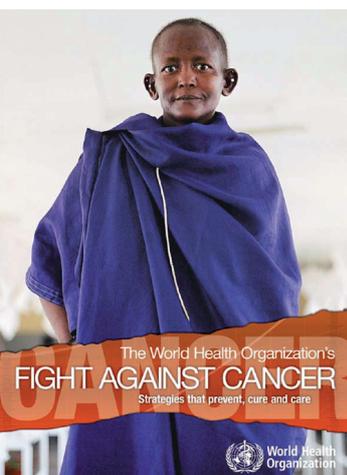


Dalla sorveglianza degli stili di vita alle buone pratiche per la salute: I PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI NEGLI ANNI 2007/2010



The World Health Organization's
FIGHT AGAINST CANCER
 Strategies that prevent, cure and care

World Health Organization

THREE WAYS TO SAVE LIVES.



FCTC
 WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL

This treaty is the world's answer to the tobacco epidemic, which kills nearly 6 million people each year. Always legally binding in more than 110 countries, it's our most powerful tobacco-control tool. Let's save lives!

31 MAY: WORLD NO TOBACCO DAY

QUANDO SCEGLI UNO STILE DI VITA SANO TI PRENDI CURA DI TE



Anche tu puoi fare qualcosa per la tua salute. Scegli un'alimentazione equilibrata, non fumare, fai attività fisica ogni giorno e, se bevi alcol, fanne un uso moderato e responsabile. Seguire uno stile di vita sano è una raccomandazione di "Guadagnare salute", che promuove iniziative per facilitare scelte salutari. Perché prenderti cura di te è la scelta migliore che puoi fare.

guadagnare salute
 www.guadagnarsalute.it

guadagnarsalute.it

Wear a helmet

face to face
 WITH CHRONIC DISEASE
 heart disease stroke cancer diabetes
 hypertension asthma asthma




World Health Organization
 Europe

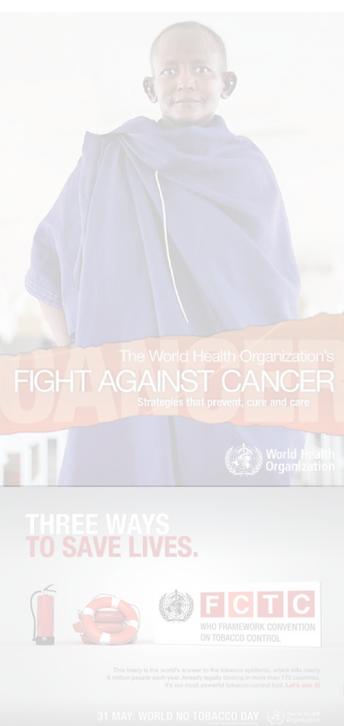
World Mental Health Day, 10 October 2011

Investing in mental health in times of need



World Health Organization
 Europe

Dalla sorveglianza degli stili di vita alle buone pratiche per la salute: I PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI NEGLI ANNI 2007/2010





*Trimestrale dell'Osservatorio
Epidemiologico Regionale*

Supplemento al Numero 1/2 - Anno XIII • Marzo/Giugno 2011
della rivista OER Puglia - Trimestrale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale
Registrazione Tribunale di Bari Num. R.G. 529/2011 - Num. Reg. Stampa 6

ISSN 2039-7135

La pubblicazione può essere scaricata dai siti Internet:

<http://www.oerpuglia.org>

<http://www.clioedu.it/riviste/oer>

Direttore Scientifico OER Puglia: Cinzia Germinario

Direttore Scientifico rivista OER Puglia: Salvatore Barbuti

Direttore Responsabile: Maria Nocera

Segretario Scientifico: Michele Quarto

Responsabile di Redazione: Rosa Prato

Comitato Scientifico: Nehludoff Albano, Gaetano D'Ambrosio,
Domenico Lagravinese, Fulvio Longo, Sante Minerba, Gabriella Serio

Comitato di Redazione: Maria Teresa Montagna, Giovanni Caputi, Pier Luigi Lopalco, Paolo Trerotoli

Editore: CLIO S.p.A

Grafica e impaginazione: Emanuele Mazzei

Tiratura: 5000 copie

CLIOEDU®
EDIZIONI

A cura di:

