

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale 2008-2011

ASL AVELLINO





A cura di:

Elvira Bianco

UOSD Sorveglianza e Prevenzione delle Malattie Croniche

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello aziendale:

- Direttore Sanitario – Dott. Mario, Nicola, Vittorio Ferrante
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione - Dott. Carmelo Padula
- Referente aziendale – Dott.ssa Elvira Bianco
- SEP- Dott.ssa Maria Antonietta Ferrara

- intervistatori e collaboratori: Patrizia Branca, Francesco Natale, Incoronata Flammia, Nunzia Forgione, Mafalda Adda, Elisa Iervolino

- a livello regionale:

Renato Pizzuti – Referente Regionale Sistema di sorveglianza Passi

Angelo D'Argenzio – Coordinatore Regionale Sistema di sorveglianza Passi

- 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); Pious 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)

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

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



INDICE

Premessa

Obiettivi

Profilo socio-demografico

Descrizione del campione aziendale

Benessere

Percezione dello stato di salute

Sintomi di depressione

Guadagnare salute

Attività fisica

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Consumo di alcol

Alcol e guida

Abitudine al fumo

Rischio cardiovascolare

Iperensione arteriosa

Ipercolesterolemia

Calcolo del rischio cardiovascolare

Sicurezza

Sicurezza stradale

Sicurezza domestica

Programmi di prevenzione

Screening delle neoplasie del collo dell'utero

Screening delle neoplasie della mammella

Screening delle neoplasie del colon-retto

Vaccinazione antinfluenzale

Vaccinazione antirosolia

Appendice

Monitoraggio

Utilizzo della pesatura

Metodi

Bibliografia

Premessa

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

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

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

Cause delle malattie croniche



Fonte: Oms

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

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

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

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

Obiettivi

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

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

4. Abitudine al fumo

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

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica.

6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

7. Consumo di alcol

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

8. Sicurezza stradale

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

9. Infortuni domestici

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

10. Vaccinazione antinfluenzale

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

11. Vaccinazione antirosolia

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

12. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica);
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da diabete

- stimare la prevalenza di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare da parte di un medico utilizzando la carta del rischio di recente introduzione.

13. Diagnosi precoci delle neoplasie

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

Profilo Socio-demografico

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita dai residenti di 18-69 anni nella provincia di Avellino negli anni dal 2008 al 2011.

Da gennaio 2008 a dicembre 2011, nella Azienda Avellino sono state intervistate 1686 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2008	PASSI 2009	PASSI 2010	PASSI 2011
Numerosità	557	554	292	287
Tasso di risposta	90,1%	96,8%	95,1%	95%
Tasso di rifiuto	8,1%	3,1%	4,9%	4,6%

L'età e il sesso

- Nella ASL Avellino, il campione intervistato (1686 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (49,5%) e uomini (50,5%); l'età media complessiva è di 43 anni.

- Il campione è costituito per:

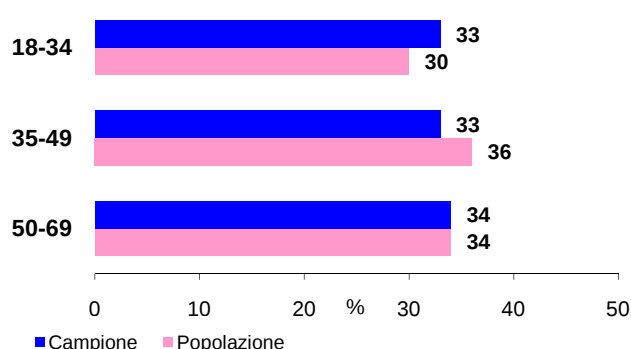
- il 32,6% da persone nella fascia 18-34 anni
- il 33,5% da persone nella fascia 35-49 anni
- il 33,9% da persone nella fascia 50-69 anni.

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

- La distribuzione per sesso ed età è simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello regionale e nazionale.

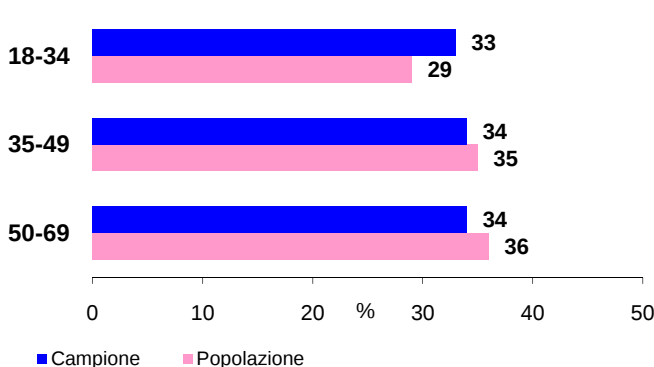
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI

ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=852)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE

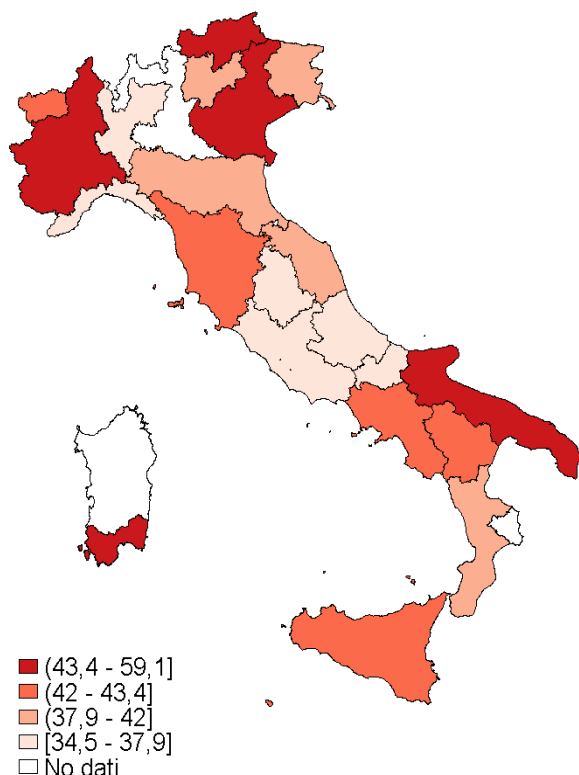
ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=834)



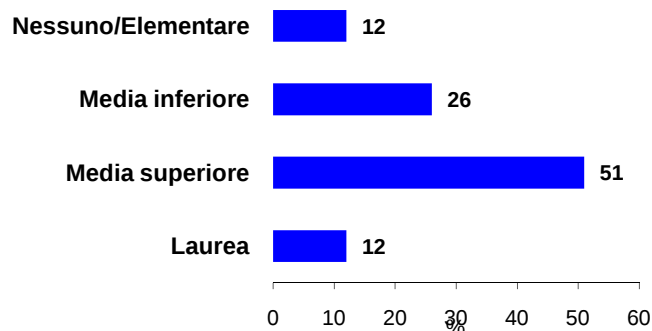
Il titolo di studio

- Nella ASL Avellino l'11,6% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 25,8% la licenza media inferiore, il 50,7% la licenza media superiore e l'11,9% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini.
- L'istruzione è fortemente età - dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).
- Nel pool di ASL PASSI 2008-11 la scolarità medio-bassa è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.

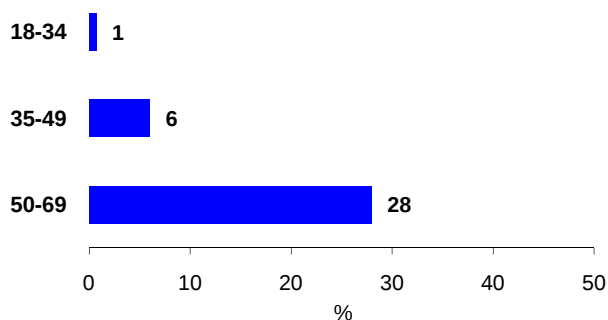
Prevalenza di scolarità medio-bassa
Pool PASSI 2008-11



Campione per titolo di studio
ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=1686)

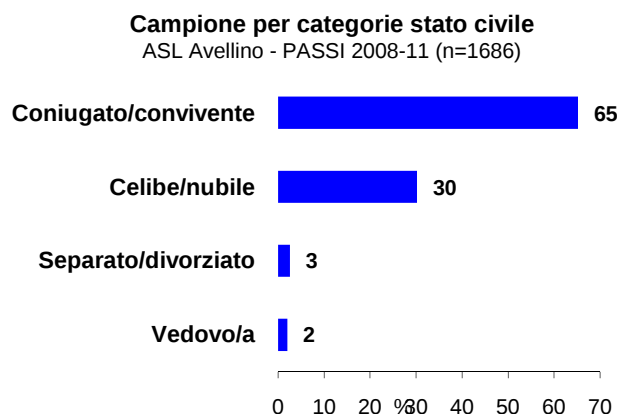


Prevalenza di scolarità bassa
(nessuna/licenza elementare) per classi di età
ASL Avellino PASSI 2008-11 (n=1686)



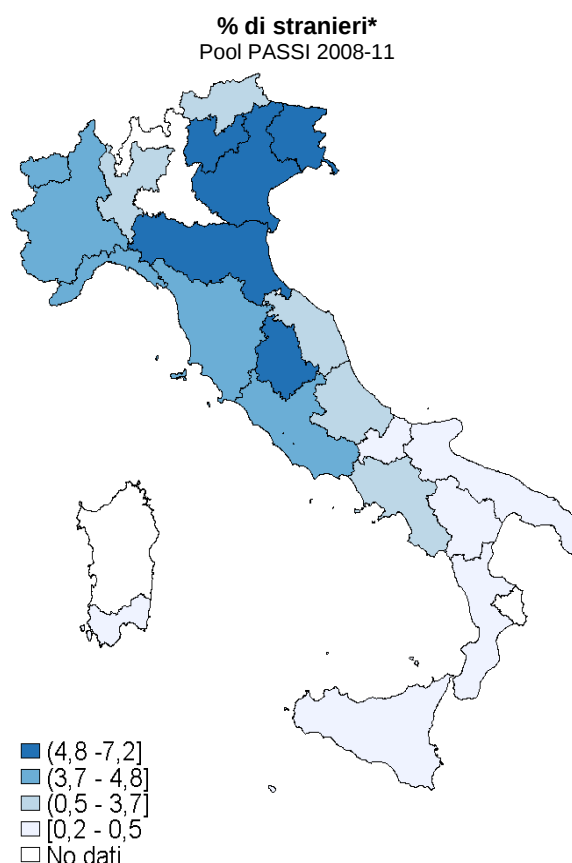
Lo stato civile

- Nella ASL Avellino i coniugati/conviventi rappresentano il 65,2% del campione, i celibi/nubili il 30,2%, i separati/divorziati il 2,6% ed i vedovi il 2,0%.
- A livello regionale queste percentuali sono rispettivamente del 64%, 32%, 2% e 2%, mentre nel pool italiano sono del 61%, 32%, 5% e 2%.



Cittadinanza

- Nella ASL Avellino il campione è costituito dal 99,2% di cittadini italiani, e dallo 0,8% di stranieri. Gli stranieri sono più rappresentati nella fascia di età 35-49 anni (1,4%) e tra le donne (1,3%).
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.
- Complessivamente si stima che nella ASL Avellino le persone con cittadinanza straniera rappresentano lo 0,8%, il dato simile a quello regionale del 2010 (1%) inferiore rispetto al dato pool italiano del 3%.



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

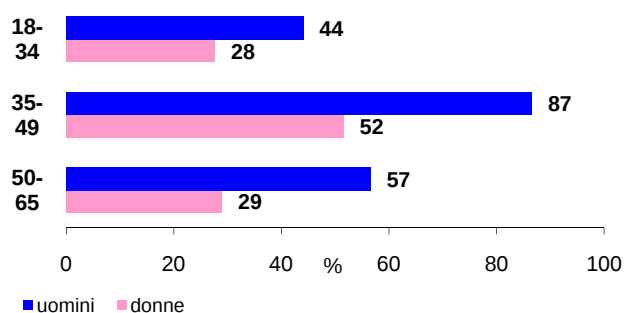
Il lavoro

Nella ASL Avellino il 36% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.

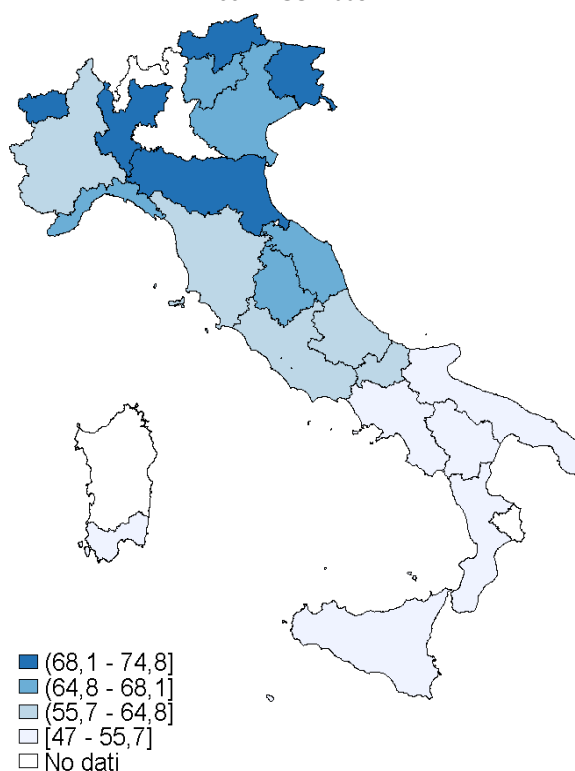
Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (27,7% contro 44,1%). Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale.

Complessivamente si stima che il 36% degli intervistati lavora regolarmente; il dato è inferiore al dato regionale del 2010 (45%) ed al dato pool italiano del 61%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
ASL Avellino - PASSI 2008-11



% di lavoratori regolari
Pool PASSI 2008-11



Difficoltà economiche

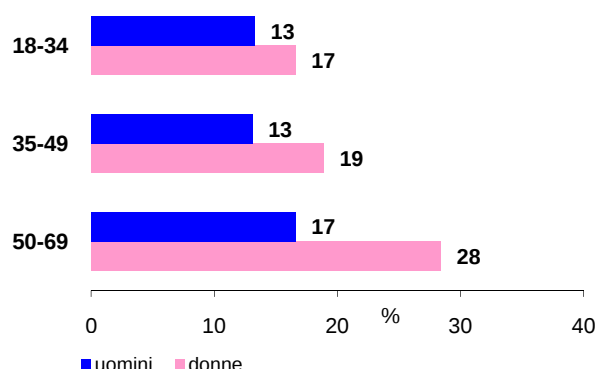
Nella ASL Avellino:

- il 29,3% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 52,9% qualche difficoltà
- il 17,8% molte difficoltà economiche.

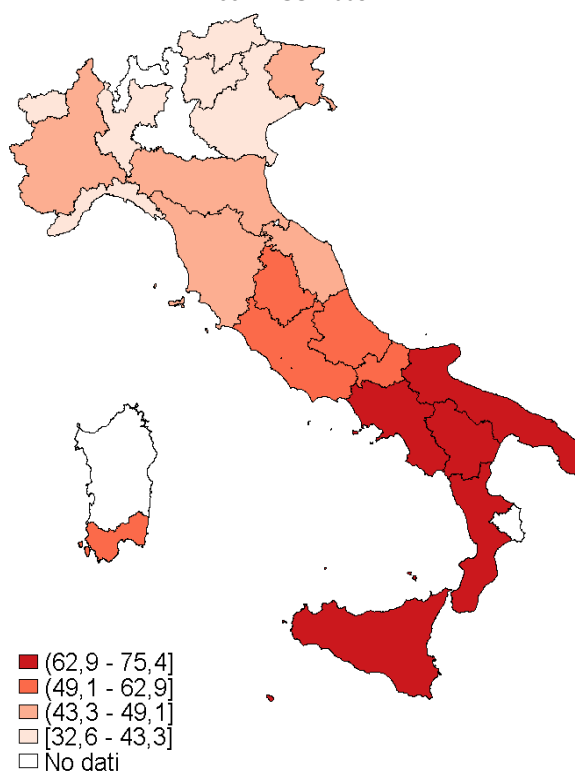
Il dato non si discosta da quello regionale ma presente delle differenze rispetto al pool italiano le cui percentuali sono rispettivamente del 46%, 41% e 13%. Inoltre la prevalenza di persone con molte difficoltà economiche mostra un rilevante gradiente territoriale.

Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (21,3% contro 14,3%), in particolare la classe 50-69 anni. Le differenze per le altre classi di età non raggiungono la significatività statistica.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
ASL Avellino - PASSI 2008-11



% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2008-11



Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e la bassa percentuale di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, che complessivamente ha mostrato interesse e gradimento per la rilevazione.

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

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

Benessere

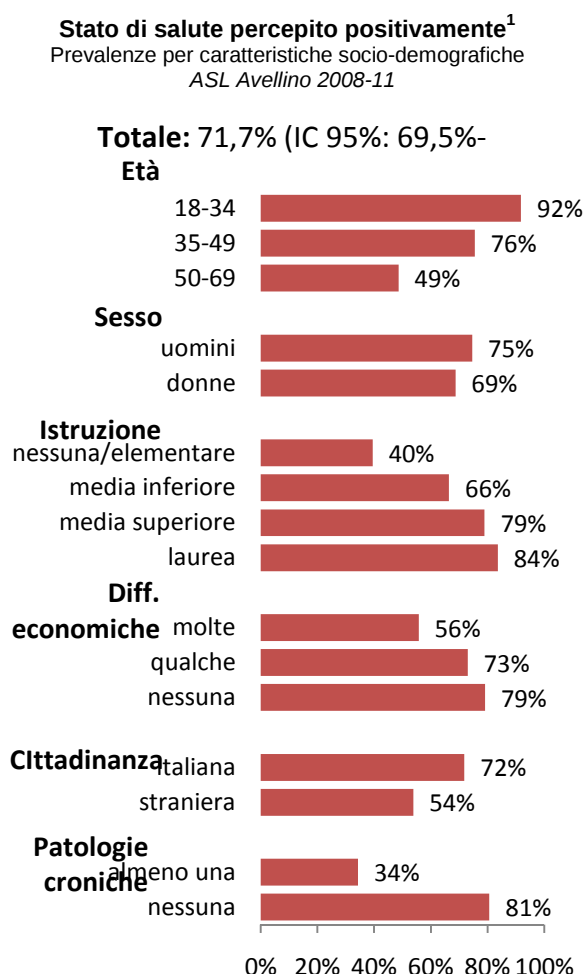
Percezione dello stato di salute

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (**Healthy Days**), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nella ASL Avellino, il 71,7% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 25,1% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3,2% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe



¹ persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.

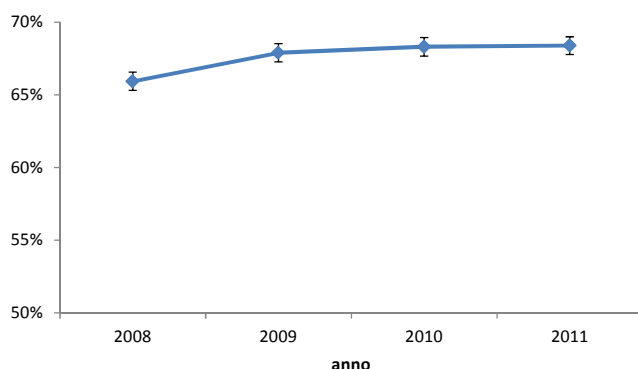
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 67% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

Stato di salute percepito positivamente
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 67,4% (IC95%: 67,1%-67,7)



Confronto su pool omogeneo nazionale

Stato di salute percepito positivamente
Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11

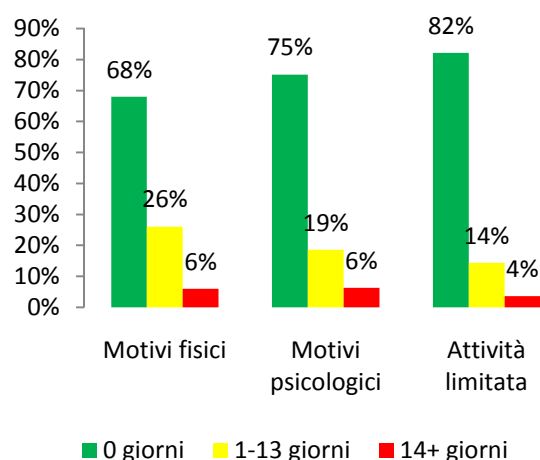


- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva un aumento statisticamente significativo, tra il 2008 e il 2009, della percentuale di persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute a cui fa seguito una stabilizzazione dell'indicatore.

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

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASL Avellino - PASSI 2008-11

- Nella ASL Avellino la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (68% in buona salute fisica, 75,1% in buona salute psicologica e l'82,1% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (6%), per motivi psicologici (6,3%) e con limitazioni alle attività abituali (3,6%).



Giorni percepiti in cattiva salute al mese
ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=1.680)

Caratteristiche	N° gg/mese (%) per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	2,4	2,3	1,5
Classi di età			
18 - 34	1,3	1,6	0,8
35 - 49	2,1	2,1	1,1
50 - 69	3,8	3,2	2,4
Sesso			
uomini	1,9	1,8	1,3
donne	2,9	2,8	1,7
Istruzione*			
Nessuna/elementare	5,5	4,8	3,5
Scuola media inf.	2,8	2,2	1,8
Scuola media sup.	1,7	1,9	1,0
Laurea/diploma uni.	1,4	1,6	0,8
Difficoltà economiche			
Molte difficoltà	4,6	4,9	4,3
Qualche difficoltà	2,1	2,0	1,0
Nessuna difficoltà	1,7	1,2	0,8
Patologie croniche			
almeno una	5,3	4,9	3,8
assente	1,7	1,7	0,9

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

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello aziendale ha riferito la percezione di essere in buona salute.

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe.

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda.

La misura dello stato di salute percepito e in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal sistema di sorveglianza PASSI: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

Gli indicatori di stato di salute percepito sono inoltre funzionali ad altre sezioni indagate dal PASSI, (come ad esempio quella dei sintomi di depressione) a cui forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.

Sintomi di depressione

Il Disturbo Depressivo Maggiore è un disturbo che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento.

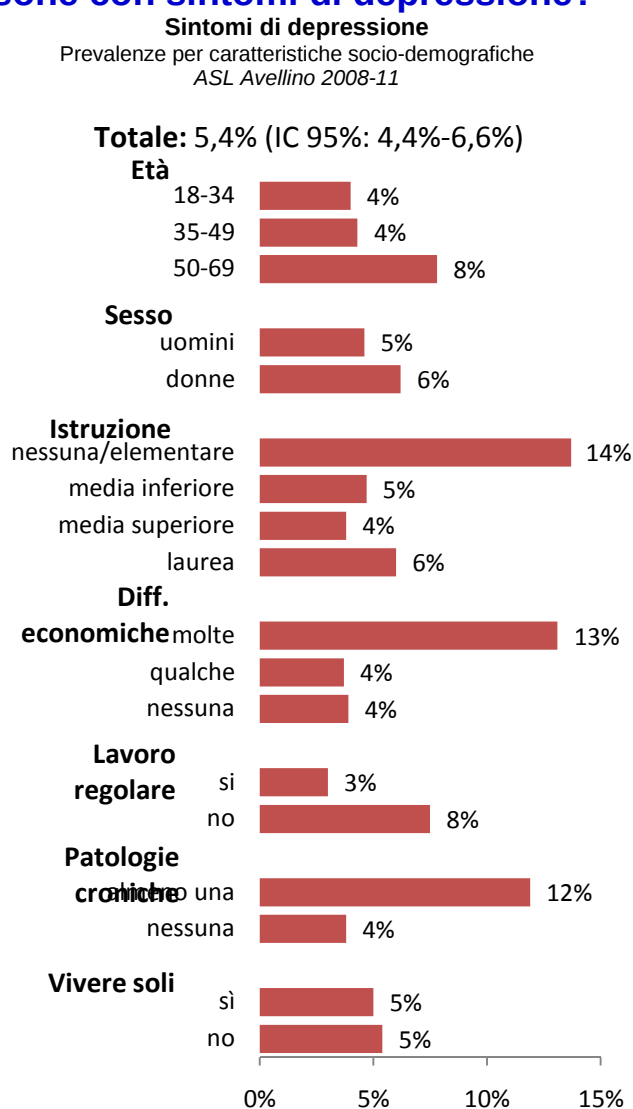
In Europa, il solo Disturbo Depressivo Maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attualmente questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il carico che provoca e, se non verrà contrastato, salirà al secondo entro il 2020 e al primo entro il 2030. Da un punto di vista di salute pubblica, quindi, il Disturbo Depressivo Maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2).

