abitudini alimentari; L'alimentazione con hamburger, panini, ecc. non è gradita al 63,6% del campione mentre il 25,5% dichiara di aver consumato almeno 1 panino (o similare) il giorno prima dell'indagine e il 9% 2 o 3 panini. L'uso dei dolci, invece, ha riguardato il 77,3% dei ragazzi contro il 25,9% di quelli che non hanno mangiato dolci il giorno prima della rilevazione. Anche pranzare ai fast food nell'arco di un mese sembra essere una prerogativa dei ragazzi intervistati, infatti, il 56,3% pranza da almeno una volta al mese in questi locali (21,8%) a 2-3 volte/mese (24,5%) a 4 volte circa al mese (7,3%) contro il 47,7% di quelli che non

ci vanno mai. Sul tema dell'altezza i ragazzi dimostrano di conoscere la propria altezza contro il 12,3% che non risponde e che probabilmente la ignora.

Nelle domande relative al peso si può notare una distribuzione che in questa fascia di età vede prevalere situazioni pericolose di sovrappeso (38,6%), cioè 85 ragazzi su 220, senza trascurare il fatto che il 13,6% del campione omette volontariamente di rispondere al quesito "indica il tuo peso" con commenti (offensivi per chi analizzerà il questionario) non richiesti dall'indagine.

h) Area delle attività fisiche; Il ricorso ad attività sportive nell'ultimo anno vede coinvolti con impegno che varia da "qualche volta" a "regolarmente" il 58,1% dei giovani, mentre il 40,9% dichiara di non aver mai praticato alcuna attività sportiva nell'ultimo anno, cioè 90 ragazzi sul totale di 220.

i) Area sui diversi aspetti del tempo libero; nel tempo libero 187 ragazzi su 220 dichiara di utilizzare il computer (85%) contro il 12,7 che non lo fa. Di quelli che lo utilizzano, si collega ad internet il 68,6% del campione.

L'85% dei ragazzi possiede un televisore in camera e il 60,9% a casa gioca ai videogames. Il possesso del telefono cellulare riguarda il 94,1% dei ragazzi, solo il 3,6% dichiara di non avere il telefono (8 ragazzi).

j) Area sull'educazione sessuale e sanitaria; sull'ultimo punto trattato dal questionario, i 220 studenti hanno dichiarato che la maggiore quantità di informazioni relative alla sessualità l'hanno ricevuta per il 63,2% da amici, dai mass media il 30,9%, dai genitori il 17,3% e dagli insegnanti il 15% (si consideri che la domanda era a risposta multipla).

La partecipazione ad attività di educazione sanitaria e/o sessuale vede la scuola media informare i giovani, sia regolarmente che saltuariamente, per il 34,1%; anche la partecipazione a ad attività didattiche sempre nelle scuole medie ha interessato il 33,1% dei giovani.

La percentuale di coloro i quali hanno partecipato ad attività di educazione sessuale e/o sanitaria alle scuole medie superiore scende al 16,8% per quella sanitaria e al 14,6% per quella sessuale.

Nel fare un bilancio delle attività di *educazione sanitaria* più significative alle quali i ragazzi hanno partecipato, oltre a quelli che dichiarano di non aver mai partecipato 48,6%, si evince che tali attività sono state condotte dagli insegnanti delle scuole elementari per il 15%, da insegnanti delle scuole medie 17,3%, da insegnanti delle scuole medie superiori 5,5% oltre che da operatori sanitari 7,7% .

In fine, l'*educazione sessuale* è stata loro trasmessa dagli insegnanti delle scuole elementari per il 3,6% degli intervistati; dagli insegnanti delle scuole medie per il 20,9%; dagli insegnanti delle medie superiori per il 9,1%; dai ragazzi della stessa età 6,4%, ma anche da operatori sanitari 3,6% e da associazioni di volontariato 3,2% (erano previste risposte multiple). Preoccupante è la risposta di 117 ragazzi che dichiarano di non aver mai partecipato ad attività di educazione sessuale (53,2%).

Risultati finali

Istituti scolastici di Ottaviano (NA)		Ist. Agrario "Silvestri"	Ist. Alberghiero "De Medici"	Ist. Alberghiero "De Medici"	Liceo Classico A. Diaz.	Liceo Classico A. Diaz.	Liceo Classico A. Diaz.	Liceo Classico A. Diaz.	Liceo Classico A. Diaz.	Liceo Classico A. Diaz.	Liceo Classico A. Diaz.	Totale valori assoluti	Totale va percentu
anno I e II		I A	II A	II B	IV A	IV B	IV C	IV D	IV E	IV F	IV G		
Totale studenti 220	età media	15,07	15,81	16,13	14,85	14,80	14,96	15,08	15,00	14,77	14,96	15,14	1
	maschio	11	13	9	11	9	10	6	6	7	6	88	
	femmina	4	3	7	16	16	16	19	15	19	17	132	
1	DOMANDE SULLA SICUREZZA STRADALE E LA SICUREZZA PERSONALE												
Quando viaggi in automobile allacci le cinture di sicurezza?	a) mai	3	5	4	5	2	8	3	2	1	2	35	
	b) raramente	2	3	1	5	5	5	11	3	2	5	42	
	c) qualche volta	5	6	7	6	13	3	7	5	17	6	75	
	d) quasi sempre	0	1	2	7	4	5	3	6	2	7	37	
	e) sempre	5	1	2	4	1	5	1	5	4	3	31	
	f) non risposte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2													
Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai guidato una motocicletta?	a) mai	2	6	6	21	16	17	17	14	15	18	132	
	b) da 1 a 10 volte	3	6	3	2	7	3	4	3	8	2	41	
	c) da 11 a 20 volte	2	0	1	0	2	0	3	0	1	2	11	
	d) da 21 a 39 volte	2	0	1	0	0	1	0	1	0	0	5	
	e) da 40 o più volte	6	4	5	4	0	5	1	2	2	1	30	
	f) non risposte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3													
Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai indossato il casco quando hai guidato o viaggiato su una motocicletta?	a) non ho mai guidato o viaggiato su una motocicletta negli ultimi 12 mesi	2	4	2	15	10	11	9	11	8	15	87	
	b) non ho indossato mai il casco	3	4	6	7	6	7	5	2	7	5	52	
	c) ho indossato il casco qualche volta	5	5	2	2	4	4	8	4	5	0	39	
	d) ho indossato il casco quasi sempre	1	2	2	2	2	3	3	2	3	3	23	
	e) ho indossato il casco sempre	4	1	4	1	3	0	0	2	3	0	18	
	f) non risposte	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
4													
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ti è capitato di viaggiare su un veicolo (auto o moto) guidato da qualcuno che aveva consumato bevande alcoliche prima di mettersi alla guida?	a) mai	11	13	15	27	20	23	23	16	23	22	193	
	b) 1 volta	2	3	0	0	2	1	2	2	3	1	16	
	c) 2 o 3 volte	0	0	1	0	3	2	0	2	0	0	8	
	d) 4 o 5 volte	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	e) 6 o più volte	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	
	f) non risposte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

5													
Negli ultimi 30 giorni, quante volte non sei andato a scuola perché avevi paura di essere coinvolto in una rissa o di essere aggredito all'interno della scuola o nel percorso di andata e ritorno?	a) mai	14	13	16	26	25	26	25	21	26	23	215	97,7
	b) 1 volta	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	5	2,3
	c) 2 o 3 volte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	d) 4 volte o più	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	e) non risposte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
6													
Negli ultimi 12 mesi, quante volte qualcuno ti ha minacciato o aggredito usando coltelli, lame o altre armi?	a) mai	13	11	16	27	24	23	24	18	24	22	202	91,8
	b) 1 volta	0	5	0	0	0	2	0	3	1	1	12	5,5
	c) 2 o 3 volte	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1,4
	d) più di 3 volte	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	1,4
	e) non risposte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
7													
Negli ultimi 12 mesi, quante volte qualcuno ha rubato o intenzionalmente danneggiato oggetti di tua proprietà all'interno o in prossimità della scuola?	a) mai	8	10	13	18	25	18	21	18	23	21	175	79,5
	b) 1 volta	6	1	2	4	0	5	2	2	2	2	26	11,8
	c) 2 o 3 volte	1	3	0	2	0	2	1	0	1	0	10	4,5
	d) più di 3 volte	0	2	1	3	0	0	1	1	0	0	8	3,6
	e) non risposte	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,5
8													
Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei trovato/a coinvolto/a in uno scontro fisico (lotta, aggressione)?	a) mai	4	6	6	19	17	16	21	16	20	21	146	66,4
	b) 1 volta	5	2	6	4	3	3	4	2	5	1	35	15,9
	c) 2 o 3 volte	5	6	4	1	3	4	0	2	1	1	27	12,3
	d) 4 o 5 volte	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1,4
	e) più di 5 volte	0	1	0	3	1	3	0	1	0	0	9	4,1
	f) non risposte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
9													
Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei trovato/a coinvolto/a in uno scontro fisico (lotta, aggressione) all'interno o in prossimità della scuola?	a) mai	7	7	12	21	16	17	21	19	24	22	166	75,5
	b) 1 volta	6	6	4	2	9	8	4	2	2	1	44	20,0
	c) 2 o 3 volte	2	1	0	2	0	1	0	0	0	0	6	2,7
	d) 4 o 5 volte	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5
	e) più di 5 volte	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	1,4
	f) non risposte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
10													
L'ultima volta che ti sei trovato coinvolto in uno scontro fisico, contro chi hai lottato?	non mi sono mai trovato coinvolto in uno scontro fisico	4	4	8	20	16	12	15	16	17	22	134	60,9
	b) con uno sconosciuto	6	6	4	0	2	3	3	3	4	0	31	14,1
	c) con un amico che conoscevo bene	3	4	3	4	5	1	3	0	2	0	25	11,4
	d) con il mio ragazzo o la mia ragazza	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0,9
	e) con un familiare (fratello, sorella, ecc.)	0	1	0	2	1	2	3	1	2	0	12	5,5
	f) con qualcuno non incluso nelle precedenti risposte	0	3	0	1	1	6	0	0	0	1	12	5,5
	g) con più persone tra quelle delle precedenti risposte	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0,9
	h) non risposte	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	4	1,8

11															
L'ultima volta che ti sei trovato coinvolto in uno scontro fisico, dove è successo?	a)	all'interno della mia scuola fuori dalla scuola, prima o dopo le lezioni	2	6	5	4	3	0	2	3	0	1	26	11,8	
	b)	all'interno di un locale pubblico (bar, pub, stadio, altro...)	3	3	1	1	6	8	3	3	1	0	29	13,2	
	c)	all'esterno di un locale pubblico (bar, pub, stadio, altro)	0	1	0	0	0	0	3	1	2	1	8	3,6	
	d)	a casa mia	3	0	1	1	3	1	2	1	3	0	15	6,8	
	e)	a casa di altri	2	0	1	3	2	2	1	1	3	0	15	6,8	
	f)	altro	0	0	2	0	0	0	1	0	1	1	5	2,3	
	g)	non risposte	2	5	3	9	5	9	8	8	11	16	76	34,5	
	h)		1	1	3	9	6	6	5	4	5	4	44	20,0	
12	DOMANDE RELATIVE AL FUMO DI SIGARETTE														
Hai mai provato a fumare, anche solo per dare uno o due tiri alla sigaretta?	a)	si	7	8	11	5	6	12	11	11	15	6	92	41,8	
	b)	no	8	8	4	21	19	14	14	10	11	17	126	57,3	
	c)	non risposte	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0,9	
13															
Quanti anni avevi la prima volta che hai fumato per intero una sigaretta?	a)	non ho mai fumato per intero una sigaretta	9	10	5	18	20	17	18	13	15	16	141	64,1	
	b)	8 anni o anche meno	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0,9	
	c)	9 o 10 anni	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	6	2,7	
	d)	11 o 12 anni	0	2	0	2	2	1	2	2	2	0	13	5,9	
	e)	13 o 14 anni	2	1	4	2	2	4	4	5	7	3	34	15,5	
	f)	15 o 16 anni	1	1	6	0	0	1	1	0	0	1	11	5,0	
	g)	17 anni o più	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
	h)	non risposte	0	0	1	4	0	2	0	0	2	3	12	5,5	
14															
Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni hai fumato sigarette?	a)	non ho mai fumato sigarette negli ultimi 30 gg.	9	11	7	18	22	19	18	16	18	22	160	72,7	
	b)	1 o 2 giorni	2	2	4	1	2	3	4	3	1	0	22	10,0	
	c)	da 3 a 5 giorni	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	1,4	
	d)	da 6 a 9 giorni	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	5	2,3	
	e)	da 10 a 19 giorni	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	6	2,7	
	f)	da 20 a 29 giorni	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
	g)	tutti i giorni	2	1	2	3	0	1	3	1	1	0	14	6,4	
	h)	non risposte	0	0	1	4	0	1	0	0	3	0	9	4,1	
15															
Negli ultimi 30 giorni, nei giorni in cui hai fumato, quante sigarette hai fumato in media?	a)	non ho mai fumato sigarette negli ultimi 30 gg.	10	11	7	18	21	20	17	17	18	22	161	73,2	
	b)	meno di una sigaretta al giorno	1	3	1	1	1	1	4	2	0	1	15	6,8	
	c)	una sigaretta al giorno	1	1	6	0	1	0	1	0	4	0	14	6,4	
	d)	da2 a 5 sigarette al giorno	1	1	1	1	2	4	3	1	1	0	15	6,8	
	e)	da6 a 10 sigarette al giorno	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,5	
	f)	da 11 a 20 sigarette al giorno	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0,9	
	g)	più di 20 sigarette al giorno	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1,4	
	h)	non risposte	0	0	1	4	0	1	0	0	3	0	9	4,1	
16															
Negli ultimi 30 giorni, ti è capitato di fumare all'interno della scuola (escluso il cortile)?	a)	non ho mai fumato sigarette negli ultimi 30 gg.	12	11	8	19	22	20	18	16	18	23	167	75,9	
	b)	negli ultimi 30 giorni non ho fumato all'interno della scuola	1	3	7	1	3	4	4	3	4	0	30	13,6	
	c)	negli ultimi 30 giorni ho fumato, all'interno della scuola	2	2	0	3	0	1	2	2	1	0	13	5,9	
	d)	non risposte	0	0	1	4	0	0	1	0	3	0	9	4,1	
17															
Hai mai provato a smettere di fumare?	a)	si	4	3	5	2	6	7	7	4	8	4	50	22,7	
	b)	no	7	8	6	9	9	13	13	9	11	5	90	40,9	
	c)	non risposte	2	5	5	16	10	6	5	8	7	14	78	35,5	

18	DOMANDE RELATIVE AL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE												
Quanti anni avevi la prima volta che hai consumato (e non soltanto assaggiato) per intero una bevanda alcolica?	a) non ho mai consumato per intero una bevanda alcolica	4	8	8	18	10	12	8	9	13	12	102	46,4
	b) 8 anni o meno	2	0	1	1	0	2	1	0	0	0	7	3,2
	c) 9 o 10 anni	2	0	1	1	1	1	0	1	1	0	8	3,6
	d) 11 o 12 anni	2	3	0	2	7	6	5	2	5	3	35	15,9
	e) 13 o 14 anni	4	4	2	2	7	5	7	9	6	6	52	23,6
	f) 15 o 16 anni	1	1	3	2	0	0	4	0	1	2	14	6,4
	g) 17 anni o più	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5
	h) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
19													
Nella tua vita, quante volte ti è capitato di consumare (e non solo assaggiare) per intero una bevanda alcolica?	a) non ho mai consumato per intero una bevanda alcolica	5	7	6	20	10	14	9	10	16	15	112	50,9
	b) 1 o 2 volte	2	3	5	4	5	2	8	4	7	7	47	21,4
	c) da 3 a 9 volte	1	4	3	0	4	7	5	2	3	1	30	13,6
	d) da 10 a 19 volte	5	0	2	1	2	1	2	2	0	0	15	6,8
	e) da 20 a 39 volte	2	1	0	1	2	1	1	0	0	0	8	3,6
	f) da 40 a 99 volte	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,5
	g) più di 100 volte	0	1	0	0	2	0	0	3	0	0	6	2,7
	h) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
20													
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ti è capitato di consumare per intero una bevanda nell'arco di una giornata?	a) mai	7	12	12	24	16	17	15	15	20	19	157	71,4
	b) 1 o 2 volte	5	3	1	0	6	5	8	5	4	4	41	18,6
	c) da 3 a 5 volte	0	1	3	1	1	4	2	1	2	0	15	6,8
	d) da 6 a 9 volte	3	0	0	1	2	0	0	0	0	0	6	2,7
	e) da 10 a 19 volte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	f) da 20 a 29 volte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	g) tutti i giorni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	h) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
21													
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ti è capitato di consumare 5 o più bevande alcoliche nell'arco di due ore?	a) mai	12	15	16	25	22	24	24	20	25	23	206	93,6
	b) 1 volta	0	1	0	0	3	1	1	1	1	0	8	3,6
	c) 2 volte	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	1,4
	d) da 3 a 5 volte	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5
	e) più di 5 volte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
	f) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
	g) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
22	DOMANDE RELATIVE ALL'USO DI MARIJUANA												
Quanti anni avevi quando hai provato la marijuana per la prima volta	a) non ho mai fatto uso di marijuana	12	15	14	26	24	26	25	20	26	23	211	95,9
	b) 11 o 12 anni	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,5
	c) 13 o 14 anni	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,9
	d) 15 o 16 anni	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	4	1,8
	e) 17 anni o più	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5
	f) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
	g) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
23													
Nella tua vita, quante volte hai fatto uso di marijuana	a) non ho mai fatto uso di marijuana	13	15	14	26	25	26	25	20	26	23	213	96,8
	b) 1 o 2 volte	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,5
	c) da 3 a 9 volte	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1,4
	d) da 10 a 19 volte	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,9
	e) da 20 a 39 volte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	f) 40 volte o più	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	g) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
24													
Negli ultimi 30 giorni, quante volte hai fatto uso di marijuana?	a) non ho mai fatto uso di marijuana negli ultimi 30 gg	13	15	15	24	25	26	25	21	25	23	212	96,4
	b) 1 o 2 volte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	c) da 3 a 9 volte	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1,4
	d) da 10 a 19 volte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	e) da 20 a 39 volte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	f) 40 volte o più	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	g) non risposte	0	1	0	3	0	0	0	0	1	0	5	2,3

25	DOMEDE RELATIVE ALL'USO DI COCAINA O ALRE DROGHE												
Nella tua vita, hai mai provato a fare uso di cocaina?	a) no, mai	13	16	15	26	25	26	25	21	26	23	216	98,2
	b) si, una volta	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1,4
	c) si, qualche volta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	d) si, con regolarità	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	e) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
26													
Negli ultimi 30 giorni, hai fatto uso di cocaina?	a) no, mai	13	16	16	26	25	26	25	21	26	23	217	98,6
	b) si, una volta	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,9
	c) si qualche volta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	d) si con regolarità	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	e) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
27													
Nella tua vita hai mai provato a fare uso di ecstasy, pasticche o altre sostanze eccitanti?	a) no, mai	13	16	16	25	23	26	25	21	26	23	214	97,3
	b) si, una volta	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4	1,8
	c) si qualche volta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	d) si, più o meno tutte le sett.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	e) si, con regolarità	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	f) non risposte	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0,9
28													
Negli ultimi 30 giorni, hai fatto uso di ecstasy, pasticche o altre sostanze eccitanti?	a) no, mai	13	16	16	26	24	26	25	21	26	23	216	98,2
	b) si, una volta	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1,4
	c) si qualche volta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	d) si, più o meno tutte le sett.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	e) si, con regolarità	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	f) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
29													
Nella tua vita, hai mai fatto uso di una siringa per iniettarti una droga o una sostanza psicoattiva nel tuo corpo?	a) no, mai	14	16	16	26	25	25	25	21	26	23	217	98,6
	b) si, una volta	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5
	c) si 2 o 3 volte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	d) si, 4 volte o più	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	e) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5

