

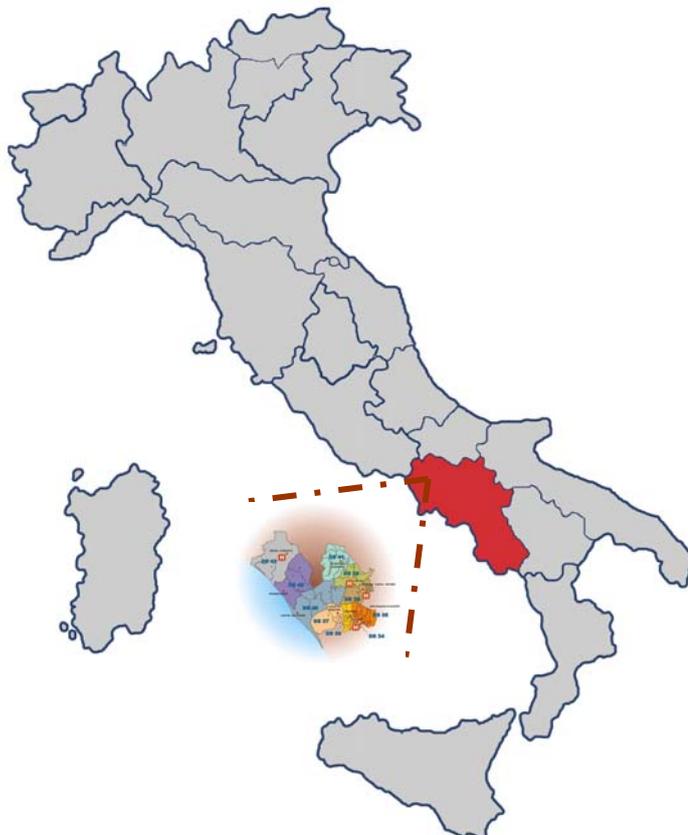
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
Commissario Straordinario
Ing. Sergio Florio



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto Aziendale 2007
ASL AV2





A cura di:

Maria Antonietta Ferrara , Marcella D'Alessio
Dipartimento di Prevenzione
UOC Epidemiologia e Prevenzione

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

Angelo Montemarano
(Assessore alla Salute - Regione Campania)

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

- a livello aziendale:

- Direttore Sanitario Dott. Giovanni Canfora
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione Dott. Ernesto Pompa

- Intervistatori
Maria Flora Pagliuca , Elisa Iervolino , Mafalda Adda U.O.C. Epidemiologia e Prevenzione
M.M.Fabiola Vitale Distretto di Avellino

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale della ASL per la preziosa collaborazione fornita.

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

Indice

Premessa	4
Il sistema di sorveglianza Passi "in breve":	
Obiettivi e Metodi	5
Sintesi del rapporto aziendale	11
I risultati	
Descrizione del campione aziendale	13
Percezione dello stato di salute	18
Attività fisica	21
Abitudine al fumo	25
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	34
Consumo di alcol	44
Sicurezza stradale	49
Vaccinazione antinfluenzale	52
Vaccinazione antirosolia	55
Rischio cardiovascolare	57
Infortuni domestici	70
Sintomi di depressione	77
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	81
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	89
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	96
Appendice	103
I dati del monitoraggio	
Bibliografia	108

PREMESSA

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

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

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

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

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

Obiettivi

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

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

4. Abitudine al fumo

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

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

7. Consumo di alcol

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

8. Sicurezza stradale

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

9. Infortuni domestici

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

10. Vaccinazione antinfluenzale

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

11. Vaccinazione antirosolia

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

12. Fattori di rischio cardiovascolare

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

13. Diagnosi precoci delle neoplasie

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

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

14. Sintomi di depressione

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

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nella lista dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale AV2 , aggiornata al 31.12.2006 (complessivamente 190.775) Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

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

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

Interviste

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

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

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

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il **52%** degli intervistatori ha utilizzato metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

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

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

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

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

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

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

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle

informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il Coordinatore Aziendale.

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

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

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

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

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

Sintesi del rapporto aziendale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: Nella ASL AV2 è stato intervistato un campione casuale di 280 persone, selezionato dalla lista dell' Anagrafe Sanitaria della ASL. Il 50% degli intervistati è rappresentato da uomini. L'età media è di 43 anni. Poco più della metà ha un livello di istruzione alto e un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Il 69,3% delle persone intervistate ritiene buono o molto il proprio stato di salute, mentre solo il 6,4% dei soggetti ha risposto in modo negativo.

Attività fisica: È completamente sedentario il 29,9% del campione e solo il 42% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Il 15,3% dei medici si informano e nel 12,9% dei casi consiglia genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: Il 34,6% si dichiara fumatore e il 10% ex fumatore. Il 96% degli ex fumatori ha smesso di fumare da solo. L'81% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 29% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare: "ovunque" (1,4%) o in "alcune zone" (28%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: Il 38% del campione aziendale è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 17%. L'eccesso ponderale è trattato nel 21,2% dei casi con dieta. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 9% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando cinque porzioni al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 50- 69 anni.

Consumo di alcol: Si stima che circa il 32,2% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 7% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 4,8% beve fuori pasto, il 3% è bevitore "binge" e il 0,7% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e non consigliano di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: il 71,7% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 45,6% degli intervistati. Il 3,5% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 2,7 % di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortuni domestici: Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, nella ASL AV2, non è elevata: il 94,6% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici, da medici o altri operatori sanitari, è limitata al 31,8%: tra questi, il 61,2% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale: In media, solo il 25% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia: Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 40,7%.

Rischio cardiovascolare: Si stima che il 23,4% della popolazione della ASL AV2 è iperteso, tra i 18 e 69 anni; il 70% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 16,1% non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

Il 21,2% della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 42% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Il 12,5% dichiara di non aver mai misurato il colesterolo.

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 15,2% degli ultraquarantenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

Sintomi di depressione: Nella ASL AV 2 il 10,8% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nelle ultime due settimane, sintomi di depressione. Le donne e le persone affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

Screening neoplasia del collo dell'utero: Il 69,6% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato un pap test preventivo negli ultimi tre anni come raccomandato dalle linee guida .

Screening neoplasia della mammella: Il 46,7% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato una mammografia nel corso degli ultimi due anni come raccomandato dalle Linee Guida . Il 29% non ha mai eseguito una mammografia .

Screening tumore del colon retto: Appena il 10,5 % degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ed il 14% una colonscopia a scopo preventivo .

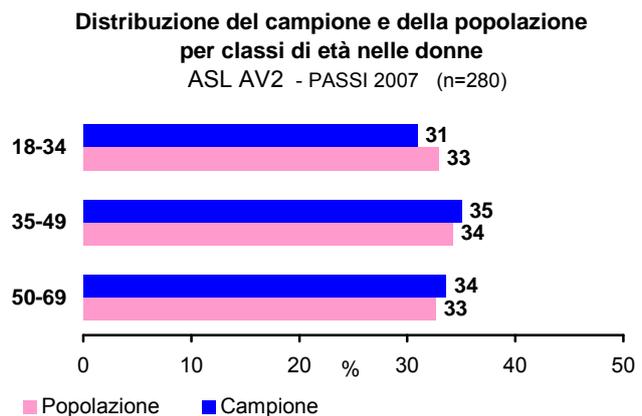
Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 190775 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2006 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL AV2. Sono state intervistate 280 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. **Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'89,1% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente. Il tasso di risposta¹ è stato dell'89,1% , quello di rifiuto² del 10,9% , il tasso di non reperibilità 0% , il tasso di eleggibilità 97,9%.**

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

- Nella ASL AV2 il **49,6%** del campione intervistato (280 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di **43** anni.
- Il **31,1%** degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il **35,3%** in quella 35-49 e il **33,6%** in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è **sovrapponibile** a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una **buona rappresentatività** del campione selezionato.

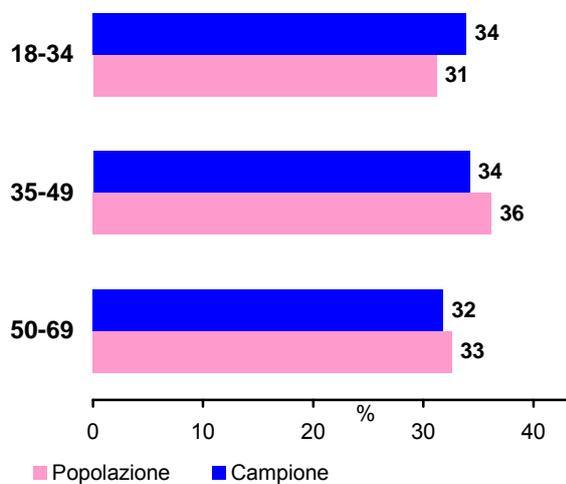


¹ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

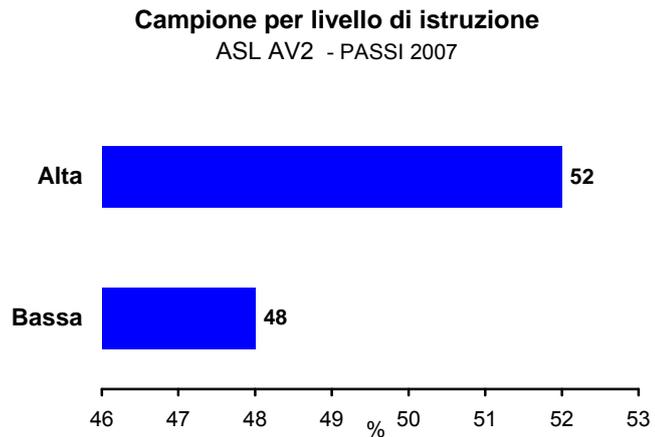
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini

ASL AV2 - PASSI 2007 (n=280)



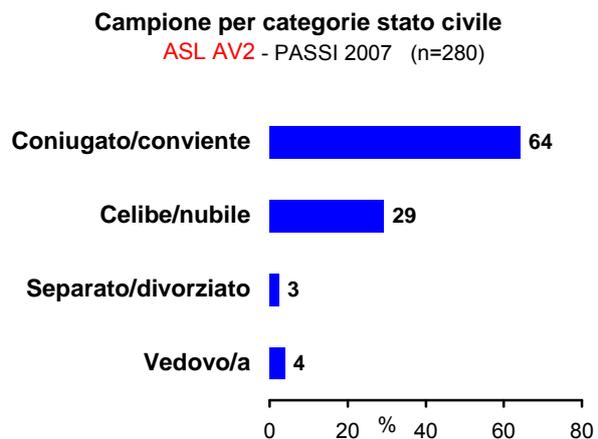
Il titolo di studio

- Nella ASL AV2 il 47,9% del campione ha un livello di istruzione basso, il 52,1% ha un livello di istruzione alto. Le donne hanno un livello di istruzione **più alto** degli uomini (54% le donne e 50,4% i maschi).
- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente **più bassi** rispetto ai più giovani. Questo comporta che i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).



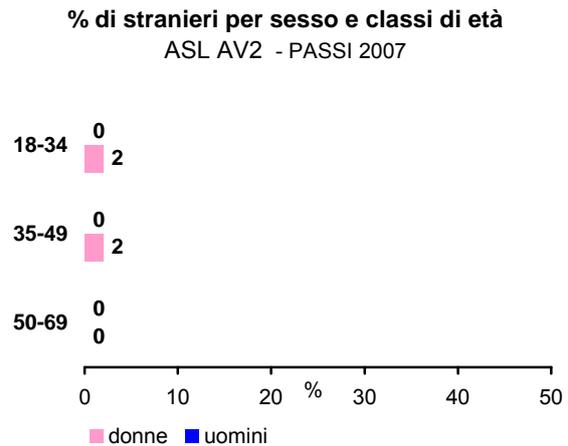
Lo stato civile

- Nella ASL AV2 i coniugati/conviventi rappresentano il **64,3%** del campione, i celibi/nubili il **29,3%**, i separati/divorziati il **2,5%** ed i vedovi/e il **3,9%**.



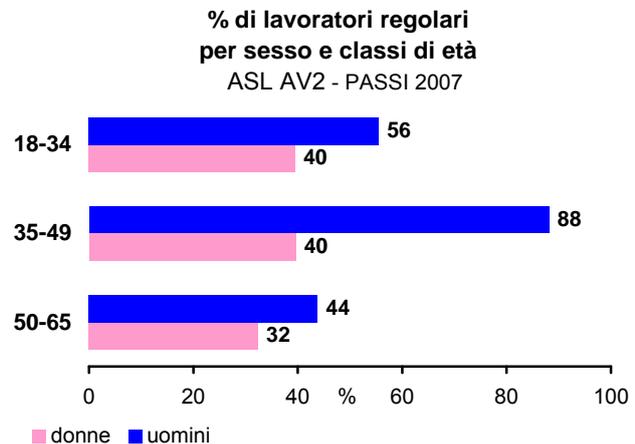
Cittadinanza

- Nella ASL AV2 il **98,6** % del campione intervistato è italiano, il **1,4**% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani, ad esempio non ci sono stranieri nella fascia di età 50-69. Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese. Gli stranieri sono solo donne.



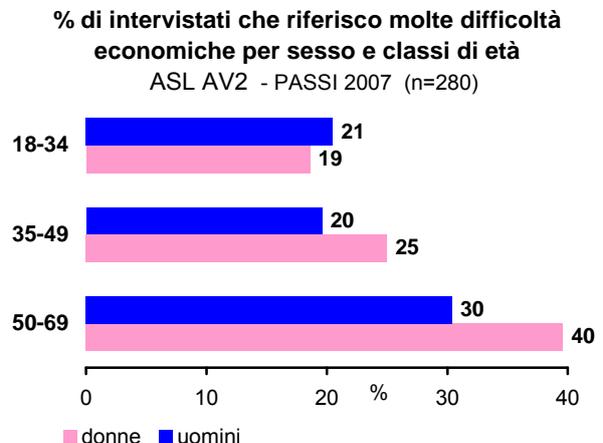
Il lavoro

- Nella ASL AV2 il **51,4** % del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente **meno** "occupate" rispetto agli uomini (**62,5**% contro **34,6**%). Gli intervistati più giovani riferiscono in **maggior percentuale** di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti **differenze di occupazione statisticamente significative** per classi di età nel sesso maschile.



Difficoltà economiche

- Nella ASL AV2 il **25,7**% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il **45,4** qualche difficoltà, il **28,9** nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una **maggiore** difficoltà rispetto agli uomini (**28,1**% contro **23,4**%), sono le classi 35-49 e 50-69 anni che riferiscono molte difficoltà economiche.



Conclusioni

Il campione **nella ASL AV2** è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale.

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

Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

-Nella ASL AV2 il **69,3%** degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il **24,3%** riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il **6,4%** ha risposto in modo negativo (male/molto male).

-In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:

- i giovani nella fascia 18-34 anni
- gli uomini
- le persone con alta istruzione
- le persone senza difficoltà economiche
- le persone senza patologie severe.

Stato di salute percepito positivamente*

ASL AV2 - PASSI 2007(n=280)

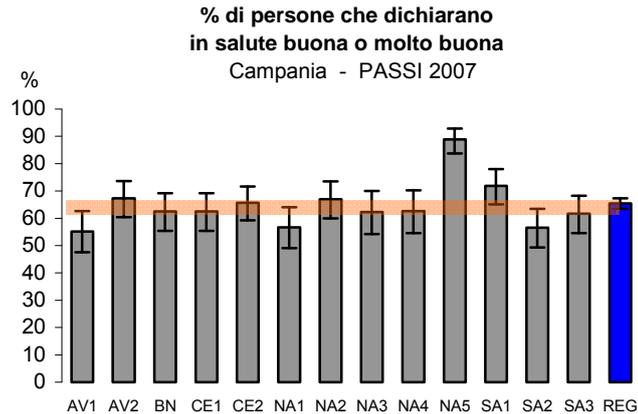
Caratteristiche	%
Totale	69,3 (IC%: 63,5-74,6)
Età	
18 - 34	89,7
35 - 49	74,7
50 - 69	44,7
Sesso	
uomini	70,9
donne	67,6
Istruzione	
bassa	56,7
alta	80,8
Difficoltà economiche**	
sì	64,8
no	80,2
Patologia severa***	
presente	34,3
assente	80,3

* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

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

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

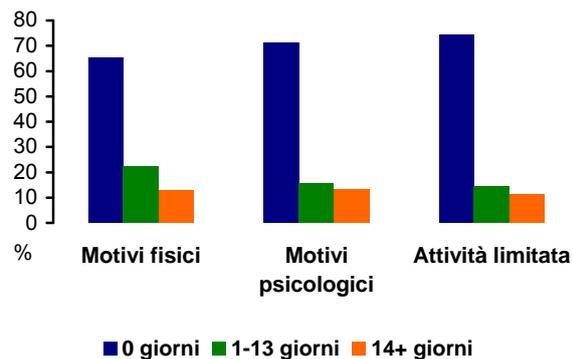
Nella ASLAV2 con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è leggermente superiore al dato regionale (range dal 55,2% della ASL AV1 all' 88,9% della ASL NA5).