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Nella ASL Avellino, circa il 5,4% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:

- nelle fasce d'età più avanzate
- nelle persone con basso livello d'istruzione
- nelle persone con difficoltà economiche
- nelle persone senza un lavoro continuativo
- nelle persone con almeno una patologia cronica

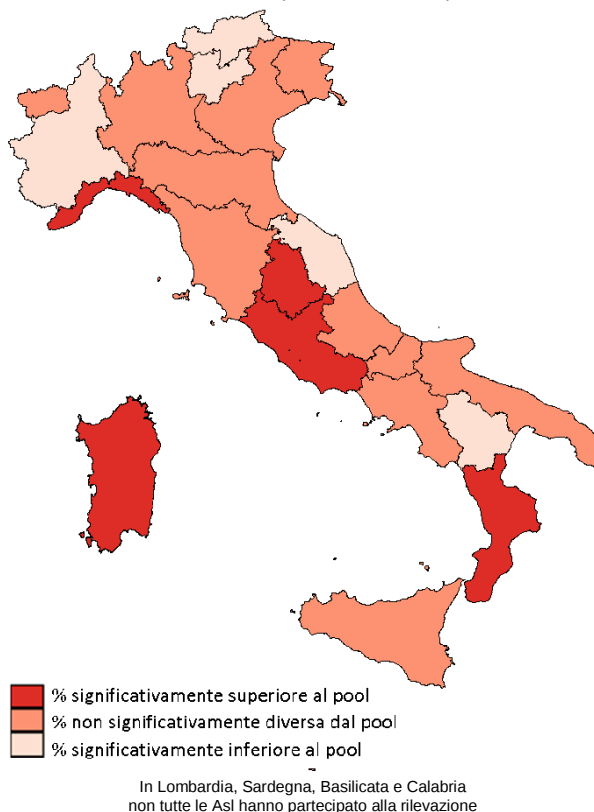


Sintomi di depressione

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11

Totale: 6,8% (IC95%: 6,7%-7,1)

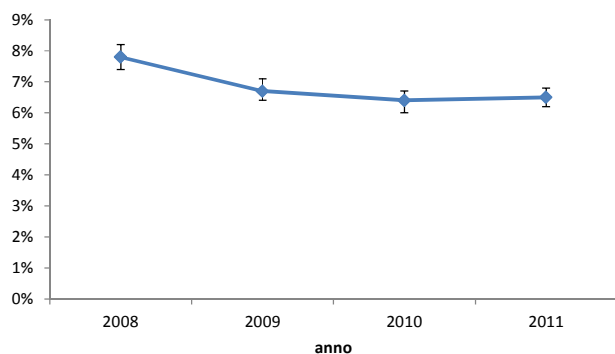
- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista è del 7%.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.



Confronto su pool omogeneo nazionale

Sintomi di depressione

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11

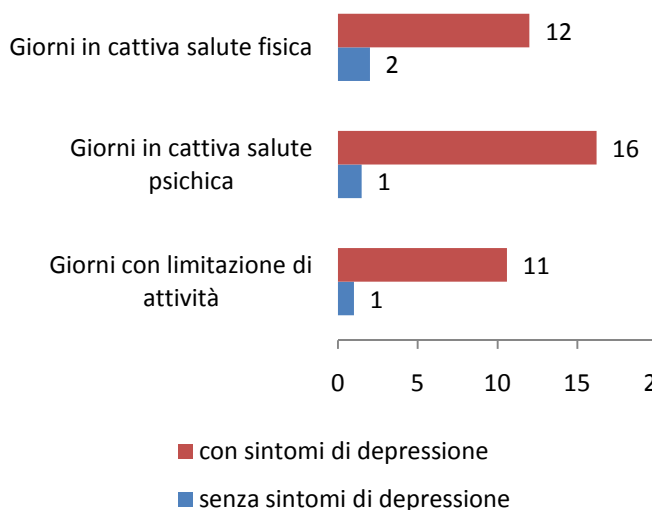


- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva una riduzione della percentuale di persone che dichiarano sintomi di depressione tra il 2008 e il 2009, dopodiché l'indicatore rimane stabile nel tempo.

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

- Nella ASL Avellino, le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
 - il 30% delle persone che hanno riferito sintomi di depressione, ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 74,4% delle persone che non hanno riferito i sintomi
 - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

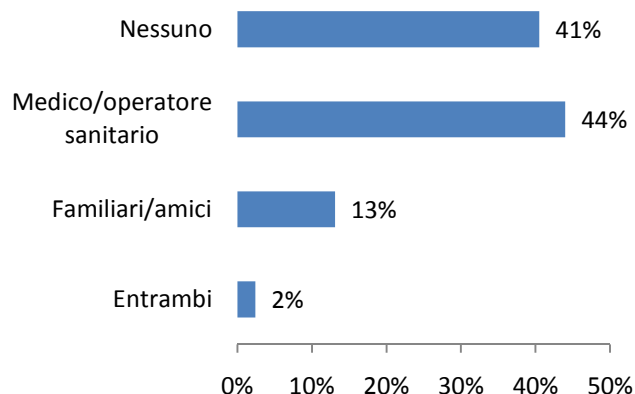
Qualità di vita percepita e sintomi di depressione
ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=1.671)



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 59,5% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (44%), a familiari/amici (13,1%) o ad entrambi (2,4%).

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione
ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=90)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL Avellino si stima che circa il 5,4% degli intervistati abbia sintomi depressivi con percentuali più alte nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

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

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

Guadagnare salute

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

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

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel *Public Health Programme* (2003-2008) propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Attività fisica – ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=1.686)

	% (IC95%)
Livello di attività fisica	
<i>Attivo</i> ¹	40,5 (38,2-43,0)
<i>parzialmente attivo</i> ²	33,4 (31,1-35,7)
<i>sedentario</i> ³	26,1 (24,0-28,3)

¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Nel periodo 2008-11, nella ASL Avellino il 40,5% delle persone intervistate riferisce uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 33,4% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 26,1% è completamente sedentario.

- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne

Sedentari

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

Totale: 26,1% (IC 95%: 24,0%-28,3%)

Età



Sesso



Istruzione



Diff.



Cittadinanza



0% 10% 20% 30% 40%

* la % è riferita ad un totale di 4 soggetti

Sedentari

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11

Totale: 30.1% (IC95%: 29.8-30.4%)



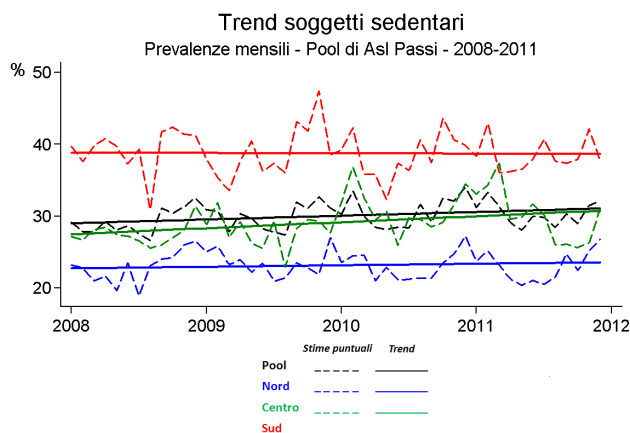
% significativamente superiore al pool
 % non significativamente diversa dal pool
 % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di sedentari è risultata del 30%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (9,4%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (47,2%).

Analisi di trend sul pool di ASL

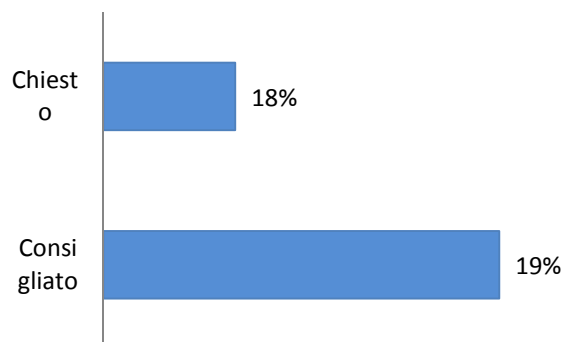
- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.



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

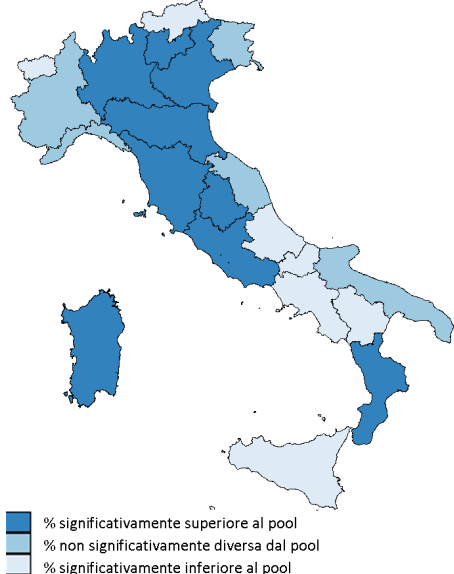
Attenzione degli operatori sanitari
% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica
% intervistati che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica
ASL Avellino PASSI 2008-11

- Nella ASL Avellino solo il 17,7% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 18,8% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.



Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica

Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-2011
Pool di Asl: 31,5% (IC95%: 31,1-31,8%)



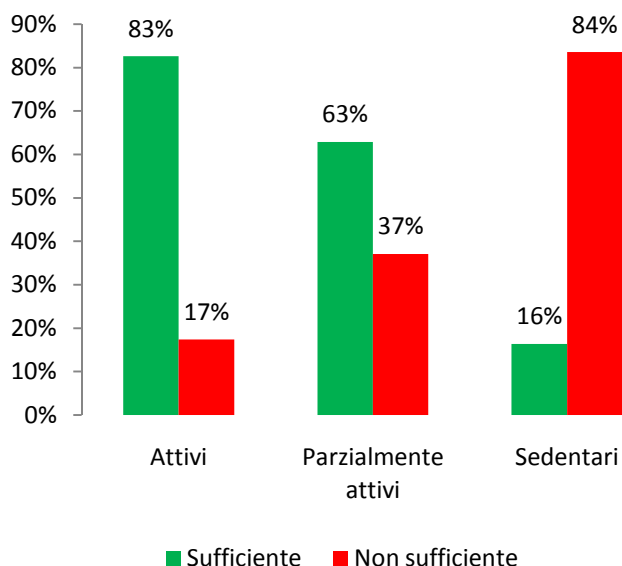
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è del 31%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (23%), mentre quella significativamente più alta nelle Asl della Sardegna (39%).

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 17,4% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 62,9% delle persone parzialmente attive ed il 16,4% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

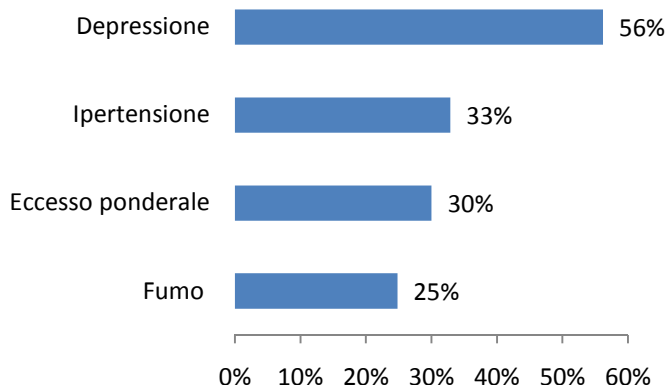
Autopercezione del livello di attività fisica praticata
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
ASL Avellino PASSI 2008-11



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 56,2% delle persone depresse
 - il 32,9% degli ipertesi
 - il 30% delle persone in eccesso ponderale.
 - Il 24,8% dei fumatori

Sedentari e altri fattori di rischio
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio
ASL Avellino PASSI 2008-11 (n=1.635)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL Avellino si stima che circa una persona adulta su tre (40,5%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il 26,1% può essere considerato completamente sedentario.

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

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

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 preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità.

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

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

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle 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*).

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – ASL AVELLINO - PASSI 2008-11 (n=1.686)

	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i> ¹	34,8 (32,5-37,1)
<i>obesi</i> ²	13,9 (12,3-15,7)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ³	
<i>Sovrappeso</i>	35,8
<i>Obesi</i>	77,8
Adesione al <i>five-a-day</i>	11,4 (10,0-13,1)

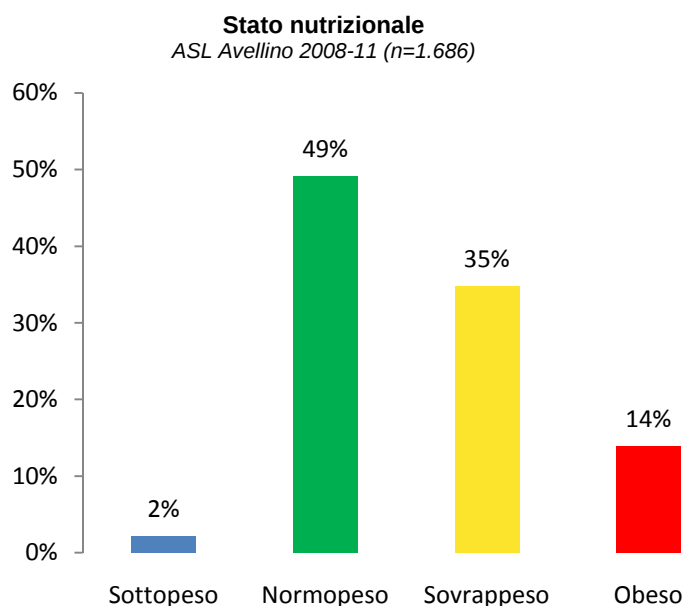
¹ sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

² obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

³ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

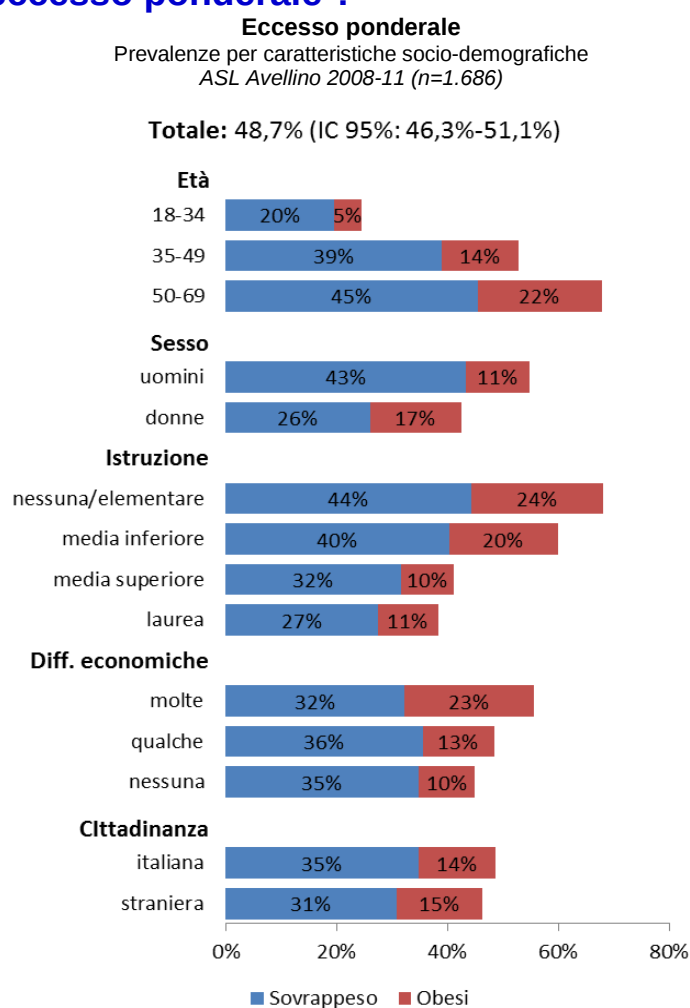
- Nella ASL Avellino il 2,2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 49,1% normopeso, il 34,8% sovrappeso e il 13,9% obeso.
- Complessivamente si stima che nella popolazione della Asl Avellino il 49% presenta un eccesso ponderale, dato uguale a quello Regionale del 2010 (49%) e superiore al dato pool Italiano del 42%.



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
 - col crescere dell'età
 - negli uomini (54,8% vs 42,5%)
 - nelle persone con basso livello di istruzione

Non si sono rilevate differenze rispetto alle condizioni economiche.



Eccesso ponderale

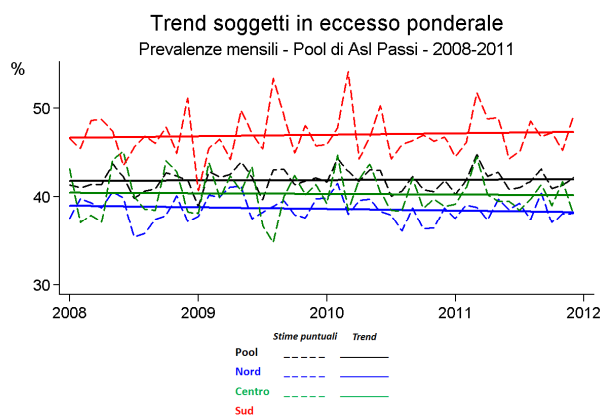
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11
Totale: 42,0% (IC95%: 41,6-42,3%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. Le Asl partecipanti della Lombardia presentano la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (34,5%), mentre in Molise si registra quella significativamente più alta (49,3%).

Analisi di trend sul pool di ASL



Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.

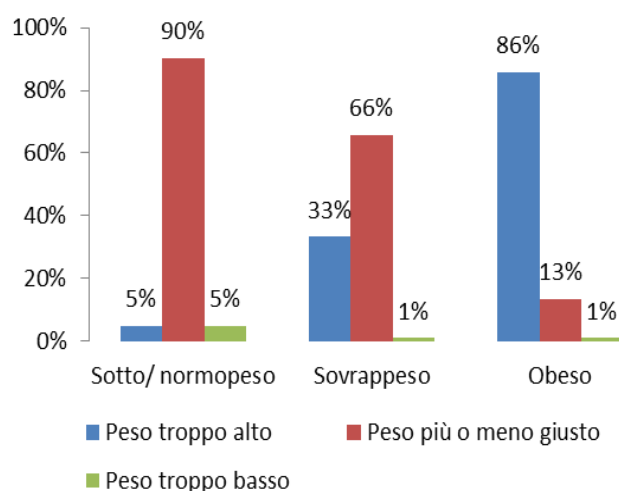
Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.

La percezione del proprio peso non sempre coincide con il IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella ASL Avellino si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (13,4%) e nei normopeso (90,2%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 65,7% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso.

Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'89,3% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 91,4% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 57,3% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 70,6% degli uomini.

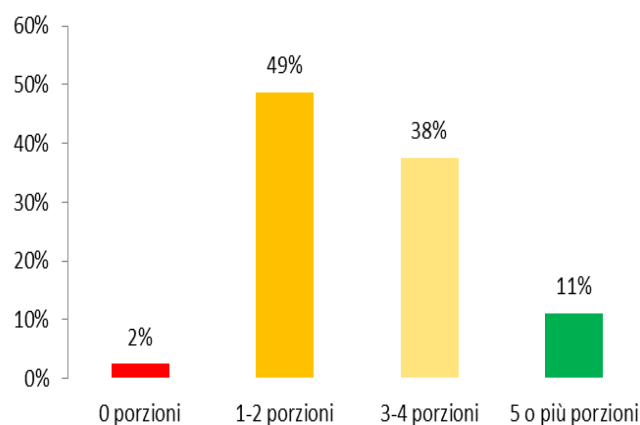
Autopercezione del proprio peso corporeo
Prevalenze per stato nutrizionale – ASL Avellino 2008-11 (n=1.669)



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

- Nella ASL Avellino il 48,7% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 37,5% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo l'11,4% le 5 porzioni raccomandate.

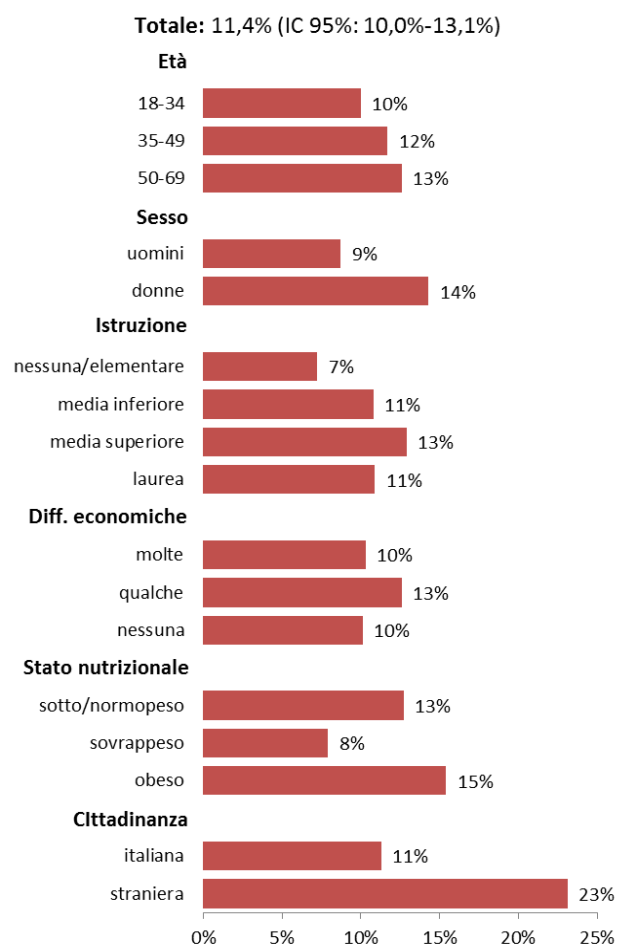
Consumo di frutta e verdura
Prevalenze per porzioni consumate
ASL Avellino 2008-11 (n=1.686)



- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
 - nelle persone sopra ai 50 anni
 - nelle donne (14,3%)
 - nelle persone con medio livello d'istruzione (12,9%)
 - nelle persone obese (15,4%).
- Non emergono differenze legate alla condizione economica.

Adesione al five-a-day

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11 (n=1.686)



Adesione al five-a-day

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11
Totale: 9,8% (IC95%: 9,6-10,0%)

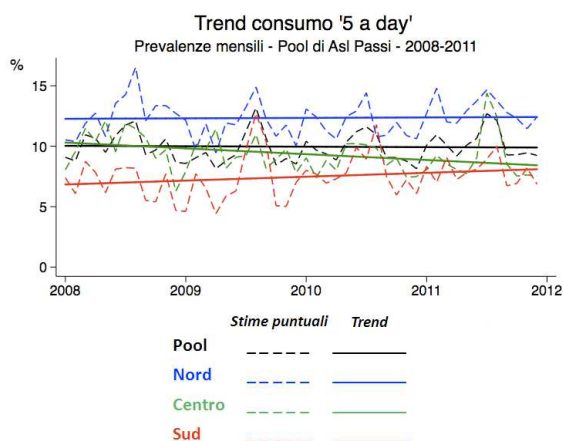


■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di intervistati che aderisce al *five-a-day* è del 10%.
- La mappa riporta le prevalenze, per Regione di residenza, dell'adesione al five a day nel periodo 2008-2011. Si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, con una più alta adesione prevalentemente tra i residenti nelle Regioni settentrionali: il dato significativamente più alto è quello della Liguria (18%).

Analisi di trend sul pool di ASL

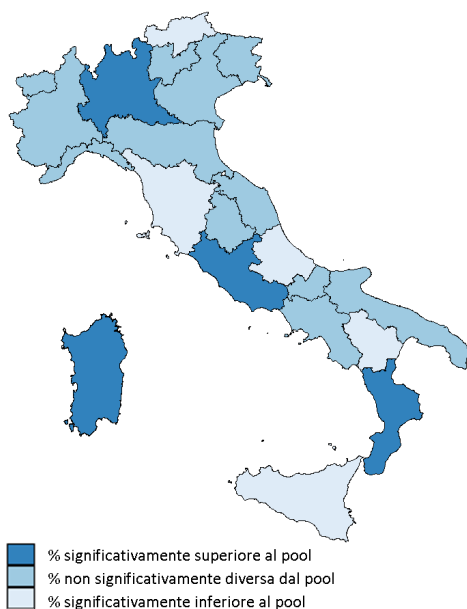


L'analisi dei trend conferma l'assenza di variazioni significative nell'adesione al five a day, in tutte le tre ripartizioni geografiche.

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

- Nella ASL Avellino il 48,3% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 35,8% delle persone in sovrappeso e il 77,8% delle persone obese.

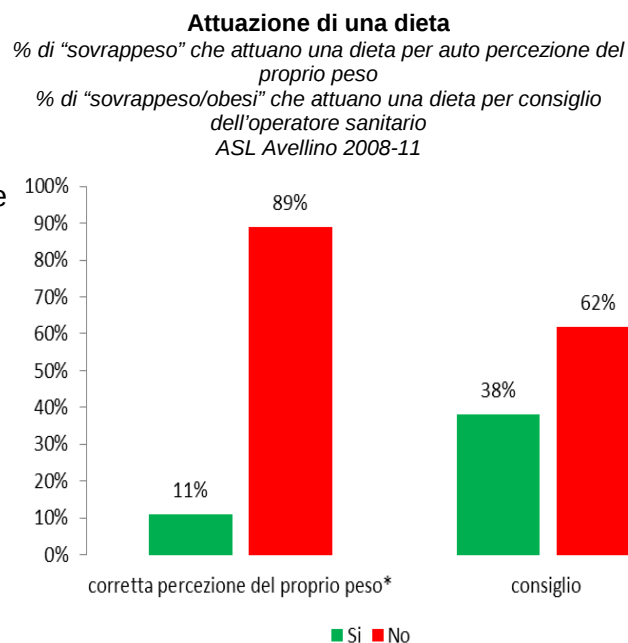
**Persone in eccesso ponderale
che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta**
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11
Totale: 54% (IC95%: 53,8-54,8%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 54%.
- La mappa riporta la frequenza, per Regione di residenza, di intervistati in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale e il valore significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale si registra in Basilicata (33%) mentre quello significativamente più alto nelle Asl della Sardegna (63%).