30	DOMANDE SUI COMPORTAMENTI SESSUALI													
Hai già avuto un rapporto sessuale completo?	a) sì	9	5	6	4	4	5	6	3	0	1	43	19,5	
	b) no	6	11	10	22	21	20	19	18	26	22	175	79,5	
	c) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
31														
Quanti anni avevi quando hai avuto il tuo primo rapporto sessuale?	a) non ho mai avuto un rapporto sessuale completo	6	11	8	22	20	20	19	18	26	22	172	78,2	
	b) 11 anni o meno	6	0	0	1	0	0	1	0	0	0	8	3,6	
	c) 12 anni	0	1	1	1	2	2	0	0	0	0	7	3,2	
	d) 13 anni	2	2	1	1	1	0	0	1	0	0	8	3,6	
	e) 14 anni	1	0	0	1	1	3	3	2	0	0	11	5,0	
	f) 15 anni	0	2	2	0	1	0	1	0	0	1	7	3,2	
	g) 16 anni	1	0	4	0	0	0	1	0	0	0	6	2,7	
	h) 17 anni o più	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
	i) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
32														
Nella tua vita con quante diverse persone hai avuto un rapporto sessuale?	a) non ho mai avuto un rapporto sessuale completo	5	11	8	22	20	20	18	18	26	22	170	77,3	
	b) 1 persona	2	1	3	1	2	2	6	2	0	1	20	9,1	
	c) 2 persona	2	2	2	3	1	3	0	0	0	0	13	5,9	
	d) 3 persona	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4	1,8	
	e) 4 persona	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	4	1,8	
	f) 5 persona	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
	g) 6 o più persone	4	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	2,7	
	h) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
33														
Negli ultimi 3 mesi, con quante diverse persone hai avuto un rapporto sessuale?	a) non ho mai avuto un rapporto sessuale completo	6	11	8	22	20	20	18	18	26	22	171	77,7	
	b) ho già avuto rapporti, ma non negli ultimi 3 mesi	2	1	3	0	4	4	3	1	0	0	18	8,2	
	c) 1 persona	2	4	2	0	0	1	4	1	0	1	15	6,8	
	d) 2 persona	1	0	3	3	1	0	0	0	0	0	8	3,6	
	e) 3 persona	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,9	
	f) 4 persona	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	4	1,8	
	g) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
34														
L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, hai consumato alcol o droghe nei momenti precedenti il rapporto?	a) non ho mai avuto un rapporto sessuale completo	8	12	9	22	20	20	20	18	26	22	177	80,5	
	b) sì	4	1	1	2	0	1	0	2	0	0	11	5,0	
	c) no	3	3	6	2	5	4	5	1	0	1	30	13,6	
	d) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
35														
L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, quale metodo anticoncezionale tu o il tuo partner avete usato per prevenire una gravidanza?	a) non ho mai avuto un rapporto sessuale completo	6	10	9	22	20	20	19	18	26	22	172	78,2	
	b) non abbiamo usato alcun metodo anticoncezionale	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4	1,8	
	c) la pillola anticoncezionale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
	d) il profilattico	6	4	5	2	3	4	4	3	0	1	32	14,5	
	e) il coito interrotto	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
	f) altro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
	g) non mi ricordo bene	1	0	0	1	1	1	2	0	0	0	6	2,7	
	h) non risposte	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	4	1,8	
36														
Quante volte ti è già capitato di rimanere incinta (se sei una ragazza) o di mettere incinta una ragazza (se sei un ragazzo)?	a) mai	10	11	16	26	23	25	24	21	26	22	204	92,7	
	b) 1 volta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
	c) 2 o più volte	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	1,8	
	d) non lo so	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	5	2,3	
	e) non risposte	0	3	0	1	0	0	1	0	0	1	6	2,7	

37	DOMANDE RIFERITE AL PESO CORPOREO												
Come definisci il tuo peso?	a) molto al di sotto della norma	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	5	2,3
	b) un po' al di sotto della norma	5	0	0	1	1	2	3	2	3	3	20	9,1
	c) nella norma	7	4	8	20	15	10	13	13	16	11	117	53,2
	d) un po' al di sopra della norma	3	7	8	5	9	13	8	6	7	7	73	33,2
	e) molto al di sopra della norma	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3	1,4
	f) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
38													
Rispetto al tuo peso, attualmente tu	a) stai cercando di perdere peso	4	10	11	15	11	18	12	11	11	12	115	52,3
	b) stai cercando di mettere su peso	3	4	0	1	1	0	1	1	2	2	15	6,8
	c) stai cercando di mantenere il peso attuale	4	0	4	4	5	1	5	3	9	5	40	18,2
	d) non stai cercando di fare nulla	4	2	1	6	7	6	7	6	4	4	47	21,4
	e) non risposte	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0,9
39													
Negli ultimi 30 giorni, hai fatto ricorso a diete per perdere peso o per ingrassare?	a) si	4	6	5	3	6	6	6	5	5	8	54	24,5
	b) no	11	10	11	23	19	19	19	16	21	15	164	74,5
	c) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
40													
Negli ultimi 30 giorni, hai fatto ginnastica o attività fisica per perdere peso o per ingrassare?	a) si	8	8	8	14	13	15	13	8	13	10	110	50,0
	b) no	7	7	8	12	12	10	12	13	13	13	107	48,6
	c) non risposte	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0,9
41													
Negli ultimi 30 giorni, hai provato a vomitare per perdere peso o per non ingrassare?	a) si	1	2	4	1	1	0	3	1	1	0	14	6,4
	b) no	14	14	12	25	24	25	22	20	25	23	204	92,7
	c) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
42													
Negli ultimi 30 giorni, hai preso pillole dietetiche o altri composti per perdere peso o per non ingrassare?	a) si	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3	1,4
	b) no	15	16	15	26	25	25	24	20	26	22	214	97,3
	c) non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0,9
43	DOMANDE RIFERITE ALLE ABITUDINI ALIMENTARI												

43	DOMANDE RIFERITE ALLE ABITUDINI ALIMENTARI													
Ieri, hai fatto: (barra le voci di tutti i pasti che hai fatto)	a)	la prima colazione del mattino	8	10	12	15	14	18	16	11	18	16	138	62,7
	b)	la merenda di metà mattino	4	6	7	10	11	13	8	6	10	8	83	37,7
	c)	il pranzo	10	16	16	26	24	25	24	21	26	20	208	94,5
	d)	la merenda di metà pomeriggio	4	11	9	16	10	16	14	9	22	7	118	53,6
	e)	uno spuntino prima di sera	4	7	5	8	4	3	5	9	7	2	54	24,5
	f)	la cena	9	16	16	25	23	24	23	19	25	20	200	90,9
	g)	uno spuntino dopo cena	1	3	3	4	3	2	2	3	1	0	22	10,0
	h)	numerosi spuntini durante la giornata	3	1	1	3	1	2	1	1	0	1	14	6,4
44														
Quante volte hai mangiato frutta ieri?	a)	nemmeno una volta	2	4	7	13	9	12	7	11	9	9	83	37,7
	b)	1 volta	3	7	5	5	10	8	12	7	12	4	73	33,2
	c)	2 volte	2	2	4	7	6	5	4	0	4	10	44	20,0
	d)	3 o più volte	8	3	0	1	0	0	2	3	1	1	19	8,6
	e)	non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
45														
Quante volte hai mangiato verdure cotte, ieri (con esclusione di patate fritte e patate in sacchetto)?	a)	nemmeno una volta	6	9	6	15	15	14	13	10	12	10	110	50,0
	b)	1 volta	5	5	6	7	8	11	10	9	10	10	81	36,8
	c)	2 volte	2	1	2	3	2	0	2	2	4	3	21	9,5
	d)	3 o più volte	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	5	2,3
	e)	non risposte	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0,9
46														
Quante volte hai mangiato hamburger, panini o sandwiches, ieri?	a)	nemmeno una volta	7	9	11	17	19	17	14	12	18	16	140	63,6
	b)	1 volta	3	3	1	5	5	7	11	6	8	7	56	25,5
	c)	2 volte	2	0	3	2	1	0	0	2	0	0	10	4,5
	d)	3 o più volte	3	2	1	2	0	1	0	1	0	0	10	4,5
	e)	non risposte	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1,4
47														
Quante volte hai mangiato patatine fritte o patate in sacchetto, ieri?	a)	nemmeno una volta	5	9	7	15	17	20	17	11	18	14	133	60,5
	b)	1 volta	4	3	8	6	6	3	6	9	8	7	60	27,3
	c)	2 volte	3	1	0	3	2	1	1	0	0	2	13	5,9
	d)	3 o più volte	3	1	1	2	0	1	1	1	0	0	10	4,5
	e)	non risposte	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1,4
48														
Quante volte hai mangiato biscotti, dolci, tortine o merendine, ieri?	a)	nemmeno una volta	5	4	3	5	10	10	4	5	6	5	57	25,9
	b)	1 volta	5	5	6	14	8	10	12	5	10	11	86	39,1
	c)	2 volte	3	3	4	4	3	2	6	7	7	6	45	20,5
	d)	3 o più volte	2	2	3	3	4	3	3	4	3	1	28	12,7
	e)	non risposte	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1,4
49														
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ti è capitato di fare un pasto ad un fast food?	a)	Mai	7	9	10	16	6	14	8	11	12	12	105	47,7
	b)	1 volta	4	2	1	6	8	3	6	4	9	5	48	21,8
	c)	2 o 3 volte	3	2	4	2	7	16	8	5	5	2	54	24,5
	d)	una volta circa alla sett.	1	3	0	1	4	1	2	1	0	3	16	7,3
	e)	quasi tutti i giorni	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,5
	f)	non risposte	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	5	2,3
50														
Indica la tua altezza (in centimetri)	a)	cm 150-160	0	0	5	4	4	4	7	2	7	4	37	16,8
	b)	cm 161-170	6	1	4	11	12	9	9	11	13	10	86	39,1
	c)	cm 171-180	8	10	5	7	6	7	8	3	3	4	61	27,7
	d)	oltre	0	2	1	1	0	0	0	1	0	3	8	3,6
	e)	non risposte	0	3	1	4	3	6	1	4	3	2	27	12,3
51														
Indica il tuo peso (in Kg)	a)	40-50	0	2	2	3	5	4	5	6	9	4	40	18,2
	b)	51-60	1	1	2	11	11	4	7	7	7	10	61	27,7
	c)	61-70	3	1	3	9	3	4	6	3	7	3	42	19,1
	d)	71-80	7	3	1	0	3	3	3	4	1	1	26	11,8
	e)	81-90	0	2	4	0	0	2	0	0	0	2	10	4,5
	f)	oltre	1	4	2	0	0	0	0	0	0	0	7	3,2
	g)	non risposte	0	3	2	4	3	8	4	1	2	3	30	13,6

52	DOMANDE RELATIVE ALL'ATTIVITA' FISICA														
Nell'ultima settimana, quanti giorni sei riuscito a fare attività fisica o a partecipare ad attività motorie che ti hanno fatto sudare e respirare velocemente, quali pallacanestro, jogging, footing, nuoto, tennis, ecc?	a)	nemmeno un giorno	2	2	5	3	5	6	9	10	12	6	60	27,3	
	b)	1 giorno	0	2	0	4	5	4	4	1	2	5	27	12,3	
	c)	2 giorno	0	1	5	8	5	4	2	5	5	5	40	18,2	
	d)	3 giorno	0	2	3	2	3	5	5	3	3	1	27	12,3	
	e)	4 giorno	7	4	2	1	3	1	1	2	2	2	25	11,4	
	f)	5 giorno	1	3	0	3	2	2	0	0	1	2	14	6,4	
	g)	6 giorno	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	6	2,7	
	h)	7 giorno	3	1	0	5	2	2	3	1	0	2	19	8,6	
	i)	non risposte	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,5	
53															
Nell'ultima settimana quanti giorni sei riuscito a camminare o andare in bicicletta per almeno 30 minuti consecutivi?	a)	nemmeno un giorno	4	4	4	15	13	7	5	9	10	11	82	37,3	
	b)	1 giorno	2	2	2	2	3	3	5	6	6	3	34	15,5	
	c)	2 giorno	0	1	6	2	2	4	3	1	2	2	23	10,5	
	d)	3 giorno	1	4	1	2	1	5	8	2	4	1	29	13,2	
	e)	4 giorno	2	0	1	2	1	2	1	0	0	2	11	5,0	
	f)	5 giorno	1	3	1	0	1	1	0	1	2	2	12	5,5	
	g)	6 giorno	1	1	1	1	1	0	1	2	2	1	11	5,0	
	h)	7 giorno	3	1	0	3	3	2	2	1	0	1	16	7,3	
	i)	non risposte	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,5	
54															
Negli ultimi 12 mesi, hai partecipato ad attività sportive al di fuori di quelle organizzate dalla scuola?	a)	no mai	2	4	6	10	9	12	12	11	9	15	90	40,9	
	b)	si, qualche volta	9	7	8	8	8	6	4	6	10	6	72	32,7	
	c)	si partecipo con regolarità alle attività di un'associazione sportiva (corsi di addestramento, allenamenti, ecc...)	1	5	1	8	7	5	8	4	7	2	48	21,8	
	d)	si partecipo con regolarità alle attività didue o più associazioni sportive (addestramento, allenamenti, ecc....)	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	8	3,6	
	e)	non risposte	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,5	
55															
Solitamente, durante un'ora di educazione fisica di una tipica lezione effettuata a scuola, quantotempo spendi realmente impegnato e coinvolto in attività motorie che richiedono sforzo fisico?	a)	io sono esonerato dalle attività di educazione fisica	3	1	2	1	2	2	2	1	0	2	16	7,3	
	b)	meno di 10 minuti	6	5	5	10	2	4	4	4	5	8	53	24,1	
	c)	da10 a 20 minuti	2	2	0	6	3	0	3	7	8	6	37	16,8	
	d)	da 21 a 30 minuti	0	2	2	3	7	1	5	3	3	1	27	12,3	
	e)	più di 30 minuti	3	6	7	7	11	17	11	6	10	6	84	38,2	
	f)	non risposte	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,5	
56															
Nella tua vitahai fatto uso di sostanze e/o preparati per migliorare le tue prestazioni sportive o per accrescere la tua massa muscolare?	a)	non ho mai fatto uso di queste sostanze	12	12	15	27	25	24	24	21	25	23	208	94,5	
	b)	ho fatto uso, nella mia vita, di questo sostanze	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1,4	
	c)	ho più volte nella mia vita fatto uso di questo sostanze	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1,4	
	d)	faccio regolarmente uso di questo genere di sostanze	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0,9	
	e)	non risposte	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0,9	
57															
Se nella tua vita hai fatto uso di sostanze per migliorare le tue prestazioni sportive o per accrescere la tua massa muscolare, chi te le ha consigliate?	a)	non ho mai fatto uso di queste sostanze	9	13	15	27	25	24	24	21	25	22	205	93,2	
	b)	nessuno, ho deciso da solo/a di farne uso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
	c)	me le ha consigliate un amico/a	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
	d)	il responsabile della palestra che frequento	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
	e)	me le ha consigliate l'allenatore	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0,0	5	2,3	
	f)	il medico della squadra o società sportiva che frequento	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
	g)	il medico di famiglia	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0,9	
	h)	non risposte	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3	1,4	

58	DOMANDE SUI DIVERSI ASPETTI DEL TEMPO LIBERO												
C'è un televisore nella tua camera?	a) sì	11	15	16	23	24	19	22	17	20	20	187	85,0
	b) no	1	1	0	4	1	6	2	4	6	3	28	12,7
	c) non risposte	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,5
59													
Utilizzi il computer a casa?	a) sì	8	12	11	25	25	22	18	19	26	21	187	85,0
	b) no	4	4	5	2	0	3	6	2	0	2	28	12,7
	c) non risposte	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,5
60													
Ti colleghi ad internet da casa tua?	a) sì	5	8	7	20	22	19	14	14	26	16	151	68,6
	b) no	7	8	9	7	3	6	10	7	0	7	64	29,1
	c) non risposte	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,5
61													
A casa giochi ai videogames (videogiochi)?	a) sì	10	12	11	15	16	18	10	14	14	14	134	60,9
	b) no	2	4	5	12	9	7	14	7	12	9	81	36,8
	c) non risposte	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,5
62													
Possiedi una Playstation?	a) sì	8	15	12	23	22	19	18	15	16	18	166	75,5
	b) no	4	1	4	4	3	6	6	6	10	5	49	22,3
	c) non risposte	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,5
63													
Possiedi un telefono cellulare?	a) sì	10	13	16	25	25	25	24	20	26	23	207	94,1
	b) no	2	3	0	2	0	0	0	1	0	0	8	3,6
	c) non risposte	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,5
64													
Hai mai giocato a videopoker in un locale pubblico?	a) non so cosa sia il videopoker	3	6	4	16	6	9	10	4	6	12	76	34,5
	b) no, non ho mai giocato a videopoker in un locale pubblico	2	6	7	5	13	10	13	11	19	10	96	43,6
	c) sì, una o due volte ho provato a giocare in un locale pubblico	3	3	1	4	4	2	1	3	0	0	21	9,5
	d) sì, qualche volta ho giocato a videopoker in un locale pubblico	3	1	2	1	2	3	0	2	1	0	15	6,8
	e) sì, spesso gioco a videopoker in un locale pubblico	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	4	1,8
	f) sì, gioco a videopoker con regolarità in un locale pubblico	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5
	g) non risposte	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	3	1,4
65													
In una giornata tipo..... Guardi la tv?	a) no	10	2	0	0	4	3	4	0	0	2	25	11,4
	b) sì	2	14	15	27	21	21	20	21	26	21	188	85,5
	c) non risposte	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3	1,4
66													
Utilizzi il computer?	a) no	4	4	5	2	0	4	8	2	0	2	31	14,1
	b) sì	8	12	11	25	25	20	16	19	26	21	183	83,2
	c) non risposte	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0,9
67													
Ti colleghi a internet?	a) no	8	7	11	7	2	9	10	7	0	6	67	30,5
	b) sì	4	9	5	20	23	15	14	14	26	17	147	66,8
	c) non risposte	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0,9
68													
Giochi ai videogames?	a) no	3	5	4	13	9	11	17	7	14	10	93	42,3
	b) sì	9	11	12	14	16	13	7	14	11	13	120	54,5
	c) non risposte	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3	1,4