Salvatore Barbuti, Gabriella Serio, Michele Quarto, Cinzia Germinario (Referente scientifico regionale), Rosa Prato (Referente scientifico ASL Foggia), Valerio Aprile (Coordinatore regionale), Vincenzo Coviello, Domenico Martinelli, Silvio Tafuri, Giovanni Caputi, Maria Teresa Balducci, Maria de Palma, Francesca Fortunato, Maria Giovanna Cappelli, Maria Filomena Gallone, Marilena Monica Vece, Simona Mudoni, Alessandro Guaccero, Davide Parisi, Grazia Antonella Cannone, Rossella Procacci, Domenico Carbonara, Antonio Daleno, Maria Serena Gallone, Maria Elena Vitali, Pierpaolo Ciavarella, Deborah Fracchiolla, Rocco Guerra, Daniela Loconsole, Concetta Ladalaro, Paolo Trerotoli, Nicola Bartolomeo

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

A livello nazionale:

Stefania Salmaso, Paolo D'Argenio, Sandro Baldissera, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Valentina Possenti, Elisa Quarchioni, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzini, Angelo D'Argenzio, Barbara De Mei, Pirus Fateh-Moghadam, Giada Minelli, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli, Eva Benelli e Stefano Menna

A livello regionale:

Tommaso Fiore, Vincenzo Pomo, Fulvio Longo, Elisabetta Viesti, Maria Grazia Lopuzzo
Assessorato alle Politiche della Salute Regione Puglia

A livello aziendale: Coordinatori e Intervistatori

ASL Bari: Enrico Caputo (Coordinatore aziendale), Maria Armenise, Giuseppina Caringella, Giuseppina Frazzetto, Vera Laforgia, Maria Mallardi, Maria Irene Mastrogiacomo, Angela Soranno, Maria Surico

ASL Barletta-Andria-Trani: Addolorata De Luca (Coordinatore aziendale), Pasqualina Di Chio, Francesca Matarrese, Patrizia Mintrone, Fausta Natalicchio, Maria Pia Nocella, Teresa Petroni, Lucrezia Saccinto, Michele Terlizzi

ASL Brindisi: Stefano Termite (Coordinatore aziendale), Caterina Flore, Elsa Greco, Rita Rescio, Bruna Santoro, Rosa Signorile, Marilena Valente, Patrizia Zuppetta

ASL Foggia: Anton Giulio Pollice (Coordinatore aziendale), Vincenzo Di Martino, Incoronata Bortone, Germana Circella, Daniela Di Ianni, Maria Giuseppa Iannoli, Carmela Maffulli, Miriam Manna, Maria Nesta, Alfonsina Pertosa

ASL Lecce: Valerio Aprile (Coordinatore aziendale), Fabiola Blaco, Loredana Bottazzo, Anna Mariano, Cinzia Marra, Maria Antonietta Morea, Maria Cesarea Presicce, Delia Pagliara, Donatella Sicuro

ASL Taranto: Rosita Cipriani (Coordinatore aziendale), Mariangela Evangelio, Anna Maria Fanelli, Maria Foglia, Maria Adriana Fontana, Augusto Giorgino, Donata Leo, Laura Lucarelli, Paola Moramarco, Maria Vinci, Rossella Zanframundo

Si ringraziano: Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL della Regione Puglia ed i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita. Un ringraziamento speciale a tutte le persone intervistate, che hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

Indice

1. Prefazione	7
1. Presentazione	9
1. Il metodo per la rappresentazione dei dati su mappa	11
2. Profilo socio-demografico	
Il campione esaminato	19
3. Benessere	
Percezione dello stato di salute	29
Sintomi di depressione	33
4. Guadagnare Salute	
Attività fisica	39
Situazione nutrizionale.....	44
Consumo di alcol.....	52
Abitudine al fumo	61
Fumo passivo.....	70
5. Rischio cardiovascolare	
Ipertensione arteriosa.....	75
Ipercolesterolemia.....	81
Diabete	86
Calcolo del rischio cardiovascolare	89
6. Sicurezza	
Sicurezza stradale.....	95
Sicurezza domestica.....	103
7. Programmi di prevenzione	
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	111
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	118
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto.....	126
Vaccinazione antinfluenzale.....	130
Vaccinazione antirosolia.....	133
8. Appendice	
Appendice metodologica. I dati del monitoraggio.....	139
Allegato statistico: l'analisi di regressione logistica.....	143
Utilizzo della pesatura.....	144

Prefazione

La Regione Puglia vive in questo biennio il difficile crocevia del Piano di Rientro, che sta costringendo l'Amministrazione Regionale a scelte drastiche e spesso impopolari. Tuttavia, la fase delle scelte è un momento storico in cui si deve assumere l'efficienza e la costo-efficacia come valori fondanti di governo del sistema della salute.