- Il 20,4% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (16,8% nei sovrappeso e 29,5% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (26,9% vs 15,5% negli uomini)
 - negli obesi (29,5% vs 16,8% nei sovrappeso)
 - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (27,1%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (11,1%)
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (38,2% vs 6,4%).



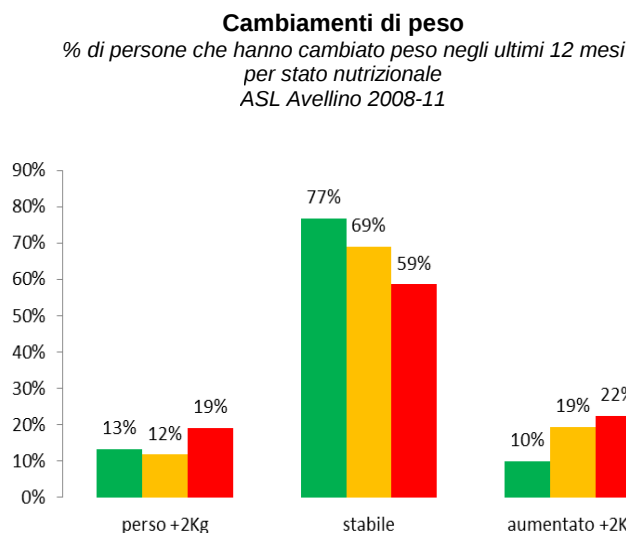
* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=819)

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

- Nella Asl Avellino il 63,5% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (27,6% nei sovrappeso e 34,9% negli obesi). Il 23,6% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 19,9% delle persone in sovrappeso e il 32,3% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 69,1% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 70,0% di chi non l'ha ricevuto.
- Nel pool di ASL 2008-11 il 39% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella Asl Avellino il 51,7% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia 50-69 anni (16,1% vs 14,7% 18-34 anni e 14,4% 35-49 anni)
 - nelle persone già in eccesso ponderale (22,4% obesi e il 19,3% sovrappeso vs 10% normopeso).
 - nelle donne (18,7% vs uomini 11,6%).



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nella Asl Avellino quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: meno di una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e due persone su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 20,4% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (70,3%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: il 37,5% ne assume oltre 3 porzioni, ma solo l'11,4% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

Rilevante risulta inoltre il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

Consumo di alcol

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

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, la quantità di alcol assunta in una singola occasione; le modalità ed il contesto di assunzione dell'alcol.

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili.

Il consumo di alcol è definito a maggior rischio, se vengono superati tali limiti.

Gli indicatori Passi

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Passi monitora diversi aspetti del consumo a maggior rischio mediante indicatori specifici:

consumo abituale elevato: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni¹; consumo *binge*: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione²; consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

¹ Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte da Passi permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo perciò di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.

² Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFSS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti

Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol – ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=1.666)

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	50,7 (48,2-53,1)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	5,6 (4,6-6,9)
Consumo abituale elevato ¹	3,2 (2,4-4,2)
Consumo binge (2010-2011) ²	8,7 (6,6-11,4)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) ³	15,5 (12,6-18,8)

¹ più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini);

più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

² 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010)

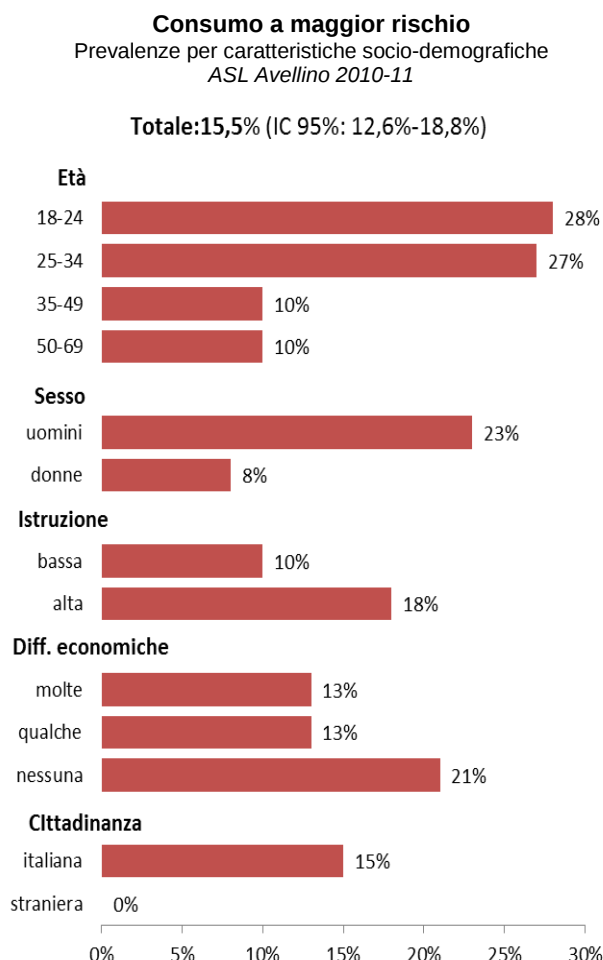
³ consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

Nel periodo 2008-11, la percentuale di consumatori di alcol nella Asl Avellino è risultata pari al 50,7%, mentre il consumo fuori pasto era del 5,6% e il consumo abituale elevato del 3,2%.

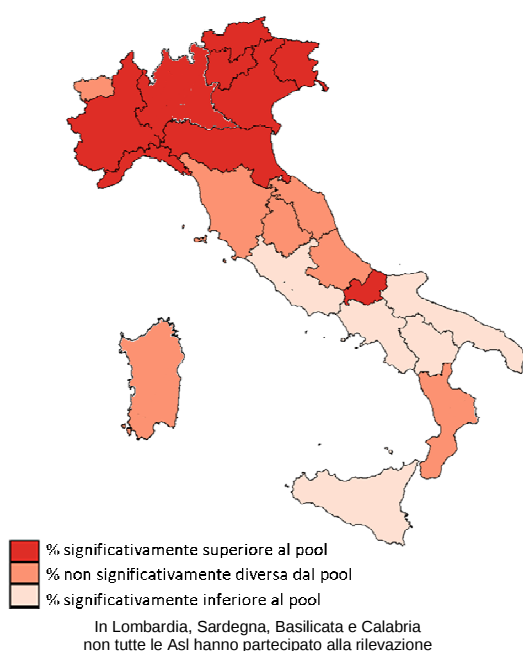
Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo binge che non permette più un confronto diretto dei dati del biennio 2008-2009 con quelli del biennio 2010-11, relativamente agli indicatori “binge” e “consumo a maggior rischio”, di cui il consumo binge rappresenta una delle componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo binge (8,7%) e del consumo a maggior rischio (15,5%), relative al periodo 2010-11.

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?

- Nel periodo 2010-11 nell'Azienda Avellino, il 15,5% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34, gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-alto e quelle che non hanno difficoltà economiche.



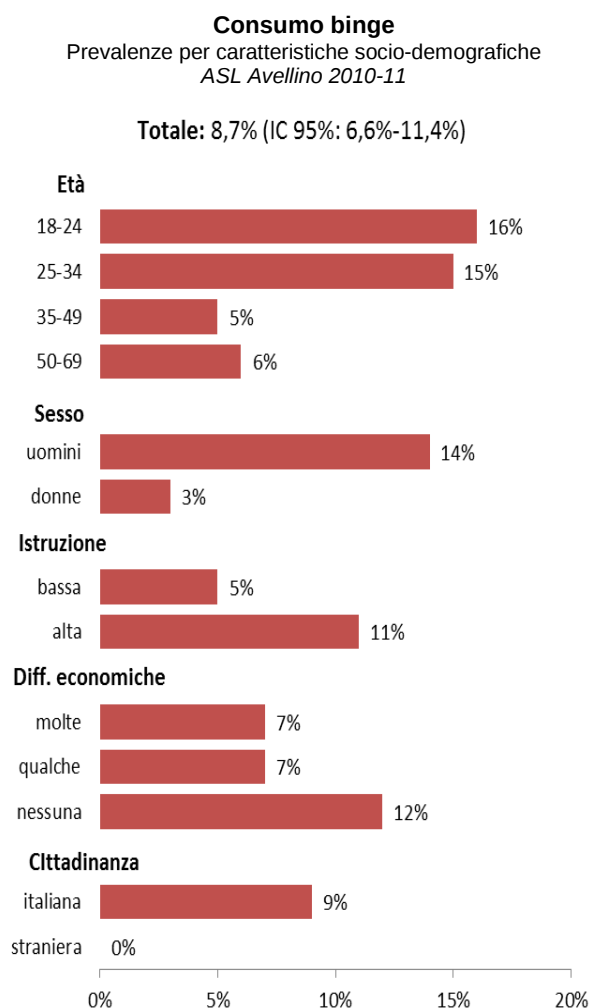
Consumo a maggior rischio
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11
Totale: 17,0% (IC95%: 16,7%-17,3%)



- Nella Regione Campania, nel periodo 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 9%, mentre, nello stesso periodo, nel Pool di ASL PASSI è del 17%.
- Si osservano inoltre differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Campania al 39% della P.A. di Bolzano.

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

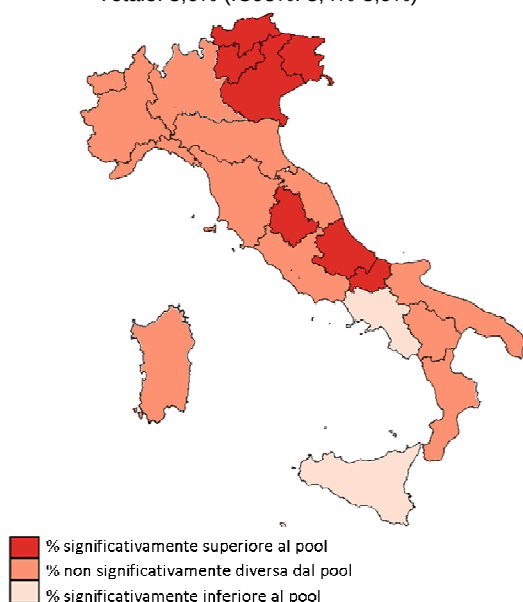
- Nel periodo 2010-11 nell'Azienda Avellino, l'8,7% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.
- Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni, gli uomini, le persone con livello di istruzione alto e quelle senza difficoltà economiche.



Consumo binge

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11

Totale: 8,6% (IC95%: 8,4%-8,9%)

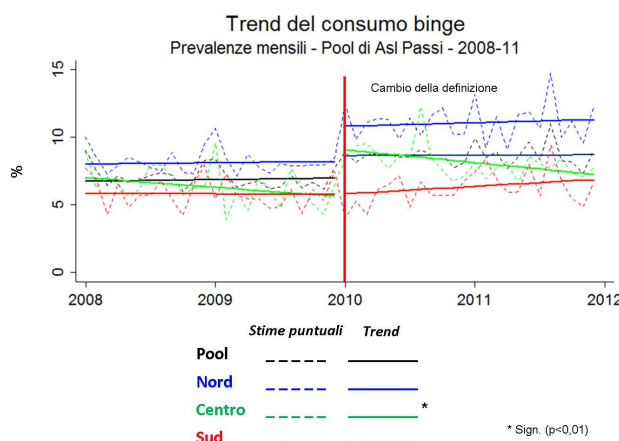


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- A livello regionale, nel periodo 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 5%, mentre nel Pool di ASL PASSI nello stesso periodo è del 9%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% della Sicilia al 18% della P.A. di Bolzano.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva come in coincidenza del cambio di definizione ci sia un salto di prevalenza media; non essendo direttamente confrontabili i dati del binge drinking dei due bienni (2008-09 e 2010-11) si può comunque valutarne le linee di tendenza separatamente. Non si osserva alcun cambiamento significativo (in realtà nel Sud sembrano aumentare sebbene non siano significativi) per i dati di pool di Asl, nel Nord e nel Sud, mentre per il Centro, per entrambi i bienni, c'è un decremento significativo del fenomeno.

**Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?**

I medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. Dalla voce degli assistiti Passi si rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

Attenzione al consumo alcolico – ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=1.449)

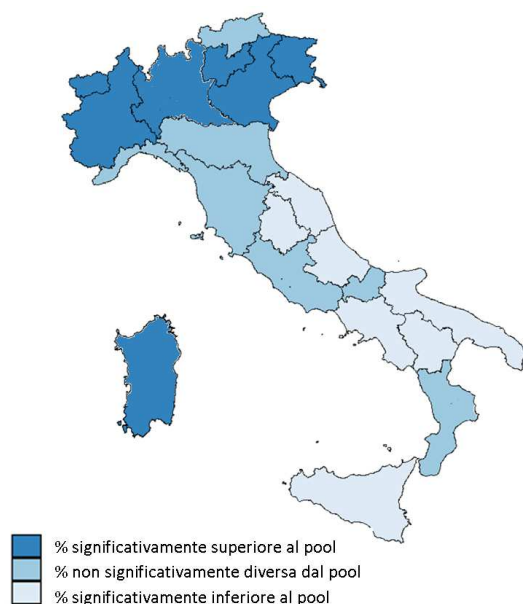
	% (IC95%)
Domanda del medico operatore sanitario sul consumo ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	6,8 (5,6-8,3)
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo (2010-2011) ¹ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	3,4 (0,7-9,7)

¹ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Nel periodo 2008-11, nella Azienda Avellino, solo il 6,8% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

Consumo di alcol chiesto dal medico

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 15,2% (IC95%: 14,9%-15,4%)

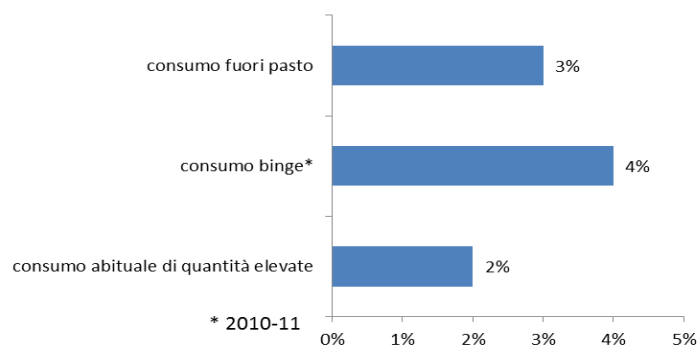


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- A livello regionale, nel periodo 2008-11, questa percentuale è risultata del 10%, mentre nel Pool di ASL PASSI nello stesso periodo è del 9%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Si va dal 10% delle Asl della Basilicata e della Campania al 25% della Sardegna.

Nel periodo 2008-11, nella Azienda Avellino, solo il 3,4% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche.

Categorie di persone con un consumo a maggior rischio
che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario
Percentuali per tipo di consumo – ASL Avellino 2008-11



Tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di consigli è pari al 3,2% (dato 2008-11), nel caso delle persone con consumo binge sale all'4,1% (dato 2010-11) e in quelli con consumo abituale elevato al 1,9% (dato 2008-11).

Conclusioni

Circa la metà della popolazione della ASL Avellino non beve alcol (49%). Tuttavia, si stima che più di un adulto su 10 abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono più di uno su cinque e, tra i più giovani, uno su tre. Il consumo a rischio è più frequente nelle regioni settentrionali.

A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol è più diffuso nelle persone con nessuna difficoltà economica e più alti livelli di istruzione.

In base alle indicazioni del programma Guadagnare Salute, è importante che gli operatori sanitari, in particolare i Medici di Medicina Generale, dedichino attenzione al consumo di alcol dei propri assistiti, in modo da consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo.

Secondo i dati Passi solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti; inoltre, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo.

Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

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

Quindi, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: far diventare l'alcol meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche, rappresentano interventi appropriati per la riduzione degli effetti nocivi dall'alcol.

Inoltre, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Alcol e guida

Nei paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in media circa uno su cinque dei conducenti, deceduti a seguito di un incidente stradale, ha una concentrazione di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro. Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nei 30 giorni precedenti all'intervista, sia come conducenti sia come persone trasportate.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Alcol e guida – ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=1.686)

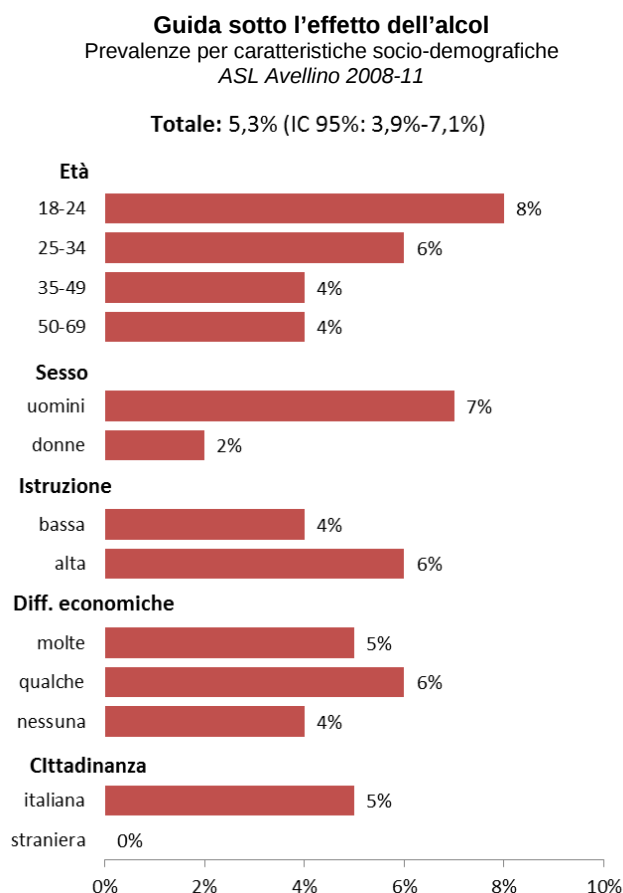
	% (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	5,3 (3,9-7,1)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol**	2,8 (2,1-3,7)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

** percentuale di persone che dichiarano di aver viaggiato come passeggeri di veicoli guidati da persona che ha consumato 2 o più unità alcoliche entro un'ora prima di mettersi alla guida (su tutti quelli che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni).

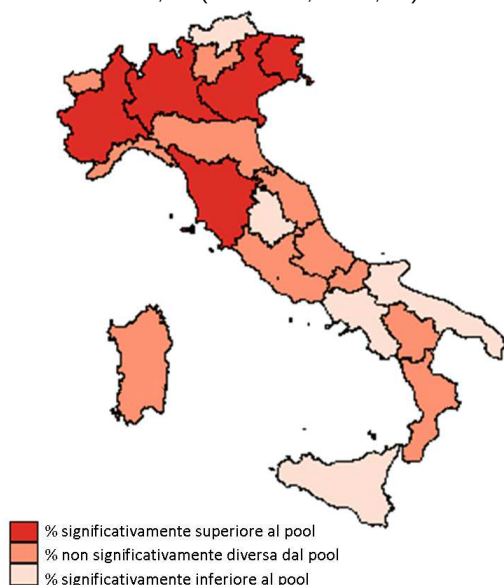
Nel periodo 2008-11, nella ASL Avellino il 5,3% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. Il 2,8% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è decisamente più frequente negli uomini che nelle donne
- Piccole differenze si rilevano anche per età, istruzione e difficoltà economiche



Guida sotto l'effetto dell'alcol

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 10,3% (IC95%: 10,1%-10,6%)

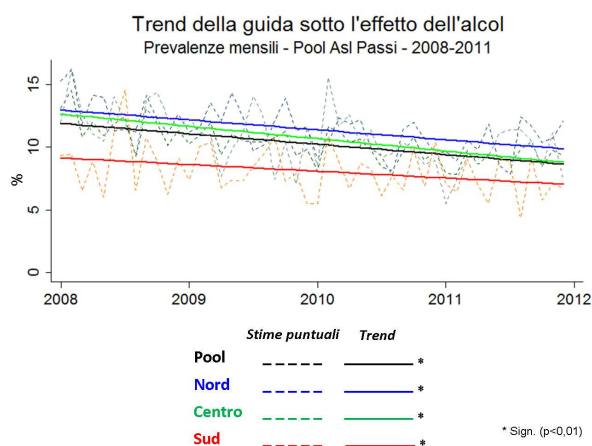


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nella regione Campania nel periodo 2008-11, la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è del 6%, mentre nel pool di ASL è del 10%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con percentuali che variano dal 6,2% della Campania al 13,5% del Friuli Venezia-Giulia. Si nota un particolare gradiente geografico.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si nota un decremento significativo, con stagionalità. Si passa in media dal 12% a 9%. Stratificando per macroarea, sia il decremento significativo che la stagionalità si confermano in tutte e tre le macro-aree: Nord (passando in media dal 13% al 10%), Centro (dal 13% al 9%) e Sud (dal 9% a 7%).



* Sign. (p<0,01)

Guida sotto l'effetto dell'alcol nei più giovani

Alcol e guida nei giovani – ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=262)

Guida sotto l'effetto dell'alcol	% (IC95%)
nei 18-25enni*	7,6 (3,7-13,5)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

Per quanto riguarda il consumo di alcol prima di mettersi alla guida, la popolazione di giovani di 18-25 anni merita di essere monitorata con attenzione, poiché, a parità di alcolemia (anche se non supera la soglia legale), è esposta ad un rischio maggiore di incidenti.

Tra i giovani di 18-25 anni, intervistati nel quadriennio 2008-2011, il 7,6% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol. Anche se il valore è poco differente dalla media relativa a tutte le età, il rischio di incidenti associato a questo comportamento è decisamente più alto.

I controlli delle Forze dell'Ordine (2010-11)

Controlli delle forze dell'ordine – ASL Avellino- PASSI 2010-11 (n=525)

	% (IC95%)
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo*	36,4 (32,3-40,7)

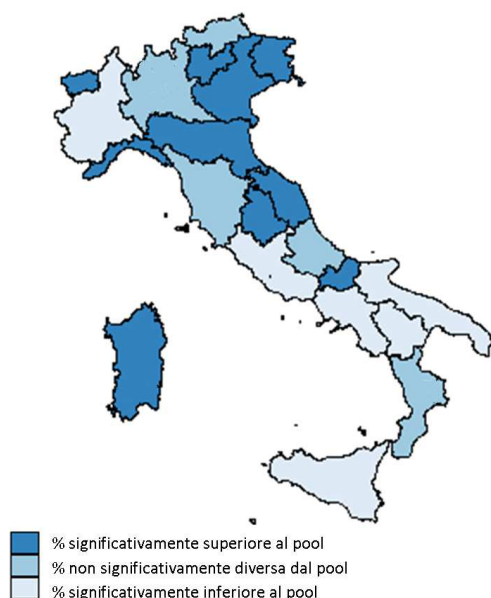
*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo)

- Nel periodo 2010-11, nella ASL Avellino il 36,4% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.
- Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media più di due volte negli ultimi 12 mesi.

Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11

Totale: 35,0% (IC95%: 34,7%-35,5%)

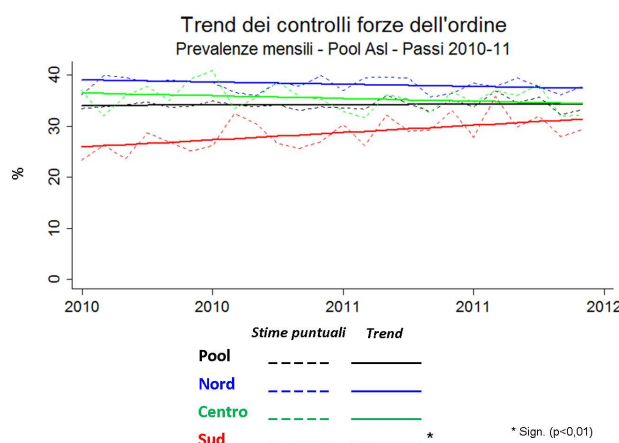


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- A livello regionale, nel periodo 2010-11, la percentuale di intervistati che riferiscono di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi è del 23%, mentre nel Pool di ASL questa percentuale nello stesso periodo è del 35%.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno, analizzato per mese, nel periodo 2010-11, non si notano differenze significative per il pool di Asl omogeneo, e, stratificando per macroarea, neppure per il Nord e il Centro Italia mentre per il Sud si registra un incremento significativo che passa in media dal 26% al 31%.