69	COINVOLGIMENTO IN INTERVENTI DI EDUCAZIONE SANITARIA E SESSUALE													
Hai ricevuto la maggior quantità di informazioni relativa alla sessualità:	a) i tuoi amici	7	10	8	22	19	15	13	13	17	15	139	63,2	
	b) i tuoi genitori	2	2	2	6	3	6	2	6	6	3	38	17,3	
	c) i tuoi insegnanti	2	4	4	3	0	3	4	7	6	0	33	15,0	
	d) i mass media(giornali, televisione, radio, libri,ecc.	5	8	3	8	9	3	12	6	9	5	68	30,9	
	e) operatori sanitari nel corso di interventi educativi effettuati a scuola	0	0	0	1	1	0	1	4	0	0	7	3,2	
	f) durante visite mediche o consultazioni presso i consultori,CIC,ecc	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0,9	
	g) il tuo medico di famiglia	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0,9	
	h) altro	2	1	2	3	0	4	4	6	0	1	23	10,5	
	i) non risposte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
70														
Nel corso della SCUOLA ELEMENTARE hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sanitaria?	a) no, mai	8	10	14	18	16	15	19	13	21	15	149	67,7	
	b) si, saltuariamente	4	4	1	6	9	9	4	7	5	7	56	25,5	
	c) si, regolarmente	2	2	0	3	0	1	2	0	0	1	11	5,0	
	d) non risposte	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	
71														
Nel corso della SCUOLA ELEMENTARE hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sessuale?	a) no, mai	10	13	15	22	21	22	22	19	25	21	190	86,4	
	b) si, saltuariamente	2	2	0	4	3	3	2	2	1	1	20	9,1	
	c) si, regolarmente	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	6	2,7	
	d) non risposte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,5	
72														
Nel corso della SCUOLA MEDIA hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sanitaria?	a) no, mai	10	10	11	16	16	15	16	9	19	19	141	64,1	
	b) si, saltuariamente	3	6	4	8	8	6	8	11	7	3	64	29,1	
	c) si, regolarmente	1	0	1	3	1	3	1	1	0	0	11	5,0	
	d) non risposte	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0,9	
73														
Nel corso della SCUOLA MEDIA hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sessuale?	a) no, mai	7	9	7	20	15	15	18	11	23	19	144	65,5	
	b) si, saltuariamente	5	6	9	4	8	10	6	10	2	3	63	28,6	
	c) si, regolarmente	2	1	0	3	2	0	1	0	1	0	10	4,5	
	d) non risposte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,5	
74														
Nel corso della SCUOLA SUPERIORE hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sanitaria?	a) no, mai	11	8	9	22	23	18	23	18	25	21	178	80,9	
	b) si, saltuariamente	3	6	6	3	2	6	2	3	1	1	33	15,0	
	c) si, regolarmente	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	4	1,8	
	d) non risposte	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0,9	

75															
Nel corso della SCUOLA SUPERIORE hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sessuale?	a)	no, mai	7	8	7	23	24	24	23	18	26	22	182	82,7	
	b)	sì, saltuariamente	5	7	5	2	0	1	2	3	0	0	25	11,4	
	c)	sì, regolarmente	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0	7	3,2	
	d)	non risposte	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0,9	
76															
Le attività di educazione sanitaria più significative alle quali hai partecipato sono avvenute:	a)	nel corso della scuola elementare	1	3	2	3	6	4	3	2	5	8	37	16,8	
	b)	nel corso delle scuole medie	2	2	2	8	8	10	3	10	6	3	54	24,5	
	c)	nel corso della scuola superiore	0	5	4	1	0	1	0	0	0	0	11	5,0	
	d)	non ho mai partecipato ad attività di ed. sanitaria													
	e)	significative	9	6	8	15	9	11	18	8	16	10	110	50,0	
	f)	non risposte	0	0	0	0	2	0	1	1	0	2	6	2,7	
77															
Le attività di educazione sanitaria più significative alle quali hai partecipato sono state condotte da:	a)	uno o più insegnanti di scuole elementare	0	2	3	4	5	4	1	3	2	9	33	15,0	
	b)	uno o più insegnanti delle scuole medie	2	1	1	5	4	6	3	7	7	2	38	17,3	
	c)	uno o più insegnanti della scuola superiore	1	5	2	2	0	1	1	0	0	0	12	5,5	
	d)	dai ragazzi/e della mia stessa età o con qualche anno in più	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	4	1,8	
	e)	da operatori sanitari	0	0	1	1	5	3	2	1	4	0	17	7,7	
	f)	da persone appartenenti ad associazioni di volontariato	0	0	2	1	0	2	0	1	2	0	8	3,6	
	g)	non ho mai partecipato ad attività di ed. sanitaria													
	h)	significative	8	7	8	15	9	11	16	8	15	10	107	48,6	
	i)	non risposte	0	1	0	0	2	0	1	1	0	2	7	3,2	
78															
Le attività di educazione sessuale più significative alle quali hai partecipato sono avvenute:	a)	nel corso della scuola elementare	0	1	1	1	2	1	1	0	1	1	9	4,1	
	b)	nel corso delle scuole medie	5	2	3	5	10	6	7	11	5	5	59	26,8	
	c)	nel corso della scuola superiore	1	6	7	1	0	2	0	0	0	0	17	7,7	
	d)	non ho mai partecipato ad attività di ed. sanitaria													
	e)	significative	5	6	5	20	11	16	16	8	21	13	121	55,0	
	f)	non risposte	1	1	0	0	2	0	1	2	0	4	11	5,0	
79															
Le attività di educazione sessuale più significative alle quali hai partecipato sono state condotte da:	a)	uno o più insegnanti di scuole elementare	0	1	0	1	1	0	1	2	0	2	8	3,6	
	b)	uno o più insegnanti delle scuole medie	3	2	2	4	8	7	4	10	2	4	46	20,9	
	c)	uno o più insegnanti della scuola superiore	2	5	6	1	0	3	1	2	0	0	20	9,1	
	d)	dai ragazzi/e della mia stessa età o con qualche anno in più	1	0	2	2	1	0	3	4	1	0	14	6,4	
	e)	da operatori sanitari	0	2	0	0	3	0	0	2	1	0	8	3,6	
	f)	da persone appartenenti ad associazioni di volontariato	1	1	0	0	0	1	0	3	1	0	7	3,2	
	g)	non ho mai partecipato ad attività di ed. sanitaria													
	h)	significative	4	5	5	20	11	13	15	9	22	13	117	53,2	
	i)	non risposte	1	0	1	0	2	0	1	1	0	4	10	4,5	

Sintesi Risultati finali

Stili di Vita Adolescenti – Istituti Agrario, Alberghiero e Classico di Ottaviano (NA)		%	n°
Campione: 220 studenti di età media di 15,14	di cui maschio	40,0	88
	di cui femmina	60,0	132
1	mai	15,9	35
Quando viaggi in automobile allacci le cinture di sicurezza?	raramente	19,1	42
	qualche volta	34,1	75
	quasi sempre	16,8	37
	sempre	14,1	31
	non risposte	0,0	0
2	mai	60,0	132
Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai guidato una motocicletta?	da 1 a 10 volte	18,6	41
	da 11 a 20 volte	5,0	11
	da 21 a 39 volte	2,3	5
	da 40 o più volte	13,6	30
	non risposte	0,0	0
3	non ho mai guidato o viaggiato su una motocicletta negli ultimi 12 mesi	39,5	87
Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai indossato il casco quando hai guidato o viaggiato su una motocicletta?	non ho indossato mai il casco	23,6	52
	ho indossato il casco qualche volta	17,7	39
	ho indossato il casco quasi sempre	10,5	23
	ho indossato il casco sempre	8,2	18
	non risposte	0,5	1
4	mai	87,7	193
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ti è capitato di viaggiare su un veicolo (auto o moto) guidato da qualcuno che aveva consumato bevande alcoliche prima di mettersi alla guida?	1 volta	7,3	16
	2 o 3 volte	3,6	8
	4 o 5 volte	0,5	1
	6 o più volte	0,9	2
	non risposte	0,0	0
5	mai	97,7	215
Negli ultimi 30 giorni, quante volte non sei andato a scuola perché avevi paura di essere coinvolto in una rissa o di essere aggredito all'interno della scuola o nel	1 volta	2,3	5
	2 o 3 volte	0,0	0
	4 volte o più	0,0	0
	non risposte	0,0	0
6	mai	91,8	202
Negli ultimi 12 mesi, quante volte qualcuno ti ha minacciato o aggredito usando coltelli, lame o altre armi?	1 volta	5,5	12
	2 o 3 volte	1,4	3
	più di 3 volte	1,4	3
	non risposte	0,0	0
7	mai	79,5	175
Negli ultimi 12 mesi, quante volte qualcuno ha rubato o intenzionalmente danneggiato oggetti di tua proprietà all'interno o in prossimità della scuola?	1 volta	11,8	26
	2 o 3 volte	4,5	10
	più di 3 volte	3,6	8
	non risposte	0,5	1
8	mai	66,4	146
Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei trovato/a coinvolto/a in uno scontro fisico (lotta, aggressione)?	1 volta	15,9	35
	2 o 3 volte	12,3	27
	4 o 5 volte	1,4	3
	più di 5 volte	4,1	9
	non risposte	0,0	0
9	mai	75,5	166
Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei trovato/a coinvolto/a in uno scontro fisico (lotta, aggressione) all'interno o in prossimità della scuola?	1 volta	20,0	44
	2 o 3 volte	2,7	6
	4 o 5 volte	0,5	1
	più di 5 volte	1,4	3
	non risposte	0,0	0
10	non mi sono mai trovato coinvolto in uno scontro fisico con uno sconosciuto	60,9	134
L'ultima volta che ti sei trovato coinvolto in uno scontro fisico, contro chi hai lottato?	con un amico che conoscevo bene	14,1	31
	con il mio ragazzo o la mia ragazza	11,4	25
	con un familiare(fratello, sorella, ecc.)	0,9	2
	con qualcuno non incluso nelle precedenti risposte	5,5	12
	con più persone tra quelle delle precedenti risposte	5,5	12
	non risposte	0,9	2
		1,8	4
11	all'interno della mia scuola	11,8	26
L'ultima volta che ti sei trovato coinvolto in uno scontro fisico, dove è successo?	fuori dalla scuola, prima o dopo le lezioni	13,2	29
	all'interno di un locale pubblico (bar, pub, stadio, altro.)	3,6	8
	all'esterno di un locale pubblico (bar, pub, stadio, altro)	6,8	15
	a casa mia	6,8	15
	a casa di altri	2,3	5
	altro	34,5	76
	non risposte	20,0	44
12	si	41,8	92
Hai mai provato a fumare, anche solo per dare uno o due tiri alla sigaretta?	no	57,3	126
	non risposte	0,9	2
13	non ho mai fumato per intero una sigaretta	64,1	141
Quanti anni avevi la prima volta che hai fumato per intero una sigaretta?	8 anni o anche meno	0,9	2
	9 o 10 anni	2,7	6
	11 o 12 anni	5,9	13
	13 o 14 anni	15,5	34
	15 o 16 anni	5,0	11
	17 anni o più	0,5	1
	non risposte	5,5	12
14	non ho mai fumato sigarette negli ultimi 30 gg.	72,7	160
Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni hai fumato sigarette?	1 o 2 giorni	10,0	22
	da 3 a 5 giorni	1,4	3
	da 6 a 9 giorni	2,3	5
	da 10 a 19 giorni	2,7	6
	da 20 a 29 giorni	0,5	1
	tutti i giorni	6,4	14
	non risposte	4,1	9

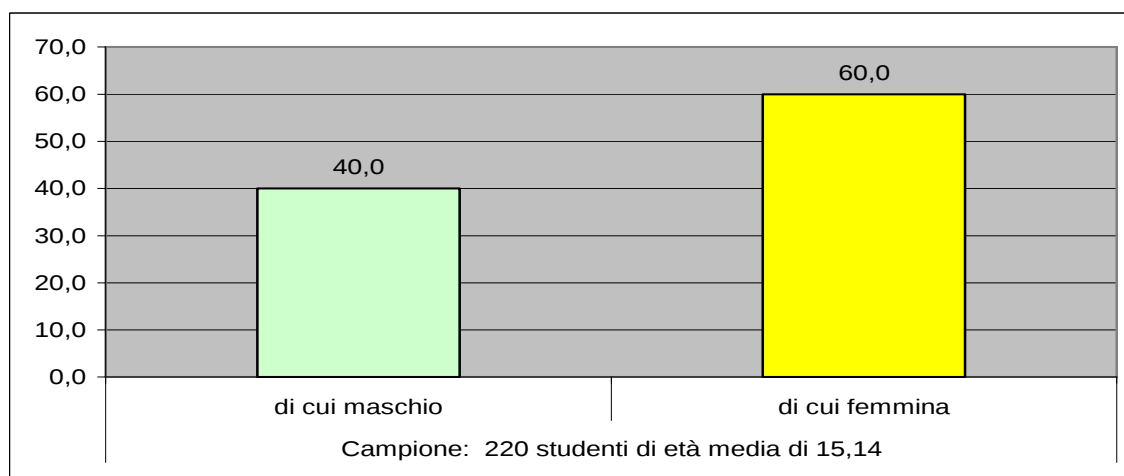
15			
Negli ultimi 30 giorni, nei giorni in cui hai fumato, quante sigarette hai fumato in media?	non ho mai fumato sigarette negli ultimi 30 gg.	73,2	161
	meno di una sigaretta al giorno	6,8	15
	una sigaretta al giorno	6,4	14
	da 2 a 5 sigarette al giorno	6,8	15
	da 6 a 10 sigarette al giorno	0,5	1
	da 11 a 20 sigarette al giorno	0,9	2
	più di 20 sigarette al giorno	1,4	3
	non risposte	4,1	9
16			
Negli ultimi 30 giorni, ti è capitato di fumare all'interno della scuola (escluso il cortile)?	non ho mai fumato sigarette negli ultimi 30 gg.	75,9	167
	negli ultimi 30 giorni non ho fumato all'interno della scuola	13,6	30
	negli ultimi 30 giorni ho fumato, all'interno della scuola	5,9	13
	non risposte	4,1	9
17			
Hai mai provato a smettere di fumare?	sì	22,7	50
	no	40,9	90
	non risposte	35,5	78
18			
Quanti anni avevi la prima volta che hai consumato (e non soltanto assaggiato) per intero una bevanda alcolica?	non ho mai consumato per intero una bevanda alcolica	46,4	102
	8 anni o meno	3,2	7
	9 o 10 anni	3,6	8
	11 o 12 anni	15,9	35
	13 o 14 anni	23,6	52
	15 o 16 anni	6,4	14
	17 anni o più	0,5	1
	non risposte	0,5	1
19			
Nella tua vita, quante volte ti è capitato di consumare (e non solo assaggiare) per intero una bevanda alcolica?	non ho mai consumato per intero una bevanda alcolica	50,9	112
	1 o 2 volte	21,4	47
	da 3 a 9 volte	13,6	30
	da 10 a 19 volte	6,8	15
	da 20 a 39 volte	3,6	8
	da 40 a 99 volte	0,5	1
	più di 100 volte	2,7	6
	non risposte	0,5	1
20			
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ti è capitato di consumare per intero una bevanda nell'arco di una giornata?	mai	71,4	157
	1 o 2 volte	18,6	41
	da 3 a 5 volte	6,8	15
	da 6 a 9 volte	2,7	6
	da 10 a 19 volte	0,0	0
	da 20 a 29 volte	0,0	0
	tutti i giorni	0,0	0
	non risposte	0,5	1
21			
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ti è capitato di consumare 5 o più bevande alcoliche nell'arco di due ore?	mai	93,6	206
	1 volta	3,6	8
	2 volte	1,4	3
	da 3 a 5 volte	0,5	1
	più di 5 volte	0,5	1
	non risposte	0,5	1
22			
Quanti anni avevi quando hai provato la marijuana per la prima volta	non ho mai fatto uso di marijuana	95,9	211
	11 o 12 anni	0,5	1
	13 o 14 anni	0,9	2
	15 o 16 anni	1,8	4
	17 anni o più	0,5	1
	non risposte	0,5	1
23			
Nella tua vita, quante volte hai fatto uso di marijuana	non ho mai fatto uso di marijuana	96,8	213
	1 o 2 volte	0,5	1
	da 3 a 9 volte	1,4	3
	da 10 a 19 volte	0,9	2
	da 20 a 39 volte	0,0	0
	40 volte o più	0,0	0
	non risposte	0,5	1
24			
Negli ultimi 30 giorni, quante volte hai fatto uso di marijuana?	non ho mai fatto uso di marijuana negli ultimi 30 gg	96,4	212
	1 o 2 volte	0,0	0
	da 3 a 9 volte	1,4	3
	da 10 a 19 volte	0,0	0
	da 20 a 39 volte	0,0	0
	40 volte o più	0,0	0
	non risposte	2,3	5
25			
Nella tua vita, hai mai provato a fare uso di cocaina?	no, mai	98,2	216
	sì, una volta	1,4	3
	sì, qualche volta	0,0	0
	sì, con regolarità	0,0	0
	non risposte	0,5	1
26			
Negli ultimi 30 giorni, hai fatto uso di cocaina?	no, mai	98,6	217
	sì, una volta	0,9	2
	sì qualche volta	0,0	0
	sì con regolarità	0,0	0
	non risposte	0,5	1
27			
Nella tua vita hai mai provato a fare uso di ecstasy, pasticche o altre sostanze eccitanti?	no, mai	97,3	214
	sì, una volta	1,8	4
	sì qualche volta	0,0	0
	sì, più o meno tutte le sett.	0,0	0
	sì, con regolarità	0,0	0
	non risposte	0,9	2
28			
Negli ultimi 30 giorni, hai fatto uso di ecstasy, pasticche o altre sostanze eccitanti?	no, mai	98,2	216
	sì, una volta	1,4	3
	sì qualche volta	0,0	0
	sì, più o meno tutte le sett.	0,0	0
	sì, con regolarità	0,0	0
	non risposte	0,5	1
29			
Nella tua vita, hai mai fatto uso di una siringa per iniettarti una droga o una sostanza psicoattiva nel tuo corpo?	no, mai	98,6	217
	sì, una volta	0,5	1
	sì 2 o 3 volte	0,0	0
	sì, 4 volte o più	0,0	0
	non risposte	0,5	1