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

- Nella ASL AV2 la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (65,1% in buona salute fisica, 71% in buona salute psicologica e 74,2% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 12,7% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, l'13,4% per motivi psicologici e solo il 11,4% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.
- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è 4,1 e per motivi psicologici è circa 4,2, mentre le attività abituali sono limitate per 3,4 giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici e fisici (in maniera statisticamente significativa), e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASL AV2 - PASSI 2007



Giorni in cattiva salute percepita
ASL AV2 - PASSI 2007

Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	4,1	4,2	3,4
Classi di età			
18 - 34	1,9	2,7	1,7
35 - 49	2,2	3,4	1,8
50 - 69	8,3	6,6	6,9
Sesso			
uomini	2,9	3	2,7
donne	5,3	5,5	4,1

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Attività fisica

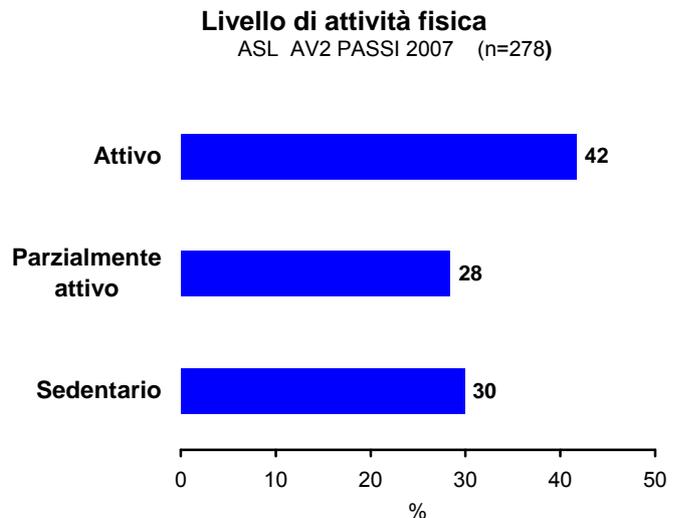
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità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

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

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

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella ASL AV2 il **41,7%** delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il **28,4%** non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il **29,9%** è completamente sedentario.



Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- Nella ASL AV2 sono emerse differenze statisticamente significative tra uomini e donne e tra persone con differente livello di istruzione.
- La sedentarietà cresce con l'età ed è più frequente negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

Sedentari ASL AV2- PASSI 2007 (n=278)

Caratteristiche

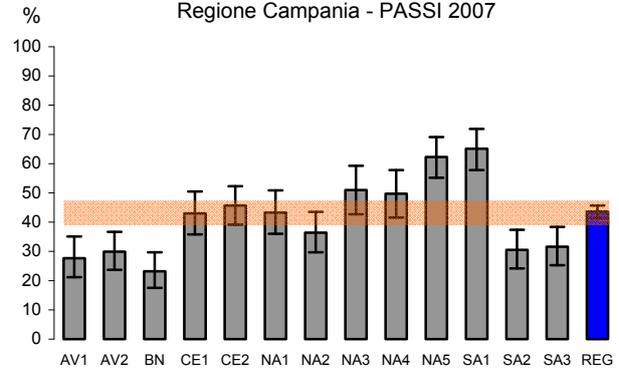
Totale	29,9 % IC 95% (24,5 -35,6)
Classi di età	
18 - 34	15,1
35 - 49	25,3
50 - 69	48,4
Sesso	
uomini	33,8
donne	25,9
Istruzione*	
bassa	38,6
alta	21,9
Difficoltà economiche	
sì	34,5
no	18,5

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

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica; le ASL AV1, AV2, BN, SA2 e SA3 mostrano valori inferiori e le ASL NA5 e SA1 mostrano valori superiori rispetto a quelli regionali (43,6%) (range dal 23,2% di BN al 65% della SA1)
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 33,2% della popolazione è attiva, il 38,8% parzialmente attivo e il 28% è sedentario.

% di persone che fanno poca o nessuna attività fisica.

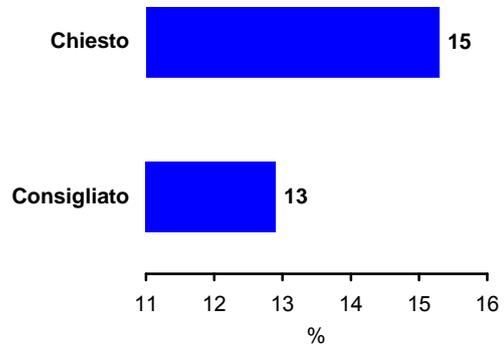
Regione Campania - PASSI 2007



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

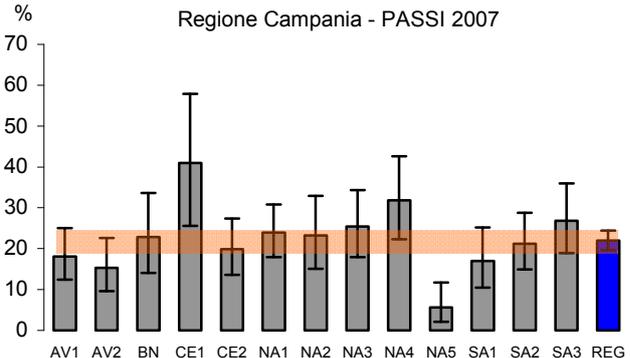
- Nella ASL AV2 solo il **15,3%** delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel **12,9%** dei casi.
- Tra le altre ASL partecipanti al sistema il **30,9%** delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto ed il **32,9%** ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
ASL AV2 – PASSI 2007



Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone consigliata dal medico di fare attività fisica, eccetto per la CE1 e la NA5 che mostrano rispettivamente un valore superiore e inferiore rispetto a quello regionale (range dal 5,6% della NA5 al 41% della CE1).

% di persone consigliate dal medico di fare attività fisica

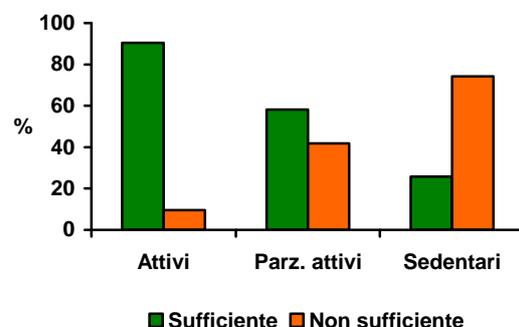


Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

E' interessante notare come nella ASL AV2 il **25,8%** delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti, la percentuale di persone sedentarie che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente è del **25,7%**.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=260)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL AV2 il 42% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 58% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane , gli uomini e le persone con basso livello di istruzione e difficoltà economiche .

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

Sono pochi i medici che si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti e la percentuale di coloro che danno dei consigli più dettagliati rimane ancora insoddisfacente e risulta comunque bassa . Un fatto che assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta.

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

L'abitudine al fumo

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

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

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

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

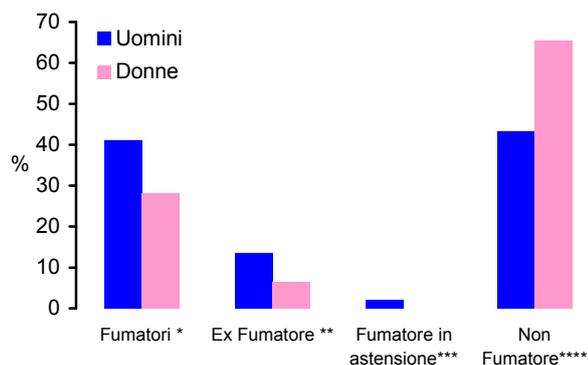
Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo ed alcune condizioni morbose. La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ASL AV2 i fumatori sono pari al **34,6**, gli ex fumatori al **10%**, e i non fumatori al **54,3%**. A questi si aggiungono **3** persone (**1,1%**), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS)
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (**41,1%** versus **28,1%**); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (**65,5%** versus **43,3%**).

Abitudine al fumo di sigaretta

ASL AV2 – Passi 2007 (n=280)



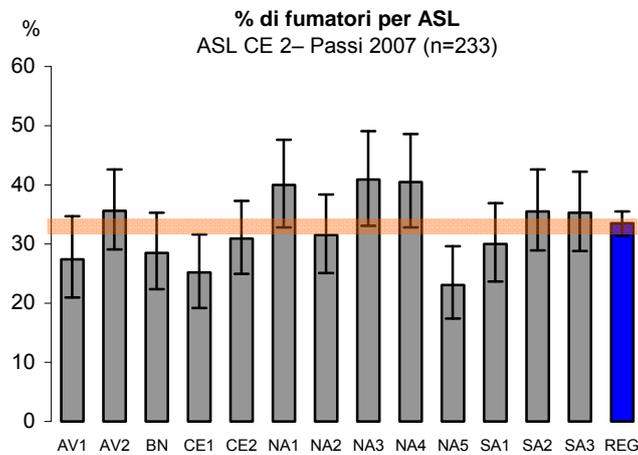
*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

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

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

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

- Nelle **13** ASL della Regione con campione rappresentativo, **non** emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori eccetto che per la NA 5 che mostra valori inferiori a quelli regionali (range **dal 23,1%** della ASL NA5 al **40.9%** della ASL NA3).



- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il **30,7%**, gli ex fumatori il **19,1%** e i non fumatori il **50,2%**.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori nella fascia di età 35-49, tra **gli uomini**, tra persone con **basso livello di istruzione e con difficoltà economiche**.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media **15,3** sigarette al giorno. Tra loro, il **9,4%** dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore)
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI i fumatori rappresentano il **30,7%**, gli ex fumatori il **19,1%** e i non fumatori il **50,2%**.

Fumatori	
ASL AV2 Passi, 2007 (n=280)	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	35,7 I.C.95% (30,1-41,6)
Età, anni	
18 - 34	31,0
35 - 49	39,4
50 - 69	36,2
Sesso ^	
M	43,3
F	28,1
Istruzione**	
bassa	38,8
alta	32,9
Difficoltà economiche	
si	37,2
no	32,1

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)

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

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

Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, il 27,9 % ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 60 % dei fumatori, il 20 % degli ex fumatori e il 9% dei non fumatori.

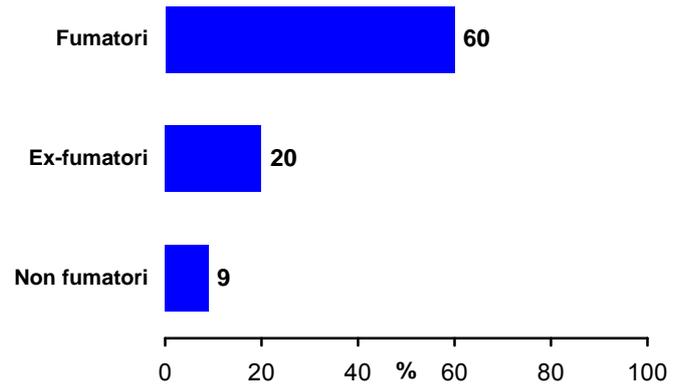
Tra le ASL della Regione emergono alcune differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: rispetto al valore regionale la percentuale di persone interpellate è più alta nella ASL NA 4 e più bassa nelle ASL AV1,AV2 e NA5 .

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

% di persone interpellate da un operatore sanitario

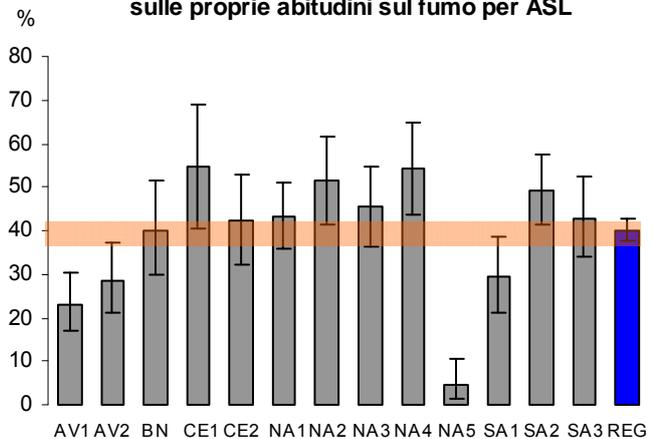
sulla propria abitudine al fumo

ASL AV2 - Passi, 2007 *



* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 201)

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



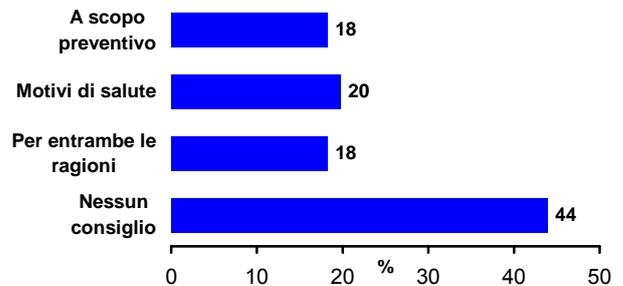
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

il **56,1%** dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (**18,2%**)

il **43,9%** dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari (tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il **40,3%**)

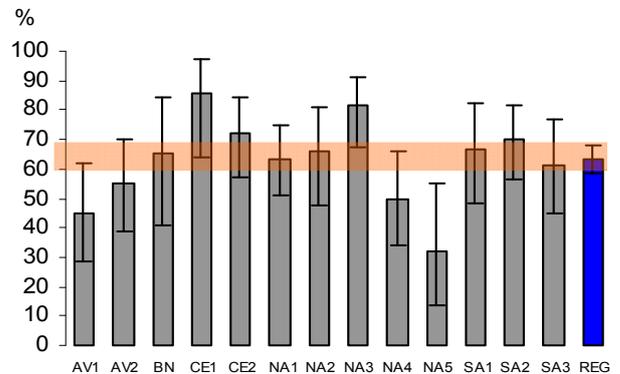
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione – ASL AV2 Passi 2007 *



* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 636)

Nelle 13 ASL della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare eccetto che per la ASL NA5 che mostra valori inferiori a quelli regionali (range dal **31,8%** della ASL NA5 al **85,7%** della ASL CE1)

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



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

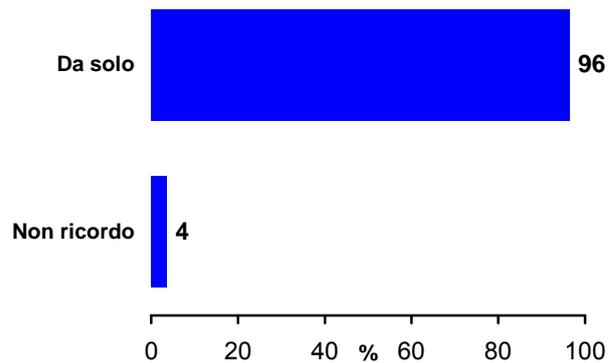
Fra gli ex fumatori il **96,4 %** ha smesso di fumare da solo e il **3,6 %** non ricorda

Il **21,6 %** degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.

Dei fumatori l'**81%** ha tentato di smettere di fumare da solo , il **14,3%** con farmaci o cerotti, il **4,8%** non ricorda o altro .

% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori

ASL AV2 - Passi 2007



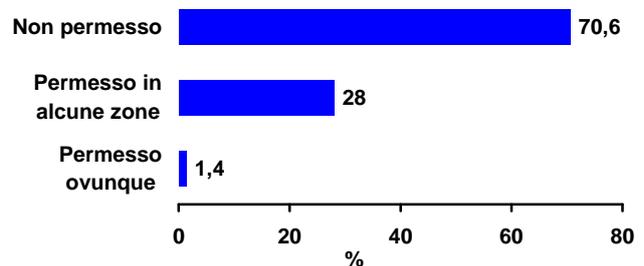
L'abitudine al fumo in ambito domestico

Il **70,6%** degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;

nel restante **29%** dei casi si fuma : ovunque nell'**1,4%** o in alcuni luoghi nel **28%**.

% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa

ASL AV2 - Passi 2007



L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

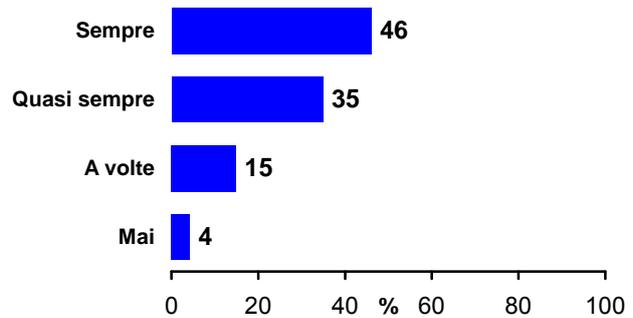
le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel **80,9%** dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.

Il **19,1%** dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente

Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente del **84,3%** e del **15%**.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (n=215 intervistati)

ASL AV/2 - Passi 2007 *



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

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel **82,4%** dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.

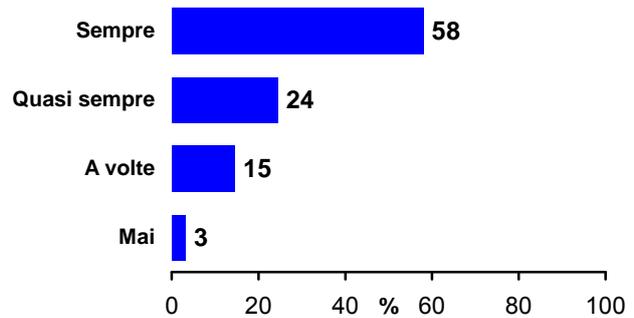
Il **17,6%** dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente

Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente del **84,5%** e del **15,5%**.

Nelle 13 ASL della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro eccetto che per la ASL NA 2 (range dal **91,9%** della ASL NA2 al **72,5 %** della ASL NA1)

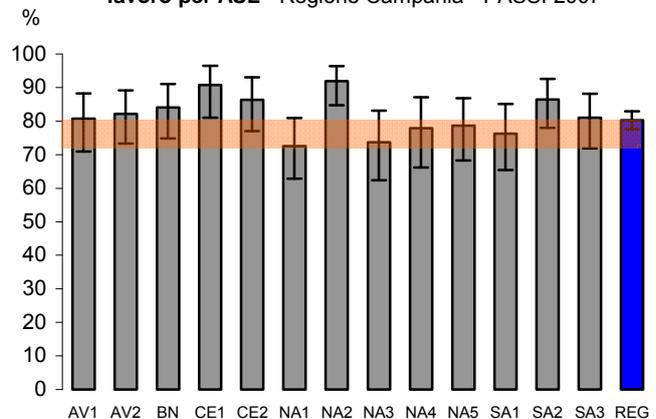
Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n= 131 lavoratori) *

ASL AV2 - Passi, 2007



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

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



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV2 un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra gli adulti, specialmente nella classe d'età 35 – 49 anni .