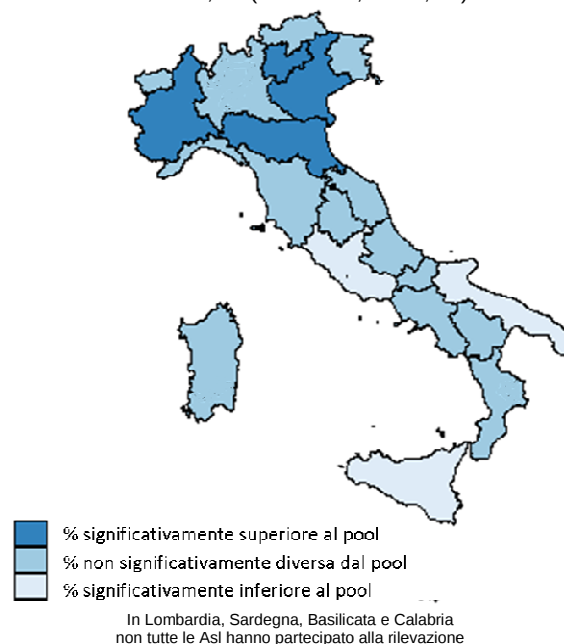
Controlli delle forze dell'ordine – ASL Avellino - PASSI 2010-11 (n=191)

	% (IC95%)
Effettuato l'etilotest*	13,1 (8,7-18,7)

* percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine

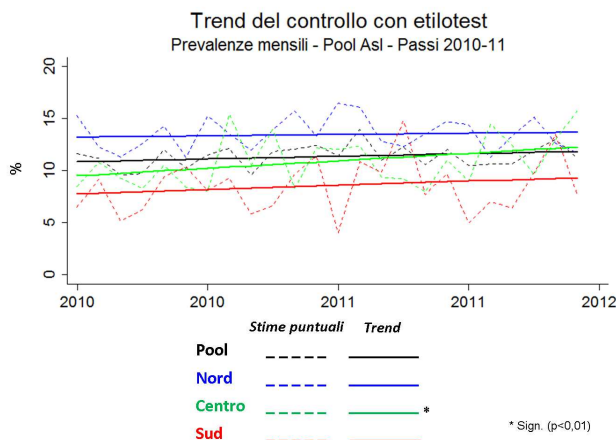
- Il 13,1% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest.
- Nel 2010-11, a livello regionale la percentuale di intervistati, tra quelli fermati dalle forze dell'ordine, che riferiscono che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest è del 9%, mentre nel Pool di ASL questa percentuale per lo stesso periodo temporale è dell'11%.

Etilotest effettuato al guidatore Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11 Totale: 11,1% (IC95%: 10,7%-11,5%)



Analisi di trend sul pool di ASL

- Nella valutazione mensile del fenomeno nel periodo 2010-11, non si osservano cambiamenti significativi per il pool di Asl, il Nord e il Sud, mentre per il Centro c'è un aumento significativo e si passa in media dal 10% a 12%.



Conclusioni

Nell'Azienda Avellino, una minoranza, piccola ma consistente (il 5,3% dei guidatori non astemi), ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol, facendo correre seri rischi a sé e agli altri.

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

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

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Abitudine al fumo di sigaretta – ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=1.686)

	% (IC95%)
Non fumatori ¹	54,2 (51,7-56,5)
Fumatori ²	29,1 (27,0-31,4)
<i>in astensione</i> ³	0,5 (0,3-1,1)
<i>occasional</i> ⁴	0,2 (0,0-0,6)
<i>quotidiani</i> ⁵	28,3 (26,2-30,6)
Ex –fumatori ⁶	16,7 (15,0-18,6)

1 Non fumatore = soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

2 Fumatore = persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

3 Fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.

4 Fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni.

5 Fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

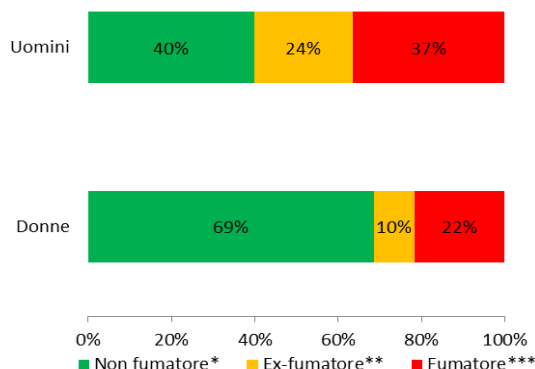
6 Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Nel periodo 2008-11 nella ASL Avellino, tra gli adulti di 18-69 anni, più della metà degli intervistati è non fumatore, il 16,7% è classificabile come ex fumatore e il 29,1% come fumatore. Nell'intera popolazione, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 28,3% e gli occasionali lo 0,2%.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ASL Avellino, la percentuale di fumatori nel 2008-11 è del 29,1%.
- Lo 0,5% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).
- I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono lo 0,2%.
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (36,5% versus 21,6%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (68,6% versus 40%).

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso
ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=1.686)



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

***Ex fumatore*: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

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

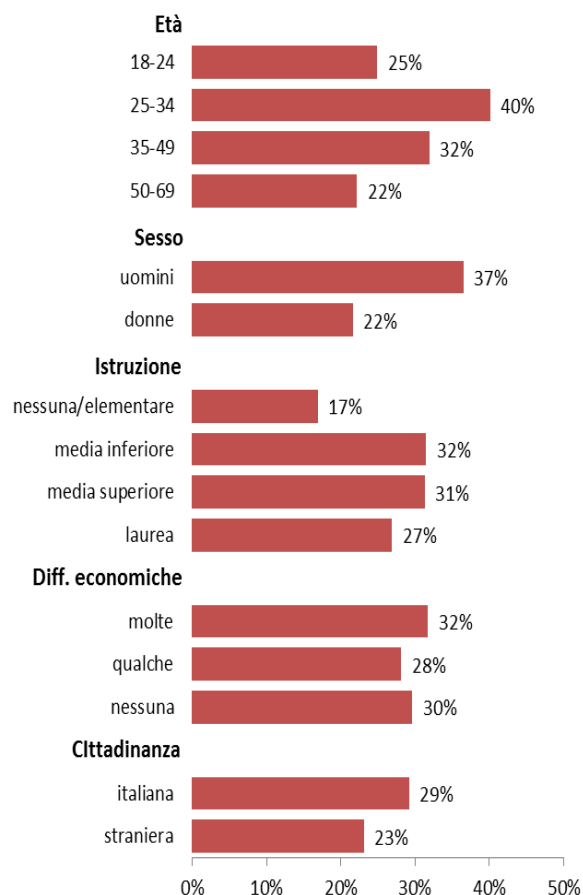
Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 25 e 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma più uno su tre), rispetto alle donne (una su cinque) anche se i dati mostrano un aumento della percentuale di donne fumatrici. La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare. Non si evidenziano differenze per condizioni economiche e cittadinanza.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno. Tra questi, il 9,8% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).

Fumatori

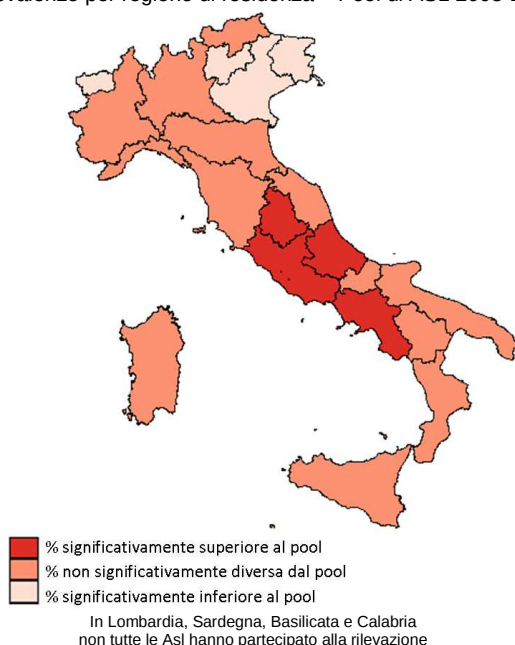
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

Totale: 29,1% (IC 95%: 27,0%-31,4%)



Fumatori

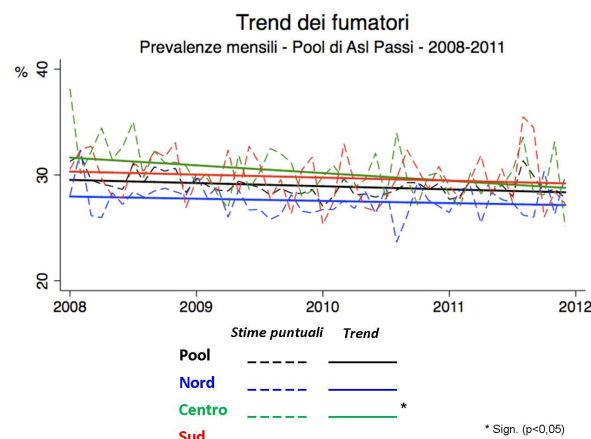
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 19% è ex fumatore e il 52% è non fumatore.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 25% del Veneto e della P.A. di Trento al 32% di Abruzzo, Lazio e Umbria.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-11 a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva una riduzione significativa della prevalenza di fumatori solo per le Asl del Centro d'Italia, per le quali il valore medio passa dal 31,6% al 28,8%.

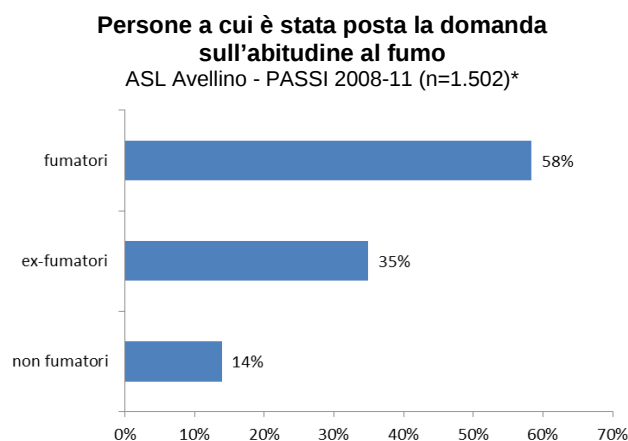


A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

Attenzione degli operatori sanitari – ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=1.502)

	% (IC95%)
Domanda del medico operatore sull'abitudine al fumo ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	30,3 (28,0-32,7)

- Circa il 30% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, è stato chiesto a:
 - il 58,4% dei fumatori
 - il 34,9% degli ex fumatori
 - il 13,9% dei non fumatori.

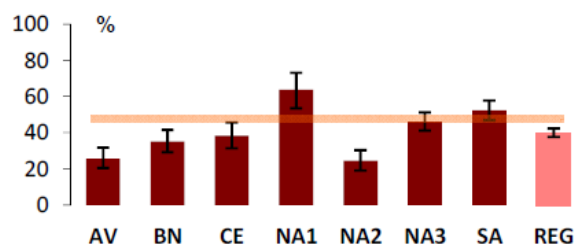


*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Tra le ASL regionali, AV e NA2 si differenziano significativamente per una percentuale più bassa, NA1 e SA per una percentuale significativamente più alta (range dal 24,4% di NA2 al 63,3% di NA1).

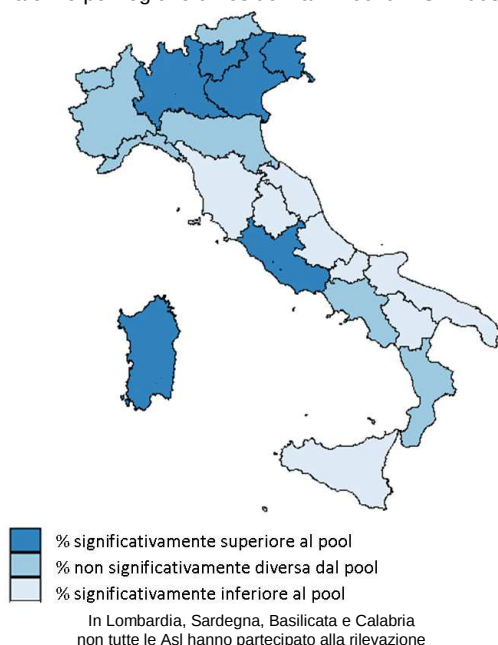
% di persone a cui è stato chiesto sull'abitudine al fumo da un operatore sanitario

Campania – PASSI 2010



Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel periodo 2008-11 è pari al 41%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 33% dell'Abruzzo al 57% della Sardegna.

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

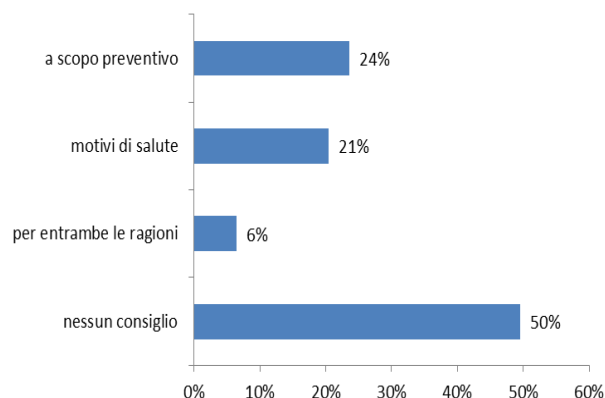
Attenzione degli operatori sanitari – ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=390)

	% (IC95%)
Consiglio del medico operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali ¹ (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	50,5 (45,4-55,6)

- Tra i fumatori, il 50,5% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (23,6%) e per motivi di salute (20,5%).

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

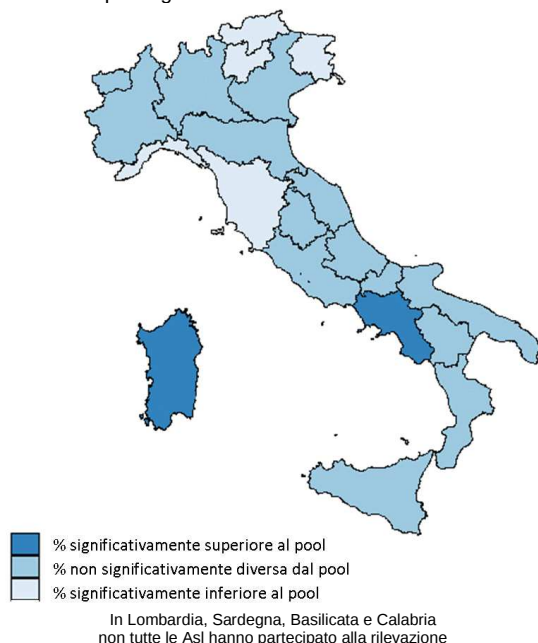
ASL Avellino - Passi 2008-11 (n=390)*



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

Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel 2008-11 è risultata pari al 57%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 41% della P.A. di Bolzano al 67% della Sardegna.

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

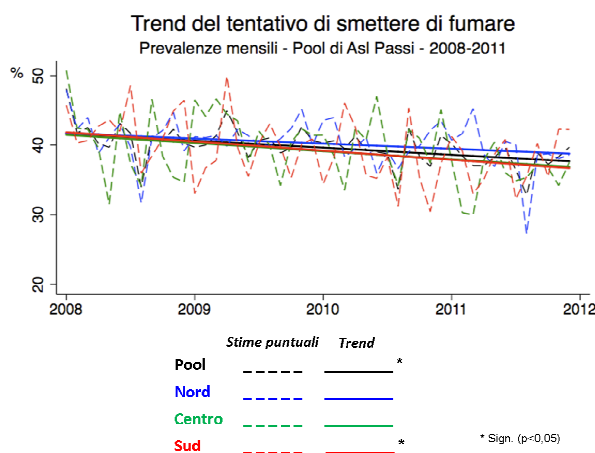
Nel periodo 2008-11, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 27,3% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

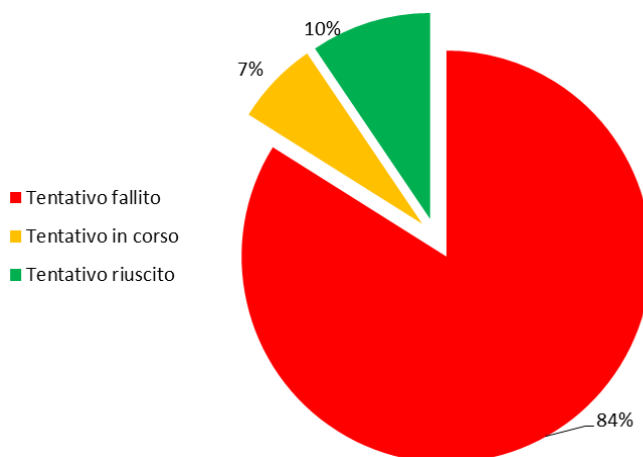
- l'83,9% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 6,6% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 9,5% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

Analisi di trend sul pool di ASL



% dell'esito del tentativo di smettere di fumare
tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
ASL Avellino - Passi 2008-11 (n=137)



Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si nota un decremento significativo. A livello nazionale, si passa in media dal 41% al 38%. Stratificando per macroarea, si conferma il decremento solo per il Sud per il quale il valore medio decresce dal 42% al 37%.

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, l'89,8% l'ha fatto da solo, il 7,3% ha fatto uso di farmaci e l'1,5% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Fumo passivo

Fumo passivo – ASL Avellino - PASSI 2008-11 (n=1.442)

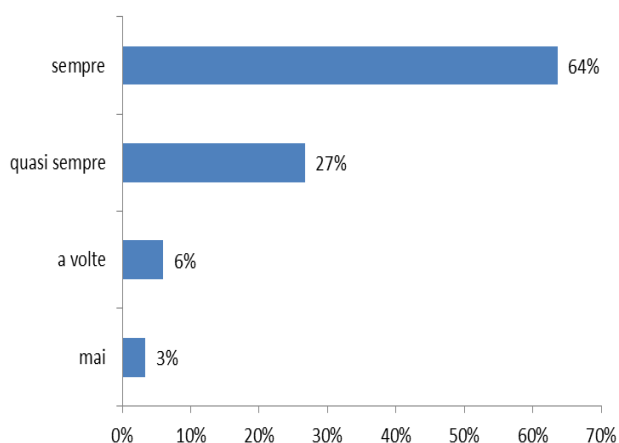
	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	90,5 (88,9-92,0)
<i>sul luogo di lavoro</i>	89,9 (87,5-91,9)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	76,3 (74,2-78,3)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	82,4 (78,1-86,1)

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Nel periodo 2008-11 il 90,5% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (63,7%) o quasi sempre (26,7%).
- Il 9,5% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (3,4%) o lo è raramente (6%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

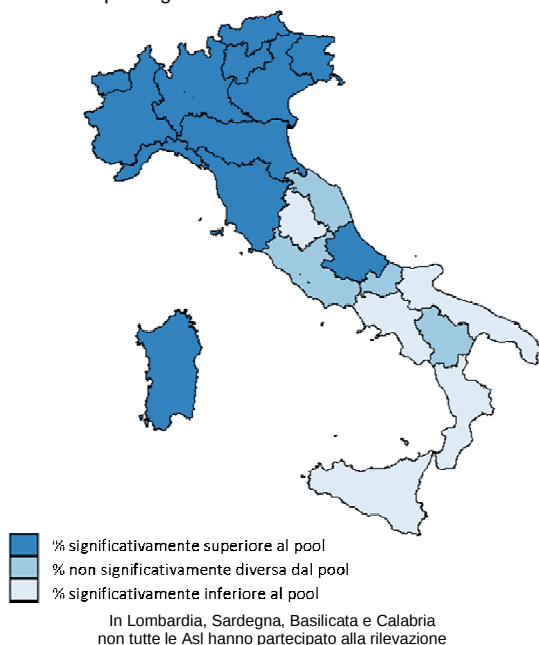
ASL Avellino – Passi 2008-11* (n=1.442)



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

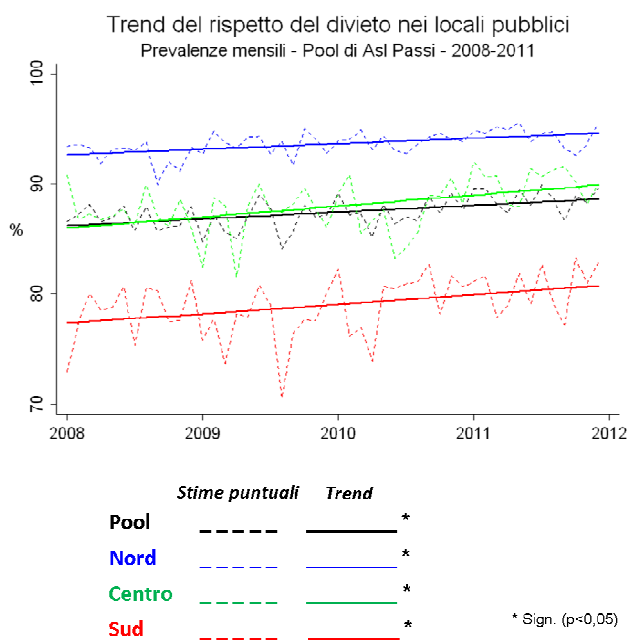
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2008-11 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 67% delle Asl della Calabria al 95% del Friuli-Venezia Giulia.

Analisi di trend sul pool di ASL



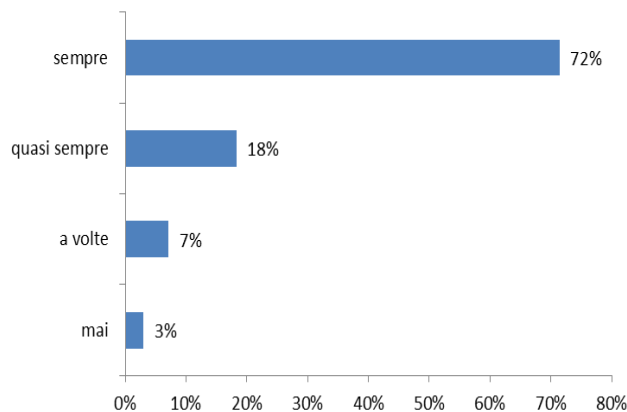
Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e per tutte e tre le macroaree: il valore medio di pool passa da 87% a 89% e per il Nord da 93% a un 95%, per il Centro 86% a 90%, per il Sud 77% a un 81%.

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati nel 2008-11, l'89,9% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (71,5%) o quasi sempre (18,3%).
- Il 10,1% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (3%) o lo è a volte (7,1%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

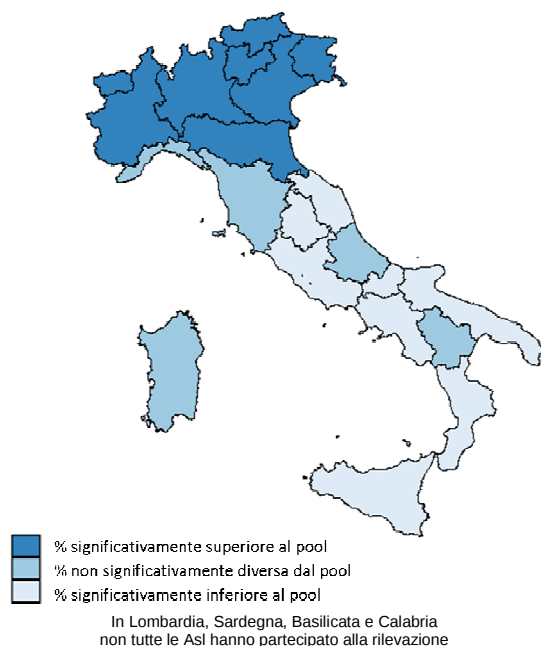
ASL Avellino – Passi 2008-11 (n= 775)*



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

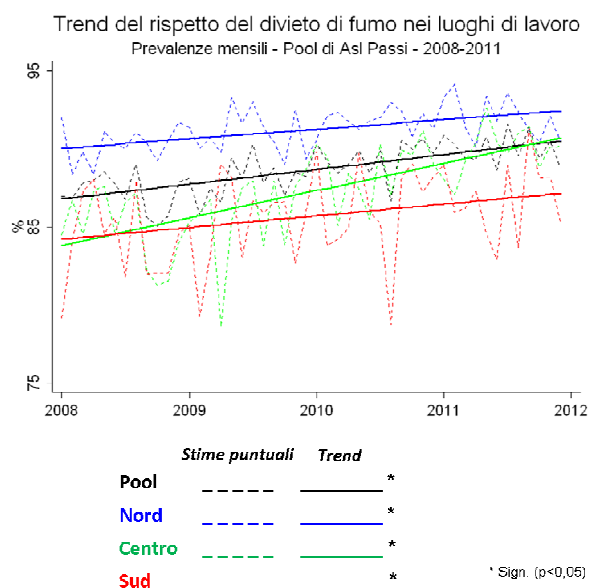
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'89% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 79% delle Asl del Molise e della Calabria al 95% della P.A. di Bolzano.

Analisi di trend sul pool di ASL



Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 87% a 90%, per il Nord da 90% a un 92%, per il Centro 84% a 91%, per il Sud 84% a un 87%.