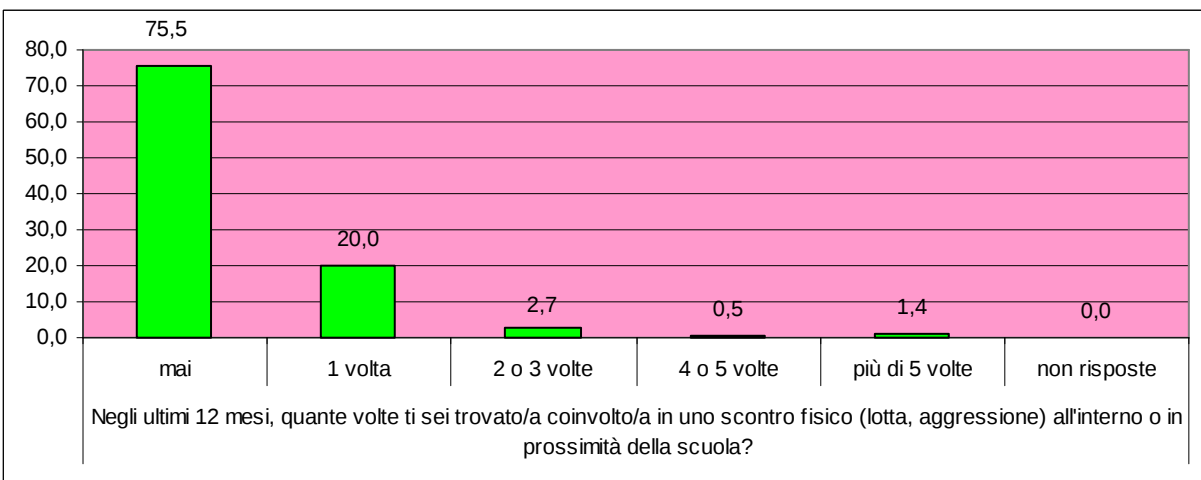
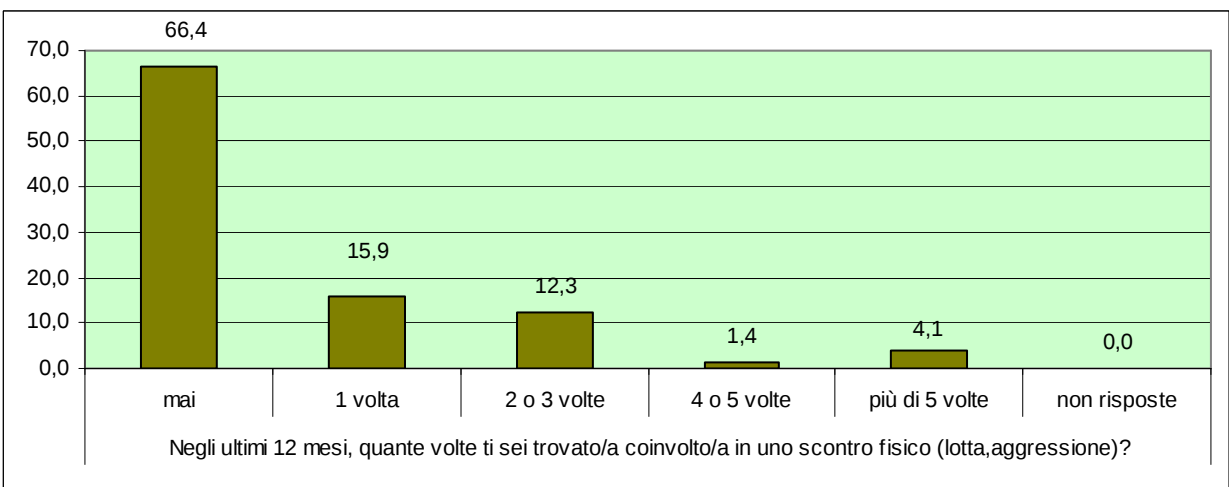
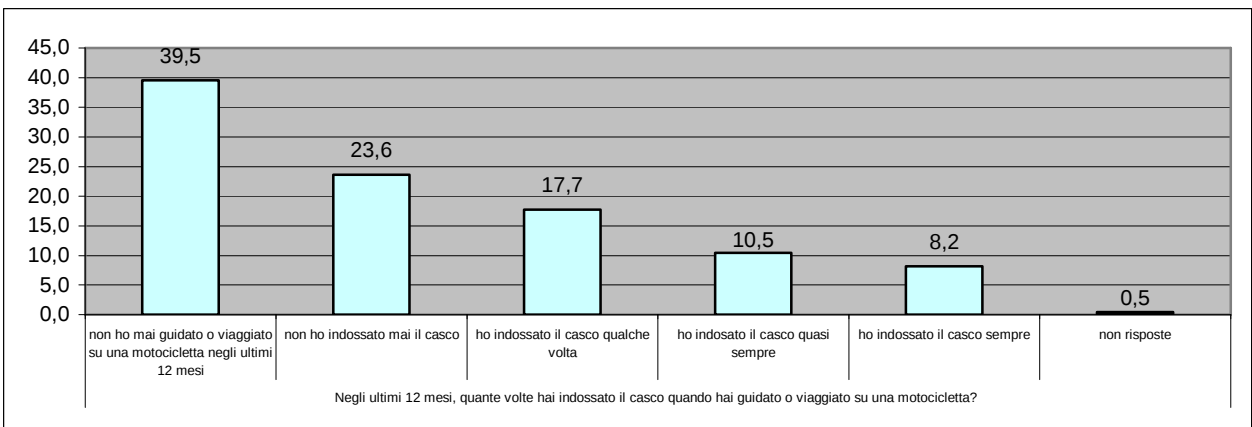
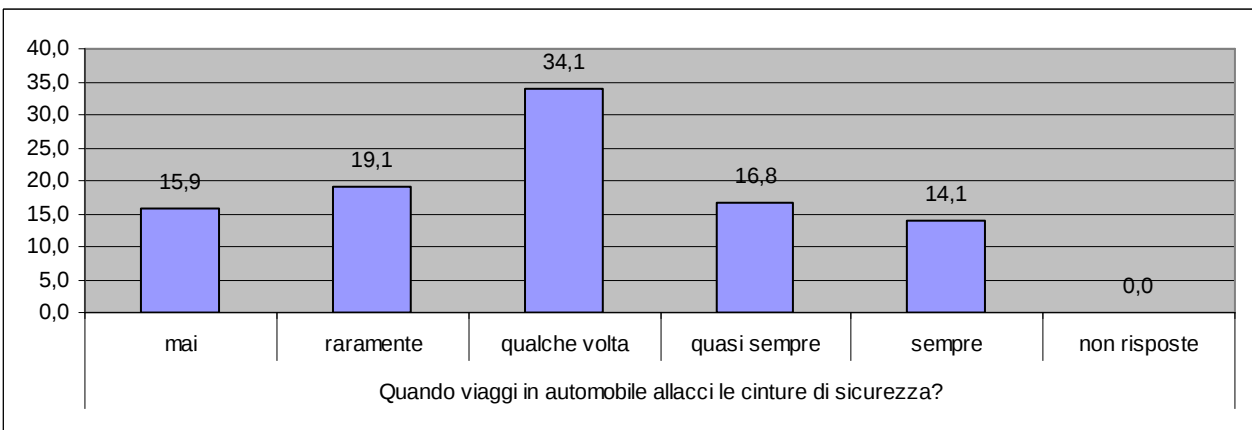
30			
Hai già avuto un rapporto sessuale completo?	si	19,5	43
	no	79,5	175
	non risposte	0,5	1
31			
Quanti anni avevi quando hai avuto il tuo primo rapporto sessuale?	non ho mai avuto un rapporto sessuale completo	78,2	172
	11 anni o meno	3,6	8
	12 anni	3,2	7
	13 anni	3,6	8
	14 anni	5,0	11
	15 anni	3,2	7
	16 anni	2,7	6
	17 anni o più	0,0	0
	non risposte	0,5	1
32			
Nella tua vita con quante diverse persone hai avuto un rapporto sessuale?	non ho mai avuto un rapporto sessuale completo	77,3	170
	1 persona	9,1	20
	2 persona	5,9	13
	3 persona	1,8	4
	4 persona	1,8	4
	5 persona	0,0	0
	6 o più persone	2,7	6
	non risposte	0,5	1
33			
Negli ultimi 3 mesi, con quante diverse persone hai avuto un rapporto sessuale?	non ho mai avuto un rapporto sessuale completo	77,7	171
	ho già avuto rapporti, ma non negli ultimi 3 mesi	8,2	18
	1 persona	6,8	15
	2 persona	3,6	8
	3 persona	0,9	2
	4 persona	1,8	4
	non risposte	0,5	1
34			
L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, hai consumato alcol o droghe nei momenti precedenti il rapporto?	non ho mai avuto un rapporto sessuale completo	80,5	177
	si	5,0	11
	no	13,6	30
	non risposte	0,5	1
35			
L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, quale metodo anticoncezionale tu o il tuo partner avete usato per prevenire una gravidanza?	non ho mai avuto un rapporto sessuale completo	78,2	172
	non abbiamo usato alcun metodo anticoncezionale	1,8	4
	la pillola anticoncezionale	0,0	0
	il profilattico	14,5	32
	il coito interrotto	0,5	1
	altro	0,0	0
	non mi ricordo bene	2,7	6
	non risposte	1,8	4
36			
Quante volte ti è già capitato di rimanere incinta (se sei una ragazza) o di mettere incinta una ragazza (se sei un ragazzo)?	mai	92,7	204
	1 volta	0,0	0
	2 o più volte	1,8	4
	non lo so	2,3	5
	non risposte	2,7	6
37			
Come definisci il tuo peso?	molto al disotto della norma	2,3	5
	un po' al di sotto della norma	9,1	20
	nella norma	53,2	117
	un po' al di sopra della norma	33,2	73
	molto al di sopra della norma	1,4	3
	non risposte	0,5	1
38			
Rispetto al tuo peso, attualmente tu.....	stai cercando di perdere peso	52,3	115
	stai cercando di mettere su peso	6,8	15
	stai cercando di mantenere il peso attuale	18,2	40
	non stai cercando di fare nulla	21,4	47
	non risposte	0,9	2
39			
Negli ultimi 30 giorni, hai fatto ricorso a diete per perdere peso o per ingrassare?	si	24,5	54
	no	74,5	164
	non risposte	0,5	1
40			
Negli ultimi 30 giorni, hai fatto ginnastica o attività fisica per perdere peso o per ingrassare?	si	50,0	110
	no	48,6	107
	non risposte	0,9	2
41			
Negli ultimi 30 giorni, hai provato a vomitare per perdere peso o per non ingrassare?	si	6,4	14
	no	92,7	204
	non risposte	0,5	1
42			
Negli ultimi 30 giorni, hai preso pillole dietetiche o altri composti per perdere peso o per non	si	1,4	3
	no	97,3	214
	non risposte	0,9	2
43			
Ieri, hai fatto: (barra le voci di tutti i pasti che hai fatto)	la prima colazione del mattino	62,7	138
	la merenda di metà mattino	37,7	83
	il pranzo	94,5	208
	la merenda di metà pomeriggio	53,6	118
	uno spuntino prima di sera	24,5	54
	la cena	90,9	200
	uno spuntino dopo cena	10,0	22
	numerosi spuntini durante la giornata	6,4	14
44			
Quante volte hai mangiato frutta ieri?	nemmeno una volta	37,7	83
	1 volta	33,2	73
	2 volte	20,0	44
	3 o più volte	8,6	19
	non risposte	0,5	1

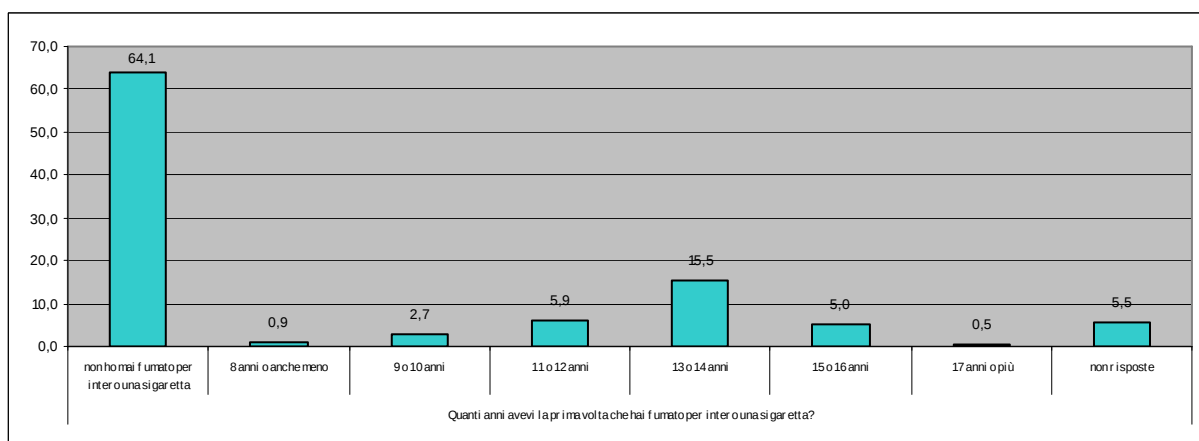
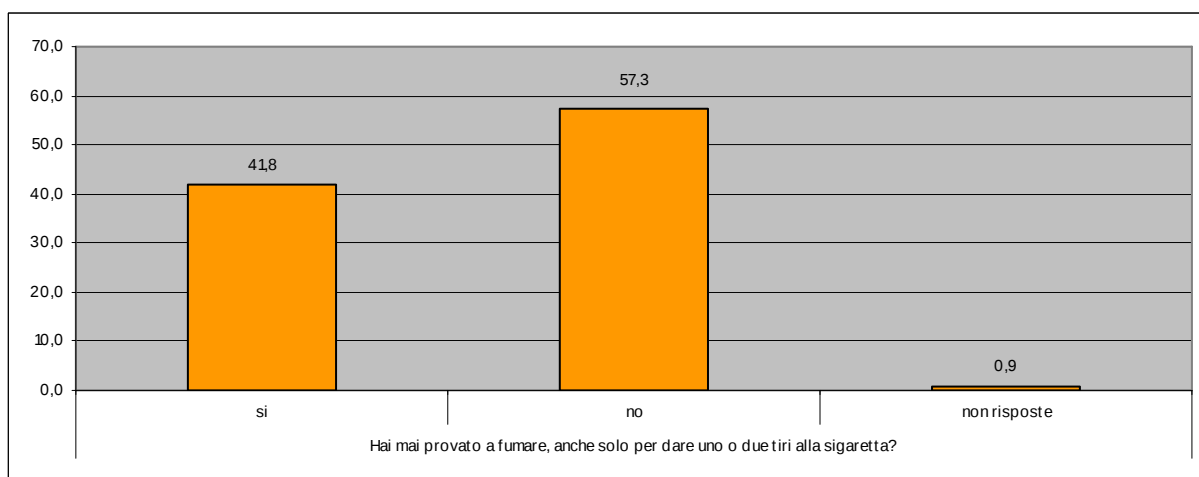
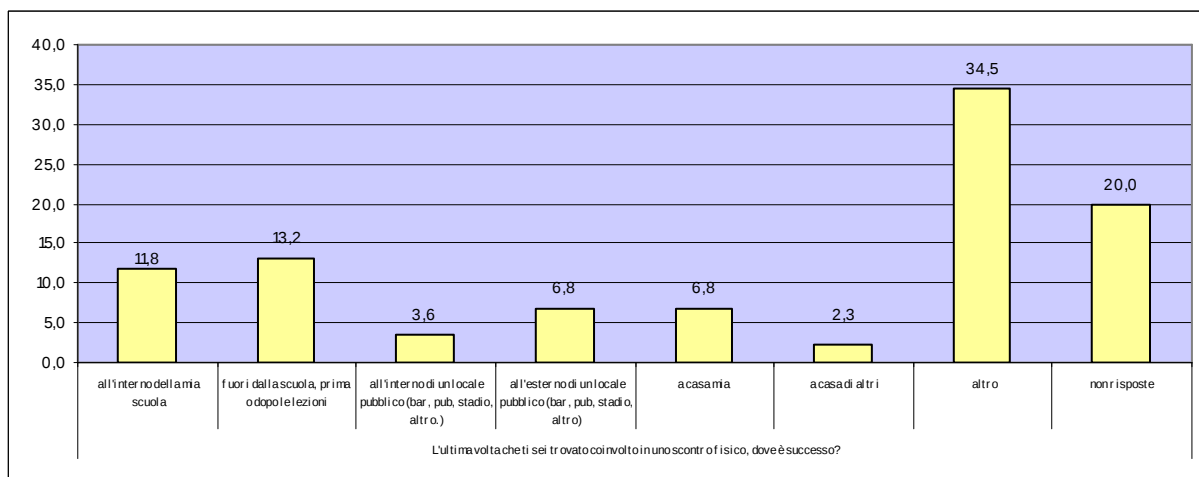
45			
Quante volte hai mangiato verdure cotte, ieri (con esclusione di patate fritte e patate in sacchetto)?	nemmeno una volta	50,0	110
	1 volta	36,8	81
	2 volte	9,5	21
	3 o più volte	2,3	5
	non risposte	0,9	2
46			
Quante volte hai mangiato hamburger, panini o sandwiches, ieri?	nemmeno una volta	63,6	140
	1 volta	25,5	56
	2 volte	4,5	10
	3 o più volte	4,5	10
	non risposte	1,4	3
47			
Quante volte hai mangiato patatine fritte o patate in sacchetto, ieri?	nemmeno una volta	60,5	133
	1 volta	27,3	60
	2 volte	5,9	13
	3 o più volte	4,5	10
	non risposte	1,4	3
48			
Quante volte hai mangiato biscotti, dolci, tortine o merendine, ieri?	nemmeno una volta	25,9	57
	1 volta	39,1	86
	2 volte	20,5	45
	3 o più volte	12,7	28
	non risposte	1,4	3
49			
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ti è capitato di fare un pasto ad un fast food?	Mai	47,7	105
	1 volta	21,8	48
	2 o 3 volte	24,5	54
	una volta circa alla sett.	7,3	16
	quasi tutti i giorni	0,5	1
	non risposte	2,3	5
50			
Indica la tua altezza (in centimetri)	cm 150-160	16,8	37
	cm 161-170	39,1	86
	cm 171-180	27,7	61
	oltre	3,6	8
	non risposte	12,3	27
51			
Indica il tuo peso (in Kg)	40-50	18,2	40
	51-60	27,7	61
	61-70	19,1	42
	71-80	11,8	26
	81-90	4,5	10
	oltre	3,2	7
	non risposte	13,6	30
52			
Nell' ultima settimana, quanti giorni sei riuscito a fare attività fisica o a partecipare ad attività motorie che ti hanno fatto sudare e respirare velocemente, quali pallacanestro, jogging, footing nuoto, tennis, ecc?	nemmeno un giorno	27,3	60
	1 giorno	12,3	27
	2 giorno	18,2	40
	3 giorno	12,3	27
	4 giorno	11,4	25
	5 giorno	6,4	14
	6 giorno	2,7	6
	7 giorno	8,6	19
	non risposte	0,5	1
53			
Nell'ultima settimana quanti giorni sei riuscito a camminare o andare in bicicletta per almeno 30 minuti consecutivi?	nemmeno un giorno	37,3	82
	1 giorno	15,5	34
	2 giorno	10,5	23
	3 giorno	13,2	29
	4 giorno	5,0	11
	5 giorno	5,5	12
	6 giorno	5,0	11
	7 giorno	7,3	16
	non risposte	0,5	1
54			
Negli ultimi 12 mesi, hai partecipato ad attività sportive al di fuori di quelle organizzate dalla scuola?	no mai	40,9	90
	si, qualche volta	32,7	72
	si partecipo con regolarità alle attività di un'associazione sportiva (corsi di addestramento, allenamenti, ecc...)	21,8	48
	si partecipo con regolarità alle attività di due o più associazioni sportive (addestramento, allenamenti, ecc...)	3,6	8
	non risposte	0,5	1
55			
Solitamente, durante un'ora di educazione fisica di una tipica lezione effettuata a scuola, quantotempo spendi realmente impegnato e coinvolto in attività motorie che richiedono sforzo	io sono esonerato dalle attività di educazione fisica	7,3	16
	meno di 10 minuti	24,1	53
	da 10 a 20 minuti	16,8	37
	da 21 a 30 minuti	12,3	27
	più di 30 minuti	38,2	84
	non risposte	0,5	1
56			
Nella tua vitahai fatto uso di sostanze e/o preparati per migliorare le tue prestazioni sportive o per accrescere la tua massa muscolare?	non ho mai fatto uso di queste sostanze	94,5	208
	ho fatto uso, nella mia vita, di questo sostanze	1,4	3
	ho più volte nella mia vita fatto uso di questo sostanze	1,4	3
	faccio regolarmente uso di questo genere di sostanze	0,9	2
	non risposte	0,9	2
57			
Se nella tua vita hai fatto uso di sostanze per migliorare le tue prestazioni sportive o per accrescere la tua massa muscolare, chi te le ha consigliate?	non ho mai fatto uso di queste sostanze	93,2	205
	nessuno, ho deciso da solo/a di farne uso	0,0	0
	me le ha consigliate un amico/a	0,5	1
	il responsabile della palestra che frequento	0,5	1
	me l'ha consigliato l'allenatore	2,3	5
	il medico della squadra o società sportiva che frequento	0,5	1
	il medico di famiglia	0,9	2
	non risposte	1,4	3
58			
C'è un televisore nella tua camera?	si	85,0	187
	no	12,7	28
	non risposte	0,5	1
59			
Utilizzi il computer a casa?	si	85,0	187
	no	12,7	28
	non risposte	0,5	1