Pochi fumatori hanno ricevuto il consiglio di smettere, non evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. La maggior parte degli ex fumatori (il 96,4%) ha smesso di fumare da solo.

Risulta pertanto opportuno un consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta di opportunità di smettere di fumare nei fumatori .

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

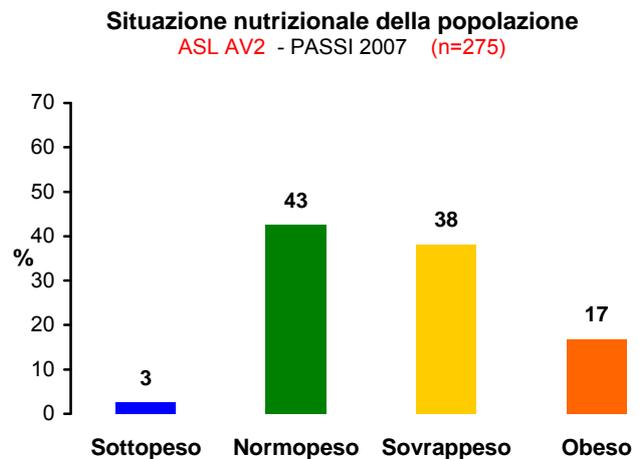
Situazione nutrizionale

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

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, *Body Mass Index* - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18.5), normopeso (BMI 18.5-24.9), sovrappeso (BMI 25-29.9), obeso (BMI ≥ 30).

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL AV2 il 2,5% delle persone intervistate risulta sottopeso, il **42,5%** normopeso, il **38,2%** sovrappeso e l'**16,7%** obeso.
- Complessivamente si stima che il **54,9%** della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



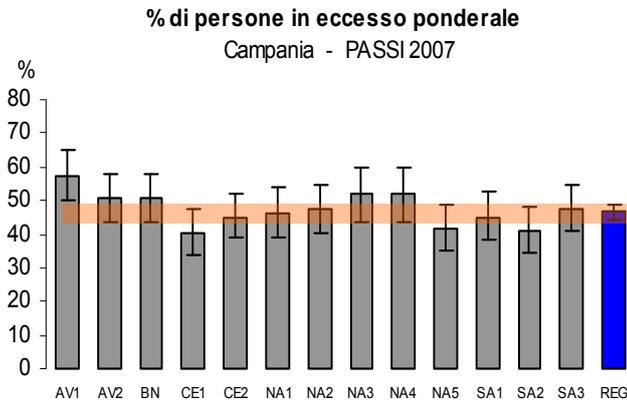
Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (**64,7% vs 44,9%**) e nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche, **con differenze tutte statisticamente significative.**

Eccesso ponderale	
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=275)	
Caratteristiche	Eccesso ponderale %
Totale	54,9 (IC95% 48,8-60,9)
Classi di età	
18 - 34	29,4
35 - 49	60,2
50 - 69	72,8
Sesso	
uomini	64,7
donne	44,9
Istruzione*	
bassa	62,3
alta	48,3
Difficoltà economiche	
sì	57,2
no	49,4

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

- Nelle 13 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative eccetto che per la ASL AV1 che mostra valori superiori a quello regionale 47% (range dal 40,5% della ASL CE1 al 57,5 della ASL AV1).

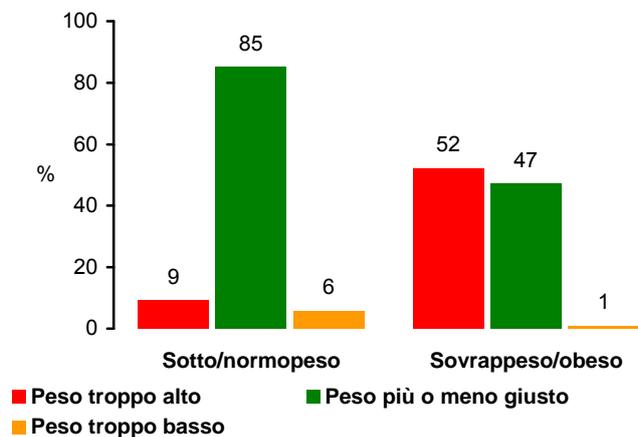


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 30,8% è in sovrappeso e l'11,1% è obeso .

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

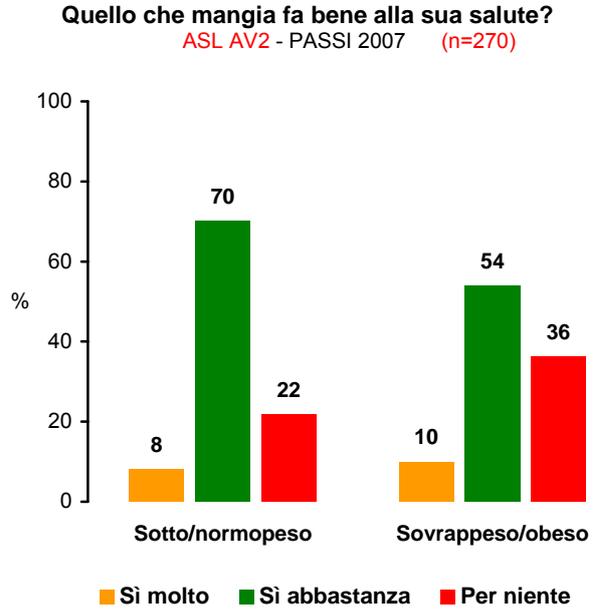
- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- Nella ASL AV2 la percezione della propria situazione nutrizionale **non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.**
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI **nei sotto/normopeso (85%)**, mentre tra le persone in sovrappeso/obese solo il 52% ha una percezione coincidente.
- Emerge un diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il **87,8%** considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all' **80,9%** degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso/obese il **60,3%** rispetto al **46,3%** degli uomini.

Percezione della propria situazione nutrizionale
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=261)



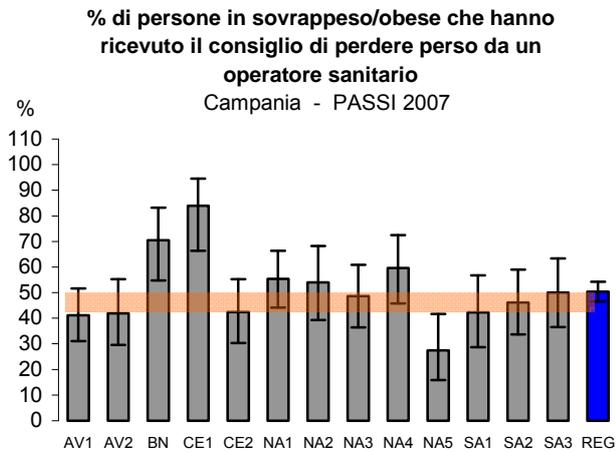
Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL AV2 mediamente il **70,4%** degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare: il **78%** dei sottopeso/normopeso, il **64 %** dei soprappeso/obesi confermando per questi ultimi la sbagliata percezione del proprio stato nutrizionale .



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

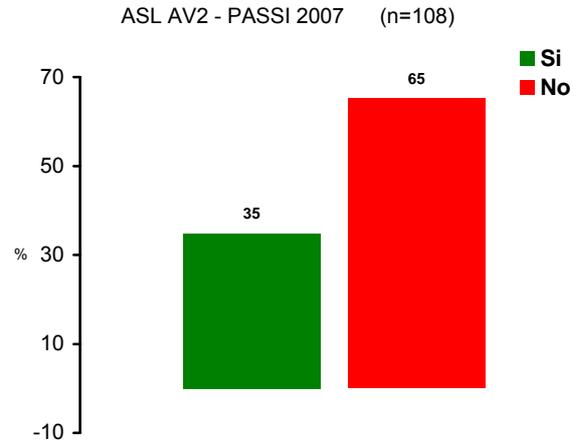
- Nella ASL AV2 il **42,6%** delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il **26,7%** delle persone in sovrappeso e il **78,8%** delle persone obese.
- Nelle **13 ASL** della Regione **emergono** differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario : i valori delle ASL BN e CE1 si mostrano superiori e quelli della NA5 inferiori rispetto a quelli regionali (**50%**) (range dal **27,5%** della NA5 all'**83,9%** della ASL CE1) .



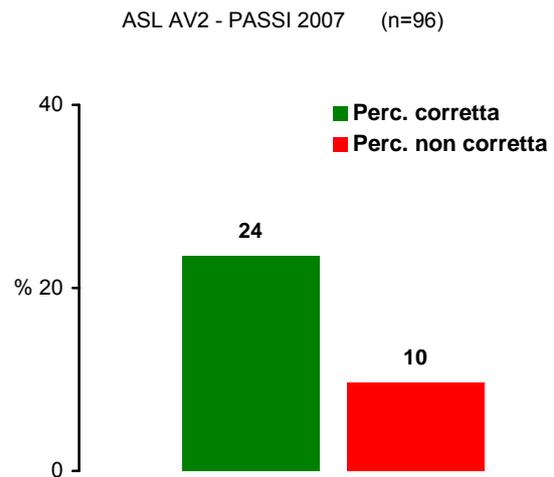
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il **79%** delle persone in sovrappeso e il **95,3%** degli obesi ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario .

- Solo il **21,2** % delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (**24,6%** vs il **18,9%** degli uomini)
 - negli obesi (**37%** vs il **14,3%** dei sovrappeso)
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (**34,8%** vs **11,3%**)
 - nelle persone che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (**23,5%** vs il **9,7%** di coloro che ritengono il proprio peso "giusto")

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



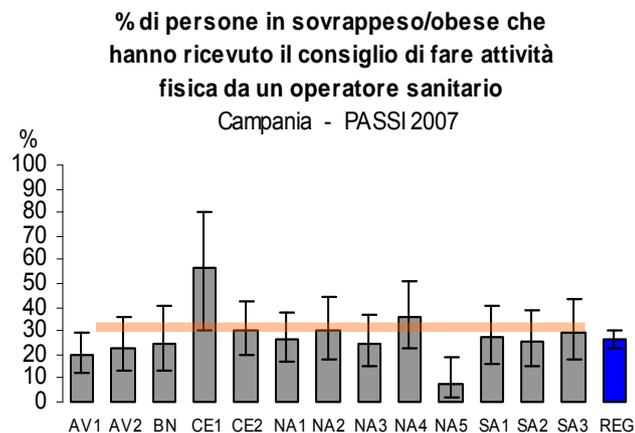
Percentuale di persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che fanno una dieta in rapporto alla percezione del proprio peso



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

Nella ASL AV2 il **36%** delle persone in eccesso ponderale è sedentario (**32,7%** nei sovrappeso/ e **43,5%** negli obesi).

- Il **15,7%** delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il **12%** delle persone in sovrappeso e il **24,2%** di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il **58,8%** pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al **61,5%** di chi non l'ha ricevuto.
- Nelle **13 ASL** della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario eccetto che per le ASLCE1 e NA5 (range dal **7,8%** della ASLNA5 al **56,3%** dellaASL CE1).



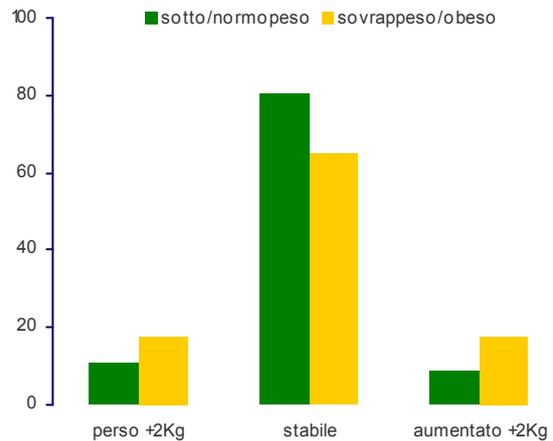
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il **57%** delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (**79%** delle persone in sovrappeso e il **95,3%** degli obesi).

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASL AV2 il **13,7%** degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia d'età di 18-34 anni e 50-69 (**14,9%** e **16,3%** vs **10,3%** nella fascia 35-49 anni)
 - nelle persone in eccesso ponderale (**17,4%** negli obesi / sovrappeso vs **9%** dei sottopeso / normopeso).
- nelle donne (**17%**) rispetto agli uomini (**10,6%**).

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi

ASL AV2 - PASSI 2007 (n= 271)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV2 l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 46,3% percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e il 17,4% è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 21,2% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (64%).

I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative ed interventi di provata efficacia.

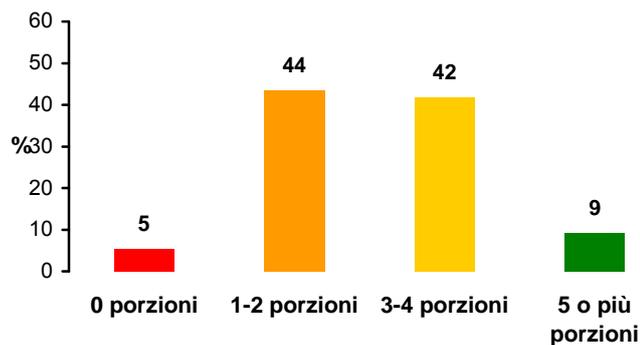
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di morbosità e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente. È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

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

- Nella ASL AV2 il **44%** degli intervistati dichiara di mangiare 1- 2 porzioni di frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il **9%** però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il **42%** mangia 3-4 porzioni al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone giovani 18-34 (**12,6%**), tra le donne (**11,5%**) e tra le persone con alto livello d'istruzione (**11,6%**) che non hanno difficoltà economiche. Osservando le percentuali non emergono differenze statisticamente significative tra le persone obese e quelle normopeso.

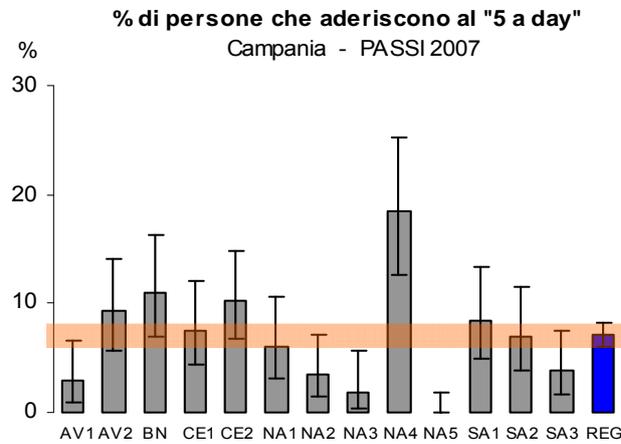
Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL Av2 - PASSI 2007 (n=280)



Consumo di frutta e verdura ASL AV2 - PASSI 2007 (n= 280)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day"*** (%)
Totale	9,0 (IC95% 6,2-13,3)
Classi di età	
18 - 34	12,6
35 - 49	9,1
50 - 69	6,4
Sesso	
uomini	7,1
donne	11,5
Istruzione**	
bassa	6,7
alta	11,6
Difficoltà economiche	
sì	8,5
no	11,1
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	8,9
sovrappeso/obeso	9,9

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

Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" eccetto che per la ASL NA4 e NA3, che mostrano valori, rispettivamente superiori ed inferiori rispetto a quelli regionali (range dall'1,9% della ASL NA 3 al 18,4% della ASL NA4). Per la ASL NA5 il numero di soggetti che hanno dichiarato di aderire al "5 a day" è pari a 0.



Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: il 42% ne assume oltre 3 porzioni, ma solo il 9% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto nell'ambito della promozione degli stili di vita sani un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali guida pericolosa di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza). L'alcol è inoltre considerato, assieme al fumo, una "porta d'ingresso" verso il consumo di sostanze d'abuso.

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

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

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

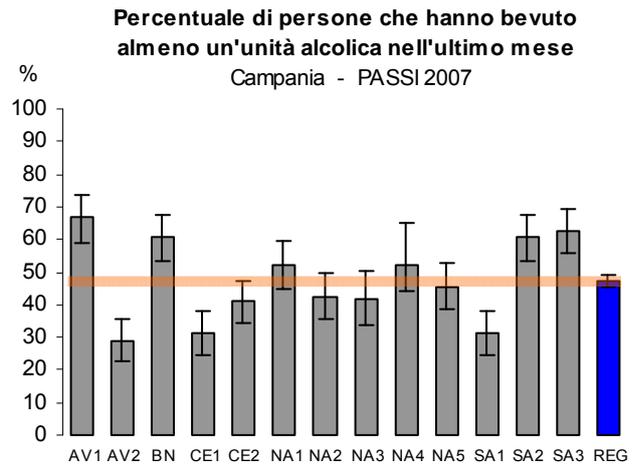
Quante persone consumano alcol?

- Nella **ASL AV2** la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del **32,2%**.
- Si sono osservate percentuali più alte nella **fascia di età 35-49**. La percentuale di consumatori di alcol è **significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini**.
- Il **70,5** consuma alcol durante tutta la settimana mentre il **29,5%** prevalentemente durante il fine settimana.
- Il consumo di alcool è più alto nelle persone con livello di istruzione alta e senza difficoltà economica.

Consumo di alcol (ultimo mese) ASL AV2 - PASSI 2007 (n=280)	
Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*
Totale	32,2 (IC95%:26,7-38,1)
Classi di età	
18 - 34	27,4
35 - 49	36,7
50 - 69	31,9
Sesso	
uomini	47,1
donne	17,5
Istruzione**	
bassa	27,1
alta	36,8
Difficoltà economiche	
sì	29,1
no	40,3

* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative : i valori delle ASL AV1 , BN , SA2 ,SA3 si mostrano superiori e quelli delle ASL AV/2 , CE 1 e SA1 inferiori al valore regionale (range dal **32,2 % al 66,7%**).
- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del **61,3 %**.