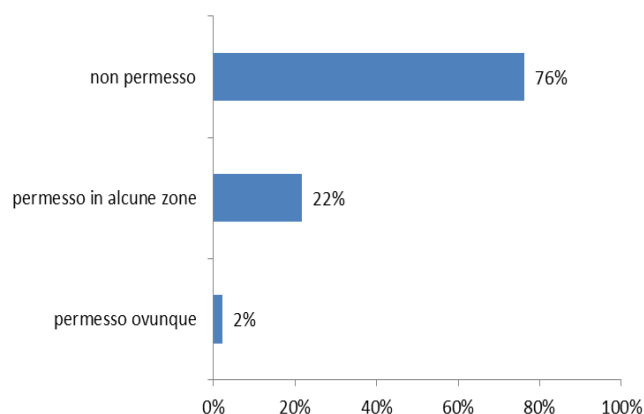
L'abitudine al fumo in ambito domestico

- *Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella ASL Avellino, nel periodo 2008-11:*

- *il 76,3% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;*
- *il 21,6% che si fuma in alcuni luoghi;*
- *il 2,1% che si fuma ovunque.*

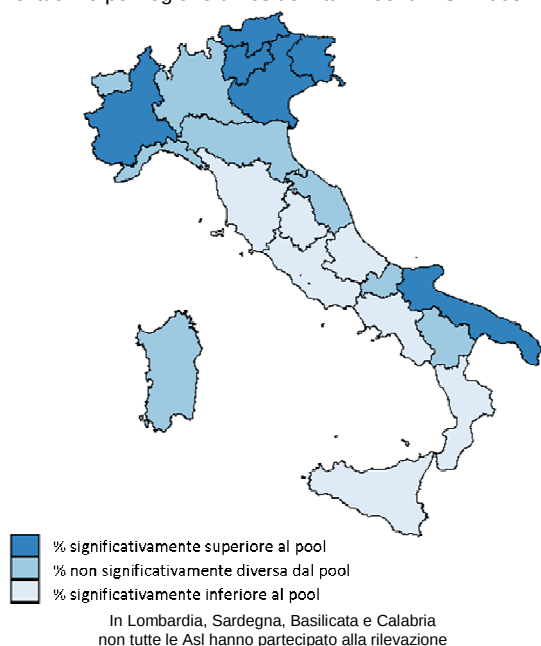
- *In caso di convivenza con minori di 15 anni, l'82,4% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.*

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro ASL Avellino - Passi 2008-11 (n=1.686)

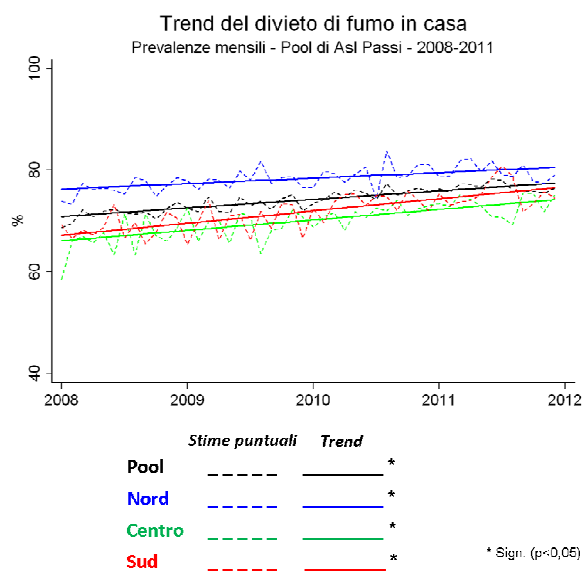


Divieto di fumo in casa

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 76% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (83% in presenza di minori di 15 anni).
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% delle Asl di Abruzzo, Umbria e Sicilia all'88% per quelle del Veneto.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il pool di Asl e per tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 72% a 77%, per il Nord da 76% a un 81%, per il Centro da 66% a 74%, per il Sud da 67% a 77%.

Conclusioni

Nella ASL Avellino, nel periodo 2008-11, come a livello nazionale, si stima che circa una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni.

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

La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle ASL regionali.

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

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequentisono infarto miocardico e ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale. In Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi e hanno anche un notevole impatto intermini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (DisabilityAdjusted LifeYears), indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione.

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Riguardo all'alimentazione va sottolineato che diverse sue componenti influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta, verdura e pesce; in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, grassi saturi, idrogenati, ecc). Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori come depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale:

- le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc.) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc) che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse;

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

Il sistema di sorveglianza PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni.

In questa sezione viene descritta la situazione relativa a ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

Ipertensione arteriosa

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

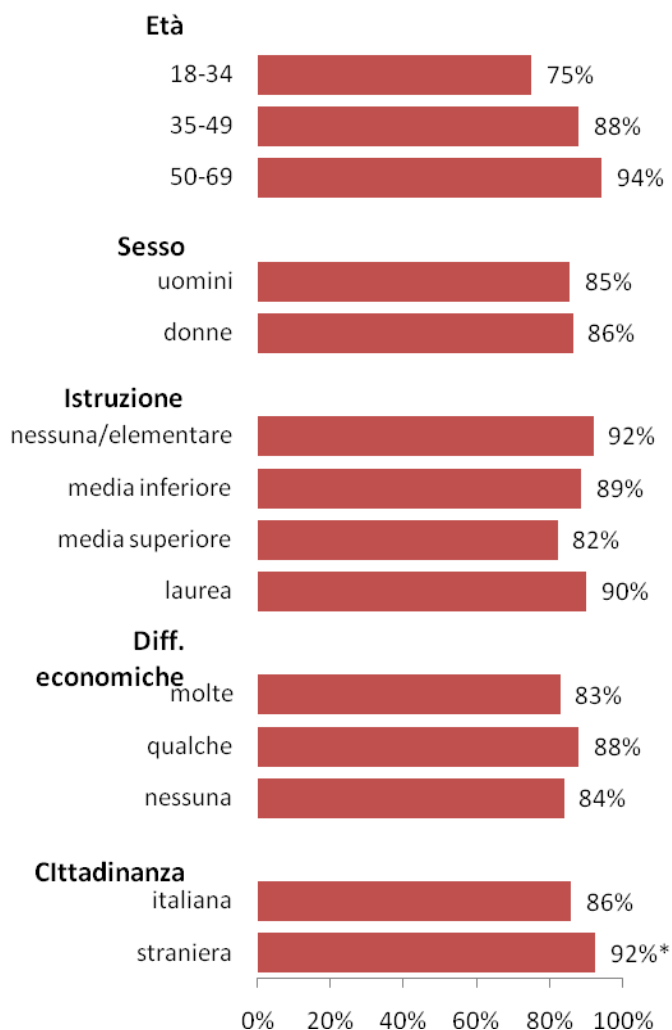
In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- Nella ASL Avellino, l'85,8% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7,6% più di 2 anni fa, mentre il restante 6,6% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle persone con livello di istruzione molto basso

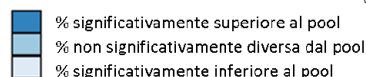
Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

Totale: 85,8% (IC 95%: 84,0%-87,4%)



* la % è riferita ad un totale di 12 soggetti

**Persone a cui è stata misurata
la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)**
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



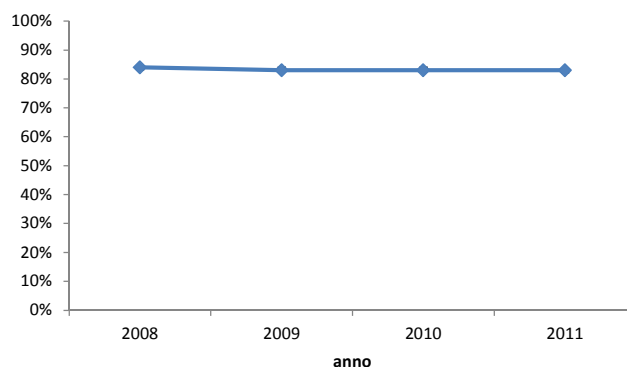
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è dell'83%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 69% della Basilicata all'88% della Liguria.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale), si osserva una chiara stabilità dell'indicatore negli anni.

**Persone a cui è stata misurata
la pressione arteriosa negli ultimi due anni**
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



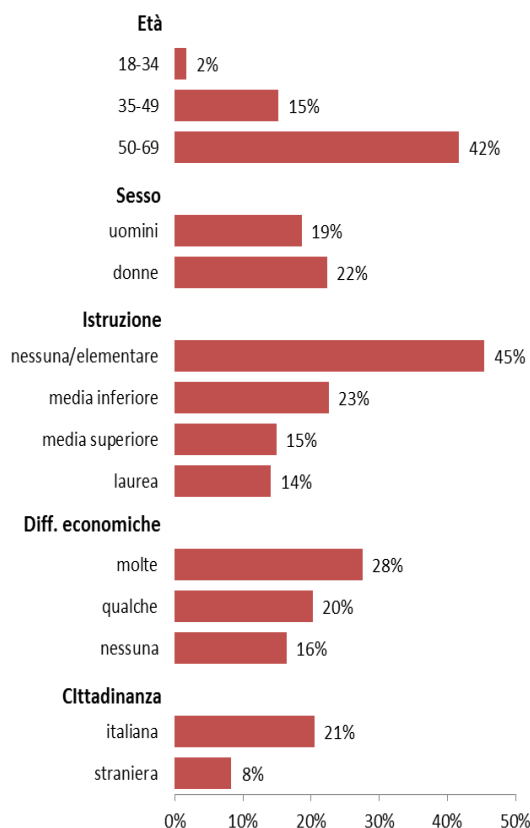
Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL Avellino, il 20,4% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - al crescere dell'età (41,7% nella fascia 50-69 anni)
 - nelle persone con livello istruzione molto basso
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone con eccesso ponderale (28,8%)
- Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 21%.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa

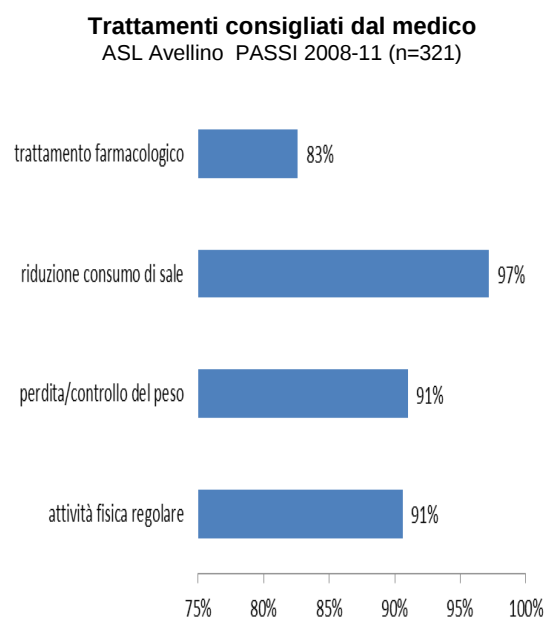
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

Totale: 20,4% (IC 95%: 18,4%-22,5%)



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

- Nella ASL Avellino, l'82,6% degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di sale (97,2%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (91%)
 - svolgere regolare attività fisica (90,6%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel periodo 2008-11 la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 76%.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL Avellino, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su cinque siano ipertese; questa proporzione aumenta fino a due su cinque nelle persone al di sopra dei 50 anni.

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

Circa una persona su sette non è mai stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a circa due ipertesi su tre.

Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

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

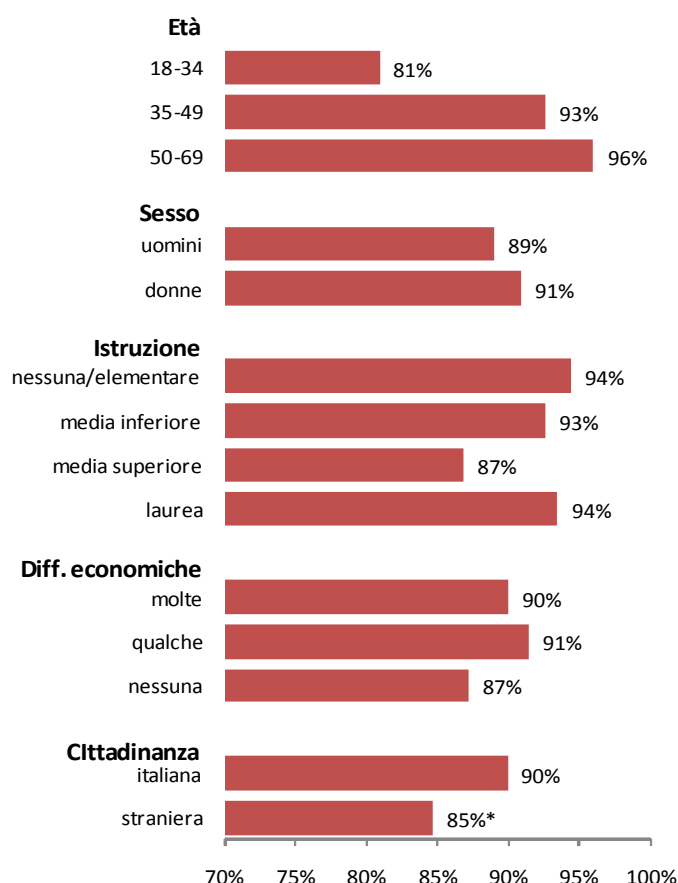
E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

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

- Nella ASL Avellino, l'89,9% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
 - il 61% nel corso dell'ultimo anno
 - il 21,6% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
 - il 7,3% da oltre 2 anni.
- Il 10,1% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.
- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età (dall' 80,9% della fascia 18-34 anni al 96% di quella 50-69 anni)
 - nelle donne
 - nelle persone con più difficoltà economica

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

Totale: 89,9% (IC 95%: 88,4%-91,3%)



* la % è riferita ad un totale di 11 soggetti

**Persone a cui è stata misurata
la colesterolemia almeno una volta nella vita (%)**
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



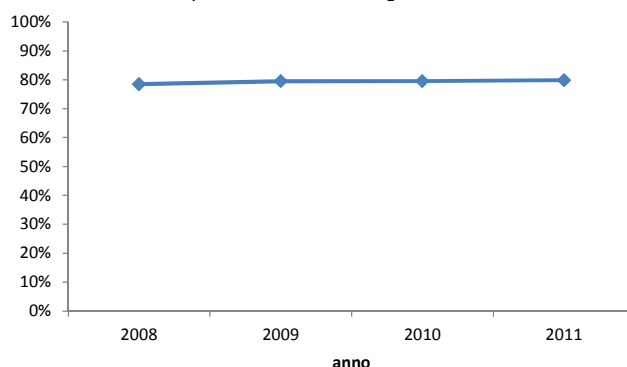
*In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione*

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita è dell'80%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% della P.A. di Bolzano all'88% del Molise.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) non si osservano variazioni dell'indicatore negli anni.

**Persone a cui è stata misurata
la colesterolemia almeno una volta nella vita**
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



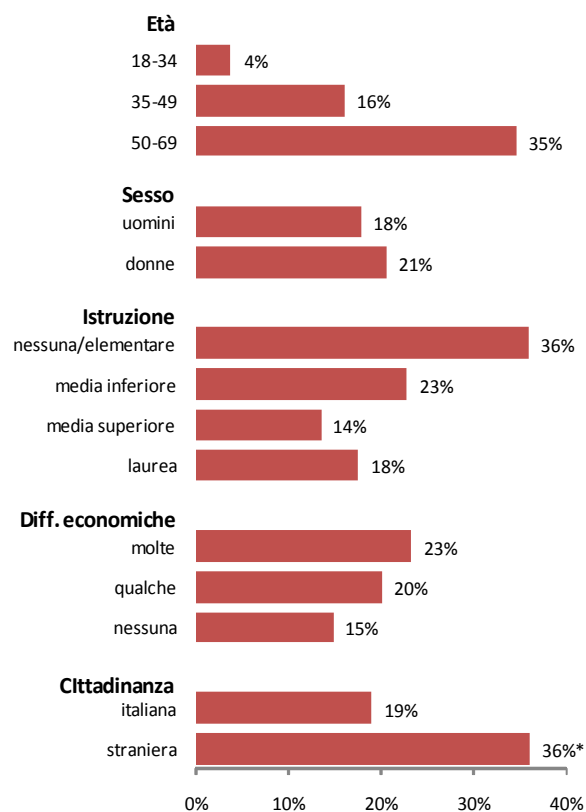
Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Nella ASL Avellino, il 19,2% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - nelle persone con basso livello di istruzione.
- Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale.

Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

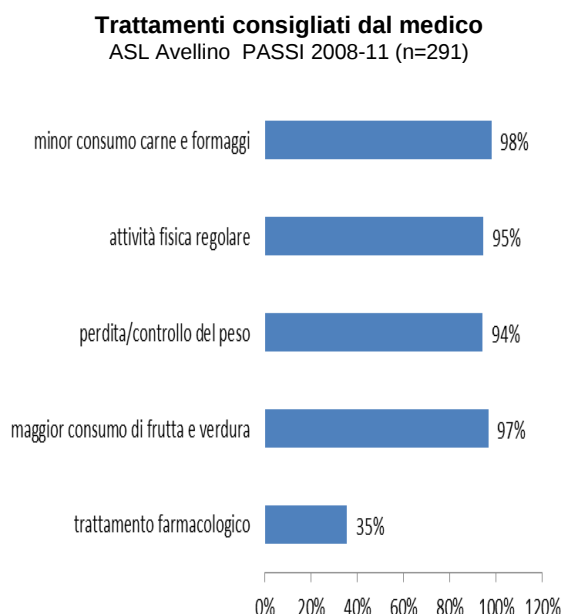
Totale: 19,2% (IC 95%: 17,3%-21,3%)



* la % è riferita ad un totale di 4 soggetti

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nella ASL Avellino, il 35,4% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (97,9%)
 - svolgere regolare attività fisica (94,5%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (94,1%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (96,6%).
- Nel periodo 2008-11 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata del 29%.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL Avellino, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire ad una persona su tre sopra ai 50 anni.

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

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia circa due su cinque ha riferito di effettuare una terapia farmacologica; questa non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti: in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

Calcolo del rischio cardiovascolare

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

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

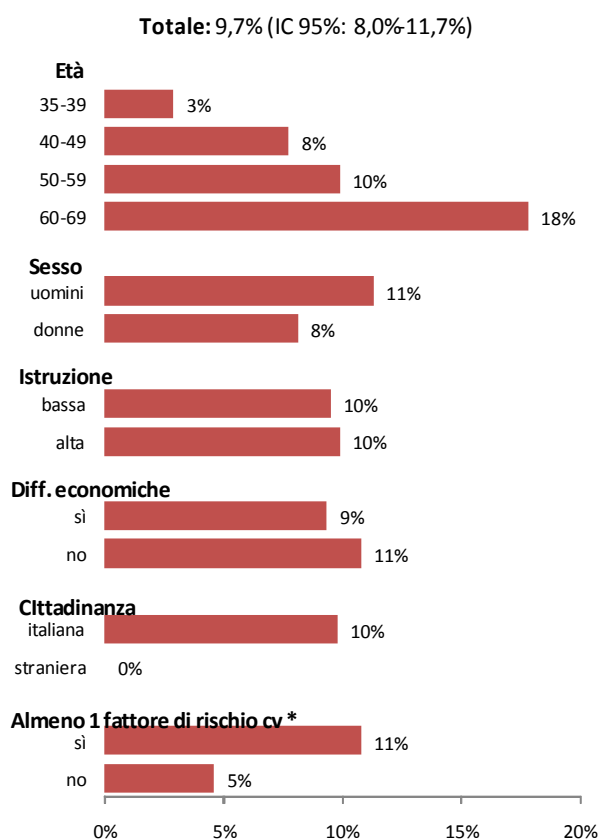
Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente: il calcolo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

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

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

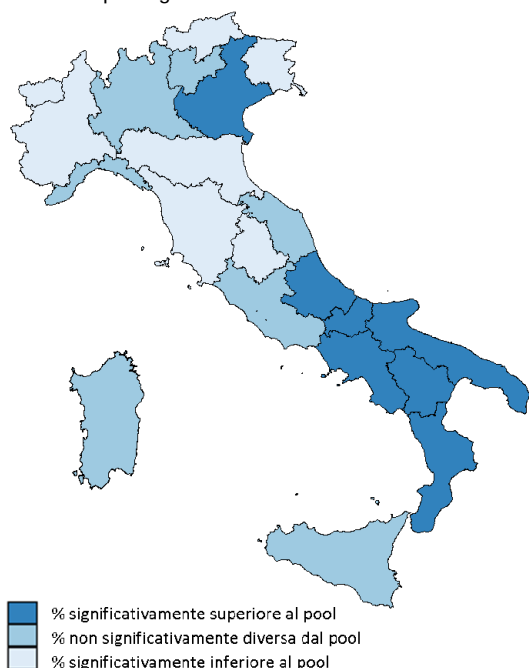
**Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare
(persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)**
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

- Nella ASL Avellino, solo il 9,7% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:
 - nella classe di età più adulta;
 - tra gli uomini;
 - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.



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

**Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare
(persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) (%)**
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



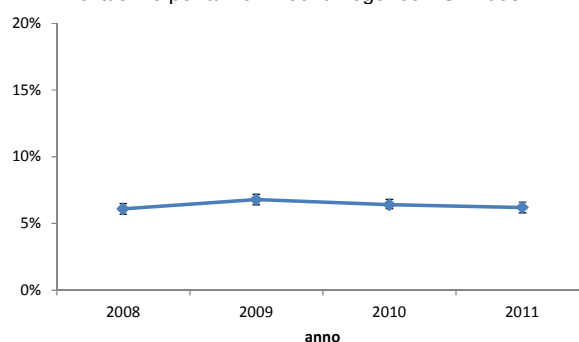
*In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione*

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 6,5%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% dell'Umbria al 13% della Calabria.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una stabilità dell'indicatore negli anni.

**Persone a cui è stata misurata
la pressione arteriosa negli ultimi due anni**
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



Conclusioni e raccomandazioni

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione; la carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici.

Nella ASL Avellino, come pure in ambito nazionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti già in corso di attuazione sul territorio regionale.

Sicurezza

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo i dati ISTAT più recenti, nel 2010 sono stati registrati in Italia 211.404 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti è stato pari a 4.090, quello dei feriti ammonta a 302.735. Rispetto al 2009, si riscontra una leggera diminuzione del numero degli incidenti (-1,9%) e dei feriti (-1,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-3,5%).

Gli incidenti stradali rappresentano quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurne consistentemente numero e gravità.

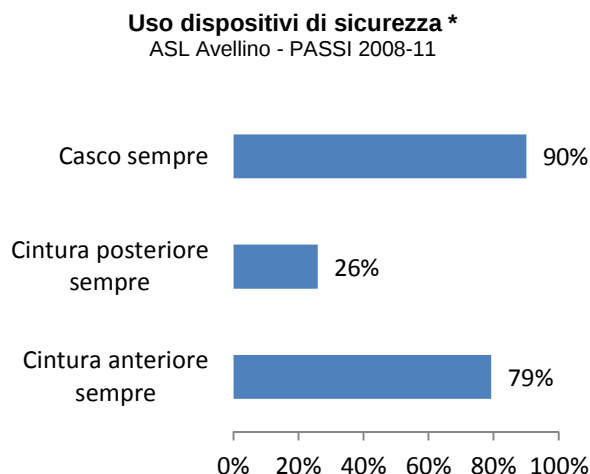
Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

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

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

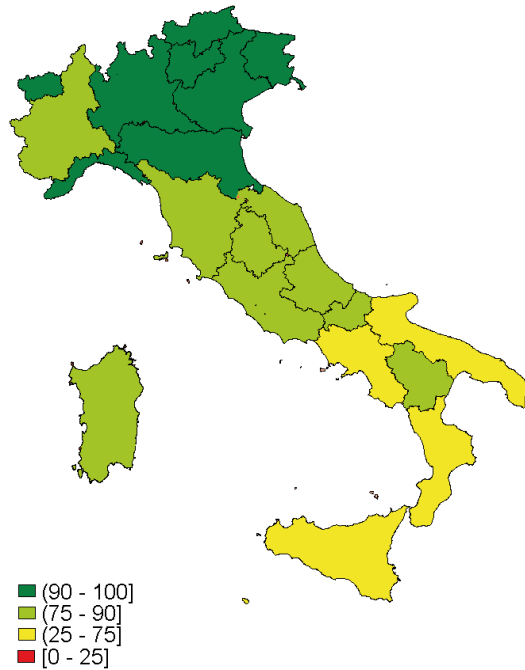
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nel periodo 2008-11, nella ASL Avellino la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (79,3%) e il casco (90,1%).
- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 25,9% degli intervistati, infatti, la usa sempre.