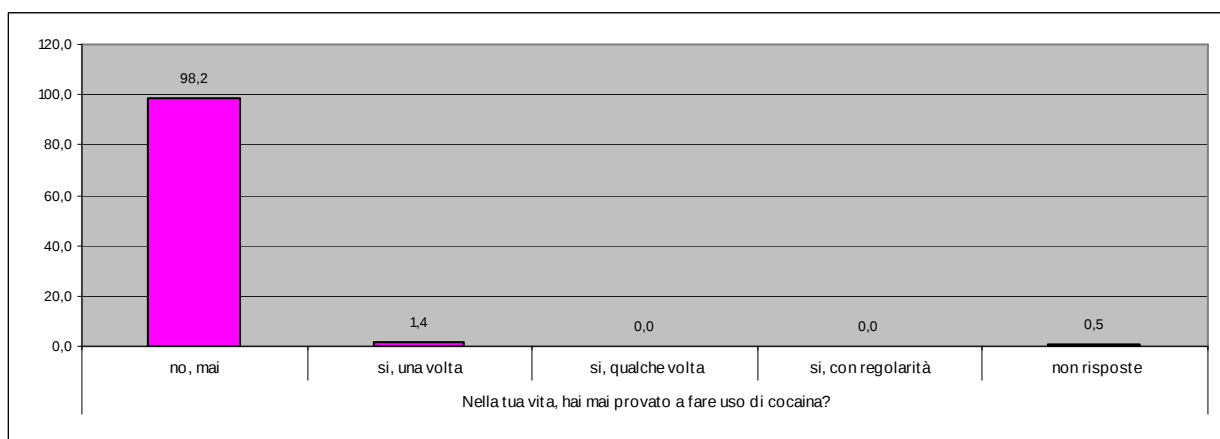
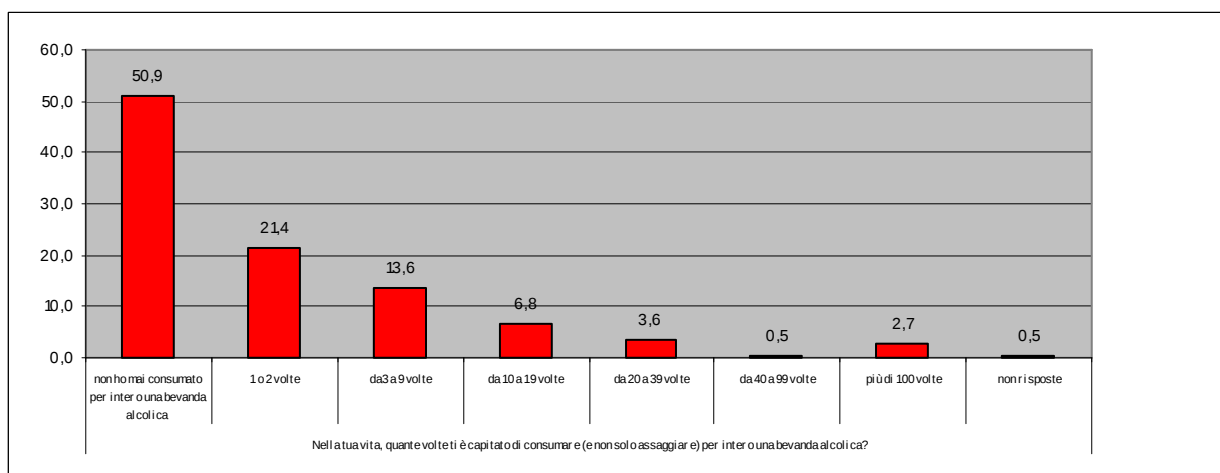
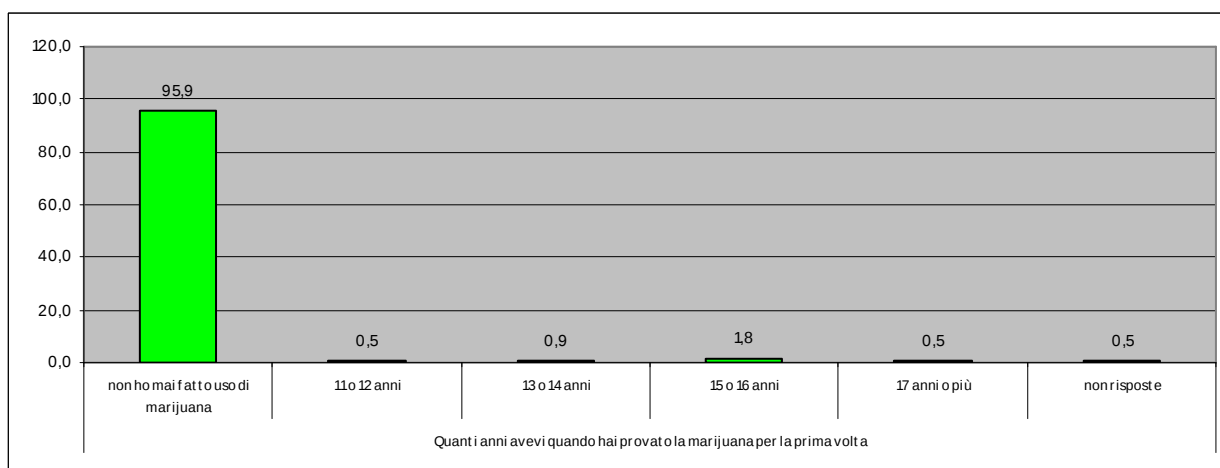
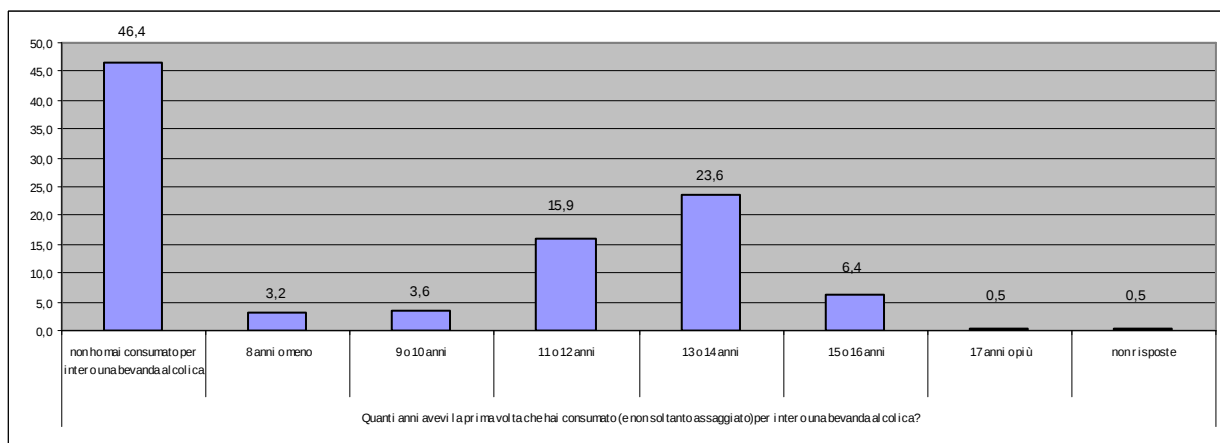
60			
Ti colleghi ad internet da casa tua?	si	68,6	151
	no	29,1	64
	non risposte	0,5	1
61			
A casa giochi ai videogames (videogiochi)?	si	60,9	134
	no	36,8	81
	non risposte	0,5	1
62			
Possiedi una Playstation?	si	75,5	166
	no	22,3	49
	non risposte	0,5	1
63			
Possiedi un telefono cellulare?	si	94,1	207
	no	3,6	8
	non risposte	0,5	1
64			
Hai mai giocato a videopoker in un locale pubblico?	non so cosa sia il videopoker	34,5	76
	no, non ho mai giocato a videopoker in un locale pubblico	43,6	96
	si, una o due volte ho provato a giocare in un locale pubblico	9,5	21
	si, qualche volta ho giocato a videopoker in un locale pubblico	6,8	15
	si, spesso gioco a videopoker in un locale pubblico	1,8	4
	si, gioco a videopoker con regolarità in un locale pubblico	0,5	1
	non risposte	1,4	3
65			
In una giornata tipo..... Guardi la tv?	no	11,4	25
	si	85,5	188
	non risposte	1,4	3
66			
Utilizzi il computer?	no	14,1	31
	si	83,2	183
	non risposte	0,9	2
67			
Ti colleghi a internet?	no	30,5	67
	si	66,8	147
	non risposte	0,9	2
68			
Giochi ai videogames?	no	42,3	93
	si	54,5	120
	non risposte	1,4	3
69			
Hai ricevuto la maggior quantità di informazioni relativa alla sessualità:	i tuoi amici	63,2	139
	i tuoi genitori	17,3	38
	i tuoi insegnanti	15,0	33
	i mass media(giornali, televisione, radio, libri,ecc.	30,9	68
	operatori sanitari nel corso di interventi educativi effettuati a scuola	3,2	7
	durante visite mediche o consultazioni presso i consultori,CIC,ecc	0,9	2
	il tuo medico di famiglia	0,9	2
	altro	10,5	23
	non risposte	0,0	0
70			
Nel corso della SCUOLA ELEMENTARE hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sanitaria?	no, mai	67,7	149
	si, saltuariamente	25,5	56
	si, regolarmente	5,0	11
	non risposte	0,5	1
71			
Nel corso della SCUOLA ELEMENTARE hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sessuale?	no, mai	86,4	190
	si, saltuariamente	9,1	20
	si, regolarmente	2,7	6
	non risposte	0,5	1
72			
Nel corso della SCUOLA MEDIA hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sanitaria?	no, mai	64,1	141
	si, saltuariamente	29,1	64
	si, regolarmente	5,0	11
	non risposte	0,9	2
73			
Nel corso della SCUOLA MEDIA hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sessuale?	no, mai	65,5	144
	si, saltuariamente	28,6	63
	si, regolarmente	4,5	10
	non risposte	0,5	1
74			
Nel corso della SCUOLA SUPERIORE hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sanitaria?	no, mai	80,9	178
	si, saltuariamente	15,0	33
	si, regolarmente	1,8	4
	non risposte	0,9	2

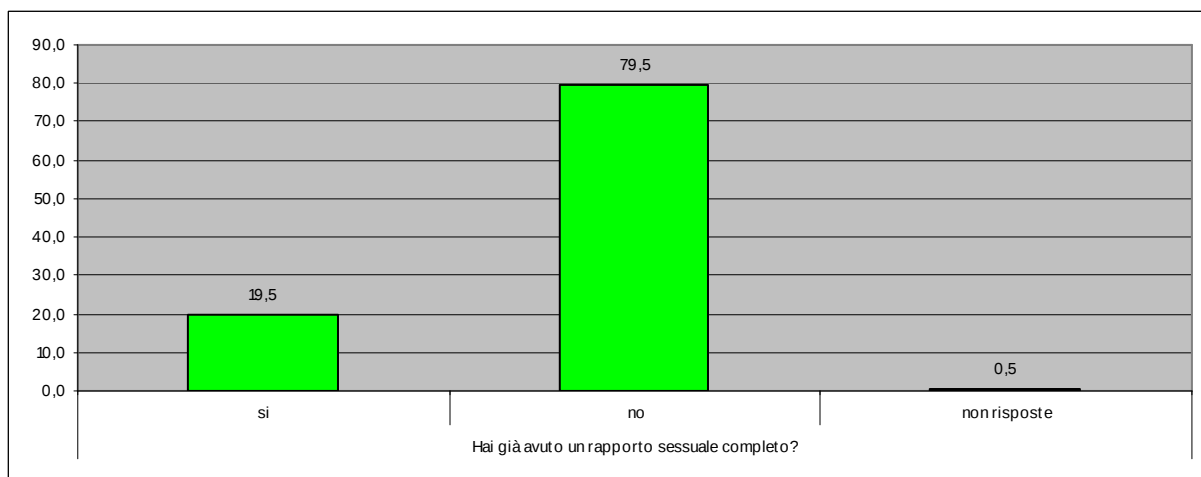
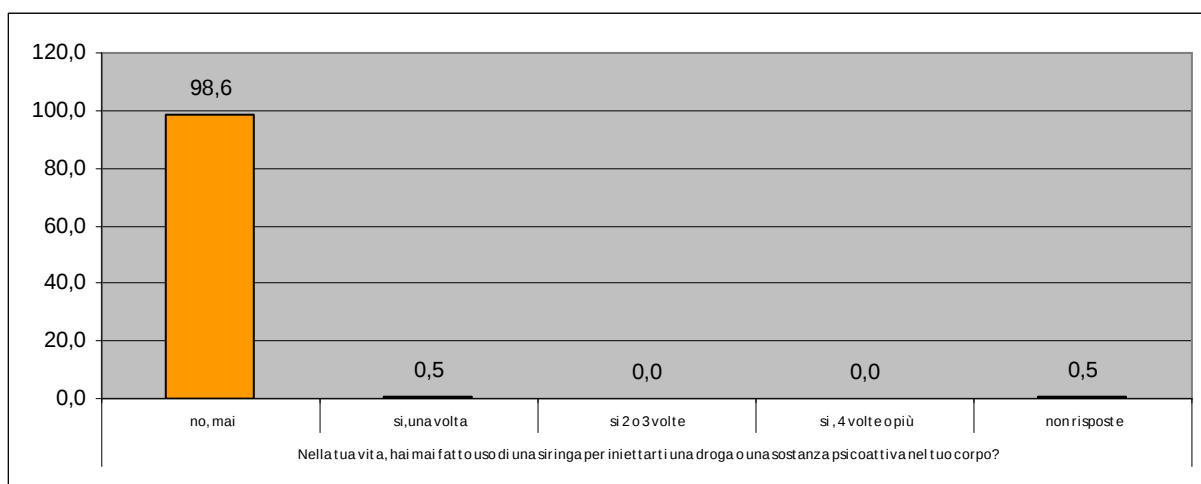
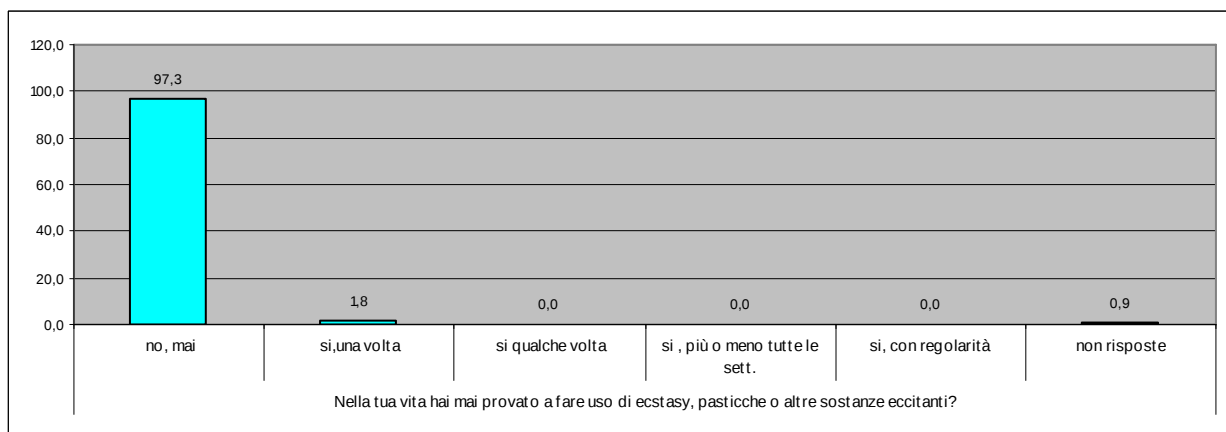
75			
Nel corso della SCUOLA SUPERIORE hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sessuale?	no, mai	82,7	182
	si, saltuariamente	11,4	25
	si, regolarmente	3,2	7
	non risposte	0,9	2
76			
Le attività di educazione sanitaria più significative alle quali hai partecipato sono avvenute:	nel corso della scuola elementare	16,8	37
	nel corso delle scuole medie	24,5	54
	nel corso della scuola superiore	5,0	11
	non ho mai partecipato ad attività di ed. sanitaria significative	50,0	110
	non risposte	2,7	6
77			
Le attività di educazione sanitaria più significative alle quali hai partecipato sono state condotte da:	uno o più insegnanti di scuole elementare	15,0	33
	uno o più insegnanti delle scuole medie	17,3	38
	uno o più insegnanti della scuola superiore	5,5	12
	dai ragazzi/e della mia stessa età o con qualche anno in più	1,8	4
	da operatori sanitari	7,7	17
	da persone appartenenti ad associazioni di volontariato	3,6	8
	non ho mai partecipato ad attività di ed. sanitaria significative	48,6	107
	non risposte	3,2	7
78			
Le attività di educazione sessuale più significative alle quali hai partecipato sono avvenute:	nel corso della scuola elementare	4,1	9
	nel corso delle scuole medie	26,8	59
	nel corso della scuola superiore	7,7	17
	non ho mai partecipato ad attività di ed. sanitaria significative	55,0	121
	non risposte	5,0	11
79			
Le attività di educazione sessuale più significative alle quali hai partecipato sono state condotte da:	uno o più insegnanti di scuole elementare	3,6	8
	uno o più insegnanti delle scuole medie	20,9	46
	uno o più insegnanti della scuola superiore	9,1	20
	dai ragazzi/e della mia stessa età o con qualche anno in più	6,4	14
	da operatori sanitari	3,6	8
	da persone appartenenti ad associazioni di volontariato	3,2	7
	non ho mai partecipato ad attività di ed. sanitaria significative	53,2	117
	non risposte	4,5	10