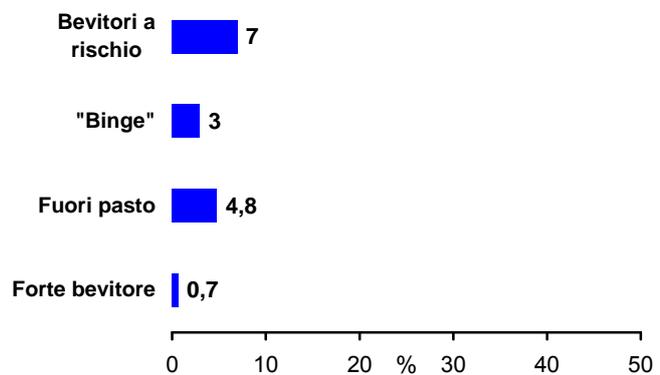


Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il **7%** degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il **4,8%** della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il **3%** 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 **0,7%** può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

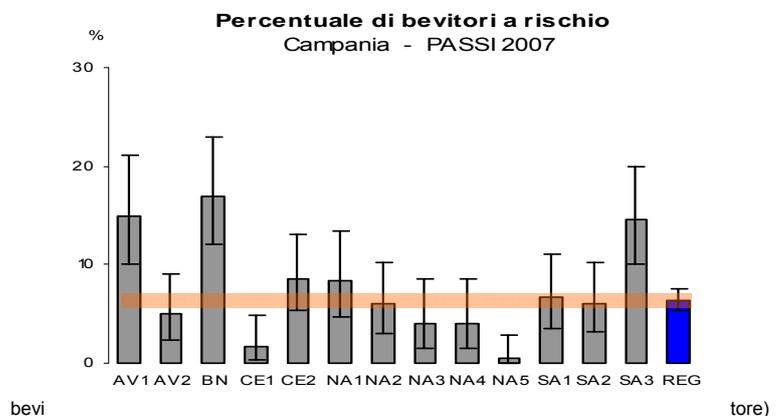
Bevitori a rischio* per categorie

ASL AV2 - PASSI 2007



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

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale dei bevitori a rischio mostra differenze statisticamente significative rispetto ai valori della regione : le ASL AV1 , BN e SA3 mostrano valori superiori e le ASL CE1 e NA5 mostrano valori inferiori (per i bevitori a rischio range dallo **0,5%** della NA5 al **17%** di BN) .
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il **16,1%** degli intervistati è bevitore a rischio (**3,9%** consumo forte, **7,3%** consumo binge, **8,4%** consumo fuori pasto)



Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il **3%** degli intervistati e risulta significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, nelle fasce 18-34 e 35-49 e negli uomini.
- I bevitori "binge" sono rappresentati dalle persone con livello di istruzione alta e senza difficoltà economiche .

Consumo "binge" (ultimo mese)

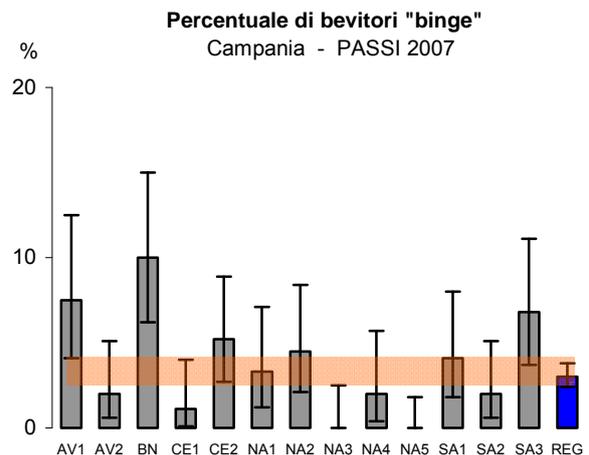
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=269)

Caratteristiche	% bevitori "binge"*
Totale	3 (IC95%: 1,3-5,8)
Classi di età	
18 - 34	4,8
35 - 49	4,2
50 - 69	0
Sesso	
uomini	5,3
donne	0,7
Istruzione**	
bassa	1,6
alta	4,2
Difficoltà economiche	
sì	2,1
no	5,2

*consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

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

Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di bevitori "binge" delle ASL AV1 e BN si mostra significativamente superiore rispetto al valore regionale (range dal **1,1%** delle ASL CE1 al **10%** della ASL BN). Il numero di bevitori "binge" delle ASL NA3 e NA5 è pari a 0 .

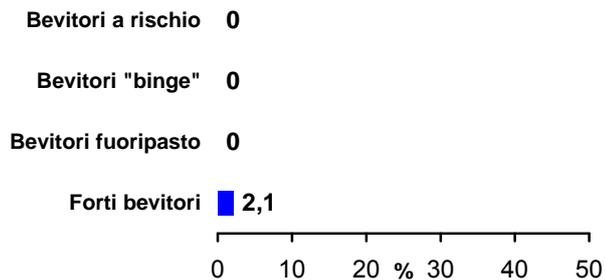


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

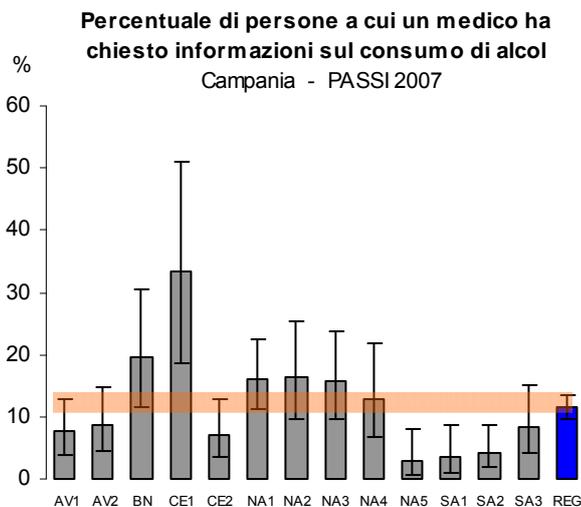
- Nella ASL AV2 solo il **6,6%** degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra i bevitori a rischio che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è 0.
- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol mostra differenze statisticamente significative rispetto alla Regione : i valori delle ASL CE1 si mostrano superiori e quelli delle ASL NA5 , SA1 e SA2 inferiori (range dallo **2,8%** della NA5 al **33,3%** della CE1).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al **15,1**; il **12,7%** dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario.

% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (esclusi quelli che non sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi)

ASL AV2- PASSI 2007 (n=196)



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



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV2 si stima che il **32,2%** della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche ed il **7%** abbia abitudini di consumo considerabili a rischio, si tratta di livelli di consumo che risultano inferiori a quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2005.

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

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

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

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

Sicurezza stradale

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2005 si sono verificati in Italia oltre **225078** incidenti stradali con **5426** morti e **313** feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità. Nella regione Campania nel **2006** gli incidenti stradali sono stati **10968** con **324** morti e **16455** feriti.

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

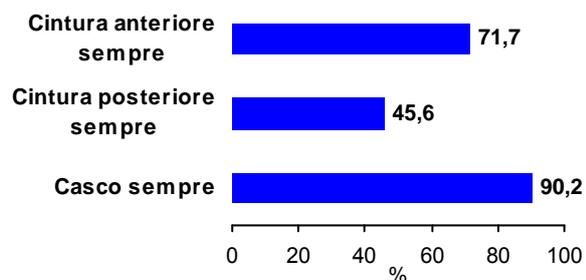
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'**71,7%**, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (**45,6%**)
- Nella ASL AV2 tra le persone che vanno in moto o in motorino il **90,2%** riferisce di usare sempre il casco
- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza presenta differenze statisticamente significative rispetto alla Regione
 - per la cintura anteriore i valori della ASL AV1, NA2, NA5 e SA1 si mostrano superiori e quelli delle ASL CE2 e NA3 inferiori
 - per la cintura posteriore i valori delle ASL AV2 e NA5 si mostrano superiori e quelli delle ASL CE2, SA2 e SA3 inferiori (range dal **55,4%** della CE 2 al **89,3** della ASL NA5 per la cintura anteriore e dal **5,2%** della ASL CE 2 al **47,9%** della ASL AV2 per quella posteriore).

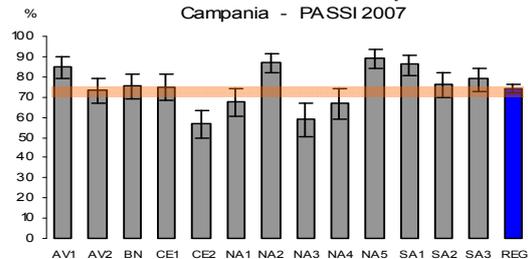
Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è superiore al dato regionale, essendo del **81,8%** per la cintura anteriore, del **19%** per quella posteriore e del **91,6%** per l'uso del casco.

Uso dei dispositivi di sicurezza

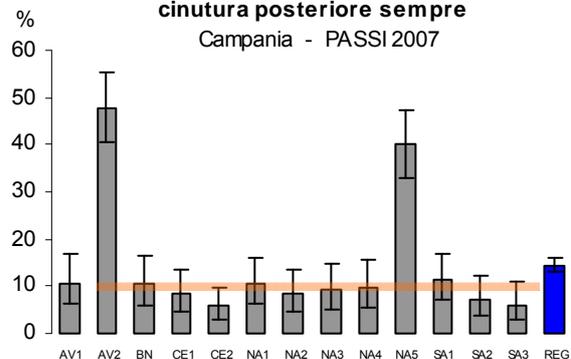
ASL AV2 - PASSI 2007



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



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



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il **1,1%** dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del **3,5%**; questa abitudine sembra essere più diffusa, nella fascia di età 18-34 anni
- Il **2,7%** riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Tra le diverse ASL della Regione con campione rappresentativo, **non emergono** differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol anche se l'esiguità del numero di persone che hanno dichiarato l'evenienza non è sufficientemente grande da poterne ricavare stime attendibili.

Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del **12,9 %**.

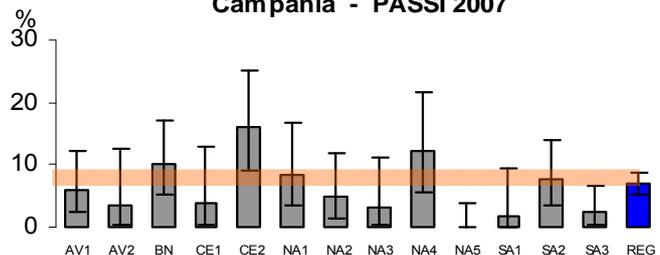
Guida sotto l'effetto dell'alcol* ASL AV2 - PASSI 2007 (n=85)

Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	3,5 L.C.95%(0,7-10)
Classi di età	
18-34	4,5
35 - 49	2,9
50 - 69	3,6
Sesso	
uomini	3,2
donne	4,3
Istruzione	
bassa	10
alta	9,5
Difficoltà economiche	
sì	3,6
no	3,3

* il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

**coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol Campania - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV2 si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza sufficiente, sia per la cintura di sicurezza dei sedili anteriori che posteriori.

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

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

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

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

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

- Nella ASL AV2 il **10,2%** delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata. Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza "Passi" (la fascia d'età del campione osservato è 18-69 anni) e, peraltro, sono fornite dalle rilevazioni routinarie del Ministero della Salute
- La vaccinazione riguarda soprattutto la fascia di età 50-64 anni , il sesso femminile l'assenza di difficoltà economiche e la presenza di patologie croniche .
- Tra le ASL partecipanti (pool ASL Passi) la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del **13,8 %** e del 30,2 % tra i portatori di almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)

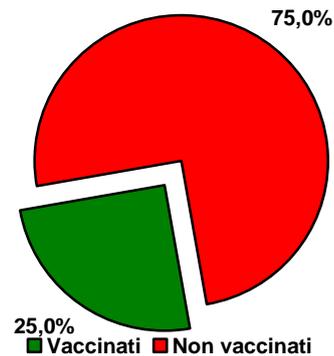
ASL AV2- Passi, 2007 (n=118)

Caratteristiche	Vaccinati (%)
Totale	10.2 (IC95%:5,4- 17,1)
Età	
18-34	0
35-49	6,4
50-64	28.1
Sesso	
uomini	8,2
donne	12,3
Istruzione*	
bassa	10.6
alta	9.6
Difficoltà economiche	
sì	9
no	13,8
Patologia cronica	
sì	25
no	5,6

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

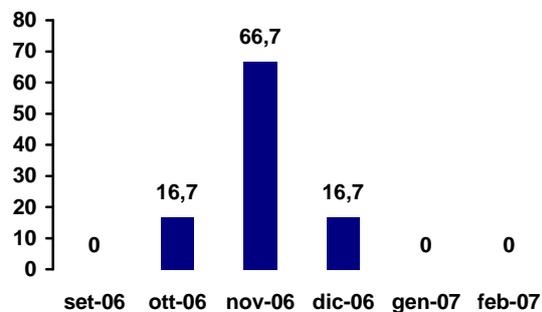
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il **25%** risulta vaccinato.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica ASL AV2 (n=28)



- Alle persone vaccinate è stato chiesto in quale mese della stagione lo abbiano fatto. Nella ASL AV2 una quota significativamente maggiore di persone ha praticato la vaccinazione durante il mese di Novembre. Significativamente minore risulta, invece, la proporzione di persone che si sono vaccinate nei mesi di Ottobre e Dicembre .

% di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese ASL AV2 - Passi - 2007 (n=118)



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Vaccinazione antirosolia

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

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

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

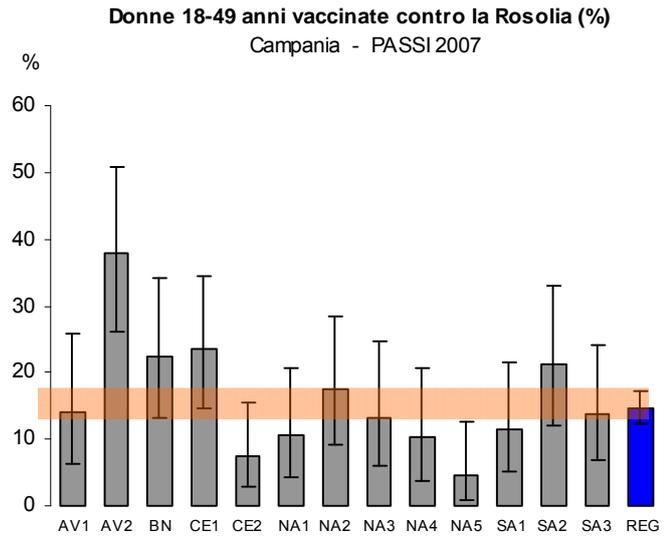
Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n=91) ASL AV2 - Passi, 2007		
Caratteristiche demografiche	Vaccinate % 35,2	
Totale	35,2 (IC95%: 25,4– 45,9)	
Età	18-24	57,1
	25-34	37,9
	35-49	27,1
Istruzione*	bassa	36
	alta	34,8
Difficoltà Economiche	sì	34,5
	no	36,4

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

-Nelle 13 Asl della Regione con campione rappresentativo emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate . Le donne della ASL AV2 hanno riferito con una frequenza maggiore di essere state vaccinate (range dal 4,5 della NA5 al 35,2 della AV2).

-Tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne vaccinate è risultata del 32,3 %.



Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Nella ASL AV2 il **59,3%** delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (**35,2%**) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (**24,2%**).
- Il **3,3%** è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente **37,4%** lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le **13** ASL della Regione con campione rappresentativo, la più alta percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia è della ASL **CE2 (70%)**, la più bassa della ASL **AV2 (40,7%)**, in linea con i valori di copertura vaccinale.
- tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne suscettibili è del **44,5%**.

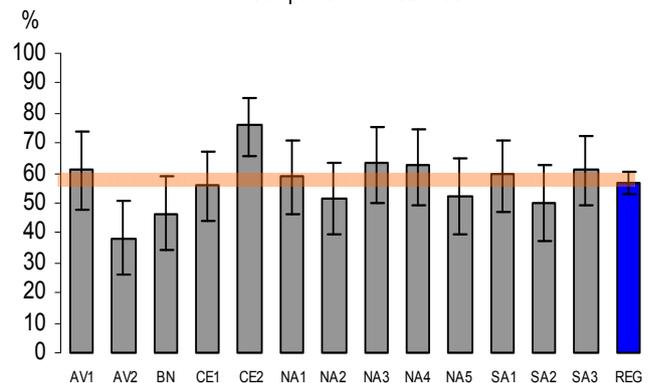
Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; n=91)

ASL AV2 - Passi 2007

	%
	59,3
Immuni	
Vaccinate	35,2
Non vaccinate con rubeotest positivo	24,2
Suscettibili/stato sconosciuto	40,7
Non vaccinate; rubeotest negativo	3,3
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	2,2
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	35,2

Donne 18-49 anni suscettibili alla Rosolia (%)

Campania - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia su scala nazionale che, soprattutto, a livello regionale il numero di giovani donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, sia ancora molto alto. Appare pertanto necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche).

Rischio cardiovascolare

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

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

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

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare importante e molto diffuso, implicato nella genesi di molte malattie, in particolare ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, con un eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione necessitino anche di un trattamento farmacologico.

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni ASL AV2 (n= 280) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
Totale	81,1 Limiti di Confidenza (76 %al 85,5%)
Classi di età	
18 - 34	70,1
35 - 49	81,8
50 - 69	90,4
Sesso	
M	80,9
F	81,3
Istruzione*	
bassa	81,3
alta	80,8
Reddito**	
sì	80,4
no	82,7

- Nella ASL AV2 , l' **81,1%** degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il **2,9%** più di 2 anni fa. Il restante **16 %** mai .