La pubblicazione del report PASSI si inserisce strategicamente in questo processo di ri-orientamento, che, lungi dall'essere una fase di tagli lineari, vuole innanzitutto conseguire l'obiettivo della riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale.

La dimensione di qualità di sistema, che la Regione persegue in questa fase, è innanzitutto orientata alla persona prima ancora che al paziente, in quanto è dovere del sistema salute, prima che curare gli ammalati, aumentare i livelli di salute della popolazione generale.

Le strategie di prevenzione collettiva vengono costruite sulla base della valutazione dello stato di salute della popolazione regionale e, al fine di questa valutazione, il PASSI costituisce una fonte informativa unica ed insostituibile. In particolar modo, mentre la Regione è impegnata nel rilancio dell'assistenza territoriale attraverso l'adozione di nuovi modelli di *governance*, ritengo particolarmente preziosa l'analisi di dettaglio sulla distribuzione dei determinanti di salute e di malattia per ambito distrettuale.

Il presente report è stato curato nei contenuti e nella veste dal gruppo di lavoro dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e reso possibile da quattro anni di impegno dei *working group* delle Aziende Sanitarie Locali; a tale dedizione rende omaggio l'Amministrazione Regionale e a tale riconoscimento si accompagna la mia personale gratitudine.

Tuttavia ritengo che il riconoscimento sarebbe incompleto se non si concludesse con un re-invio dei dati prodotti innanzitutto ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, di recente rinnovati non solo nei nominativi ma soprattutto nella *mission*. Consegnando loro i risultati del PASSI, la Regione e per essa l'Assessorato alle Politiche della Salute forniscono elementi indispensabili alle attività di governo della salute del territorio e della popolazione a loro affidati, nella certezza che la programmazione impiantata sarà coerente con i bisogni di salute evidenziati.

Tommaso Fiore
*Assessore alle Politiche della Salute
Regione Puglia*

Presentazione

La promozione di stili di vita corretti è ormai diventata una bandiera di movimenti culturali e di pensiero che si contrappongono alla medicina tradizionale, additata di essere fondata sull'utilizzo di farmaci e procedure, non scevre di effetti dannosi per l'individuo e la collettività.

Il report PASSI rompe questo paradossale sinallagma riaffermando il primato della sanità pubblica nel potenziamento dei determinanti di salute sia propriamente sanitari (vaccinazioni, screening, accesso alle cure) sia non propriamente sanitari, quali gli stili di vita. PASSI consente di conoscere la distribuzione di tali determinanti nella popolazione regionale e di apprezzarne eventuali modificazioni nel tempo e nello spazio, che diviene a questo punto correlabile con elementi ambientali, sociologici e di offerta di prestazioni.

L'analisi della realtà vince pertanto l'approccio ideologico dei movimenti naturalistici e riconosce il ruolo centrale dell'integrazione tra sanità pubblica, medicina clinica, istituzioni e società civile nella promozione della salute. È il caso, ad esempio, del positivo *trend* di riduzione dell'esposizione a fumo passivo, determinato in buona parte proprio da un provvedimento non sanitario, quale appunto una legge dello stato.

La scuola igienistica pugliese ha una lunga tradizione di investimento nella integrazione: integrazione tra Università e Sanità Territoriale ma anche integrazione di competenze tra medici igienisti ed altri professionisti, la cui sfera di interesse incrocia o lambisce la salute della popolazione.

PASSI è esso stesso frutto di una positiva integrazione tra il gruppo di lavoro degli igienisti universitari e il personale medico ed infermieristico dei Dipartimenti di Prevenzione e delle Strutture di Epidemiologia e Statistica regionali.

Chi ha la missione da un lato e la fortuna dall'altro di coordinare tali progetti non può perdere occasioni importanti, come la presentazione del presente report, senza ringraziare il lavoro silenzioso e indispensabile dei tanti operatori di sanità pubblica che ogni giorno rappresentano il baluardo per la salute della nostra Regione. Proprio il loro impegno, per nulla scontato, ha reso possibile il report che oggi consegniamo ai *decision-maker* della sanità e all'intera popolazione pugliese.

Salvatore Barbuti
Direttore Rivista
OER PUGLIA

Cinzia Germinario
Responsabile Scientifico
Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

Metodo per la rappresentazione dei dati su mappa

In questa edizione del Rapporto Passi i principali indicatori sono stati descritti attraverso cartogrammi per rendere immediatamente evidente la distribuzione spaziale dei dati ed eventuali fenomeni di clusterizzazione.