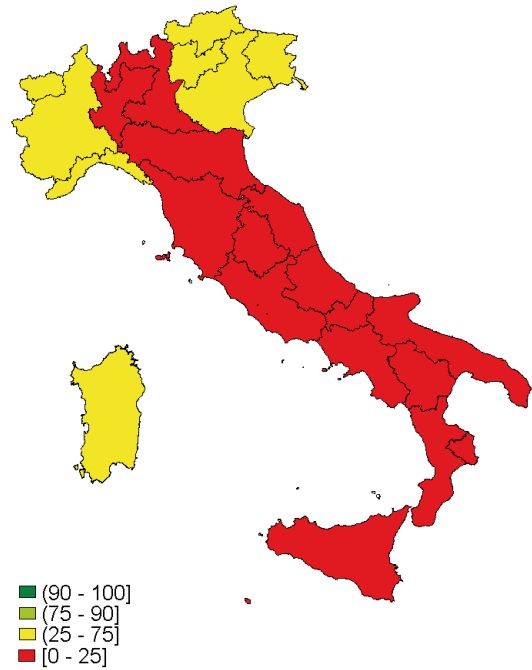


*Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

Uso della cintura anteriore sempre
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 83,1% (IC95%: 82,9%-83,4)



Uso della cintura posteriore sempre
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 19,1% (IC95%: 18,9%-19,4)



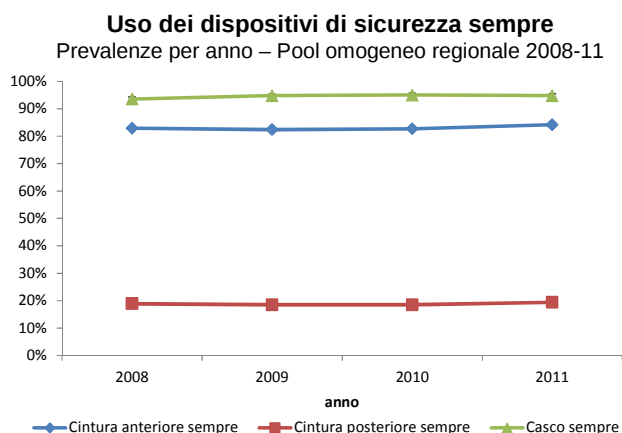
Uso del casco sempre
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 94,3% (IC95%: 93,9%-94,6)



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

Confronto su pool omogeneo nazionale

- Anche a livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) non si osservano variazioni statisticamente significative delle percentuali di utilizzo della cintura anteriore, quella posteriore del casco.



Conclusioni

I dati Passi sull'uso di cinture, casco e seggiolini di sicurezza misurano i comportamenti abituali dichiarati dagli intervistati. Le percentuali ottenute, quando interpretate come indicatori dell'adesione alle raccomandazioni e alla legge dell'obbligo di usare i dispositivi, forniscono in genere un quadro più favorevole di quanto esso sia nella realtà. La sovrastima è variabile a seconda del dispositivo e del contesto. Tuttavia gli studi che hanno confrontato i dati riferiti con quelli derivati dall'osservazione diretta, hanno mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure. Ciò ha indotto ad utilizzare i dati riferiti, come quelli tratti da Passi, per valutare le differenze territoriali e i trend temporali, informazioni essenziali per indirizzare i programmi di intervento.

La maggior parte degli intervistati nella ASL Avellino fa uso della cintura anteriore e del casco, anche se esistono margini di miglioramento. La situazione è peggiore per quanto riguarda l'uso della cintura sui sedili posteriori: solo una persona su quattro la usa.

Gli interventi che hanno mostrato efficacia nell'aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza sono stati documentati. Sono, in gran parte, sotto la responsabilità di settori non sanitari, specialmente le forze dell'ordine, come nel caso dei programmi specifici di applicazione intensiva delle norme del codice della strada, relative all'obbligo di indossare i dispositivi di sicurezza. Questi programmi vengono realizzati mediante un aumento del numero di postazioni, pattuglie, controlli specifici e contravvenzioni, accompagnati da campagne informative e interventi educativi, volti ad indurre un cambiamento positivo anche chi non ha ancora subito controlli.

Tuttavia, il sistema sanitario ha un ruolo essenziale, perché si prende cura dei traumatizzati e per il suo patrimonio informativo che consente di fornire indicazioni sugli interventi preventivi efficaci e sui gruppi della popolazione che sono maggior rischio, come emerge dai sistemi di sorveglianza, come Passi o Ulisse.

Il Piano nazionale della prevenzione ha consentito un netto miglioramento delle conoscenze sulle prove scientifiche relative all'efficacia di questi interventi: è indispensabile quindi continuare gli sforzi per mettere in comunicazione il mondo della prevenzione con gli Organi che operano per aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza.

Sicurezza domestica

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

Passi rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. A partire dal 2012 PASSI misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

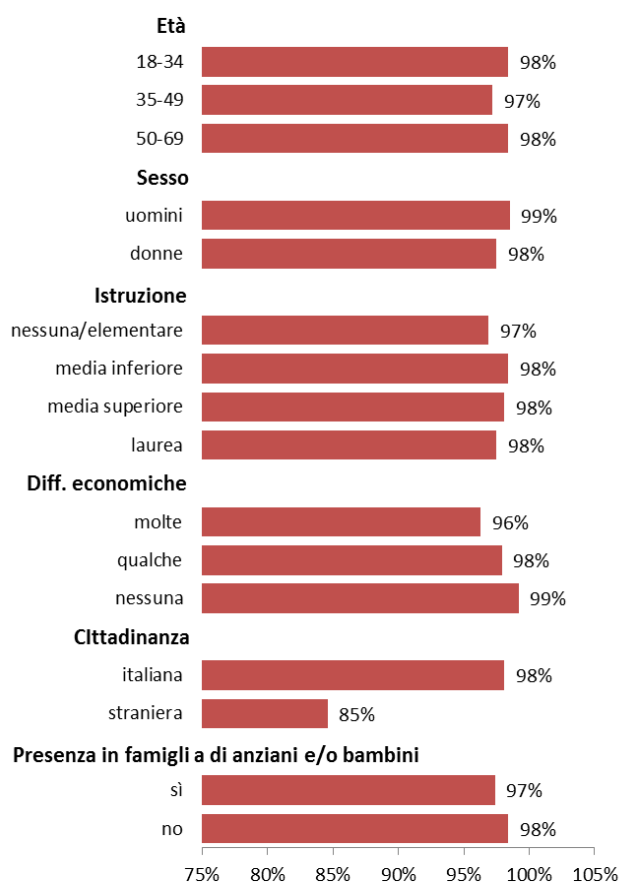
Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico¹

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

Totale: 98% (IC 95%: 97,2%-98,6%)

- Nella ASL Avellino la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 98% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare non aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.

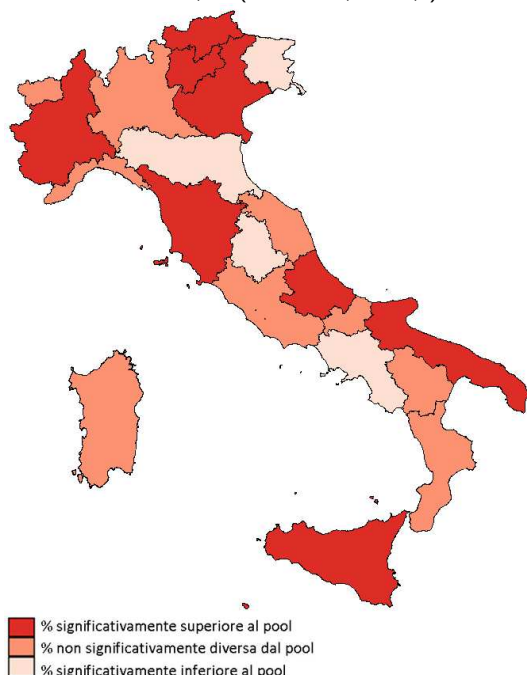


¹ Persone che hanno valutato "bassa" o "assente" la possibilità di avere un infortunio domestico nel proprio nucleo familiare

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11

Totale: 93,1% (IC95%: 93,0%-93,3)

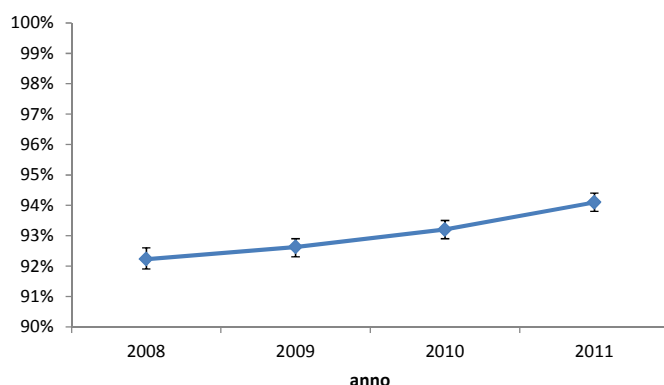


- Nel pool di Asl PASSI 2008-11 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 93%.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

Confronto su pool omogeneo nazionale

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva un aumento statisticamente significativo della percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico.

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

Nel periodo 2010-11, nella ASL Avellino, la percentuale di intervistati che, nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione, è del 5,2%.

Nel pool di Asl PASSI, nello stesso periodo, questa percentuale è del 3,7% (IC95%: 3,5%-3,8%).

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Programmi di prevenzione

Screening delle neoplasie del collo dell'utero

La neoplasia del collo dell'utero a livello mondiale rappresenta ancora il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. In Europa e in Italia, grazie ai programmi di screening, si è assistito negli ultimi decenni a una diminuzione del 50% della mortalità dei tumori dell'utero e del 20% dell'incidenza.

In Italia il cancro della cervice uterina rappresenta circa il 2% dei nuovi casi di tumore femminili, con 3.400 nuovi casi all'anno (tasso di incidenza di 8 casi ogni 100.000 donne) e circa 1.000 decessi; tra le donne giovani la neoplasia cervicale è al 4° posto per frequenza e rappresenta il 5% dei tumori. La sopravvivenza stimata a 5 anni dalla diagnosi è pari al 71%.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina è raccomandata l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nelle donne nella fascia d'età 25-64 anni. In Italia i programmi organizzati, basati sull'invito attivo da parte del SSN e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, nel 2010 sono risultati estesi al 68% della popolazione target, in aumento rispetto al 51% del 2004 (dati ONS).

Nel corso del 2010 sono stati avviati in diverse ASL progetti pilota, coinvolgenti circa 150.000 donne, al fine di valutare l'utilizzo del test del papilloma virus (HPV) come test di screening primario: esistono infatti sufficienti ormai prove scientifiche per affermare che il test con HPV è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili (*HTA Report Ricerca del dna di papillomavirus umano come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino in Epidemiologia e Prevenzione, 2012*). L'Italia nei prossimi anni si avvia ad essere uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento nel test di screening primario e applicarlo alla vasta rete degli screening organizzati.

Nella Regione Campania il programma di screening organizzato non è ancora a regime nelle diverse ASL, nonostante sia stato avviato tra il 1996 ed il 1999, coinvolgendo circa 1.200.000 donne.

Tabella 3. Nel corso del 2010 156.509 donne tra i 25 e i 64 anni hanno ricevuto l'invito per eseguire lo screening con il test Hpv come test primario, di queste 53.208 hanno aderito all'invito, con un'adesione pari al 34%.

Programma	Regione	Invitate	Aderenti	% adesione all'invito
Abruzzo	Abruzzo	48.997	9.866	20%
Reggio Emilia	Emilia Romagna	7.342	4.435	60%
Roma G	Lazio	40.852	8.871	22%
Vallecamonica	Lombardia	10.974	6.713	61%
Torino	Piemonte	18.366	8.302	45%
Trento	Provincia Autonoma di Trento	7.326	3.622	49%
Firenze	Toscana	2.219	858	39%
Ulss 15 - Alta padovana	Veneto	4.185	2.205	53%
Ulss 17 - Este	Veneto	12.421	6.133	49%
Ulss 19 - Adria	Veneto	179	87	49%
Umbria	Umbria	3.648	2.116	58%
	Italia	156.509	53.208	34%

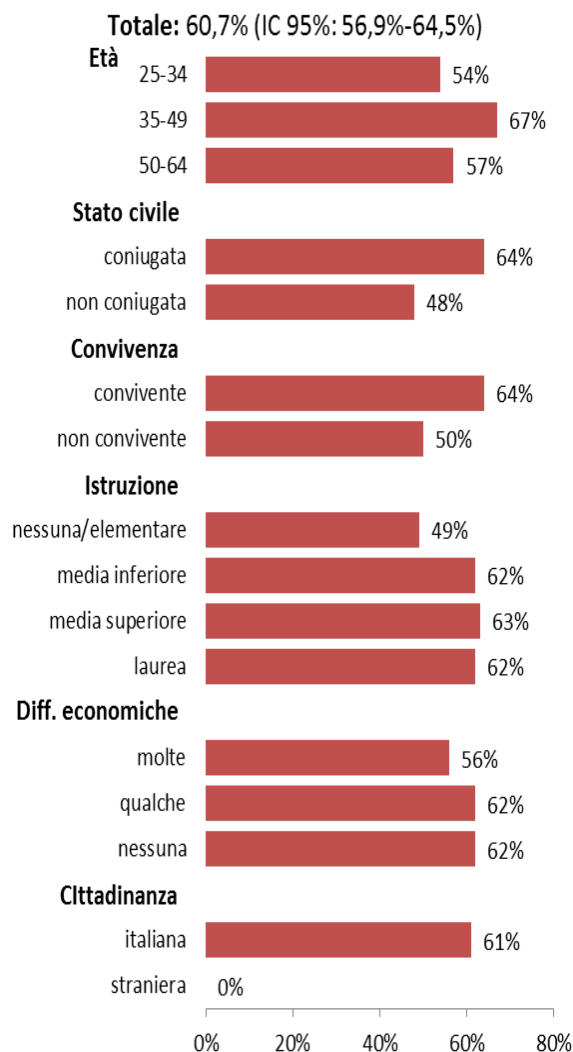
Quante donne hanno eseguito un test di screening in accordo alle linee guida?

- Nella ASL Avellino, il 60,7% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni.
- In particolare l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 35-49 anni
 - con un medio/alto livello d'istruzione
 - senza rilevanti difficoltà economiche.

Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni

Donne 25-64 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11



**Test di screening per neoplasia cervicale
eseguito negli ultimi tre anni
Donne 25-64 anni**

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 75,4% (IC95%: 74,9%-75,8%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

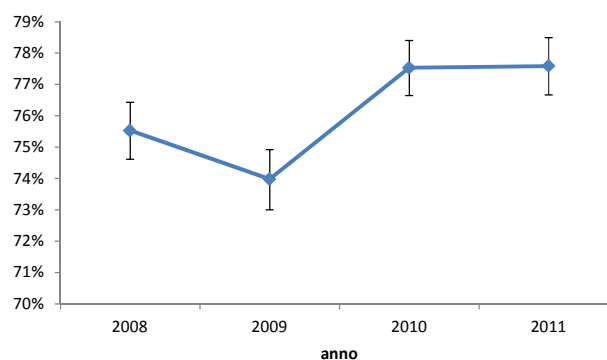
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di donne che hanno eseguito il test di screening nei tempi raccomandati dalle linee guida.

**Test di screening per neoplasia cervicale
eseguito negli ultimi tre anni
Donne 25-64 anni**

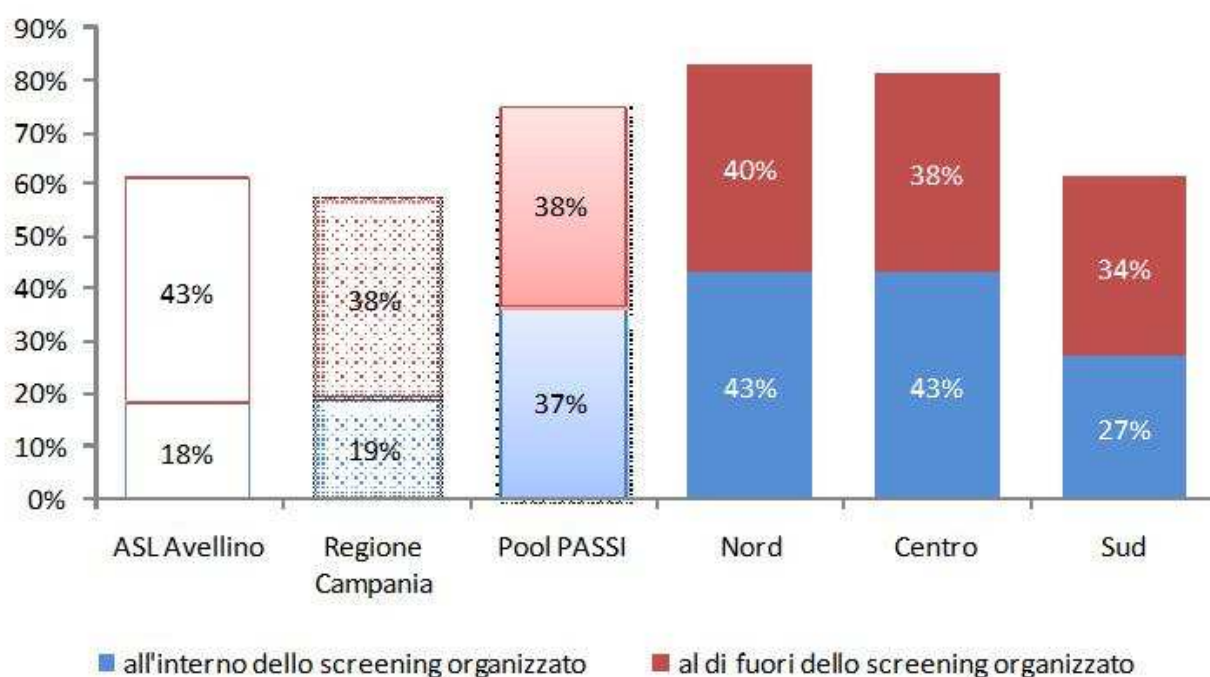
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



Quante donne hanno eseguito il test di screening per neoplasia cervicale all'interno di un programma organizzato e quante come prevenzione individuale?

- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota non trascurabile di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.
- Nella ASL Avellino, tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 17,6% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 43% l'ha eseguito come prevenzione individuale.
- Nella Regione Campania, tra le donne intervistate di 25-64 anni del 2010, il 19% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 38% l'ha eseguito come prevenzione individuale.
- Nel Pool di ASL la quota di adesione spontanea allo screening cervicale è rilevante: si stima infatti che quasi quattro donne su dieci (37%) abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato

**Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni
all'interno o al di fuori di un programma organizzato
Donne 25-64 anni**
Prevalenze per ASL, Regione, Pool di ASL e macroarea geografica 2008-11

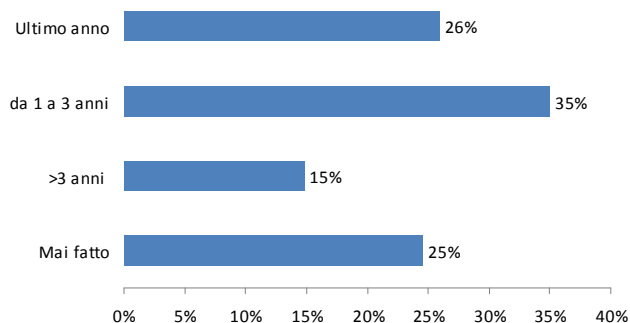


Qual è la periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale?

L'esecuzione del Pap test è raccomandata con periodicità triennale; si è al momento mantenuta tale indicazione anche per il test dell'HPV, in attesa della valutazione degli studi pilota condotti. Le evidenze disponibili suggeriscono per l'HPV test la possibilità di una periodicità differenziata in base al rischio individuale della donna.

Il 25,9% delle donne 25-64enni ha riferito di aver eseguito l'ultimo test di screening nell'ultimo anno ed il 34,9% negli ultimi tre anni.

Periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale
Donne 25-64 anni
 ASL Avellino 2008-11 (n=657)



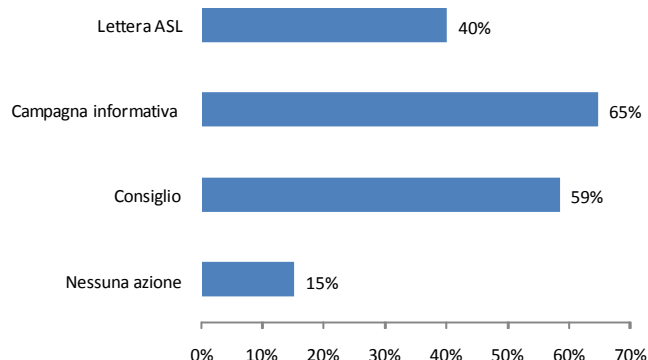
Quale promozione del test di screening per neoplasia cervicale?

- Nella ASL Avellino:
 - Il 40,2% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 64,7% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening
 - il 58,5% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening.

Promozione del test di screening per neoplasia cervicale*

Donne 25-64 anni

ASL Avellino 2008-11 (n=646)



*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

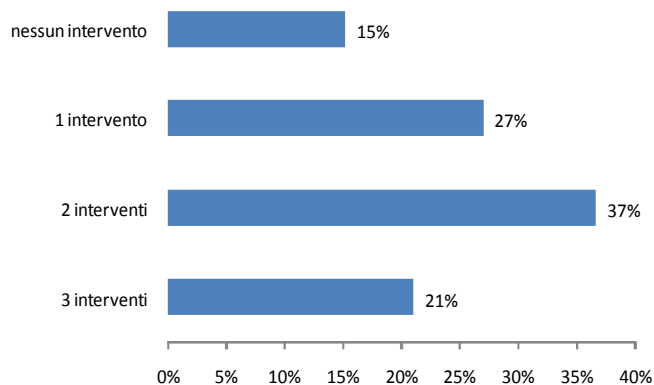
- La maggior parte delle donne intervistate è stata raggiunta dagli interventi di promozione considerati (lettera di invito, consiglio medico, campagna di promozione), generalmente in associazione tra loro.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 30% delle donne ha ricevuto tre interventi, il 35% due interventi, il 25% un intervento e il 10% nessun intervento.

Numero di interventi di promozione ricevuti per il test di screening*

Donne 25-64 anni

ASL Avellino 2008-11 (n=651)

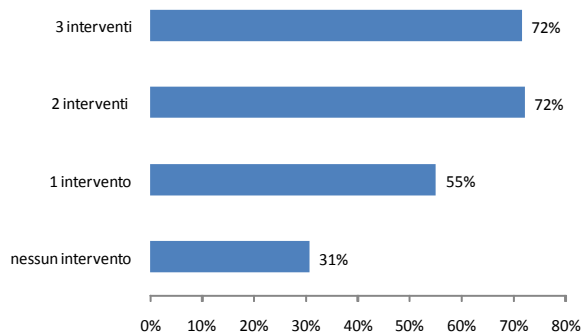


*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati.
- A livello nazionale viene confermata l'efficacia della lettera d'invito, in particolare se rafforzata dal consiglio dell'operatore sanitario come avviene generalmente all'interno dei programmi di screening organizzati.

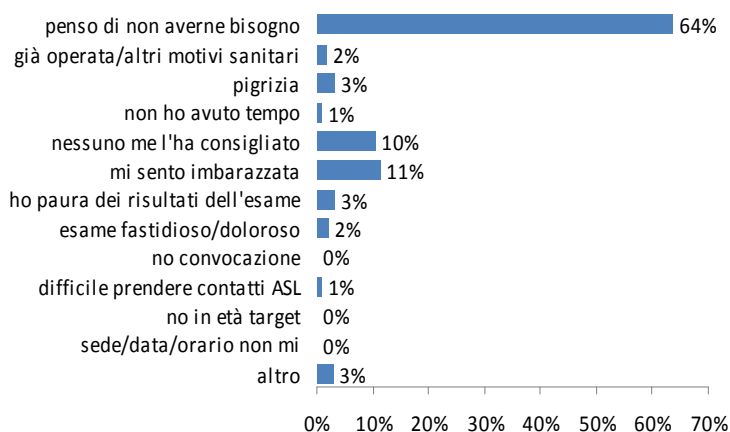
Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening secondo le linee guida
Donne 25-64 anni
ASL Avellino 2008-11



Perché non è stato eseguito il test di screening?

- Nella ASL Avellino il 39,3% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai eseguito un test di screening (24,5%) o l'ha eseguito da oltre tre anni (14,8%).
- La mancata esecuzione del test sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 64% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non esecuzione del test di screening secondo le linee guida
Donne 25-64 anni
ASL Avellino 2008-11



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (4,9%)

Conclusioni e raccomandazioni

Il sistema PASSI informa sulla copertura al test di screening complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno del programma di screening organizzato, sia della quota rilevante di adesione spontanea.

Nella ASL Avellino, la copertura al test di screening non raggiunge la media nazionale; la quota di adesione spontanea, pur importante, è superiore a quella presente a livello nazionale.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Una donna su quattro ha riferito di aver eseguito il test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (una su tre).

Tra i tre programmi di screening, questo è quello in cui più rilevanti possono essere le disuguaglianze rispetto alla partecipazione all'invito: basso titolo di studio e difficoltà economiche condizionano infatti la copertura al test; una particolare attenzione va posta nel mantenere le iniziative specifiche per favorire l'adesione nei diversi gruppi etnici.