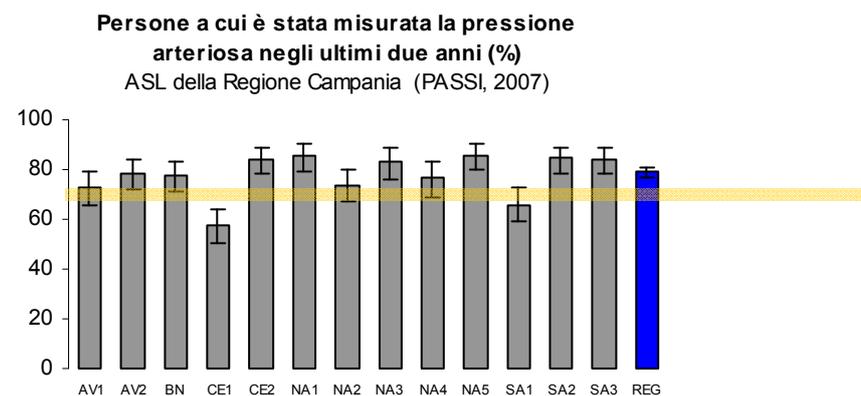
- Si rilevano differenze significative nella percentuale di persone controllate negli ultimi due anni in base all'età (35-49 e 50-69 rispetto a 18-34) e nessuna a livello di istruzione , sesso e reddito . .

- Tra le 13 ASL della Regione Campania con campione rappresentativo, **2** presentano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni (range dall'**58%** al **86%**).

- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all' **92,8 %**

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

**"con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"



Quante persone sono ipertese?

Ipertesi ASL AV2 (n=235) - PASSI 2007

- Nella ASL AV2 il **23,4 %** degli intervistati, che hanno avuta misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50 - 69 anni più una persona su **2** riferisce di essere ipertesa (**49,4 %**). Emergono differenze anche per il livello di istruzione ed il reddito.
- Tra le 13 ASL della Regione Campania con campione rappresentativo, non si osservano differenze significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi eccetto che per la NA5 che mostra valori inferiori a quelli regionali (range dal **11% al 28%**).

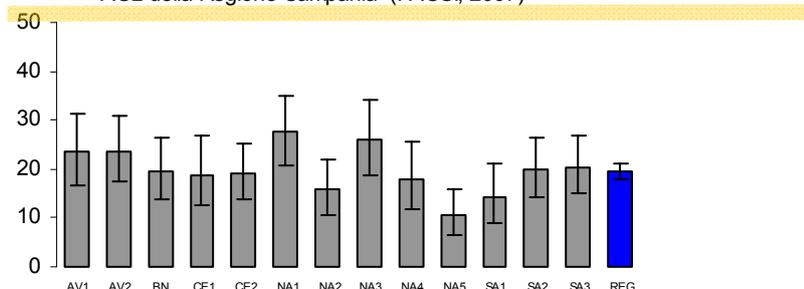
Caratteristiche demografiche		Ipertesi (%)
Totale		23,4 (IC95%: 18,1 % - 29,3 %)
Età		
	18 - 34	0
	35 - 49	13,3
	50 - 69	49,4
Sesso		
	M	20,3
	F	26,5
Istruzione*		
	bassa	34,8
	alta	12,5
Difficoltà economiche **		
	sì	26,3
	no	16,2

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

**con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa (%)

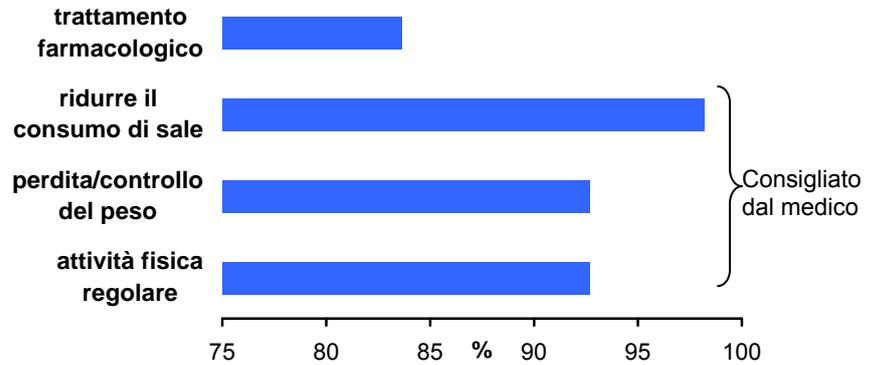
ASL della Regione Campania (PASSI, 2007)



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

- L'**83,6** % degli ipertesi nella ASL AV2 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (**98,2** %), ridurre o mantenere il peso corporeo (**92,7** %) e svolgere regolare attività fisica (**92,7** %).

Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico *
ASL AV2 (PASSI, 2007) n=55

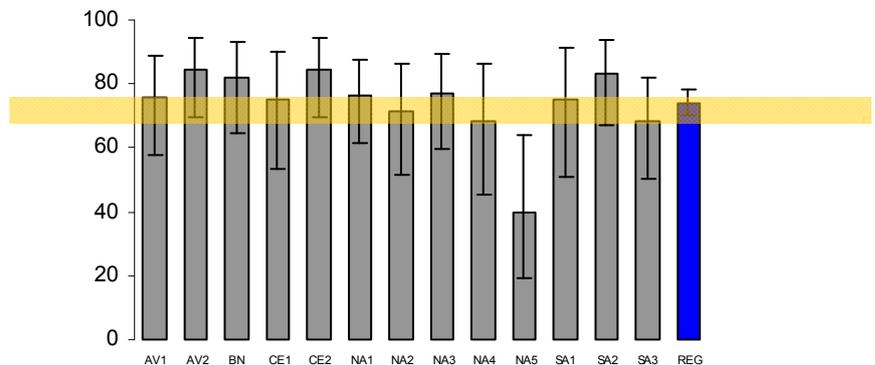


* ognuno considerata indipendentemente

- Tra le 13 ASL della Regione Campania con campione rappresentativo, solo la NA5 presenta differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dal **40% al 85%**).

Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci

ASL della Regione Campania (PASSI, 2007)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV2 si stima che sia iperteso circa il **23,4 %** della popolazione tra 18 e 69 anni, il **49,4%** degli ultracinquantenni e circa lo **0%** dei giovani con meno di 35 anni.

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

Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica, sui quali è possibile intervenire efficacemente. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali fumo e ipertensione.

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

Colesterolo misurato almeno una volta ASL AV2 (n= 280) - PASSI 2007

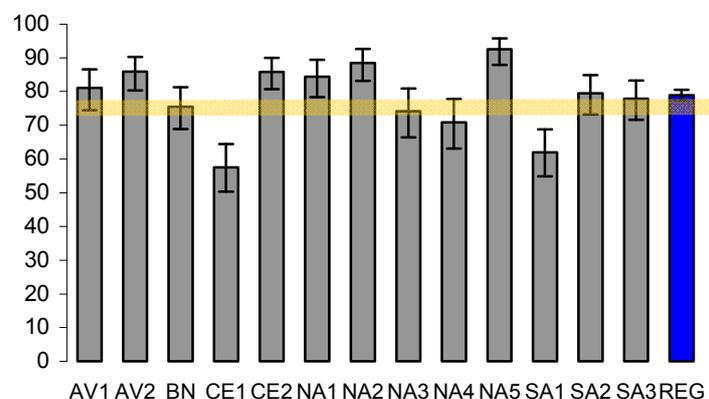
- Nella ASL AV2 l'**87,5%** degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il **70,4 %** riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il **14,6 %** tra 1 e 2 anni fa, il **2,5 %** più di 2 anni fa, mentre il **12,5 %** mai .
- La misurazione del colesterolo è più frequente nella fascia 35-49 anni , nelle donne, e in quelle con più alto reddito.
- Tra le 13 ASL della Regione Campania con campione rappresentativo, si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo ,le ASL CE1 e SA1 mostrano valori inferiori e le ASLNA2 e NA5 valori superiori a quelli Regionali (79%) (range dal **58% al 93%**).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 76,8%

Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
Totale	87,5 (IC95%: 83% 91,1%)
Classi di età	
18 - 34	81,6
35 - 49	90,9
50 - 69	89,4
Sesso	
M	84,4
F	90,6
Istruzione*	
bassa	87,3
alta	87,7
Difficoltà economiche**	
sì	85,4
no	92,6

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

**con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

Persone a cui è stata misurata almeno una volta il colesterolo (%)
ASL della Campania (PASSI, 2007)



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Ipercolesterolemia riferita ASL AV2 (n= 245) - PASSI 2007

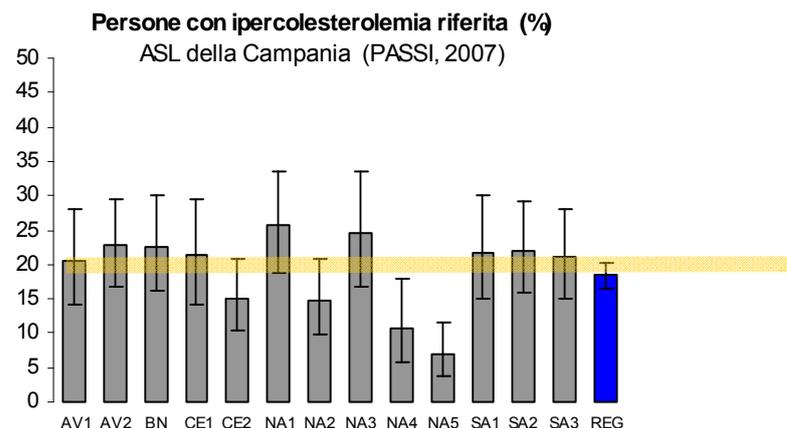
- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il **21,2%** ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, e nelle persone con basso livello di istruzione.

Caratteristiche demografiche	Ipercolesterolemia (%)
Totale	21,2 (IC95%: 16,3 % - 26,9 %)
Età	
18 - 34	5,6
35 - 49	14,4
50 - 69	41,7
Sesso	
M	20,2
F	22,2
Istruzione*	
bassa	28,2
alta	14,8
Difficoltà economiche**	
sì	21,2
no	21,3

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

**con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

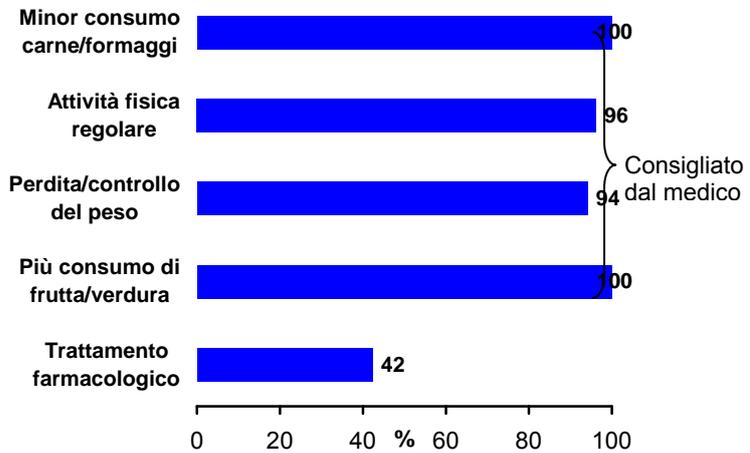
- Tra le 13 ASL della Regione Campania con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia eccetto che per la ASL NA5 .



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il **42,3** % degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Il **100**% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il **100**% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il **94,2**% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il **96,2** % di svolgere regolare attività fisica.

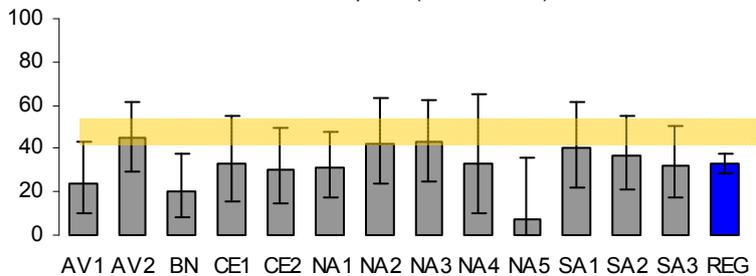
Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*
ASL AV2 - PASSI 2007



* considerati indipendentemente

- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range **dal 7,7 % al 45%**).

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)
ASL della Campania (PASSI, 2007)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al **21 %** della popolazione di 18-69 anni della Regione Campania non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il **18 %** dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al **30 %** tra le persone di 50-69 anni.

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

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

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi prematuramente (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno, complessivamente, oltre 200.000 anni di vita alle persone sotto ai 65 anni.

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

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Per questo motivo il piano di prevenzione regionale ne prevede una sempre maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

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

- Nella ASL AV2 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del **15,2 %**.
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate, e nelle persone con istruzione alta e basse difficoltà economiche e in assenza di un fattore di rischio cardiovascolare.

Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ASL AV2 (n=178) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)
Totale	15,2 (IC95%: 10,2 % - 21,3 %)
Classi di età	
35 - 49	10,4
50 - 69	20,7
Sesso	
M	14,6
F	15,7
Istruzione*	
bassa	11,9
alta	19,5
Difficoltà economiche**	
basso	23,4
alto	12,2
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***	
sì	14,6
no	18,5

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

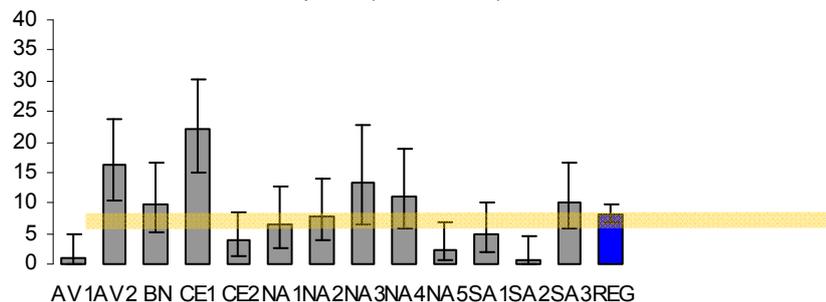
**con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

*** soggetti che fumano o sono ipercolesterolemici o ipertesi o in eccesso ponderale o con diabete

- Tra le 13 ASL della Regione Campania con campione rappresentativo, si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare, i valori della ASL AV1, NA5 e SA2 sono inferiori e quelli della ASL AV2, CE1 e NA3 superiori al dato regionale (8,3) (range dall' **1% al 23%**).

- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari a 7,2%

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare (%)
ASL della Campania (PASSI, 2007)



Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nella ASL AV2 .

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

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

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

Infortunati domestici

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

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

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

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

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

- Nella ASL AV2 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il **94,6%** degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare la bassa percezione del rischio è sempre bassa indipendentemente dalla età ,dal sesso ,dal grado di istruzione ,dalle difficoltà economiche ,anche in presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini ed anziani) .

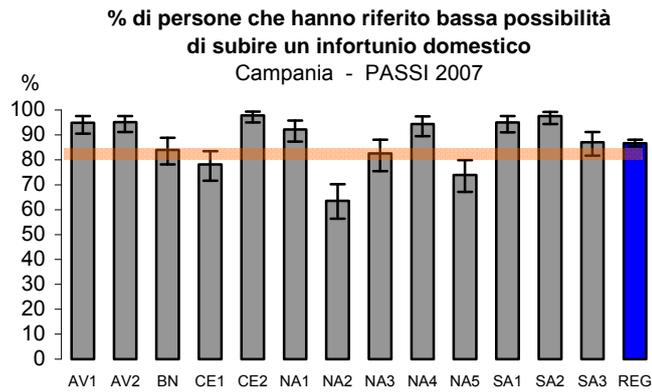
Bassa percezione del rischio infortunio domestico	
ASL AV2 (n=280) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Totale	94,6 (IC 95%: 91,3,-97,0)
Età	
18 - 34	95,4
35 - 49	92,9
50 - 69	95,7
Sesso	
Uomini	94,3
Donne	95,0
Istruzione**	
bassa	96,3
alta	93,2
Difficoltà economiche	
si	93,5
no	97,5
Persone potenzialmente a rischio***	
si	94,4
no	94,8

*possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

*** si: presenza di anziani e/o bambini

Nelle varie ASL della Regione Campania con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative per la percentuale di rischio di infortunio, i valori delle ASL CE1,NA2 e NA5 si mostrano inferiori e quelli delle ASL AV1,AV2,CE2,NA4 SA1,SA2 superiori (range dal 63,5% della NA 2 al 97,5 della SA2).



Nelle pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91,2% .

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

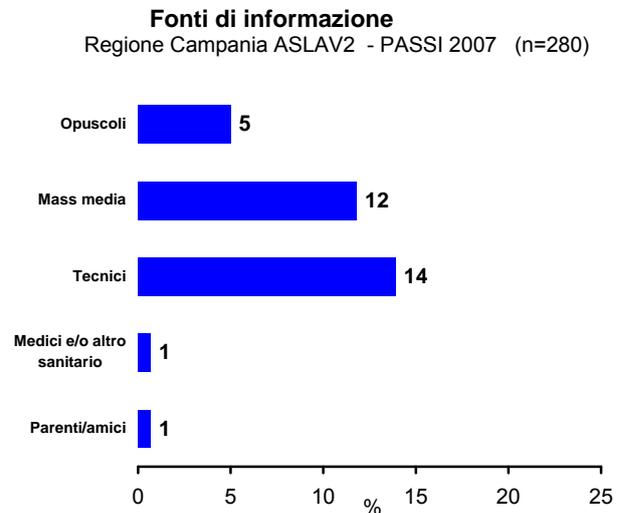
- Nella ASL AV2 solo il **31,8%** degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 35-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale **superiore** alle altre. Percentuali più **alte** si hanno anche tra coloro che hanno una alta istruzione , non hanno difficoltà economiche e in presenza di persone potenzialmente a rischio .