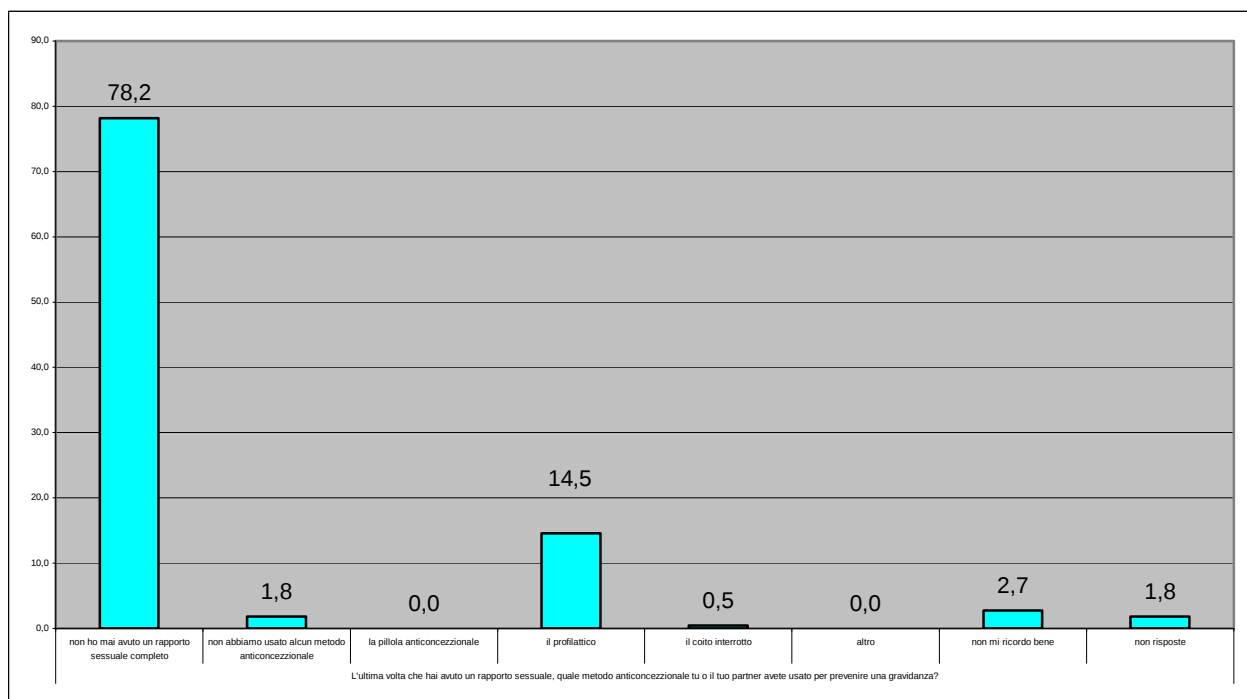
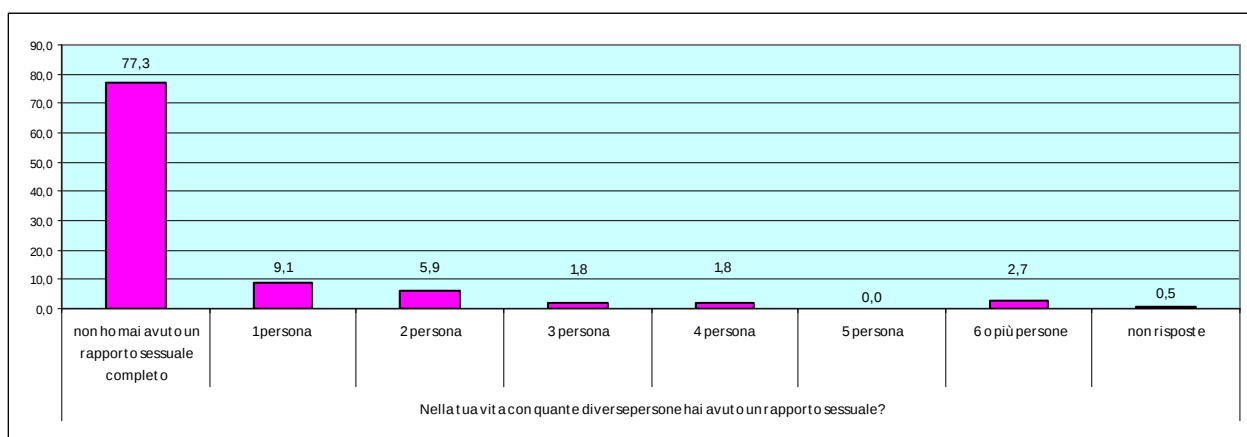
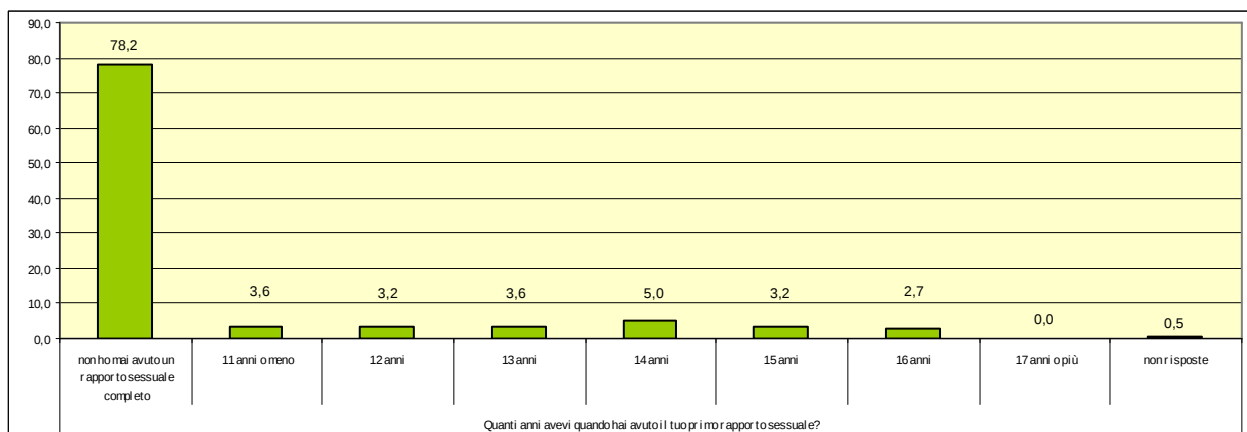


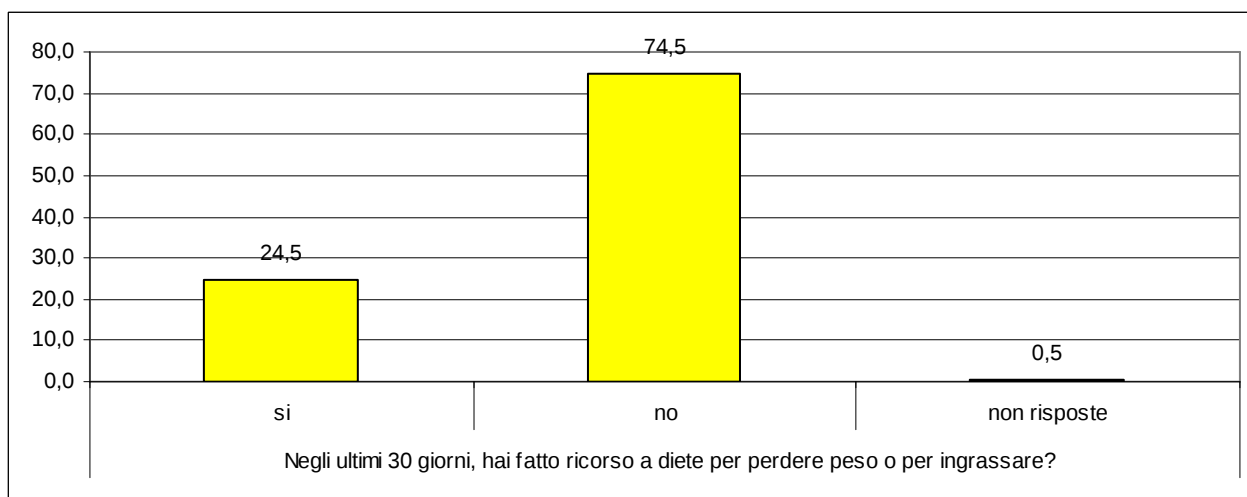
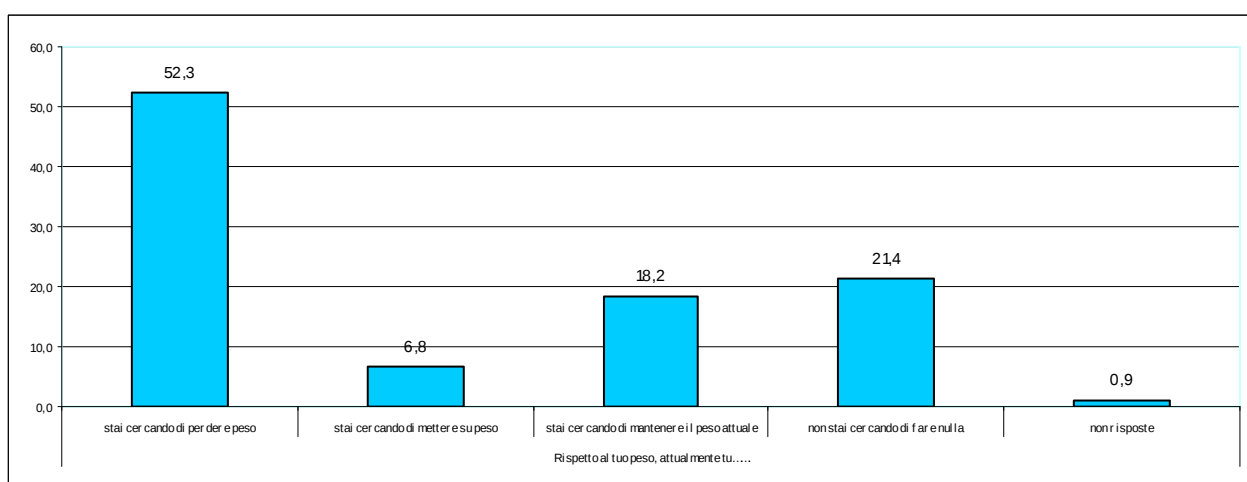
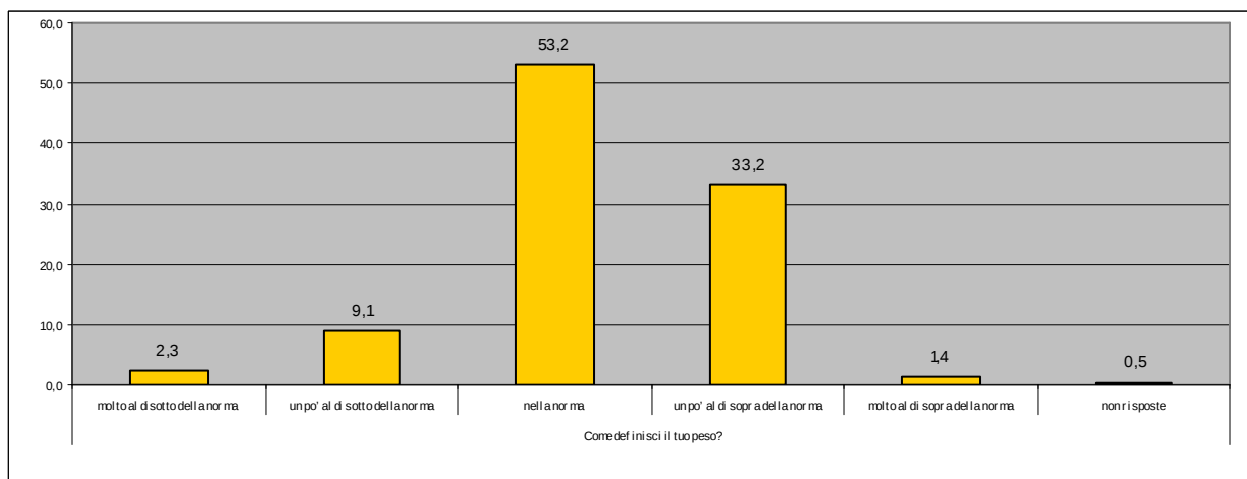


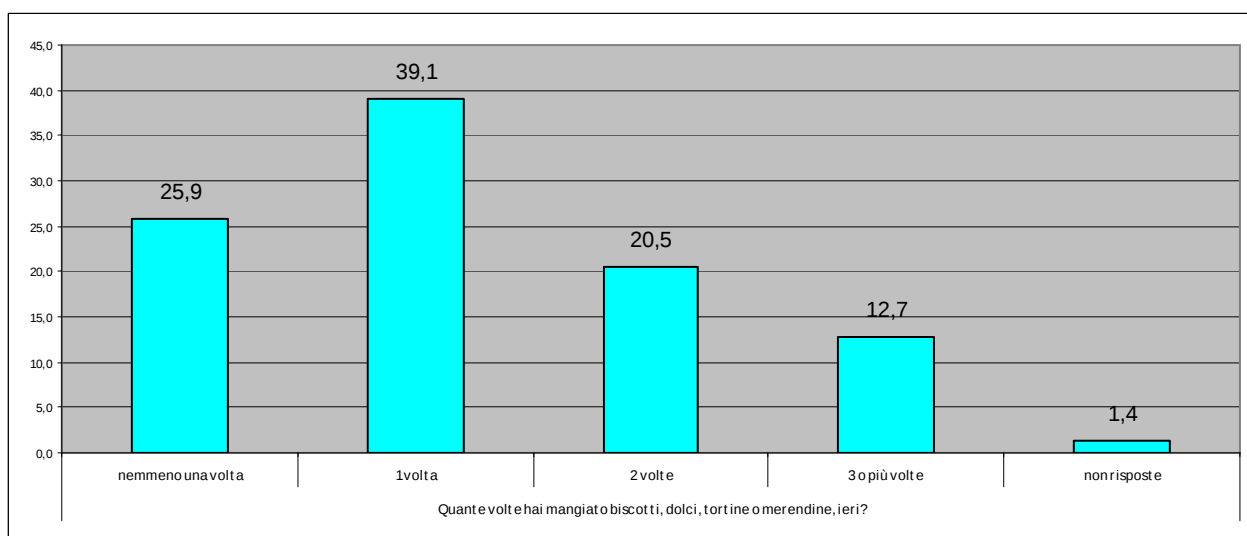
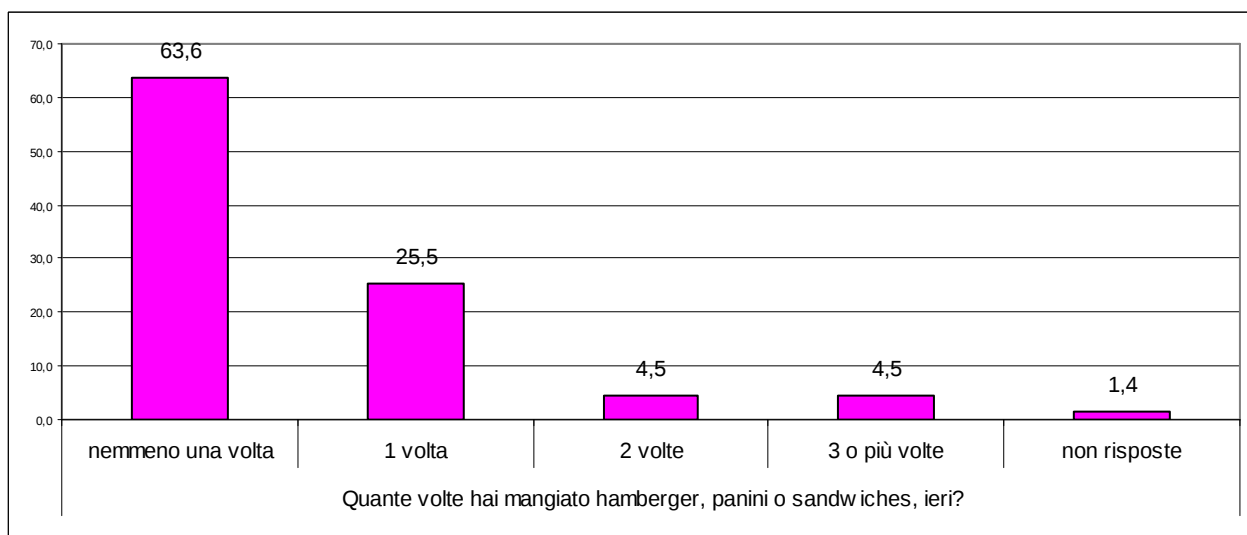
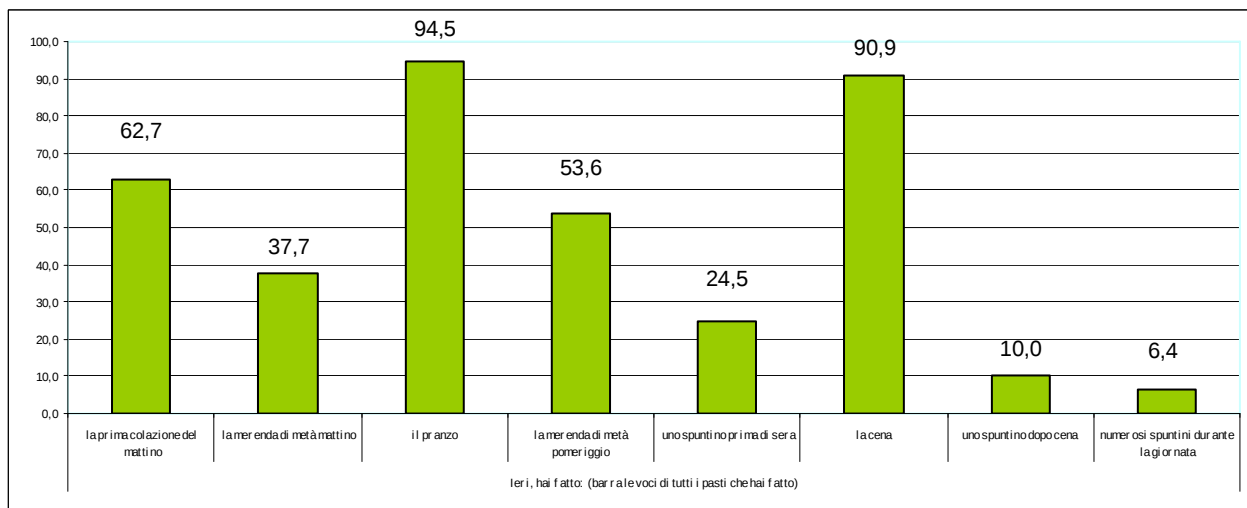


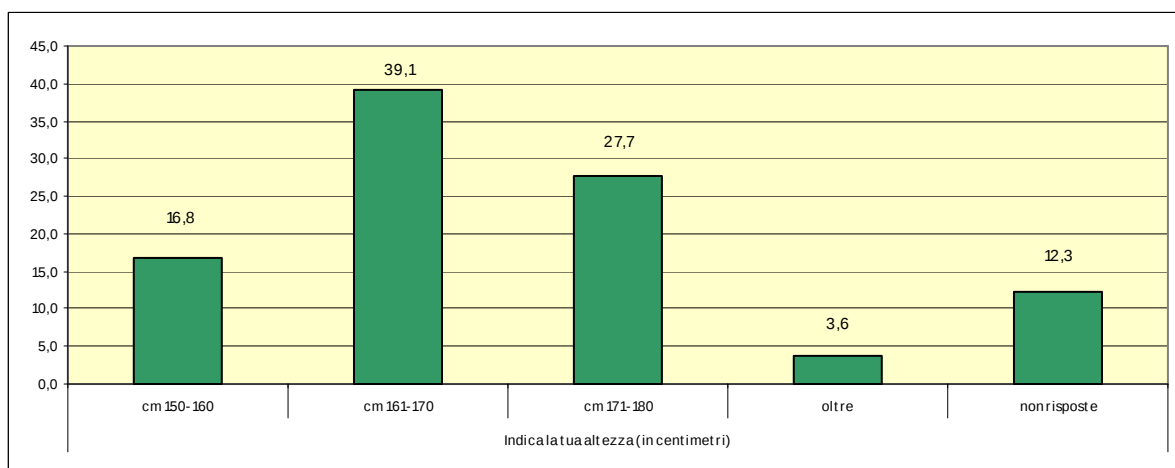
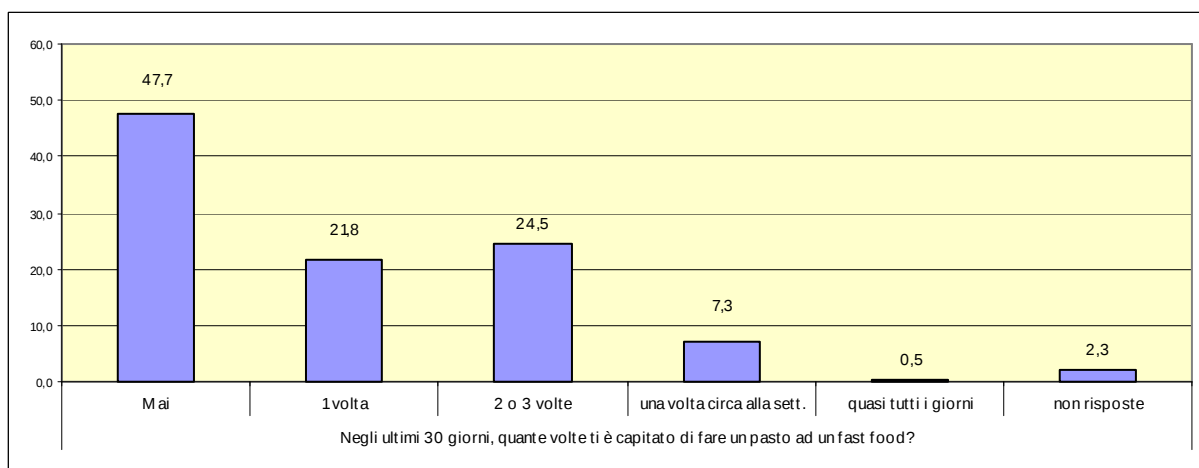
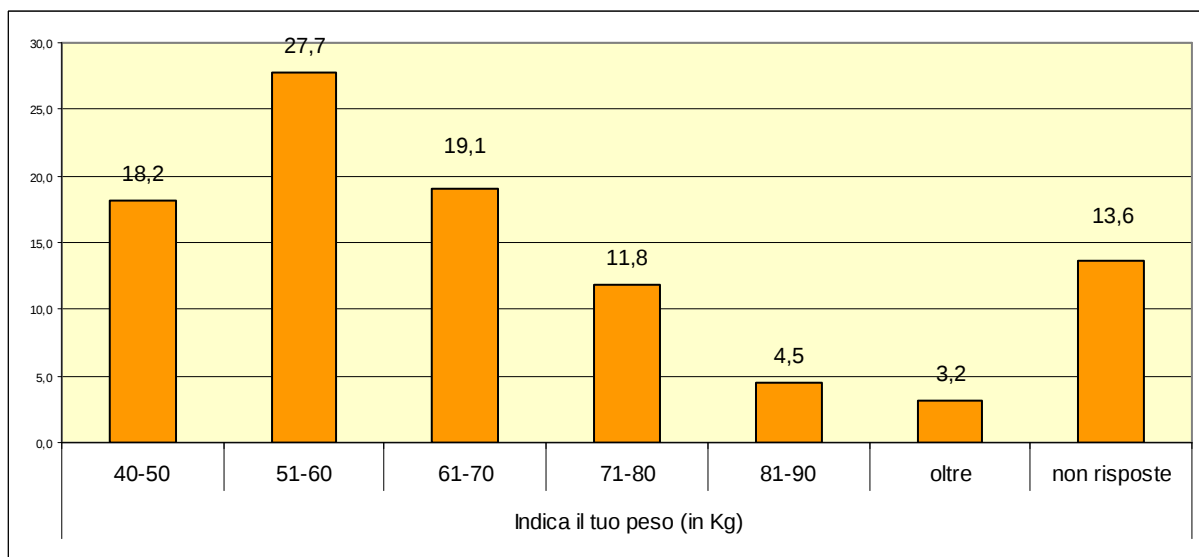