Come si evince dal recente Rapporto di Health Technology Assessment (HTA) pubblicato su Epidemiologia e Prevenzione, lo screening cervicale attraversa un momento cruciale: dopo circa 70 anni da quando è stato proposto, in Italia il Pap test potrebbe infatti cedere il passo al test per il papillomavirus (HPV) come test di screening primario. Se il Rapporto HTA sarà favorevolmente accolto, l'Italia sarebbe uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento e applicarlo sistematicamente alla vasta rete degli screening organizzati messa in atto negli ultimi decenni.

Bibliografia:

- Health Technology Assessment: Ricerca del DNA di papillomavirus umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino Epidemiol Prev 2012; 36 (3-4), maggio-agosto
http://www.epiprev.it/materiali/2012/EP3_4-2012-s/EPv36i3-4suppl1.pdf
- Osservatorio Nazionale Screening IX rapporto 2011 Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6), settembre-dicembre
http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/IX_rapporto_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening
- Osservatorio Nazionale Screening Rapporto breve 2011
http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/breve_hpv.pdf#overlay-context=content/programmi-di-screening-italia-2011

Screening delle neoplasie della mammella

Il cancro della mammella occupa tra le donne il primo posto in termini di frequenza: in Italia rappresenta il 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali; nel nostro Paese ogni anno sono diagnosticati oltre 47.000 casi di tumore della mammella, con un'incidenza pari a 150 nuovi casi ogni 100.000 donne (dati AIRTUM).

La neoplasia mammaria rappresenta la principale causa di morte oncologica (circa il 17% di tutti i decessi per cancro) in ogni fascia d'età. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è elevata (circa l'85%) e in aumento nell'ultimo decennio.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie mammarie è raccomandata l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni nelle donne nella fascia d'età 50-69 anni. Lo screening mammografico consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (*beneficio a livello di comunità*); a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno eseguito lo screening mammografico è intorno al 45% (Progetto IMPATTO, 2008).

Nel 2010 in Italia i programmi di screening mammografico, basati su un invito attivo da parte del SSN e su un percorso diagnostico-terapeutico definito e gratuito, sono risultati estesi a circa il 70% della popolazione target; l'estensione del programma organizzati è ormai ampia nelle regioni del Nord e del Centro, mentre è ancora minore nel Sud (dati ONS).

Nella Regione Campania i programmi di screening organizzati sono avviati dall'anno 2005 raggiungendo nel 2008 un'estensione effettiva del 38% ed un'adesione del 35%.

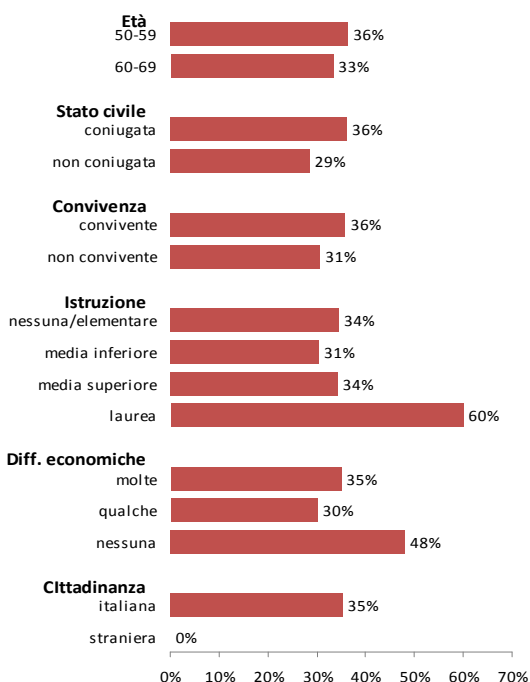
Quante donne hanno eseguito una Mammografia in accordo con le linee guida?

- Nella ASL Avellino circa il 34,9% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.
- In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 50-59 anni
 - senza rilevanti difficoltà economiche
 - con cittadinanza italiana.
- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 48 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 57% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 39 anni.

Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

Totale: 35 % (IC 95%: 29,3%-40,9%)



Mammografia eseguita negli ultimi due anni

Donne 50-69 anni

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 69.8% (IC95%: 69.1%-70.5%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

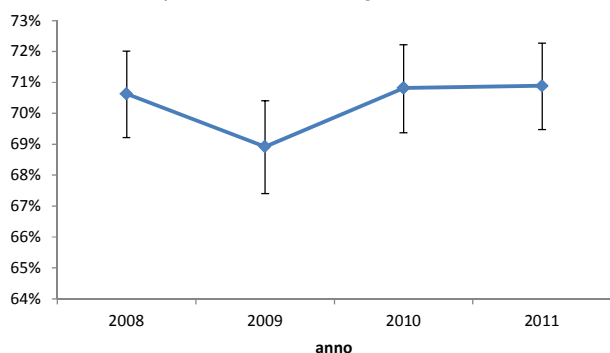
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.

Confronto su pool omogeneo nazionale

Mammografia eseguita negli ultimi due anni

Donne 50-69 anni

Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



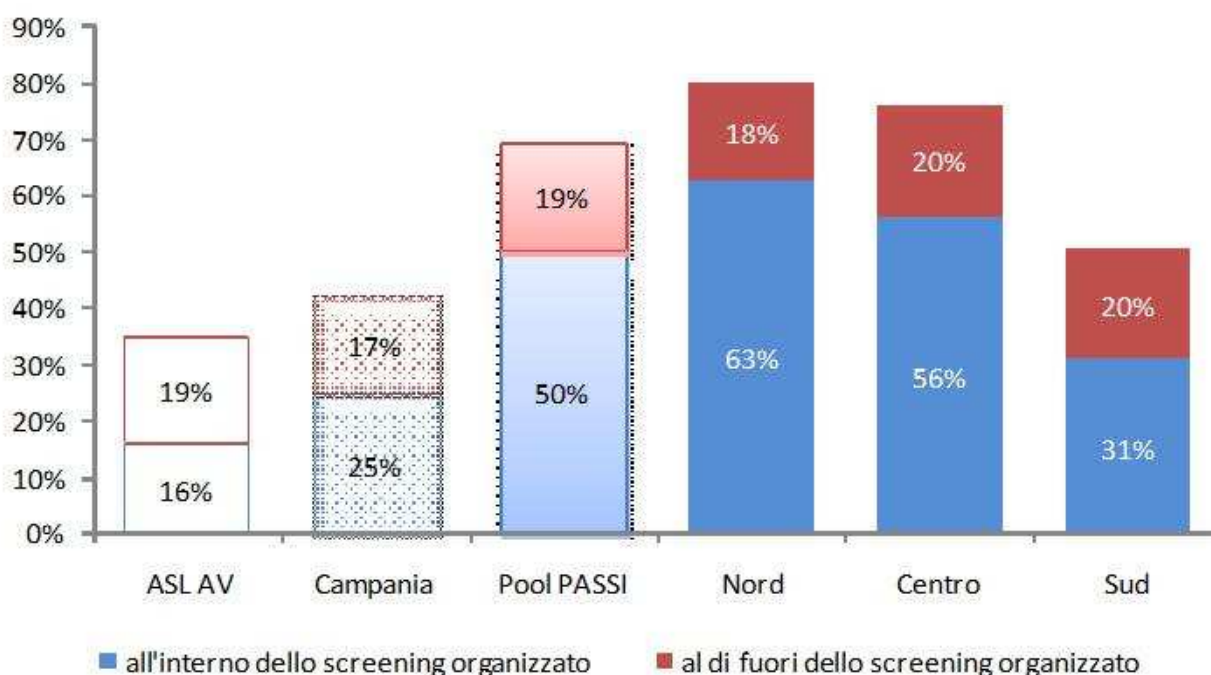
- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

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

- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.
- Nella ASL Avellino, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 16,1% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 18,6% l'ha eseguita come prevenzione individuale.
- Nella Regione Campania i dati del 2010 evidenziano che il 25% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 17% l'ha eseguita come prevenzione individuale.
- Nel Pool di ASL il 50% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 19% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

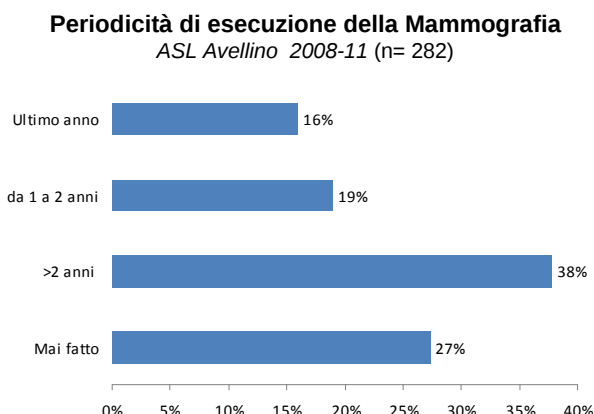
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato Donne 50-69 anni

Prevalenze per ASL, Regione, Pool di ASL e macroarea geografica 2008-11



Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

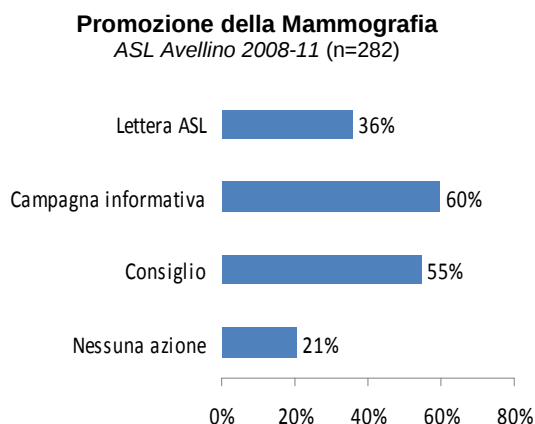
- L'esecuzione della Mammografia è raccomandata con periodicità biennale.
- Il 16,1% delle donne 50-69enni ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno, in linea con quanto atteso.
- Il 27,3% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.



Quale promozione della Mammografia?

Nella ASL Avellino:

- il 35,8% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
- il 59,6% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 54,6% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di eseguire con periodicità la Mammografia.



Il 18,1% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa);

il 34,4% da due interventi ed il 27% da uno solo; il 20,6% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori degli interventi di promozione della mammografia sono rispettivamente del 38%, 35%, 17% e 8%.

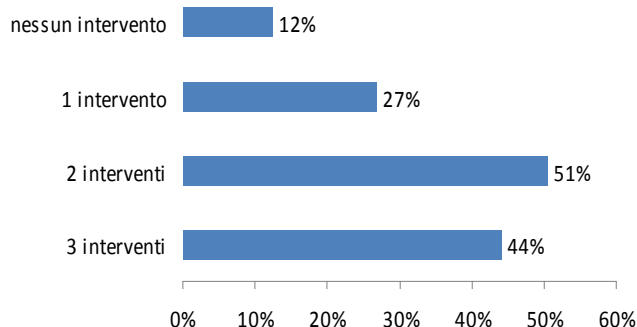


Quale efficacia degli interventi di promozione?

Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati.

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

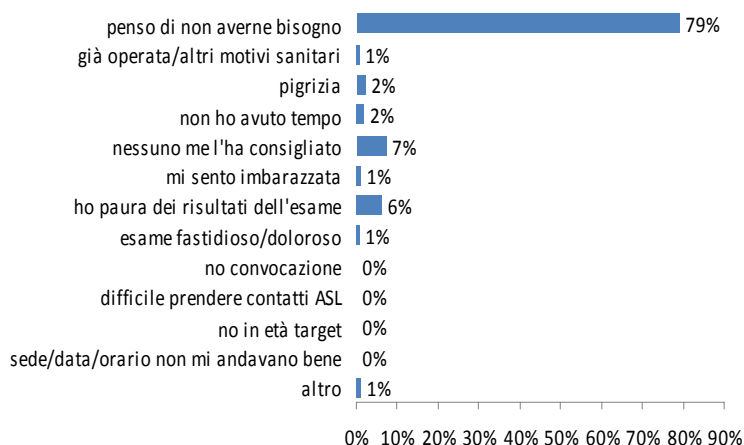
Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della Mammografia negli ultimi 2 anni ASL Avellino 2008-11



Perché non è stata eseguita la Mammografia a scopo preventivo?

- Nella ASL Avellino, il 65,1% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (27,3%) o l'ha eseguita da oltre due anni (37,8%).
- La non esecuzione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 79% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida ASL Avellino 2008-11 (n=176)



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (5,4%)

Conclusioni e raccomandazioni

Il sistema PASSI informa sulla copertura al test di screening complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito la Mammografia all'interno del programma di screening organizzato, sia della quota di adesione spontanea, in questo screening meno rilevante rispetto a quella presente nello screening cervicale.

Nella ASL Avellino, la copertura per il test di screening non raggiunge la media nazionale; la quota di adesione spontanea è in linea a quella presente a livello nazionale.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Bibliografia:

- Osservatorio Nazionale Screening IX rapporto 2011 Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6), settembre-dicembre

http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/IX_rapporto_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening

- Osservatorio Nazionale Screening Rapporto breve 2011

http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/breve_hpv.pdf#overlay-context=content/programmi-di-screening-italia-2011

- Osservatorio Nazioanle Screening. Come cambia l'epidemiologia del tumore della mammella in Italia: irisultati del progetto IMPATTO dei programmi di screening mammografico Pacini editore, 2011

<http://www.registri-tumori.it/cms/files/impatto.pdf>

Screening delle neoplasie del colon-retto

Secondo i registri tumori, quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. I tumori del colon-retto infatti sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare nel 2010 circa 30.000 nuovi casi l'anno negli uomini e 19.000 nelle donne.

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. Gli esami di screening infatti sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Nella maggioranza dei casi il test utilizzato per lo screening coloretale, specificato dalle raccomandazioni europee, è il test per la ricerca di sangue occulto nelle feci (FOBT) rivolto alle persone di 50-69 anni con periodicità biennale; sono inoltre attivi 7 programmi in cui è in uso come test di 1° livello la rettosigmoidoscopia (Regione Piemonte e Asl di Verona).

A partire dal 2005 i programmi di screening delle neoplasie del colon-retto sono stati avviati sul territorio nazionale: nel 2010 l'estensione effettiva dei programmi è salita al 51%: il miglioramento è attribuibile essenzialmente al Nord (78%) e al Centro (45%), mentre il Sud contribuisce solo marginalmente (8%).

In Campania, secondo la Survey del GISCoR, dal 2005 risultano attivi 3 programmi di screening coloretale. Al 2008, il coinvolgimento della popolazione residente campana di 50-70 anni, era del 6,6%, con un'adesione all'invito del 54% circa.

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

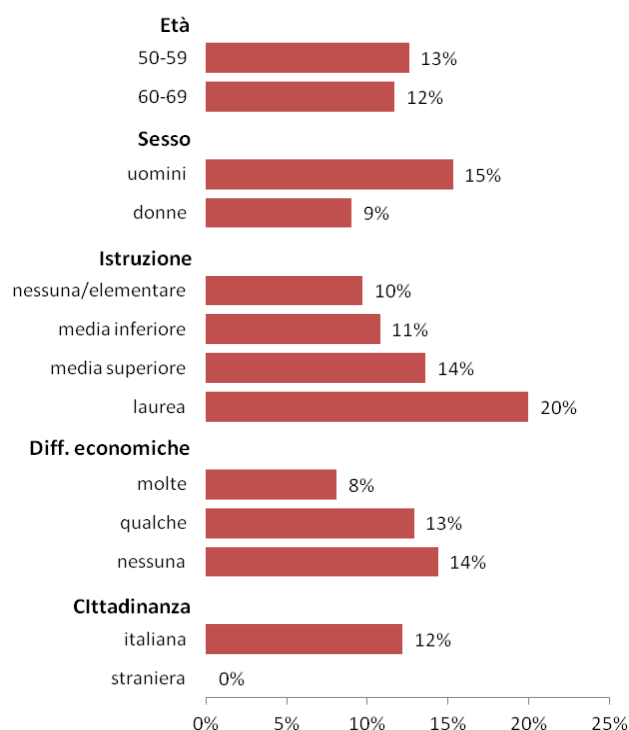
- Nella ASL Avellino circa il 21% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- Il 12,2% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nelle persone senza difficoltà economiche.
- L'11,3% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nella classe 60-69 anni.

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni

Persone 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

Totale: 12,2% (IC 95%: 9,6%-15,2%)

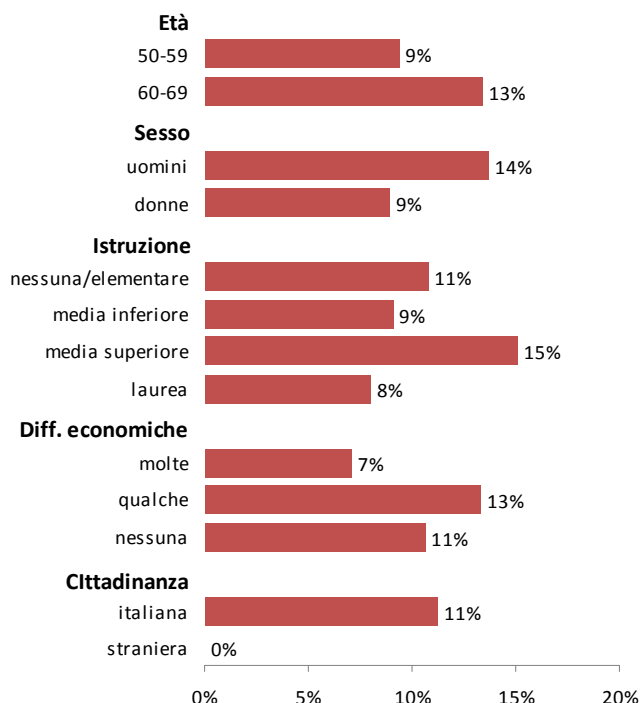


Colonscopia negli ultimi cinque anni

Persone 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

Totale: 11,3% (IC 95%: 8,9%-14,3%)



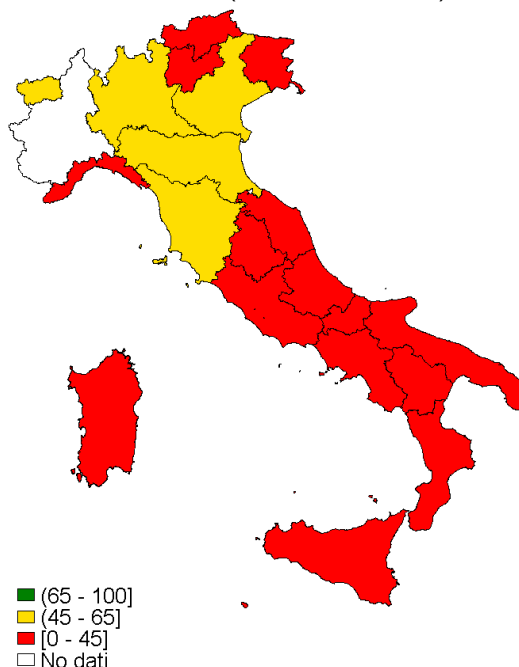
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 28% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'11% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni

Persone 50-69 anni

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11*

Totale: 27,7% (IC95%: 27,3%-28,1%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

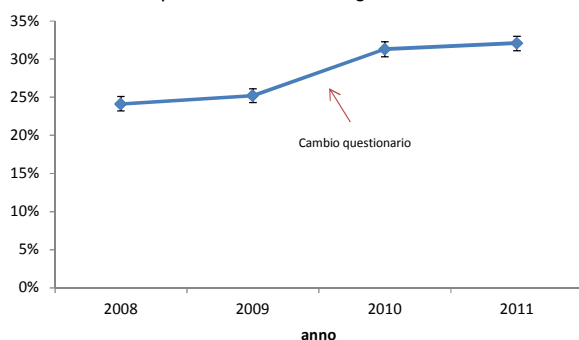
Confronto su pool omogeneo nazionale

A livello nazionale*, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di persone che ha eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali in accordo con le linee guida.

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni

Persone 50-69 anni

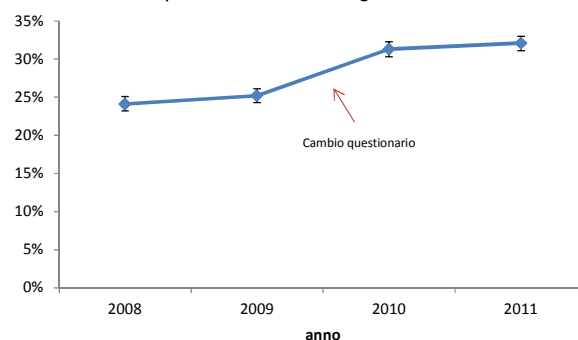
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11*



Colonscopia negli ultimi cinque anni

Persone 50-69 anni

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11*



* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

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

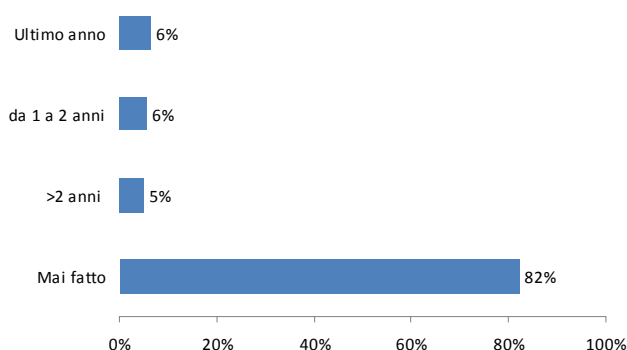
Relativamente all'ultimo test eseguito per la ricerca di sangue occulto:

- il 6,4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 5,7% da uno a due anni
- il 5% da più di 2 anni
- l'82,2% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

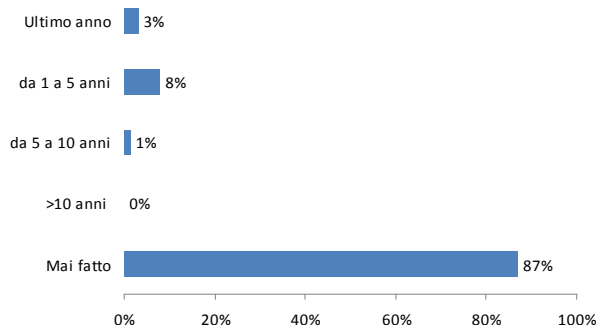
Relativamente all'ultima colonscopia eseguita:

- il 3,2% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- l'8,1% da uno a cinque anni
- l'1,4% da cinque a dieci anni
- lo 0,2% da più di dieci anni
- l'87,1% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.

Sangue occulto e periodicità
Persone 50-69 anni
ASL Avellino 2008-11 (n=559)



Colonscopia e periodicità
Persone 50-69 anni
ASL Avellino 2008-11 (n=567)

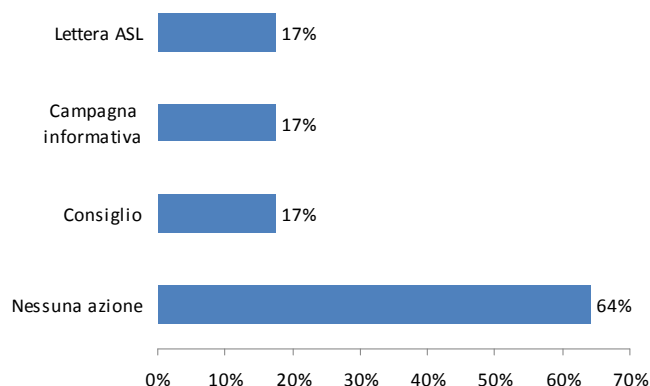


Quale promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

Nella ASL Avellino:

- il 17,4% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL
- il 17,4% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 17,4% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening colorettale.

Promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci
Persone 50-69 anni
ASL Avellino 2010-11 (n=572)

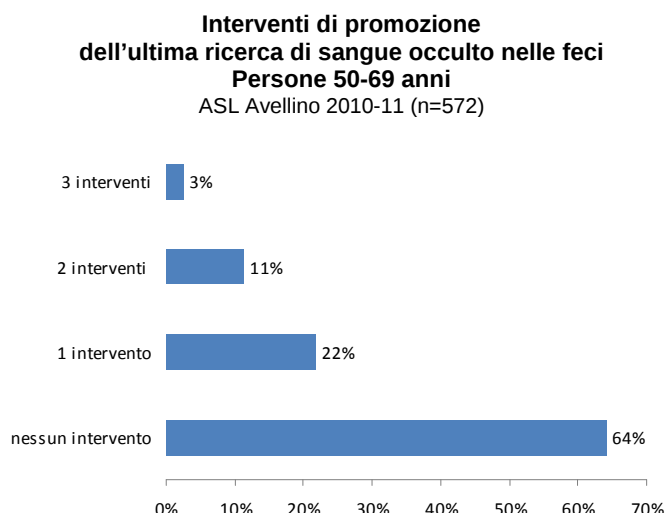


Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale*, il 36% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 25% il consiglio dell'operatore sanitario e il 38% ha visto una campagna informativa.

*Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

Il 2,5% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna), l'11,4% da due interventi di promozione ed il 21,9% da un solo intervento; il 64,2% non ha riferito alcun intervento di promozione.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale*, i valori sono rispettivamente dell'11%, 21%, 23% e 45%.

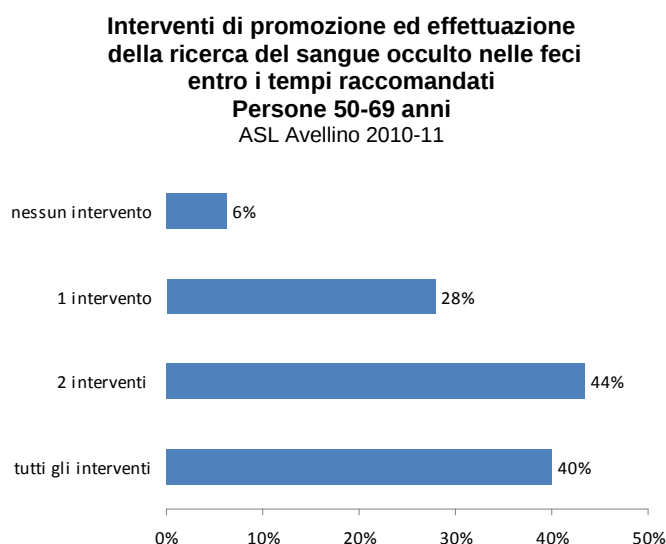


* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

Quale efficacia degli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

Nella ASL Avellino la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening coloretale nei tempi raccomandati, è solo del 6% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 40% tra le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale*, si rileva lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.



* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

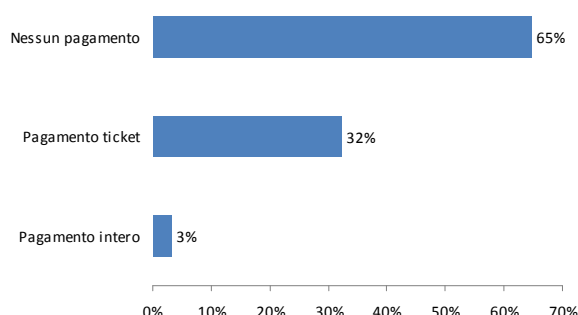
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nella ASL Avellino il 64,6% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 32,3% ha pagato solamente il ticket e il 3,1% l'intero costo dell'esame.
- Il 47,6% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 47,6% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 4,8% l'intero costo dell'esame.

Costi della ricerca del sangue occulto

Persone 50-69 anni

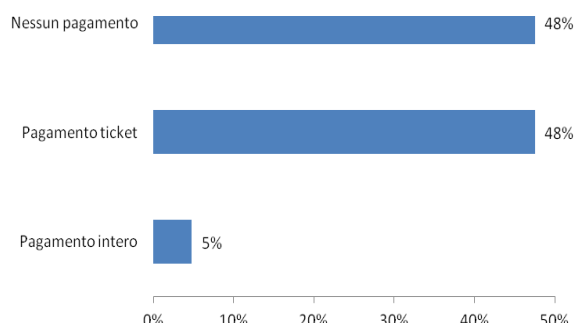
ASL Avellino 2008-11 (n=65)



Costi della colonscopia

Persone 50-69 anni

ASL Avellino 2008-11 (n=63)



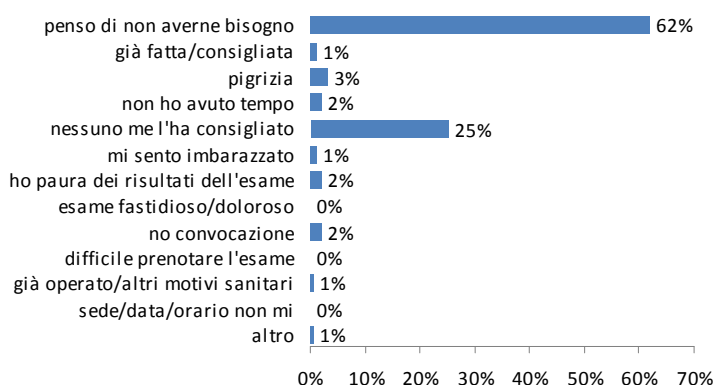
Perché non è stata effettuata la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo? (2010-11)

- Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il pensare di non averne bisogno (62%) e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito. Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro coloretale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.

Motivazione della non effettuazione della ricerca di sangue occulto nelle feci*

Persone 50-69 anni

ASL Avellino 2010-11 (n=150)



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (1,3%)

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL Avellino circa il 21% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni); mentre nella Regione Campania l'offerta dello screening del cancro del colon-retto al 2010 si è raggiunto un livello di copertura del 15% nella popolazione target. Tuttavia esiste un ampio margine di migliorabilità: infatti, circa l'80% per la ASL Avellino e l'85% per la Campania delle persone nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

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

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

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dalla scuola e dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia sulla collettività.

Nei paesi industrializzati si stima che la mortalità da influenza rappresenti la 3° causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

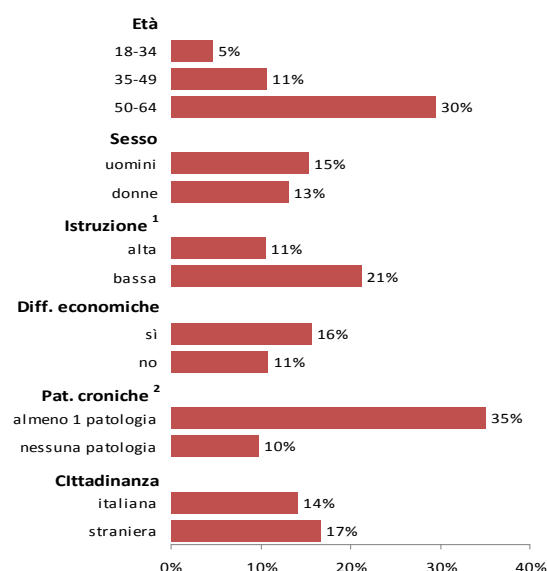
Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime quattro campagne antinfluenzali (2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11)?

- Nella ASL Avellino il 14,2% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 35%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è più elevata:
 - nella fascia 50-64 anni
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con almeno una patologia cronica
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate durante le ultime quattro campagne contro l'influenza è risultata del 12%.

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

Totale: 14,2% (IC 95%: 11,9%-16,8%)



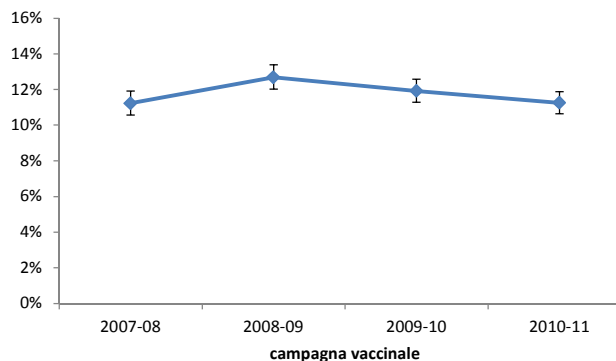
¹ istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto e altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato

Confronto su pool omogeneo nazionale

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Prevalenze per anno
Pool omogeneo nazionale ASL 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

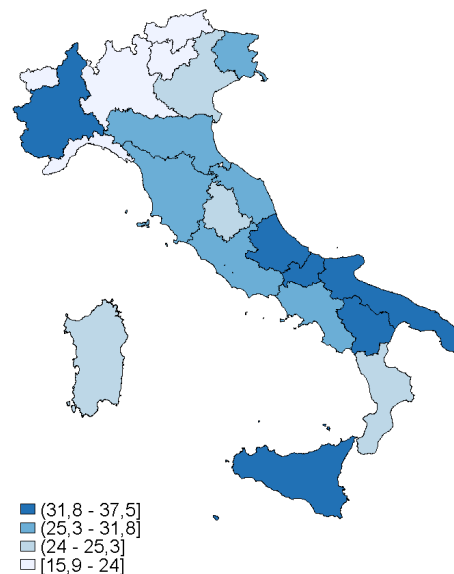


- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale tra i portatori di almeno una patologia cronica è risultata del 29%, con rilevanti differenze tra regioni.
- Questa percentuale varia in base al tipo di patologia diagnosticata:
 - basse coperture tra le persone affette da tumori (26%), da patologie respiratorie croniche (28%), da insufficienza renale (28%) e malattie croniche del fegato (26%); dato riferito alle campagne 2009/10, 2010/11);
 - poco più elevati i valori tra le persone con malattie cardiovascolari (38%) e diabete (40%).

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dalla prima campagna del 2007/08 all'ultima del 2010/11 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali in persone con patologie croniche (18-64 anni)

Prevalenze per regione di residenza
Pool di ASL 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11
Totale: 29,2% (IC95%: 28,1%-30,3%)

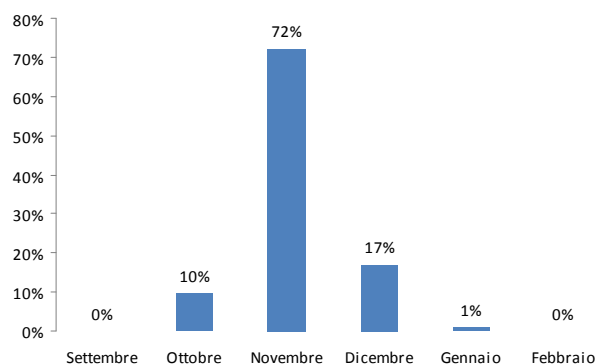


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Distribuzione per mese di vaccinazione
ASL Avellino 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

- Nella ASL Avellino, la maggior parte (72,3%) degli intervistati hanno riferito di essere stati vaccinati durante il mese di Novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni nella ASL Avellino hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra ai 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle ASL è prossima al 75% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni.

I dati PASSI mostrano come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulta invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo una persona su tre si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

In Italia, nel 2011 è stato approvato il nuovo [Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita](#), che fissa per il 2015 l'eliminazione dei casi di rosolia endemica e la riduzione dell'incidenza dei casi di rosolia congenita a <1 caso ogni 100 mila nati vivi. Il documento definisce inoltre la sorveglianza del Piano, raccomandando a ogni Regione un'analisi di contesto in cui stimare annualmente la quota di malattia prevenibile localmente, le dimensioni della popolazione target, la copertura vaccinale da raggiungere per l'anno e la descrizione delle risorse messe a disposizione.

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

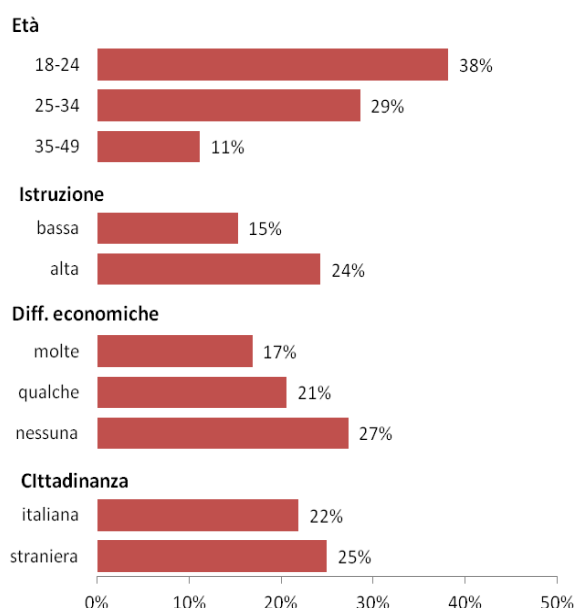
Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ASL Avellino il 21,9% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne:
 - più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni
 - con alto livello d'istruzione
 - senza difficoltà economiche
 - con cittadinanza straniera

Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia

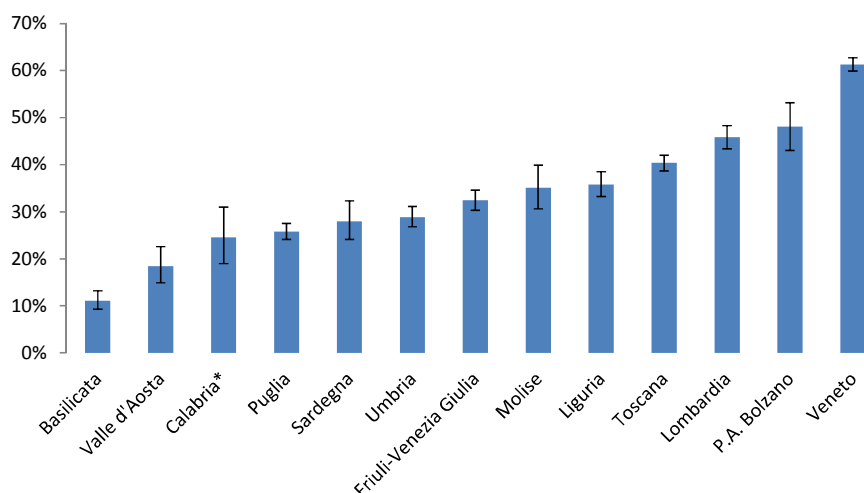
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL Avellino 2008-11

Totale: 21,9% (IC 95%: 18,3%-26,0%)



Confronto fra alcune Regioni/P.A.

Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia
Confronto tra Regioni – PASSI 2008-11*



*In Calabria i risultati fanno riferimento al periodo 2009-11

- Il modulo del questionario PASSI sulla vaccinazione antirosolia è un modulo opzionale, somministrato continuativamente nel quadriennio 2008-11 soltanto nelle 13 Regioni rappresentate nel grafico sopra.
- Si osserva chiaramente che le percentuali di copertura vaccinale variano in maniera statisticamente significativa nelle diverse Regioni, con valori che vanno dall'11% della Basilicata al 61% del Veneto.

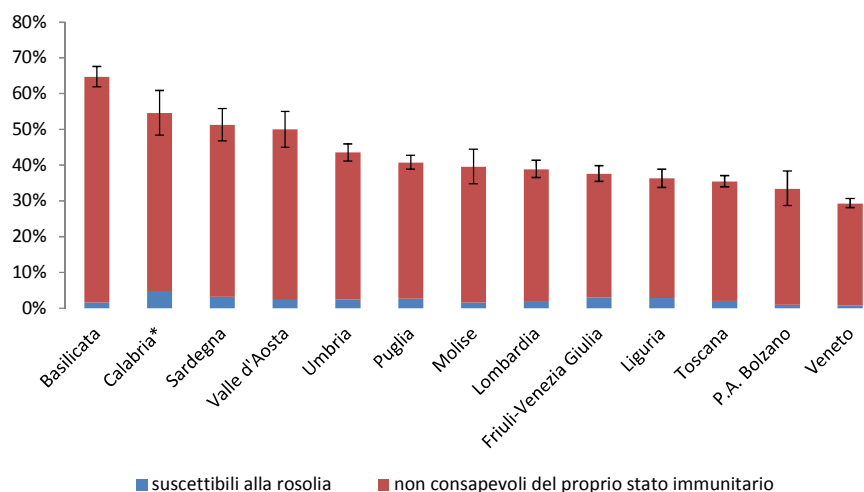
Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- Nella ASL Avellino il 35,4% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia perché:
 - ha effettuato la vaccinazione (21,9%)
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (13,4%).
- l'1,7% delle donne risultata suscettibile alla rosolia perché non ha effettuato la vaccinazione e riferisce di aver effettuato un rubeotest con risultato negativo
- Il rimanente 62,9% delle donne non è consapevole del proprio stato immunitario, sono donne non vaccinate che:
 - non hanno o non sanno/ricordano di aver effettuato un rubeotest (58,8%)
 - hanno effettuato un rubeotest ma non ne conoscono/ricordano il risultato (4,1%)

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) ASL Avellino – 2008-11 (n=1.686)		
Caratteristiche	%	(IC95%)
Immuni	35,4	(31,0-39,9)
Vaccinate	21,9	(18,3-26,0)
Non vaccinate (con rubeotest positivo)	13,4	(10,5-17,0)
Suscettibili		
Non vaccinate (con rubeotest negativo)	1,7	(0,8-3,5)
Immunità non nota	62,9	(58,3-67,3)
Non vaccinate (senza rubeotest/non so)	58,8	(54,1-63,3)
Non vaccinate (con rubeotest dal risultato non noto)	4,1	(2,6-6,5)

Confronto fra alcune Regioni/P.A.

Donne 18-49 anni suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario
Confronto tra Regioni – PASSI 2008-11*



*In Calabria i risultati fanno riferimento al periodo 2009-11

- La percentuale di donne suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario varia in maniera statisticamente significativa tra le diverse Regioni, con percentuali che vanno dal 65% della Basilicata al 29% del Veneto.

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL Avellino si stima che circa l'1,7% delle donne in età fertile sia suscettibile alla rosolia, perché non è stata vaccinata e riferisce di aver eseguito un rubeotest dal risultato negativo. Accanto a questa percentuale che sebbene modesta andrebbe in ogni caso azzerata, c'è una quota non trascurabile, il 62,9%, di donne in età fertile ignare del proprio stato immunitario nei riguardi della rosolia; è presumibile che la gran parte di queste donne abbiano comunque sviluppato un'immunità naturale (come dimostrano i risultati di molti studi di siero prevalenza) e che la reale proporzione fra loro di suscettibili sia contenuta, tuttavia si rende necessario non solo migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini, ma anche incoraggiare un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali, come i Medici di Medicina Generale, ginecologi ed ostetriche, "più vicine" alla popolazione a rischio, le donne in età fertile, affinché promuovano una maggiore consapevolezza di questo rischio fra le loro assistite.

Il sistema di Sorveglianza PASSI può consentire di monitorare alcuni indicatori di processo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, contribuendo alla valutazione di efficacia dello stesso.

Appendice

Monitoraggio

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 la ASL Avellino:

	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
ASL Avellino	95	5	4,6	0,3	96,5
CAMPANIA	86,7	13,3	12	1,3	97,8
POOL ASL	86,6	13,4	10	3,3	95,2

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

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

- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

Tasso di risposta

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non). Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$RR1 = \frac{n \text{ interviste}}{n \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

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

Tasso di sostituzione

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

$$\frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{n \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} * 100$$

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

Tasso di rifiuto

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

$$REF1 = \frac{n \text{ rifiuti}}{(n \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} * 100$$

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

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

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

Tasso di non reperibilità

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

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

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

Tasso di eleggibilità "e"

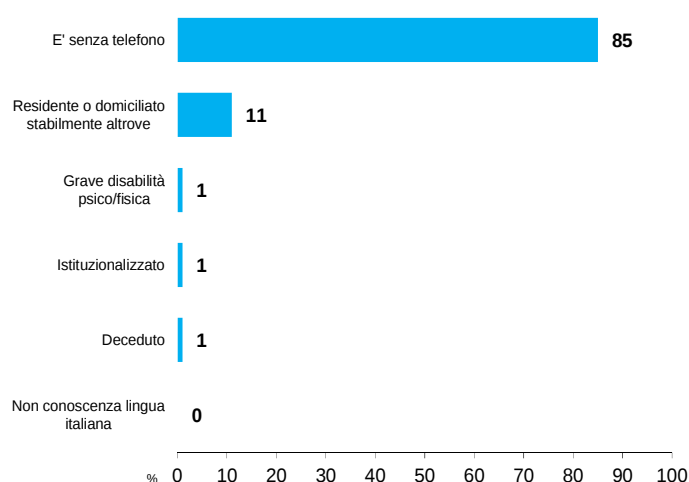
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il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

$$\frac{\text{n° int. + rif.}}{\text{n° int. + rif. + resid° altrove + istitut. + dec. + no italiano + disabili + fuori dal range di età}} \times 100$$

Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

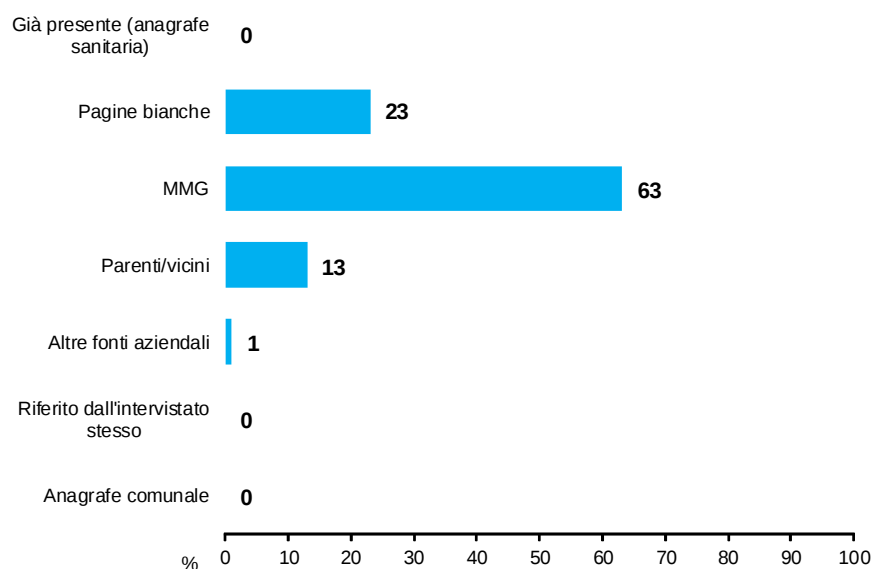
E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

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



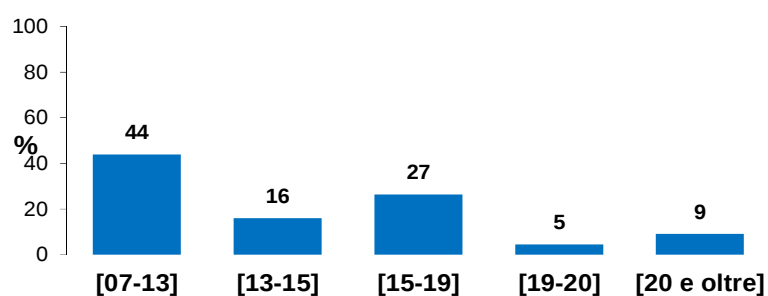
Modalità di reperimento del numero telefonico

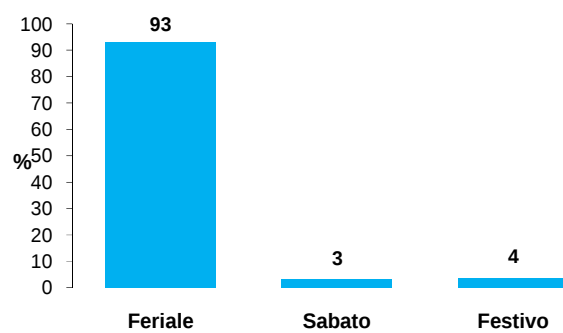
Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla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



Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore.





Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

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

La variabile peso rappresenta quanto il singolo strato di ASL "pesa" sul campione aggregato di regione.

Ad ogni intervista andrà associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato.

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

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

$${}_iPeso1_k = \frac{{}_iP_k}{{}_i\hat{p}_k}$$

$${}_i\hat{P}_k = \frac{pop_strato_k_ASL_i}{pop_strato_k_Reg}$$

e

$${}_i\hat{p}_k = \frac{numero_int_strato_k_ASL_i}{numero_int_strato_k_Reg}$$

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 :

$${}_iPeso2_k = \frac{pop_strato_k_ASL_i}{numero_int_strato_k_ASL_i}$$

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

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

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Campania.

Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico.

I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità. Il campione, aggregato nell'anno e su tutte le ASL della Regione.

ASL	Persone di 18-69 anni (anno 2011)
AV	287
BN	274
CE	237
NA Centro	254
NA Nord	165
NA Sud	422
Sa	419
Totale regionale	2058

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI. 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.

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 / Distretti di Sanità Pubblica durante tutto l'anno, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 7% degli intervistatori ha utilizzato metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

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

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

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

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle 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 ("pool PASSI"), anche questi pesati secondo la stessa metodologia utilizzata per ottenere i risultati regionali.

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

Percezione dello stato di salute

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

Sintomi di depressione

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

Attività fisica

- National Cancer Institute, Physical Activity and Cancer
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion and Centers for Disease Control and Prevention (1996). Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Retrieved June 26, 2009
- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases
- U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 Vol. 1 Understanding and Improving Health; Objectives for Improving Health (Part A: Focus Areas 1-14). Washington, DC Government Printing Office 2000
- U.S. Department of health and human service. Physical activity guideline for Americans, 2008

- Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 1423-1434, 2007
- CDC “Guide to Community Preventive Services Physical activity”
- WHO “Collaboration between health and transport sectors in promoting physical activities”, 2006
- World Health Organization; Regional Office for Europe. Steps to health. A European Framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007
- I progetti Ccm in capo alle Regioni: Emilia-Romagna con Azioni; il Veneto con Progetto nazionale di promozione dell'attività motoria

Stato nutrizionale ed abitudini alimentari

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

Consumo di alcol

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

Abitudine al fumo

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

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

Rischiocardiovascolare

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

Sicurezza stradale

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

Sicurezza domestica

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

Diagnosi precoce oncologica

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

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

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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