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi ASL AV2 (n=280) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	31,8 (IC 95%: 28,4-37,6)
Età	
18 - 34	26,4
35 - 49	34,3
50 - 69	34,0
Sesso	
Uomini	31,9
Donne	31,7
Istruzione*	
bassa	28,4
alta	39,4
Difficoltà economiche	
si	27,1
no	43,2
Persone potenzialmente a rischio**	
si	35,5
no	29,5
Percezione del rischio	
alta	33,3
bassa	31,7

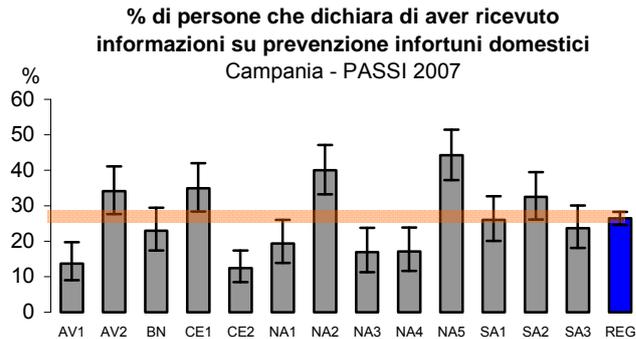
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**si: presenza di anziani e/o bambini

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state i tecnici e i mass media (**26%** di tutti gli intervistati), quasi assente il personale sanitario mentre gli opuscoli rappresentano il **5%**.



- Nelle ASL della regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi i valori delle ASL CE1 , NA2 , NA5 si mostrano superiori e quelli delle ASL AV1 CE 2 ,NA3 e NA4 inferiori (range dal 12,4% della ASL CE2 al 44% della NA5)



Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno dichiarato di avere ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici è del **27,6%**.

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

- Nella ASL AV2 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il **61,2%** ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
 - L'adozione di misure preventive dopo aver ricevuto informazioni tende a crescere con l'età raggiungendo il **69,6 %** nella fascia 50-69 , risulta maggiore tra le persone che hanno un livello di istruzione alto e senza difficoltà economiche e per le persone non potenzialmente a rischio .
- Le persone con bassa percezione del rischio raggiungono percentuali più alte.

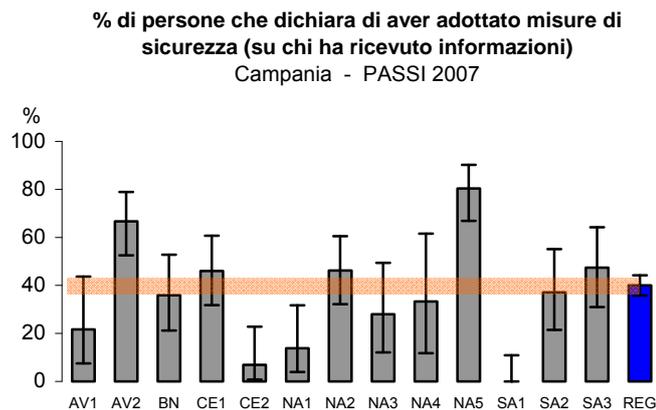
% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
ASL AV2 (n=67) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	61,2 (IC 95%: 48,5 -72,9)
Età	
18 - 34	44,4
35 - 49	65,4
50 - 69	69,6
Sesso	
Uomini	60,0
Donne	62,2
Istruzione*	
bassa	55,2
alta	65,8
Difficoltà economiche	
si	55,0
no	70,4
Persone potenzialmente a rischio**	
si	56,7
no	64,9
Percezione del rischio	
alta	50,0
bassa	61,9

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

**si: presenza di anziani e/o bambini

Nelle ASL della regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive, i valori della ASL AV2 e NA5 si mostrano superiori al dato regionale (40 %) e quelli della CE2 e NA1 inferiori (range dal 9,1% della CE2 al 80,4% della NA5). Il numero di soggetti che dichiarano di avere adottato misure di sicurezza nella ASL SA1 è pari a 0 .



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

Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nella Regione Campania le persone intervistate hanno riferito una **bassa** consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che una persona su cinque abbia subito un infortunio domestico, generalmente però di lieve entità.

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

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

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

Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità (1). Per i cittadini la salute mentale è infatti una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa.

Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati (2). In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo affettivo (ESMED).

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

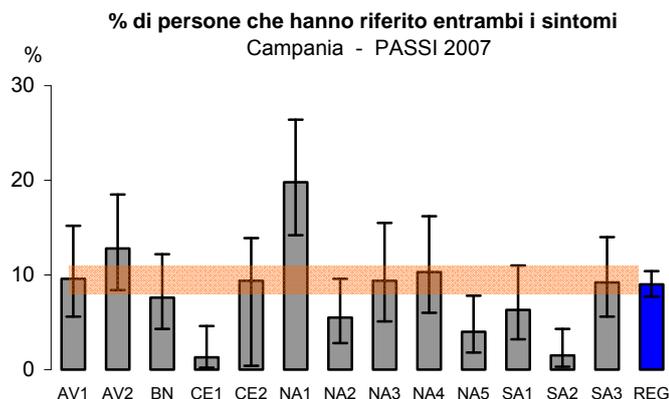
Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- Nella ASL AV2 il **10,8%** delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nella ASL AV2 i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:
 - la fascia di età più colpita è quella tra i 50-69 anni
 - le più colpite sono le donne, le persone con un livello di istruzione basso (più del doppio), quelle con molte difficoltà economiche (quasi il doppio), quelle senza un lavoro regolare (più di 4 volte) e quelle con almeno una malattia cronica (quasi di tre volte)

Sintomi di depressione ASL AV2 - PASSI 2007 (n= 260)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
Totale	10,8 (IC95%: 7,3-15,2)
Classi di età	
18-34	7,1
35 - 49	7,4
50 - 69	18,5
Sesso	
uomini	10,0
donne	11,5
Istruzione*	
bassa	15,4
alta	7,0
Difficoltà economiche	
sì	12,2
no	7,5
Stato lavorativo	
Lavora	3,9
Non lavora	17,3
Malattie croniche	
Almeno una	21,7
Nessuna	7,5

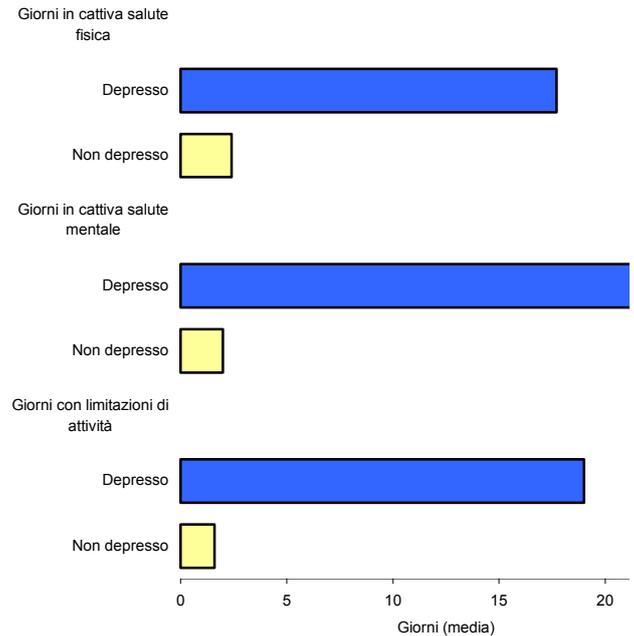
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Tra le 13 ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che riferiscono di avere entrambi i sintomi di depressione nelle ASL CE1 NA5 e SA2, che mostrano valori inferiori a quelli Regionali (9%) e nella ASL NA1 che mostra valori superiori (range dall'1,3% della ASL CE1 al 19,8% della ASL NA1).



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

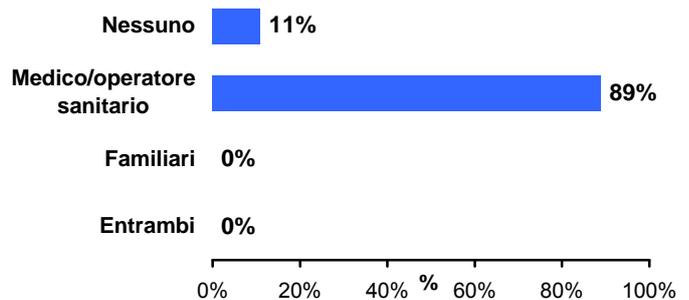
- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il **28,6%** ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", versus il **75,9%** delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- La media di giorni con limitazioni di attività e' anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
ASL AV2 - PASSI 2007

- Nella ASL AV2 su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del **88,9%**.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, l'**11,1** non ne ha parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde al **88,9%**.



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa **3.400** nuovi casi e **1.000** morti ogni anno. Nella Regione Campania il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel periodo **1998-2002** è stato di **11/100.000** donne residenti; le stime indicano un totale di 3418 nuovi casi diagnosticati ogni anno mentre i decessi nel 2002 sono stati 370. L'incidenza e la mortalità mostrano una tendenza alla riduzione nel corso del tempo.

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel **2004** le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano **oltre 10 milioni (64%)**; l'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme.

In Campania il programma è partito tra il 1996 e il 1999 in tutte le ASL.

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

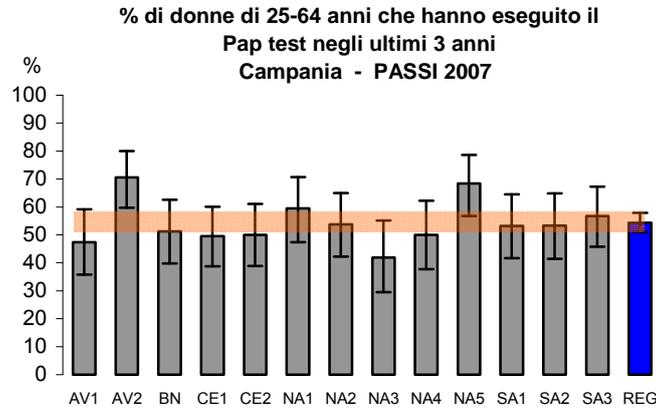
- Nella ASL AV2 circa il **69,6%** delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo siano soprattutto quelle della fascia di età 35-49 anni, con un livello di istruzione elevato e senza molte difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL AV2 - PASSI 2007 (n=112)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	69,6% LC 95% (60,2-78)
Classi di età	
25 - 34	62,1
35 - 49	77,1
50 - 64	65,7
Stato civile	
coniugata	73,8
non coniugata	57,1
Convivenza	
convivente	72,8
non convivente	61,3
Istruzione**	
bassa	59,6
alta	78,3
Difficoltà economiche	
sì	63,0
no	82,1

* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni o sintomi

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

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni non è alta : differenze statisticamente significative emergono solo per l'ASL AV2 che mostra valori superiori a quelli regionali (range dal 41,9% della ASL NA3 al 70 % della ASL AV2).



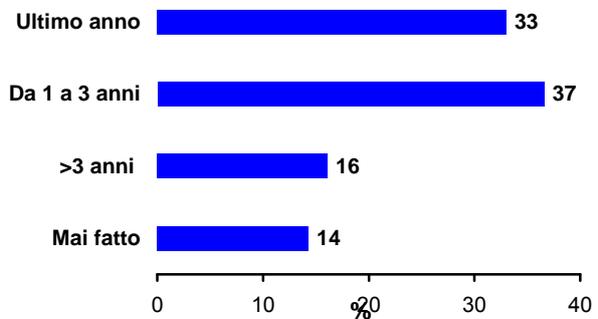
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73,1% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Pap test e periodicità*
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=112)

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:

- il 33,0% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 36,6% da uno a tre anni
 - il 16,1% da più di tre anni.
- Il 14,3 non ha mai eseguito un Pap test preventivo.

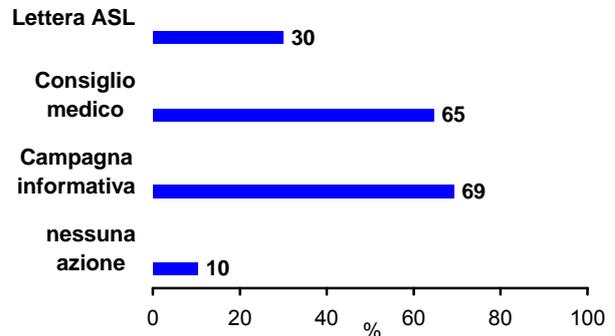


* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 3 anni per tutte le donne in età fra 25 e 64 anni

Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

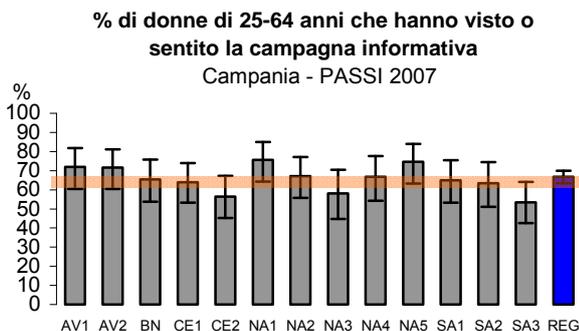
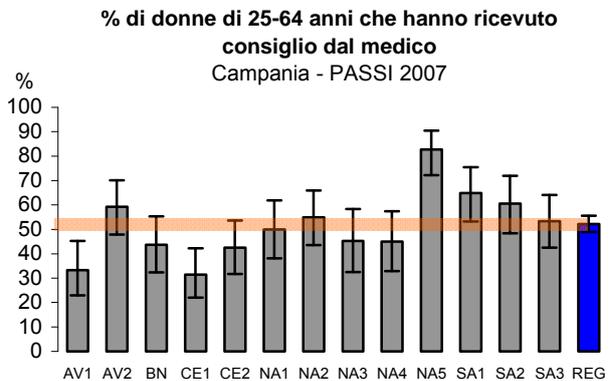
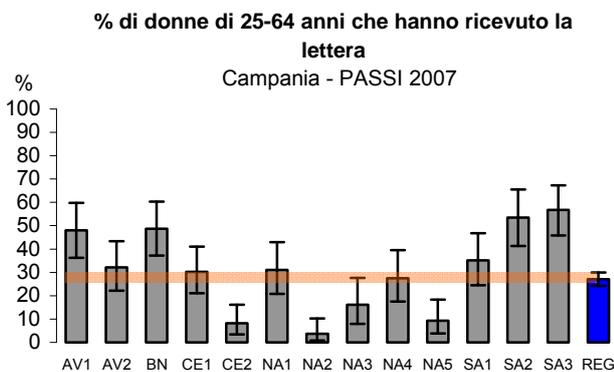
- Nella ASL AV2 :
 - Il **29,9%** delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
 - il **69,2 %** ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il **64,5%** ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.

Promozione del Pap test
ASL AV2 - PASSI 2007



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

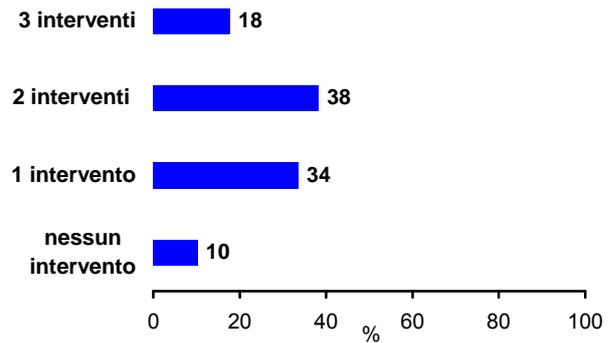
- Nelle 13 ASL della Campania la percentuale di donne che hanno ricevuto la lettera mostra differenze statisticamente significative rispetto ai valori della Regione : le ASL AV1, BN, SA2, SA3 mostrano valori superiori e le ASL CE2 ,NA2 e NA5 mostrano valori inferiori (**range dal 3,7%** della ASL NA2 al **56,8%** dell'ASL SA3).
- La percentuale di donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario mostra differenze statisticamente significative rispetto ai valori della Regione : la ASL NA5 mostra valori superiori , mentre le ASL AV1 e CE1 mostrano valori inferiori (**range dal 31,5%** dell'ASL CE1 **all'82,7%** della ASL NA5)
- La percentuale di donne che hanno visto o sentito una campagna informativa non mostra differenze statisticamente significative rispetto ai valori della Regione (**range dal 53,4%** della ASL SA3 al **75,7%** dell'ASL NA1).



Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il **54,4%** delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il **58%** il consiglio dell'operatore sanitario e il **66,8%** ha visto una campagna informativa.

- Il **18%** delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il **38,3%** due interventi di promozione, il **33,6%** uno solo.
- Solo il **10%** non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

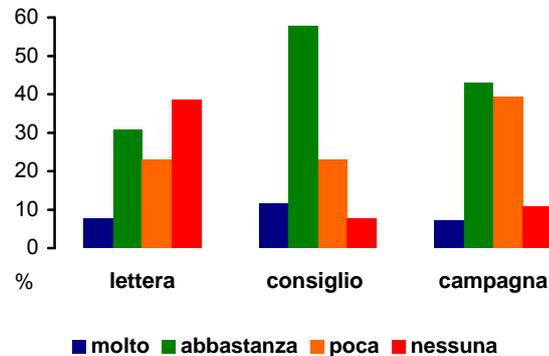
Interventi di Promozione dell'ultimo Pap test
ASL AV2 - PASSI 2007



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

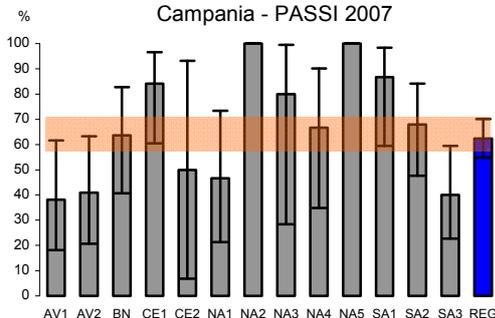
- Nella ASL AV2 il **29,9%** delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (**7,7%** molta e **30,8%** abbastanza), mentre il 23,1% poca influenza sulla scelta e ben il 38,5% nessuna; tra le ASL della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal **38,1%** della ASL AV1 al **100%** delle ASL NA2 e NA5).