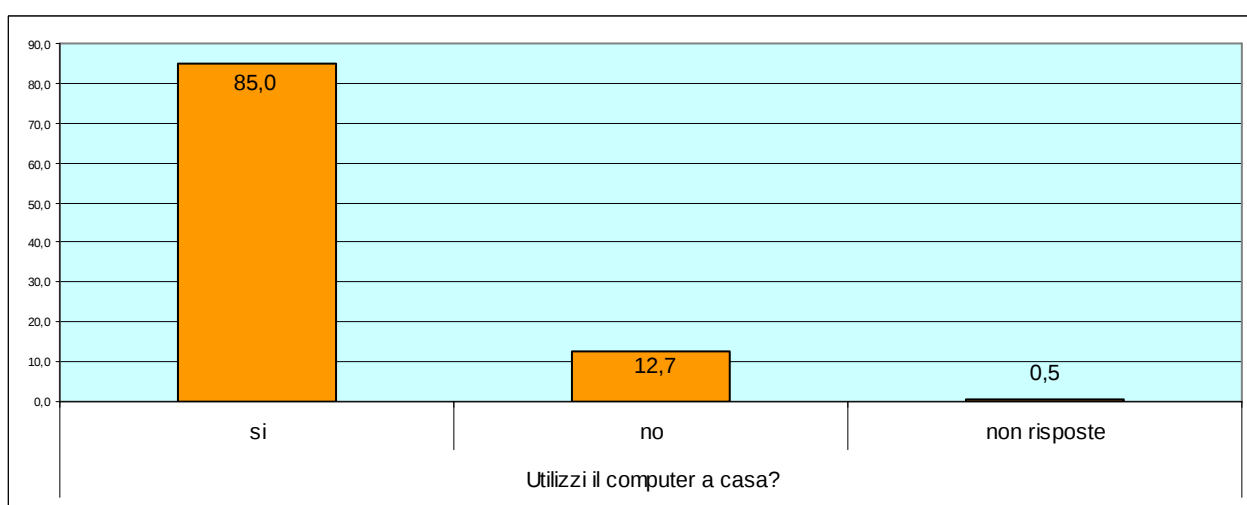
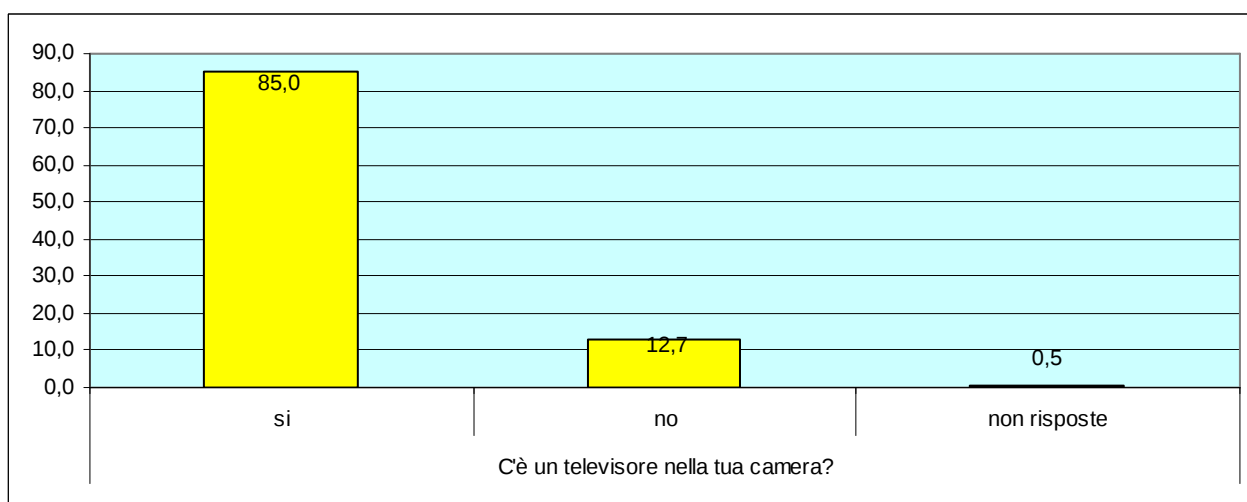
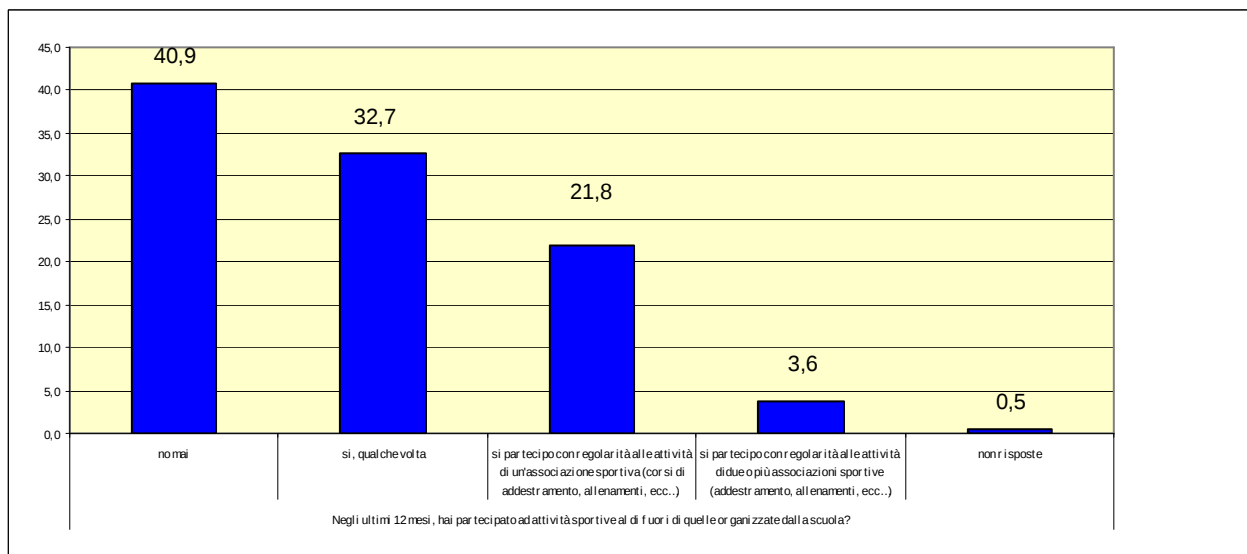


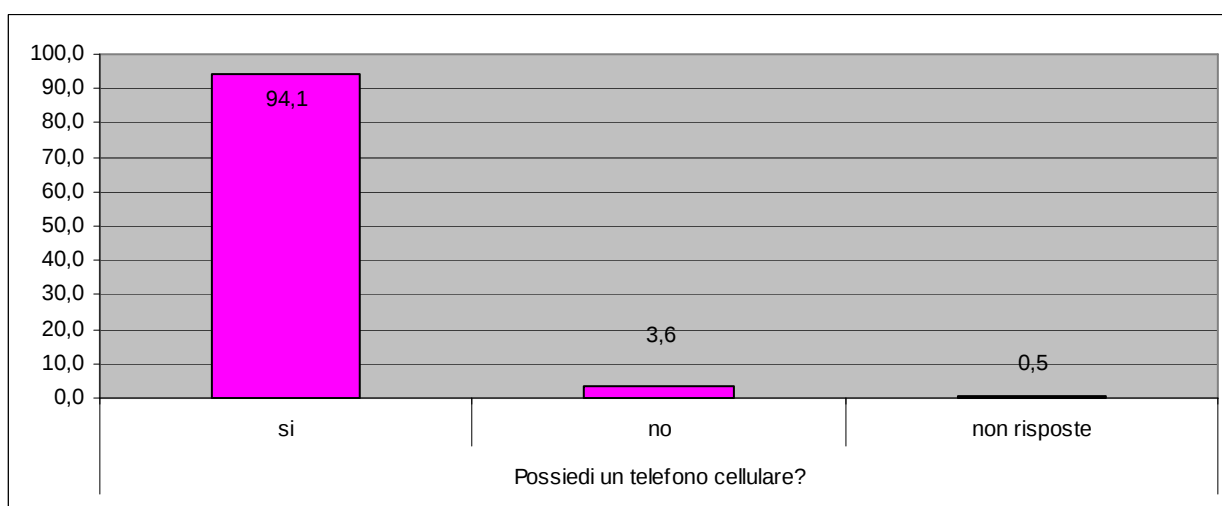
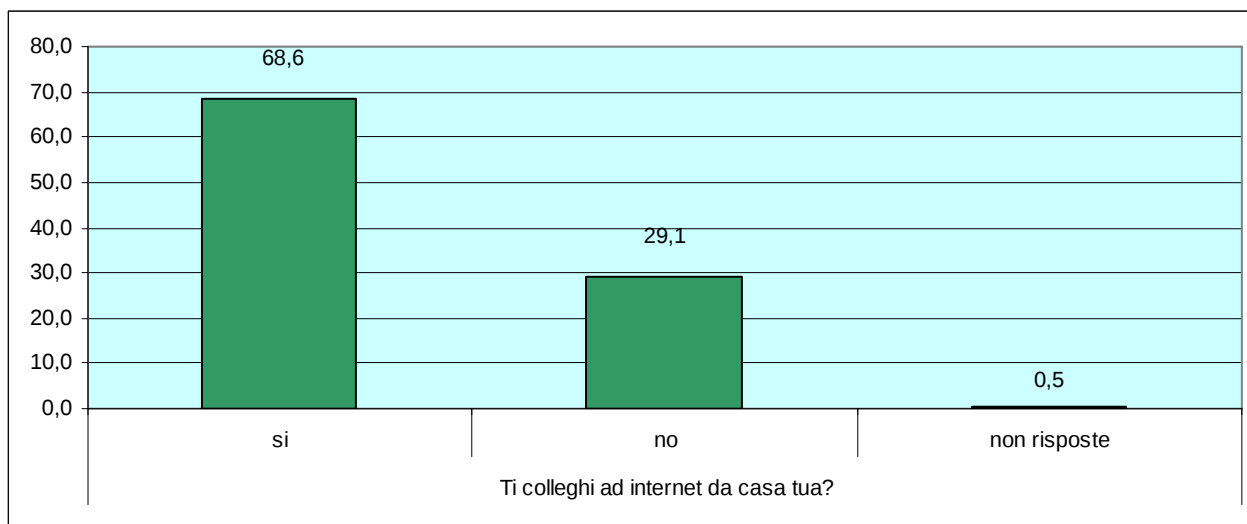


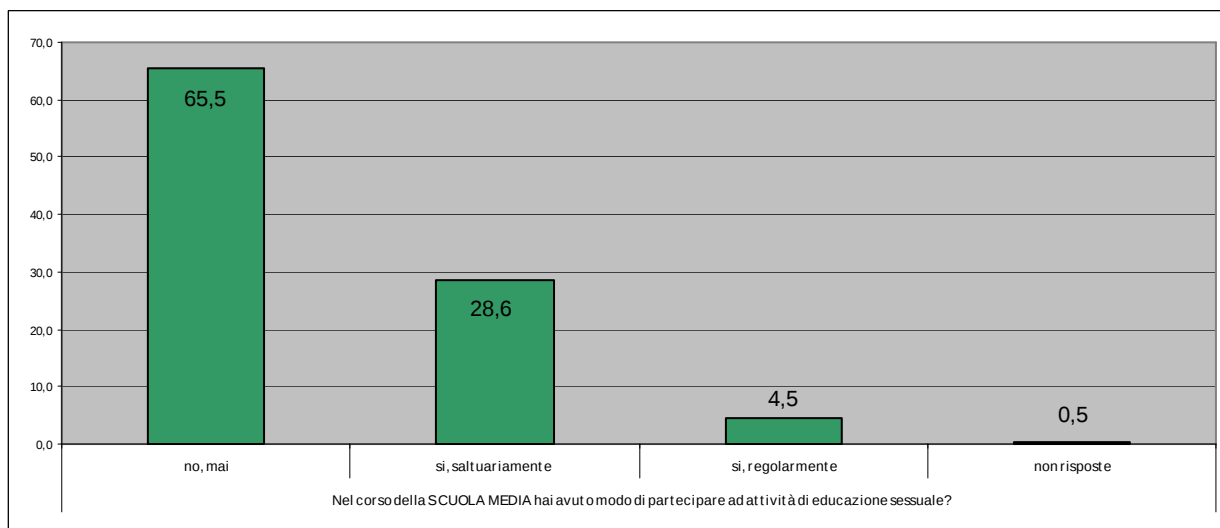
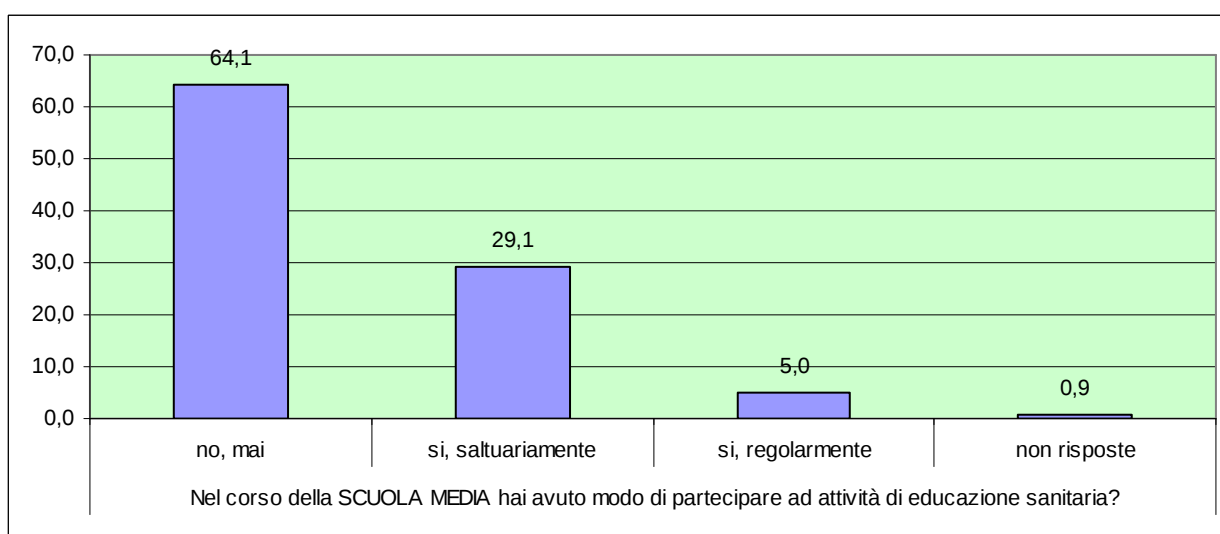
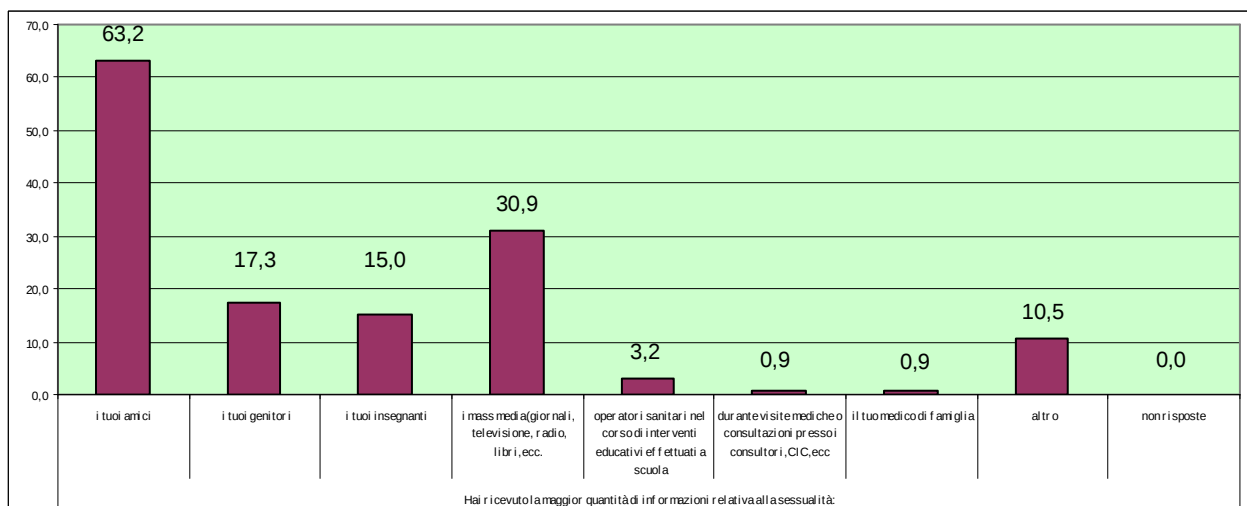