A tal fine sono stati utilizzati due differenti tipi di rappresentazioni.

Il primo tipo di cartogramma rappresenta la distribuzione degli indicatori per distretto socio-sanitario, ambito territoriale adatto all'analisi dei determinanti e alla programmazione e valutazione degli interventi di promozione della salute indicati dal quadro epidemiologico emergente dal presente rapporto. Per interpretare i cartogrammi di questa tipologia si deve far riferimento alla Figura 1. Ciascun distretto è indicato con il nome del comune che ne ospita la sede. Le città di Bari e Taranto, anche se divise rispettivamente in tre e due distretti socio-sanitari, sono considerate nell'analisi un unico distretto.

Il secondo tipo di cartogramma è stato ottenuto calcolando delle superfici di intensità con il metodo di Kernel [1, 2]. Questo tipo di analisi consente di evidenziare l'esistenza di aree del territorio regionale in cui si concentrano valori dell'indicatore rilevato particolarmente differenti rispetto alle zone limitrofe. Al fine di sviluppare i cartogrammi con metodo Kernel, sono state utilizzate le stime di prevalenza riferibili ai singoli comuni, corrette in base al numero di interviste effettuate in ciascun comune. Questo dato puntuale è stato riferito geograficamente al centroide (termine che indica approssimativamente il centro di un poligono irregolare) dell'area comunale. Attraverso un processo di interpolazione, i dati puntuali sono stati utilizzati per sviluppare una rappresentazione geografica dell'indicatore. Questo prevede innanzitutto che l'area della regione sia divisa in tante piccole celle, di forma e dimensioni uniformi che nell'insieme costituiscono una griglia bidimensionale. Per ciascuna cella viene quindi stimato un indicatore Kernel, calcolando la media dei valori puntuali pesata in funzione inversa della distanza. Ad esempio, per il calcolo della stima Kernel della percentuale di fumatori in una determinata cella potrebbero essere considerati i valori puntuali riferiti a 5 centroidi. La media di questi 5 valori è calcolata attribuendo peso maggiore al valore del centroide più vicino alla cella e pesi progressivamente minori a quelli degli altri 4 centroidi man mano che aumenta la loro distanza dalla cella in esame. L'effetto ottenuto dall'applicazione di questa metodologia è definito *smoothing* (lisciamento), una rappresentazione continua dell'indicatore sul territorio regionale in cui i valori massimi e minimi delle stime puntuali sono smussati e vengono evidenziati gli aggregati locali di valori concordemente più alti o più bassi.

L'intensità dello *smoothing* viene condizionata dall'ampiezza del raggio entro cui considerare le stime puntuali che entrano nel calcolo della media pesata. Un raggio ampio può determinare il calcolo di un indicatore eccessivamente liscio in cui non sono più apprezzabili eventuali valori locali elevati. Viceversa, un raggio limitato può mostrare un eccessivo dettaglio locale che oscura la percezione della distribuzione geografica dell'indicatore. Nella analisi sviluppata è stato utilizzato un raggio variabile, determinato cella per cella in modo che la stima sia calcolata in base a un numero minimo di 200 interviste¹. Infatti, la numerosità delle interviste è in questo caso un parametro fondamentale della precisione della stima dell'indicatore. Stabilendo un raggio

¹ Per gli indicatori calcolati in sottogruppi del campione (ad esempio fumatori maschi o donne che hanno effettuato il pap test) il numero minimo di interviste è 150.

variabile in funzione del raggiungimento di un numero minimo di interviste si assicura che la stima propria di ciascuna cella abbia un grado approssimativamente uguale di precisione. La scelta di un particolare numero minimo di interviste è sembrata un ragionevole compromesso tra la necessità di ottenere mappe sufficientemente in grado di descrivere la variabilità locale del fenomeno e la precisione della stima dell'indicatore.

Un particolare fattore di distorsione nello sviluppo delle rappresentazioni secondo Kernel è rappresentato dall'*edge effect* che riguarda le celle situate ai bordi della regione, per le quali una frazione più o meno ampia dell'area su cui è calcolata la media pesata ricade fuori della regione, con conseguente sottostima dell'indicatore. Una modalità utilizzata per correggere questa distorsione, applicata nel presente rapporto, consiste nell'introdurre nel calcolo un fattore corrispondente alla frazione di area che ricade all'interno della regione in studio.