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test
ASL AV2- PASSI 2007

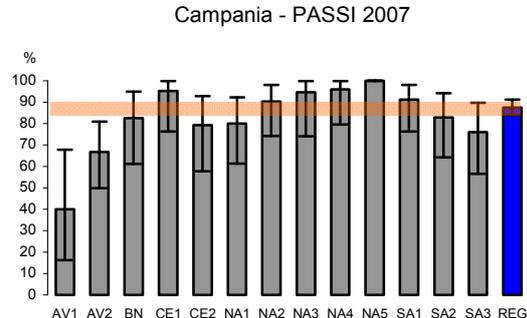


- Il **64,5%** delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (**11,5%** molta e **57,7%** abbastanza), mentre il **23,1%** poca influenza sulla scelta ed il **7,7%** nessuna; tra le **13 ASL** della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal **40%** della ASL AV1 al **100%** della ASL NA5).
- Il **69,2%** delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (**7,1%** molta e **42,9%** abbastanza), mentre il **39,3%** poca influenza sulla scelta ed il **10,7%** nessuna; tra le 13 ASL della regione le ASL CE1 e NA5 mostrano valori superiori rispetto a quelli regionali e la ASL AV2 mostra valori inferiori (range dal **48,3** della ASL AV1 al **97,6%** della ASL NA5).
- Tra le 13 ASL partecipanti viene riferita un'influenza positiva del **65,2%** per la lettera dell'ASL, il **76,9%** per il consiglio dell'operatore e del **61,9%** per la campagna comunicativa.

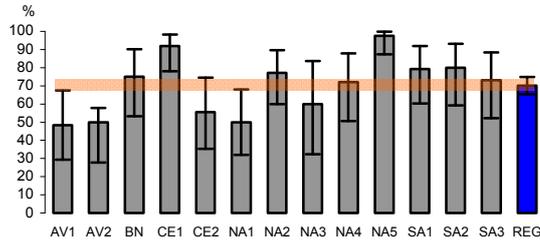
Percezione dell'influenza positiva che la lettera dell'ASL ha avuto per decidere di fare il pap-test
Campania - PASSI 2007



Percezione dell'influenza positiva che il consiglio dal medico ha avuto per decidere di fare il pap-test
Campania - PASSI 2007



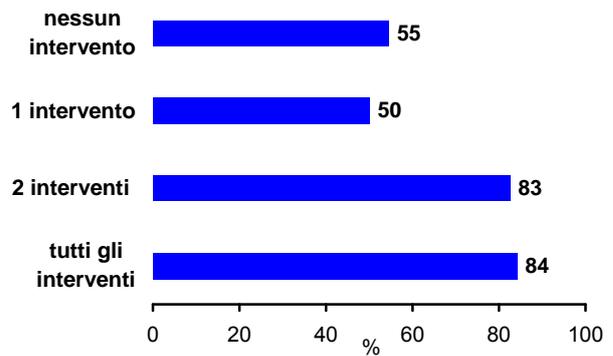
Percezione dell'influenza positiva che la campagna informativa ha avuto per decidere di fare il papa-test
Campania - PASSI 2007



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

- Nella ASL AV2 solo il **54,5** % delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale scende al **50,0**% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), salendo poi all'**82,5**% con due interventi e al **84,2**% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le 13 Asl partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale si è rilevato lo stesso andamento a conferma dell'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati, così come avviene all'interno dei programmi organizzati.

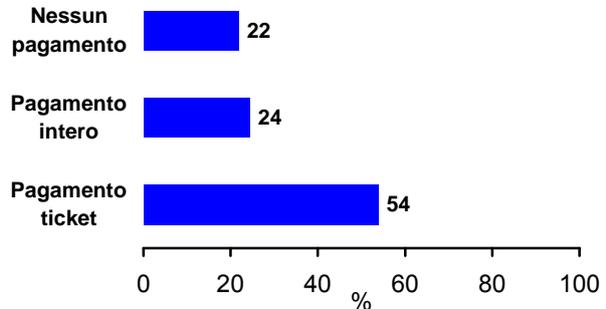
Interventi di promozione e effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni
ASL AV2 - PASSI 2007



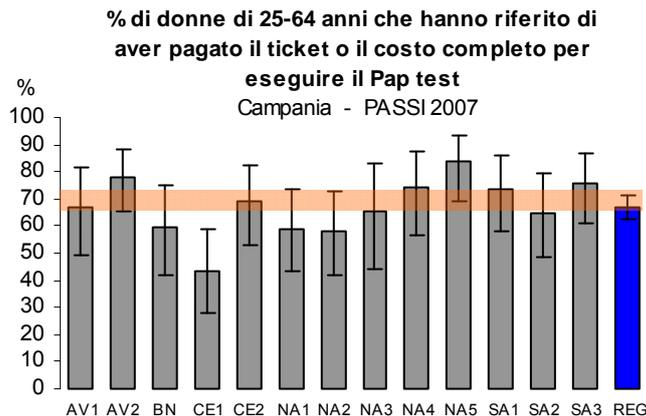
Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nella ASL AV2 il **21,8%** delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il **53,8%** ha pagato solamente il ticket e il **24,4 %** ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi del Pap test per le pazienti
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=78)



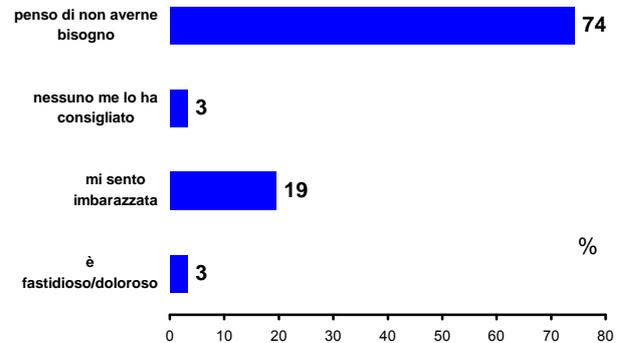
- Nelle 13 ASL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening, eccetto che per la ASL CE1 che presenta un valore sensibilmente inferiore a quello regionale (range dal **43,2 %** della ASL CE1 al **83,7%** della ASL NA5).



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

- Nella ASL AV2 il 14,3% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 16,1% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - penso di non averne bisogno" **74,2%**
 - nessuno me lo ha consigliato" **3,2%**
 - mi sento imbarazzata" **19,4%**
 - è fastidioso/doloroso" **3,2%**
- L'**11,4%** delle donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida rispondono a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti ASL AV2 - PASSI 2007 (n=31)



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV2 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo non è ancora elevata, nonostante la presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio.

Lo studio PASSI permette di stimare che il 69,6 delle donne tra 25-64 anni ha effettuato un Pap test a scopo preventivo negli ultimi tre anni; Nella ASL AV2 il **21,8%** delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 53,8% ha pagato solamente il ticket (probabilmente perché ha effettuato l'esame con frequenza superiore a quella del programma di screening) e il **24,4%** ha pagato l'intero costo dell'esame.

Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Il valore di adesione al Pap test si dimostra migliorabile soprattutto riguardo le donne da raggiungere con il programma organizzato. Nonostante gli sforzi attuati negli ultimi due anni per l'implementazione dello screening, è evidente, come mostrato dagli indicatori di processo, che l'adesione deve essere migliorata ulteriormente mediante l'implementazione di tutte le best-practices di riconosciuta efficacia per il miglioramento dell'adesione (lettera della ASL, consiglio del medico, campagna informativa).

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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

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

Si stima che nel 2002 in Campania il tumore della mammella abbia causato 818 morti ,ovvero il **16%** di tutti i decessi attribuibili al cancro tra le donne . La mortalità della neoplasia è più bassa di quella della media nazionale, ma tale differenza si sta costantemente riducendo,mentre l'incidenza è in continuo aumento .

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

In Regione Campania il programma è stato attivato in tutte le ASL tra il 1994 e il 1998.

Quante donne hanno eseguito una mammografia in accordo alle linee guida?

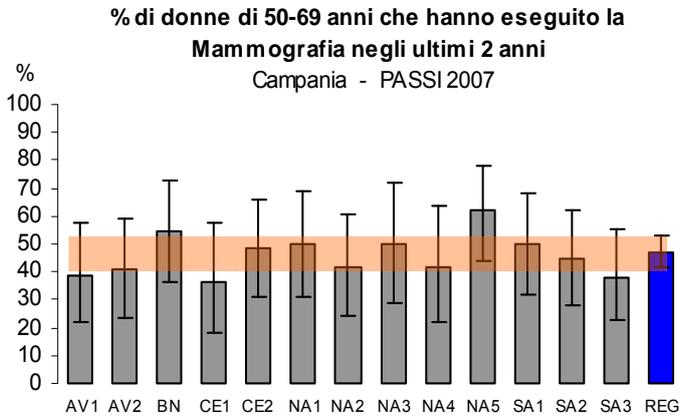
- Nella ASL AV2 circa il 46,7% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.
- La stratificazione per le principali variabili socio-demografiche delle percentuali di donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni mostra in modo significativo sul piano statistico che l'esame viene eseguito di più tra le donne con difficoltà economiche,coniugate e nella fascia di età 50-59 .
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere **48,2** anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (**50** anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 58,1% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 39,5 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni) ASL AV2- PASSI 2007 (n=45)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	46,7 IC95%(31,7-62,1)
Classi di età	
50- 59	50,0
60 -69	42,9
Stato civile	
coniugata	50,0
non coniugata	38,5
Convivenza	
convivente	46,9
non convivente	46,2
Istruzione**	
bassa	47,2
alta	44,4
Difficoltà economiche	
sì	48,6
no	40,0

* chi ha eseguito la Mammografia in assenza di segni o sintomi

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

- Nelle 13 ASL della Regione Campania con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni non è alta e tale aspetto è comune a tutte le ASL (non emergono differenze statisticamente significative rispetto al valore di riferimento regionale con range che va dal 36% della ASL CE1 al 62,9 % della ASL NA5).



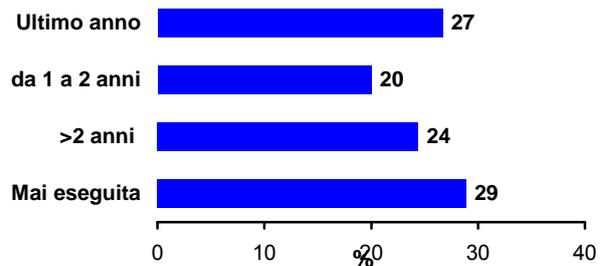
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il **67,7%** delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni.

Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:

- il **26,7 %** ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il **20%** da uno a due anni
 - il **24,4%** da più di due anni.
- Il **28,9%** non ha mai eseguito una Mammografia preventiva.

Mammografia e periodicità*
ASL AV2 - PASSI 2007 (n= 45)



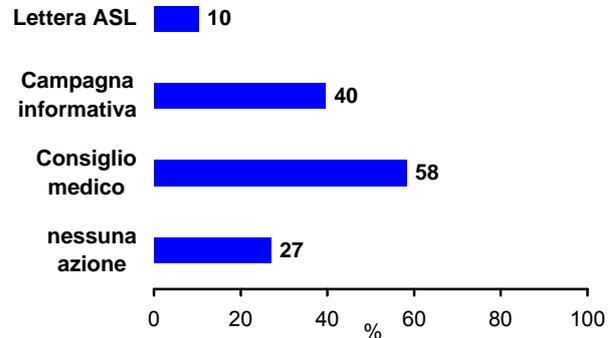
* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

• Nella ASL AV2 :

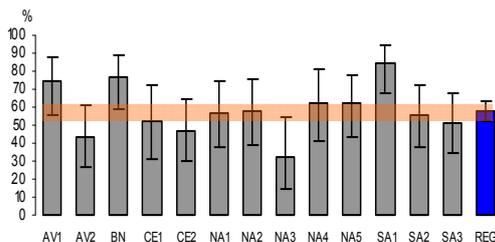
- il **10,4%** delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
- il **39,6 %** ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il **58,3%** ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia.

Promozione della mammografia
ASL AV2 - PASSI 2007

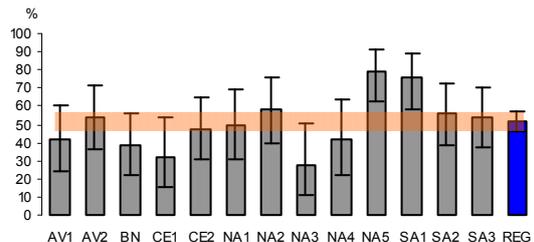


- Nelle 13 ASL della Regione la percentuale di donne che ha ricevuto una **lettera d'invito** dalla ASL mostra differenze statisticamente significative rispetto ai valori della Regione: le ASL AV1, SA1 e SA3 mostrano valori superiori, mentre la ASL BN valori inferiori (range dal **5,9** della ASL BN al **72,7** della ASL SA1)
- La percentuale di donne che ha ricevuto consiglio **dall'operatore sanitario** non mostra differenze statisticamente significative rispetto ai valori della Regione, eccetto che per la ASL NA5 e SA1, che hanno valori superiori a quelli regionali (range dal **27,3%** dell'ASL NA3 al **79,4%** dell'ASL NA5)
- La percentuale di donne che riferisce di aver visto sentito una **campagna informativa** non mostra differenze statisticamente significative rispetto al valore regionale, eccetto che per la ASL SA1, che ha valori superiori a quelli regionali (range dal **31,8%** della ASL NA3 all'**84,8** della ASL SA1).

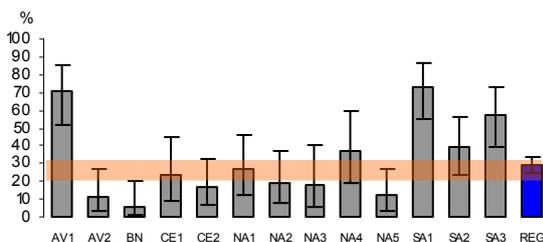
% di donne di 50-69 anni che hanno visto o sentito la campagna informativa
Campania - PASSI 2007



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



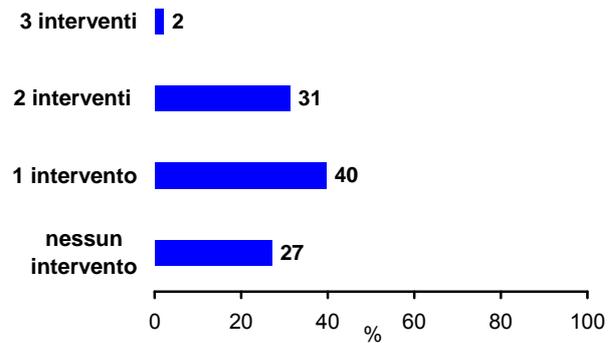
% di donne di 50-69 anni che hanno ricevuto la lettera di invito
Campania - PASSI 2007



Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il **61,7%** delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il **59,4%** il consiglio dell'operatore sanitario e il **73,5%** ha visto una campagna informativa.

- Il **2,1%** delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il **31,3%** due interventi di promozione, il **39,6%** uno solo.
- Il **27,1%** non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

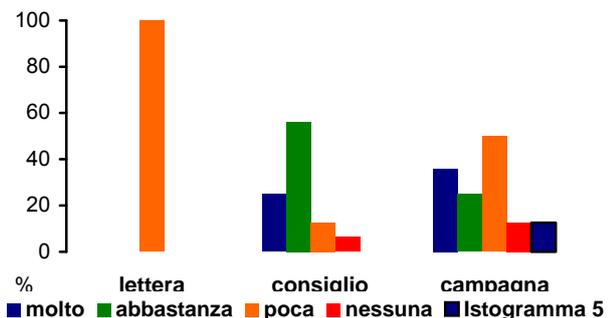
Interventi di Promozione dell'ultima mammografia
ASL AV2 - PASSI 2007



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

- Nella ASL AV2 il **10,4%** delle donne di 50-69 che riferisce di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL ritiene che questa abbia avuta poca influenza sulla scelta di effettuare la mammografia (**100%**).

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia
ASL Av2 - PASSI 2007



- Il **58,3%** delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (**25,0%** molta e **56,3%** abbastanza), mentre il **12,5%** poca influenza sulla scelta ed il **6,3%** nessuna;
- Il **39,6%** delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (**25,0%**

molta e 50,0% abbastanza), mentre il 12,5% poca influenza sulla scelta ed il 12,5% nessuna;

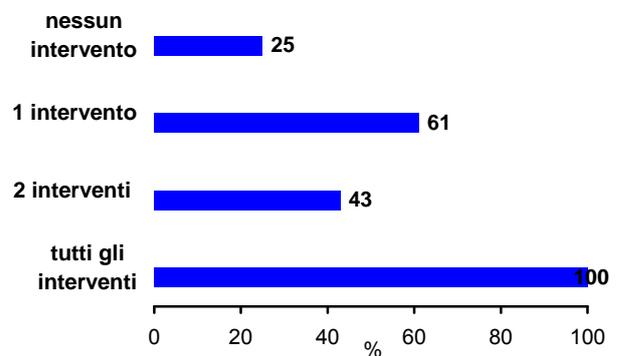
Per le ASL partecipanti a livello nazionale viene riferita una influenza positiva del 72% per le lettere della ASL, dell'81,4% per il consiglio dell'operatore, del 66,7% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- Nella ASL AV2 solo il 25% delle donne di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 61,1% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 42,9% con due interventi e al 100% con tutti e tre gli interventi.