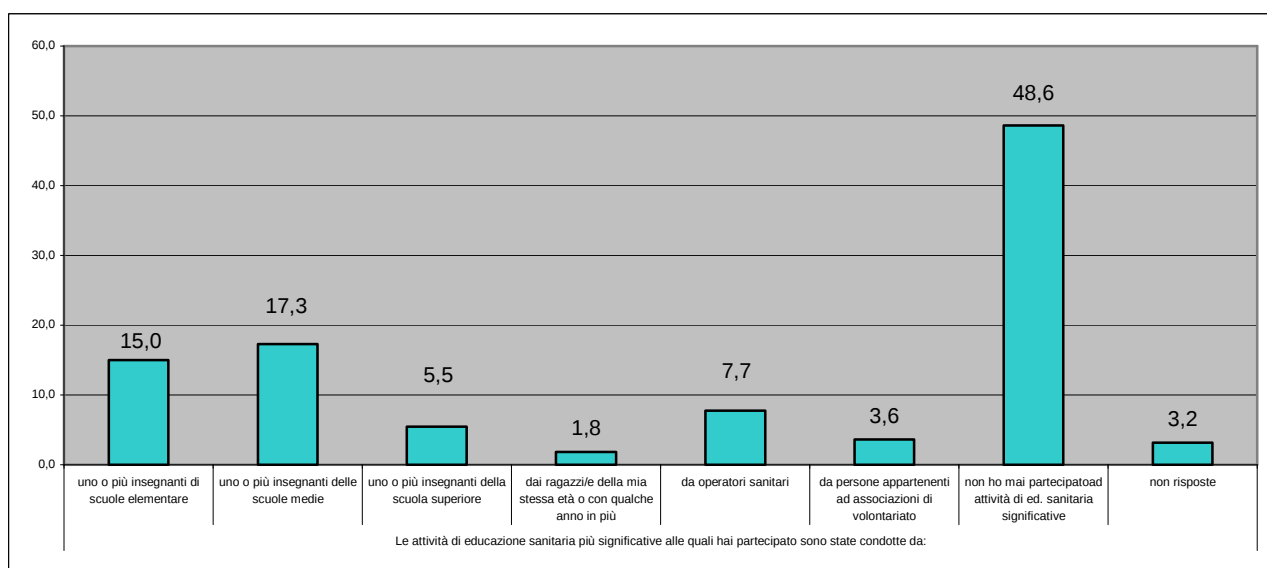
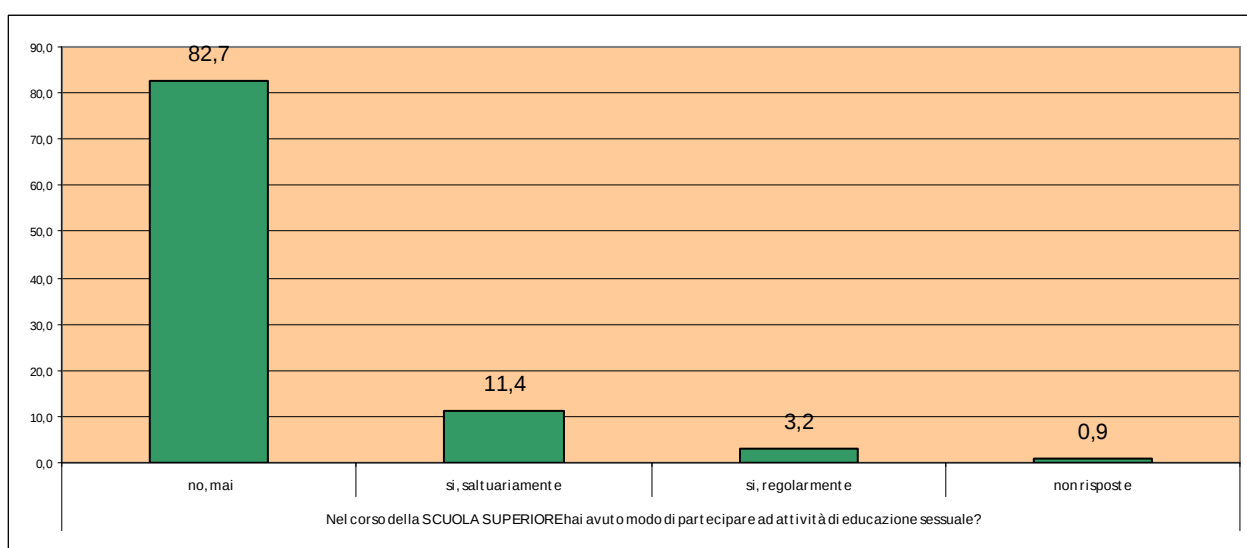
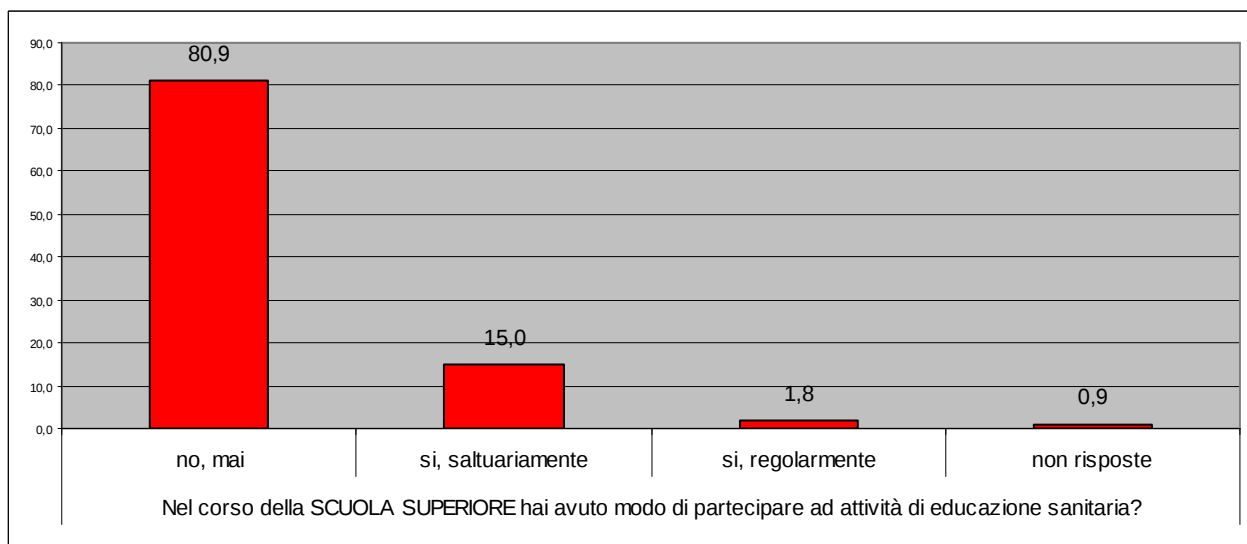


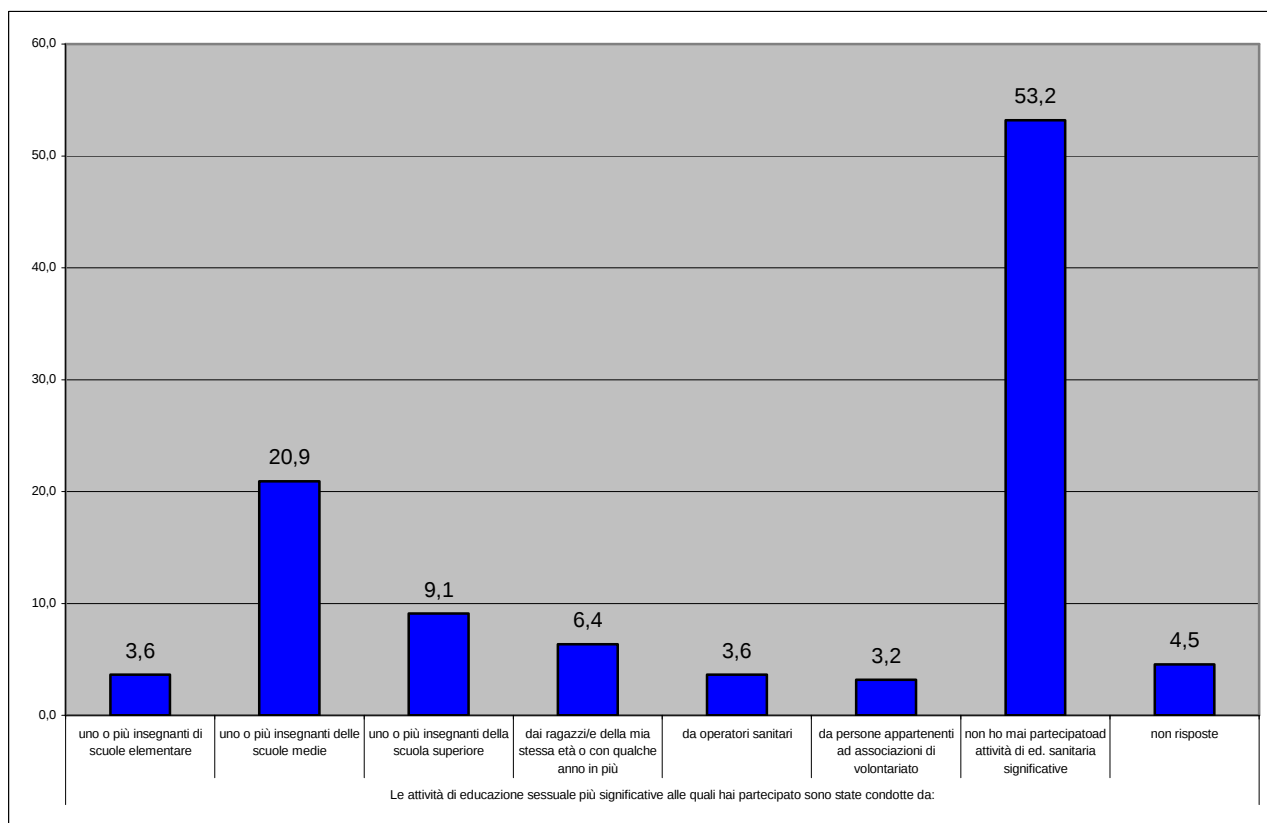












Piazza S. Giovanni Brusciano. Tel 081 3174259 Fax 08103174266

Dott. Umberto Vincenti – Coordinatore Locale
Dott. Mario Benedetto – Referente SIT e Promotore scientifico
Ing. Fiorenzo Rivellini – Supporto e consulente informatico
Rag. Vitaliano Minieri – Segreteria, Promozione e Organizzazione attività
Sig. Salvatore Maietta – Componente
Sig.ra Castaldo Carmela – Componente
Sig.ra Teresa Landretta – Componente

COMITATO AZIENDALE DONAZIONE ORGANI E TESSUTI

Rapporto sulle attività di promozione della Donazione di Organi e Tessuti e di registrazione delle Dichiarazioni di Volontà' del cittadino.

Fino a qualche anno fa, la mancanza di riferimenti legislativi in materia di Donazione e Trapianti, collocava il nostro Paese tra gli ultimi in Europa (Fig.1), per cui gli assistiti bisognosi di trapianto spesso erano costretti a recarsi all'estero, con gravi implicazioni sociali ed economiche. Oggi, nuove leggi e campagne di informazioni hanno sensibilmente migliorata la situazione anche grazie alla nascita di Centri Specializzati per i Trapianti dislocati su tutto il territorio nazionale.

Con la legge 1 aprile 1999 n. 91 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti" è stato istituito l'Alto Comitato Regionale per i Trapianti, a cui sono affidati i criteri per la nomina del Coordinatore Locale e del Referente SIT (Sistema Informativo Trapianti) con compiti, rispettivamente, di segnalazione e donazione di organi al fine di trapianto, e di realizzazione del Sistema di registrazione delle dichiarazioni di volontà del cittadino. Inoltre, il Ministero della Salute, allo scopo di diffondere la cultura della Donazione, ha istituito la "Giornata Nazionale della Donazione di Organi e Tessuti"

In ottemperanza alla citata legge, la Giunta Regionale della Campania, con delibera 3961 del 7/8/01, ha approvato un programma straordinario per lo sviluppo delle attività di donazione e trapianti degli organi e dei tessuti, affidandone la realizzazione all'Alto Comitato Regionale per i trapianti.

L'ASL NA4, recepito il disciplinare dell'Alto Comitato Regionale, ha conferito, con delibera n.606 del 5/3/02, al dott. Umberto Vincenti, attuale Direttore del U.O. di Rianimazione del P.O. di Nola, l'incarico di Coordinatore locale e con atto n. 1173/DS del 29/06/2000 ha nominato il Dott. Mario Benedetto, Referente SIT (Sistema Informativo Trapianti).

Con delibera n. 776 del 21 giugno 2007, l'ASL NA4, ha disciplinato le attività aziendali finalizzate allo sviluppo delle attività di donazione e trapianti degli organi e dei tessuti, prevedendo l'istituzione di un Comitato Aziendale ad hoc, costituito dal dott. U.Vincenti, con funzioni di Coordinatore Locale e da un Gruppo di Lavoro composto dal dott.M.Benedetto, ing.F.Rivellini,

rag.V.Minieri, sig.ra C.Castaldo, sig.S.Maietta, sig.ra T.Landretta a cui è affidato l'organizzazione delle attività di informazione, di educazione e di crescita culturale della popolazione in materia di Donazione e Trapianti.

Già dal 2001, il Referente SIT, coadiuvato dal Gruppo di Lavoro e supportato dal Servizio Gestione Sistemi Informativi dell'ASL, nella disponibilità e manutenzione hardware e software, ha realizzato l'informatizzazione della raccolta e trasmissione delle Dichiarazioni di Volontà dei cittadini, prevedendo postazioni in varie Sedi dell'ASL tra cui i Distretti Sanitari e i PP.00.

Dall'anno 2005, recependo l'invito della Regione Campania a promuovere iniziative sul tema della Donazione di Organi e Tessuti, il Gruppo di Lavoro, ha ideato, organizzato e realizzato eventi che hanno contribuito a collocare la Regione Campania al 1° posto in Italia, per numero Dichiarazioni di Volontà e, l'ASL NA4, tra le prime nella regione. (fonte S.I.T. Tab.1 e 2)

Di seguito si segnalano le iniziative realizzate a tutt'oggi:

- *Incontri-dibattiti pubblici relizzati nelle seguenti date:*
 - 10 maggio 2005 presso la Comunità Missionaria di Villaregia a Piazzolla di Nola;
 - 12 maggio 2005 presso il Distretto Sanitario 75 di Volla;
 - 13 maggio 2005 presso il Centro Formazione ASL Napoli 4 di Brusciano.
- *31 marzo 2006 - Nell'ambito della campagna di sensibilizzazione dei giovani sulla Donazione di Organi e Tessuti, manifestazione organizzata presso l'Istituto Tecnico Commerciale "Manlio Rossi Doria" di Casalnuovo di Napoli con l'assegnazione di Borse di Studio ai vincitori del Concorso riservato agli studenti delle scuole di II grado per la migliore idea creativa nella realizzazione di un Logo e uno Slogan, da utilizzare come logo ufficiale dell'ASL NA4,*
- *12 maggio 2006 - Manifestazione pubblica presso la Sede ASL di Brusciano per un interscambio solidale e collaborativo tra la regione Campania e regione Veneto, con la partecipazione di rappresentanti aziendali, regionali e di specialisti che si sono distinti nel campo tra cui il Dr. Luigi Boschiero, responsabile centro trapianti renali policlinico di Verona; Dr. Vincenzo D'Alessandro, Dr Michele Santangelo, Dr. Paride De Rosa, Prof. Stefano Federico.*
- *10 maggio 2007 - Incontro, presso la Sala Baronale del Castello di Acerra, con studenti delle scuole cittadine,.*
- *20 maggio 2007 - Incontro-spettacolo in Piazza XI Settembre di Brusciano intitolato "Note di solidarietà"*

- Presenza sul territorio, con stand divulgativi allestiti in molte piazze cittadine, in grado di fornire informazioni e raccogliere dichiarazioni di volontà. Inoltre, sono state organizzate gare sportive, sondaggi, questionari, pubblicità attraverso esposizioni di locandine presso farmacie e ambulatori medici, esercizi pubblici ecc.



CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

Tab. 1

Resoconto delle dichiarazioni di volontà - anno 2006

Regione USL	Dichiarazioni 'Sì'	% SÌ	Dichiarazioni 'No'	% NO	N° Dichiarazioni
010 - PIEMONTE	76	93,8 %	5	6,2 %	81
020 - VALLE D'AOSTA	2	50,0 %	2	50,0 %	4
030 - LOMBARDIA	140	87,6 %	21	12,4 %	170
041 - PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	31	68,5 %	22	41,5 %	53
042 - PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	20	95,2 %	1	4,8 %	21
050 - VENETO	243	92,0 %	21	8,0 %	264
060 - FRILLI VENEZIA GIULIA	39	76,5 %	12	23,5 %	51
070 - LIGURIA	22	95,7 %	1	4,3 %	23
080 - EMILIA ROMAGNA	264	93,3 %	19	6,7 %	283
090 - TOSCANA	269	95,1 %	14	4,9 %	283
100 - UMBRIA	144	97,3 %	4	2,7 %	148
110 - MARCHE	76	91,6 %	7	8,4 %	83
120 - LAZIO	302	98,4 %	5	1,6 %	307
130 - ABRUZZO	211	100,0 %	0	0,0 %	211
140 - MOLISE	88	100,0 %	0	0,0 %	88
150 - CAMPANIA	2.828	98,9 %	32	1,1 %	2.860
160 - PUGLIA	880	89,4 %	104	10,6 %	984
170 - BASILICATA	216	98,2 %	4	1,8 %	220
180 - CALABRIA	1.283	98,7 %	17	1,3 %	1.300
190 - SICILIA	5.326	92,6 %	424	7,4 %	5.750
200 - SARDEGNA	43	100,0 %	0	0,0 %	43
ITALIA	12.512	94,6 %	715	5,4 %	13.227

Tab. 2



CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

Resoconto delle dichiarazioni di volontà al: 30/09/2007
 Regione 150 - CAMPANIA

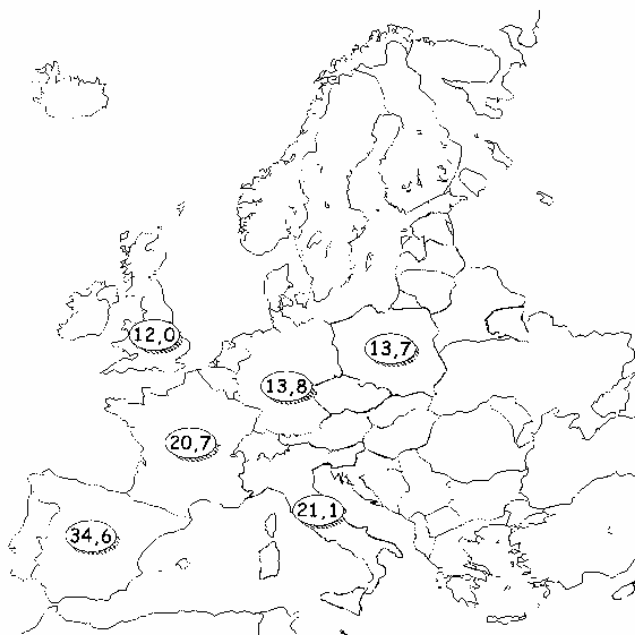
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Somma:
150101 - AVELLINO 1		13	15	74	12	188	20	2	324
150102 - AVELLINO 2		13	87	144	298	310	85	59	996
150103 - BENEVENTO 1		5		8		105	230	57	405
150104 - CASERTA 1	7	15	4	38	31	17	27	12	151
150105 - CASERTA 2		12	9			25	21		67
150106 - NAPOLI 1	28	424	845	508	534	404	380	317	3.440
150107 - NAPOLI 2				8		67	93	20	188
150108 - NAPOLI 3		32	18	112	38	84	191	10	485
150109 - NAPOLI 4	1	196	205	175	44	72	244	67	1.004
150110 - NAPOLI 5		4	20	6	35	120	179	13	377
150111 - SALERNO 1			439	365	256	45	459	20	1.584
150112 - SALERNO 2	22	928	967	412	534	1.001	844	613	5.321
150113 - SALERNO 3	62	161	151	146	41	82	81	55	779
Somma:	120	1.803	2.760	1.996	1.823	2.520	2.854	1.245	15.121



Centro Nazionale Trapianti

Fig. 1

Donatori Effettivi P.M.P.



Nazione	P.M.P.
* Spagna	34,6
* Italia	21,1
* Francia	20,7
° Germania	13,8
° Polonia	13,7
° UK	12,0
* dati 2004 ° dati 2003	