Tra le ASL partecipanti al Passi si è rilevato lo stesso andamento che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno di programmi organizzati.

Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione
ASL AV2 - PASSI 2007

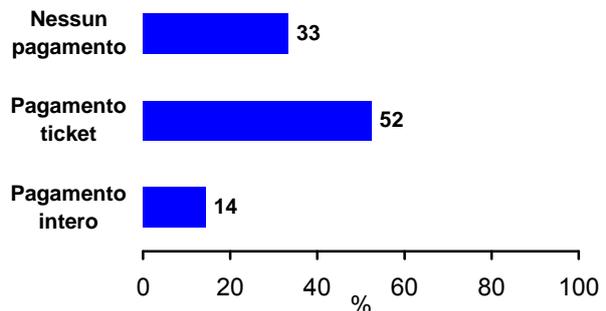


Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

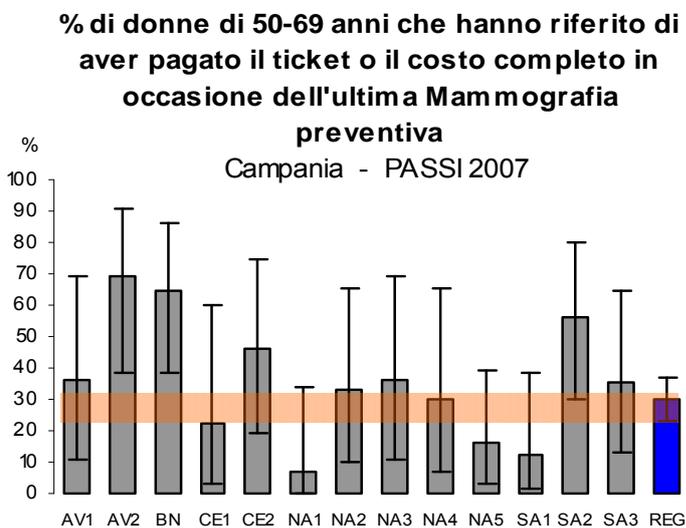
- Nella ASL AV2 il 33,3% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima Mammografia; il 52,4% ha pagato il ticket e il 14,3% ha pagato l'intero costo dell'esame.

Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione della Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi della mammografia per le pazienti
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=21)



Nelle 13 ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening : i valori della AV2 e BN si mostrano superiori rispetto a quelli della regione (range dal 7,1% della ASL NA1 al 66,7 % della ASL AV2).

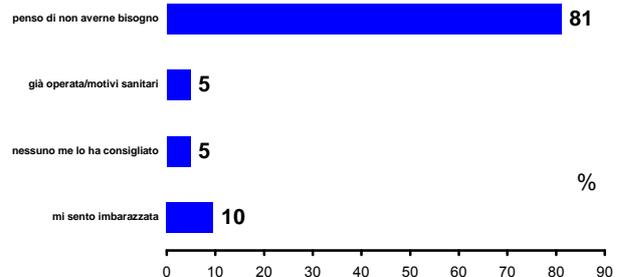


Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventivo?

- Nella ASL AV2 il **28,9%** delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e il **24,4%** di averla effettuata oltre i 2anni.

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida ASL AV2 - PASSI 2007 (n=21)

- Le motivazione della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" **81,0%**
 - "nessuno me lo ha consigliato" **4,8%**
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" **4,8%**
 - "mi sento imbarazzata" **9,5%**



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

- Il **22,2%** delle donne che non hanno effettuato la Mammografia secondo le linee guida risponde a questa domanda "non so/ non ricordo".

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AV2 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo non è alta in quanto il programma di screening è stato attivato da poco e non ancora è consolidato sul territorio. La percentuale di donne che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni è del **46,7%**. Di queste il **26,6%** nell'ultimo anno .

Secondo i risultati di PASSI il **33,3 %** delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno dei programmi regionali di screening seguendo la periodicità consigliata, il **66,7%** l'ha effettuata in forma completamente privata.

Nella ASL AV2 per quanto riguarda l'età media della prima mammografia è di 48,2 anni indicando un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali . Questo aspetto dovrà essere oggetto di maggiore attenzione nell'ambito della sorveglianza PASSI ,atteso che sull'età di avvio dello screening è tutt'ora in corso un dibattito in seno alle società scientifiche di riferimento .

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

I tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon-rettale circa **38.000** persone e i decessi sono circa **16.500**.

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

Nella Regione Campania la mortalità per tumore del colon-retto rappresenta circa l'8,5% di tutta la mortalità per tumore ed è in crescita ,contrariamente a quanto avviene nel resto d'Italia .

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

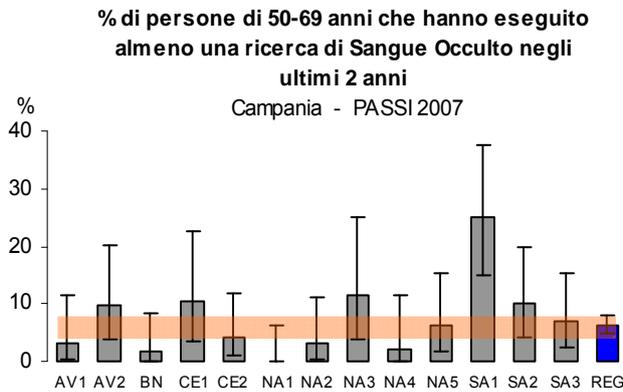
Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 74 anni con frequenza biennale. Nella Regione Campania il Piano Regionale di Prevenzione prevede l'offerta della ricerca del sangue occulto nelle feci alla popolazione di 50-74 anni , con cadenza biennale .

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

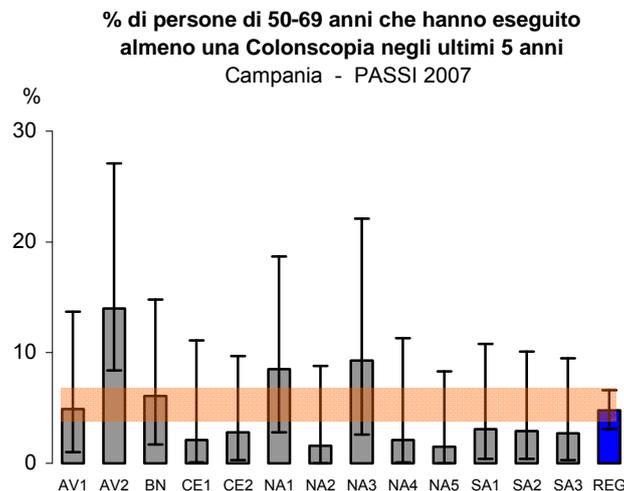
- Nella ASL AV2 il **23,4%** delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Il **10,5%** riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- Il **14,0%** riferisce aver di effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato. L'analisi multivariata indica una maggior prevalenza significativa nella classe 60-69 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni) ASLAV2 - PASSI 2007 (n=94)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale	10,5	14
Classi di età		
50 - 59	12,8	6,4
60 - 69	7,7	21,7
Sesso		
uomini	12,5	17,4
donne	8,7	10,6
Istruzione		
bassa	9,4	11,8
alta	13,6	20,0
Difficoltà economiche		
sì	7,6	15,5
no	20,0	9,1

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni non mostra differenze statisticamente significative, eccetto che per la ASL SA1 (range dal 1,6% di BN al 25% della ASL SA1). Il numero di soggetti che ha riferito di avere effettuato la ricerca del sangue occulto nella ASL NA1 è pari a 0.



- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni non mostra differenze statisticamente significative eccetto che per la ASL AV2 (range dal 1,2% della ASL NA5 al 14% dell'ASL AV2).



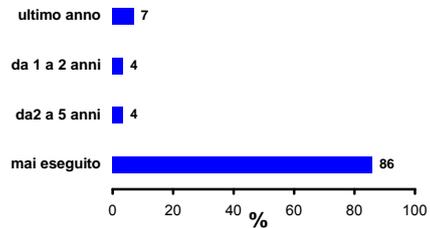
Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 19,2% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 6% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

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

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- il **7%** ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il **3,5%** da uno a due anni
- il **3,5%** da 2 a 5 anni
- l'**86%** non ha mai eseguito il test.

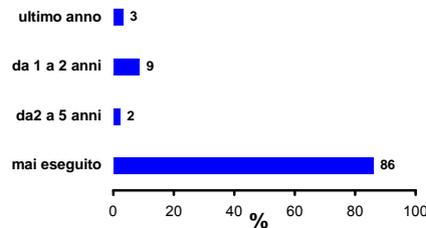
Sangue occulto e periodicità*
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=86)



Rispetto alla colonscopia:

- il **3,2%** ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il **2,2%** da due a cinque anni
- il **8,6%** da 1 a 2 anni
- l'**86%** mai eseguito

Colonscopia e periodicità*
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=93)

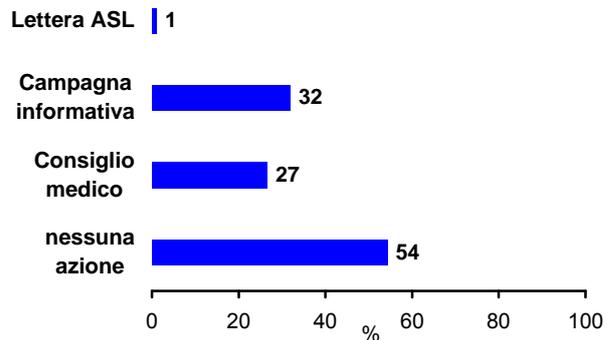


Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori colon rettali?

• Nella ASL AV2 :

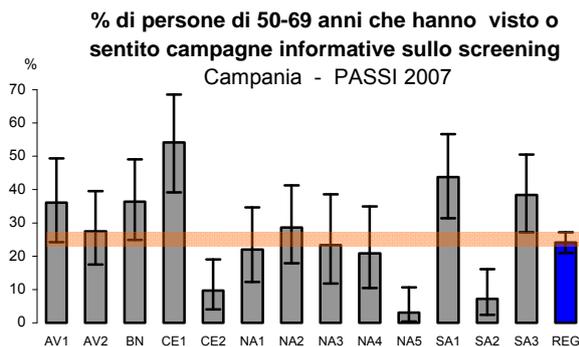
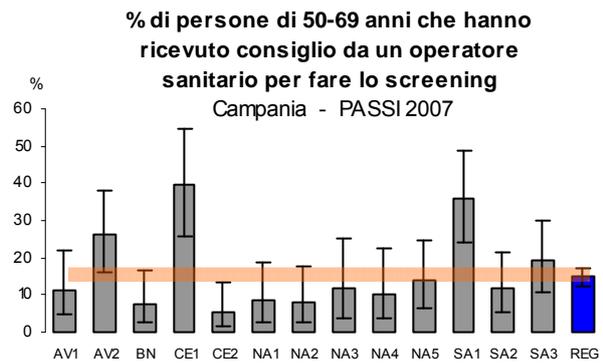
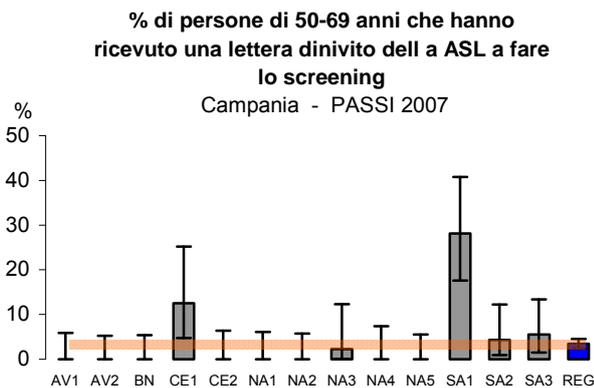
- Il **1,1%** delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
- il **26,6%** ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.
- il **31,9%** ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa

Promozione dello screening colon rettale
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=94)



L'esiguità del numero di persone che ha dichiarato di avere ricevuto una lettera dalla ASL o di avere ricevuto un consiglio da un operatore sanitario è tale da non consentire di effettuare confronti tra le diverse ASL regionali .

La percentuale di persone che riferisce di avere visto o sentito una campagna informativa mostra una discreta variabilità tra le diverse ASL (range dal 3% della ASL NA5 al 54% dell'ASL CE1)



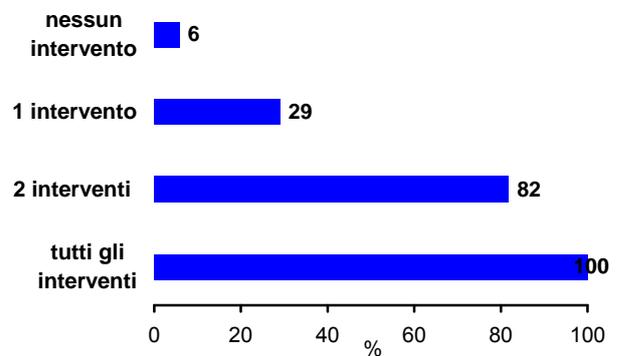
Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 21,4% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 20,7% il consiglio dell'operatore sanitario e il 41,3% ha visto una campagna informativa.

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

- Nella ASL AV2 solo il **5,9%** delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al **29,0%** nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al **81,8%** con due interventi e al **100%** con tutti e tre gli interventi.
- Tra le Asl partecipanti al PASSI si è rilevato lo stesso andamento a conferma della efficacia degli interventi di promozione ,in particolare se associati,così come avviene all'interno dei programmi organizzati .

Interventi di promozione e effettuazione dello screening coloretale secondo le Linee Guida

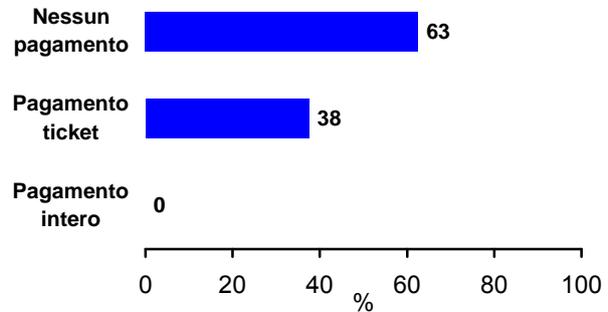
ASL AV2 - PASSI 2007



Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

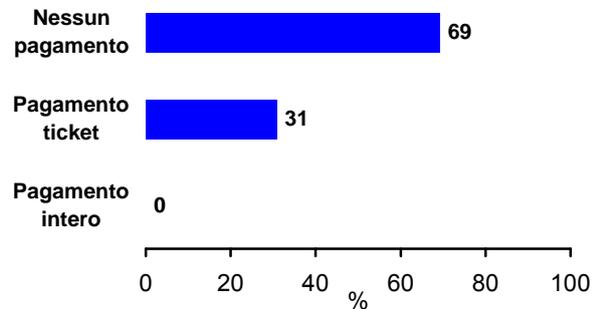
- Nella ASL AV2 il **62,5%** delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; il **37,5%** ha pagato solamente il ticket e nessuno ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece il **69,2%** non ha effettuato alcun pagamento, il **30,8%** ha pagato esclusivamente il ticket ed nessuno ha pagato per intero il costo dell'esame.

Costi della ricerca di sangue occulto
ASL AV2 - PASSI 2007 (n= 8)



Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione dei due esami all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi della colonscopia
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=13)



L'esiguità del numero di persone che ha dichiarato di avere effettuato una ricerca del sangue occulto o una colonscopia "preventiva" pagando il ticket o il costo completo dell'esame non permette di trarre conclusioni attendibili sulle differenze rilevate nelle diverse ASL della Regione Campania .

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

- Nella ASL AV2 il **73,4 %** delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dello screening (o anche della mancata effettuazione degli screening secondo le linee guida) sono:
 - “penso di non averne bisogno” **47,8%**
 - “nessuno me lo ha consigliato” **14,5%**
 - “ho paura dei risultati dell'esame” **2,9%**
 - “mi sento imbarazzata” **4,3%**
 - “è fastidioso” **8,7%**
- Il **21,7%** delle persone ha risposto ha questa domanda “non so/ non ricordo”.

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida
ASL AV2 - PASSI 2007 (n=69)



Conclusioni e raccomandazioni

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

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia: anche nelle ASL della Regione Campania è stato pianificato questo programma di screening sul territorio che prevede anche campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

APPENDICE 1. Monitoraggio

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

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

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la Regione Campania e l'ASL AV 2:

	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
ASL AV2	89,1	10,9	10,9	0	97,9
CAMPANIA	92.1	7.9	6.3	1.6	95.8
POOL ASL	85	15	11	4.1	95.3

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

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

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

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

$$RRI = \frac{n \text{ interviste}}{n \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \times 100$$

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

- Tasso di sostituzione

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

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

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

- Tasso di rifiuto

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

$$REFI = \frac{n \text{ rifiuti}}{(n \text{ interviste} - \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \times 100$$

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

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

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

- Tasso di non reperibilità

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

$$NR = \frac{\text{non reperibili}}{n \text{ int.} - \text{rifiuti} - \text{non reperibili}} \times 100$$

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

Salute e qualità di vita percepita

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

Attività fisica

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

Fumo

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

- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003
- Valery L, Anke O, Inge KK, Johannes B. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. Eur J Cancer Prev. 2008 Nov;17(6):535-44.

Alimentazione

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

Alcol

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

Sicurezza stradale

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

Sicurezza domestica

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

Rischio cardiovascolare

- Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology, 2004; 33: 235-239

- Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. *Ital Heart J*; 5 (Suppl 3): 94-101
- Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, *BMJ*, 2003; 326 (7404): 1491
- Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial *JAMA* 2003 30;289 (16):2083 - 93

Diagnosi precoce oncologica

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

Sintomi di depressione

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

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

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

Diagnosi precoce delle neoplasie delle neoplasie del colon-retto

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