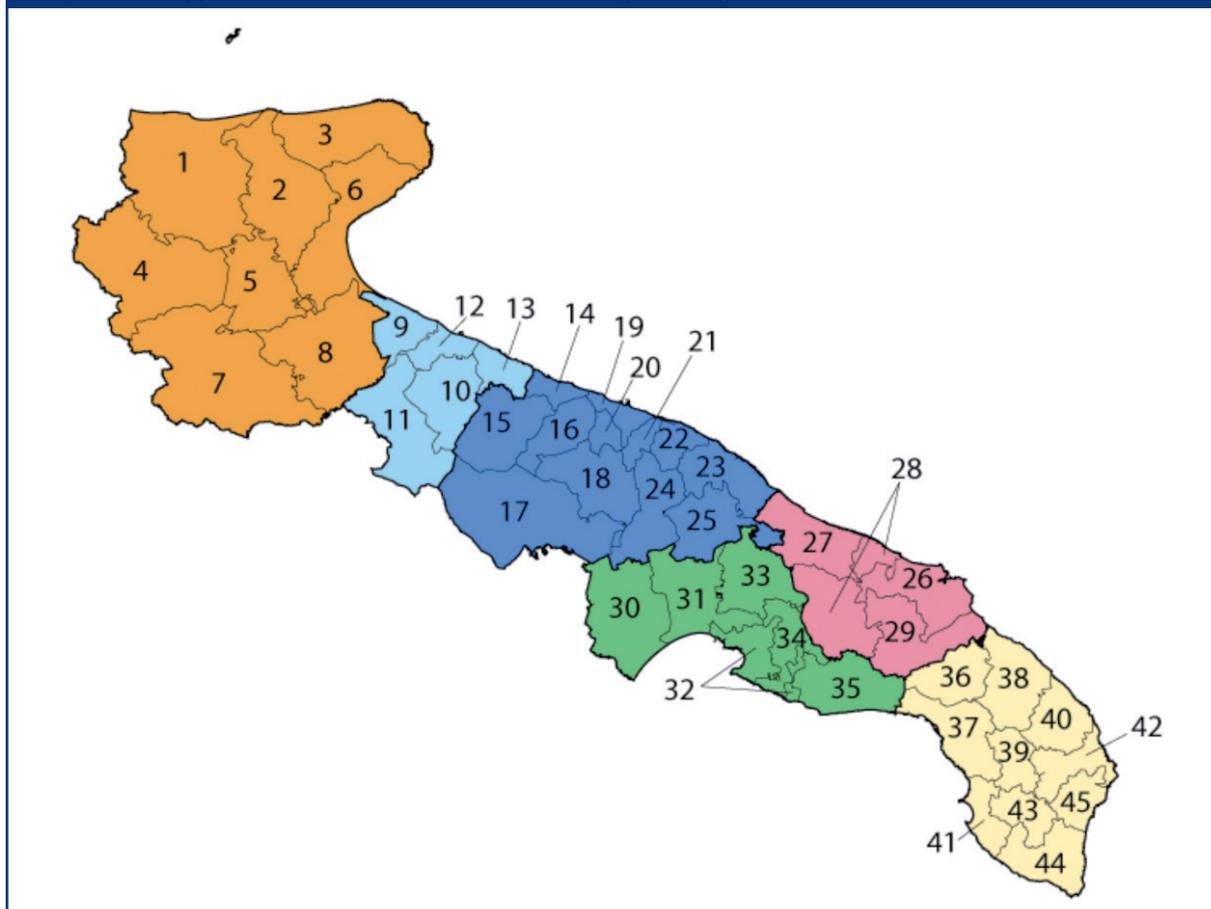
Gli indicatori Kernel così calcolati sono stati raggruppati in 7 categorie. Nella prime tre categorie sono compresi i valori inferiori alla media regionale; in particolare, nella prima i valori inferiori di almeno il 40% rispetto alla media, nella seconda quelli compresi tra il 40% e il 20% e nella terza quelli tra il 20% e il 5% in meno. La quarta categoria raggruppa i valori intorno alla media regionale (scostamento del 5%). Le classi dalla quinta alla settima raggruppano i valori superiori alla media regionale, in particolare, la quinta i valori dal 5% al 20%, la sesta dal 20% al 40% e la settima i valori di oltre il 40% superiori alla media. A ciascuna categoria è stata associata una gradazione di verde nel caso le stime si riferiscano a entrambi i sessi, una gradazione di blu nel caso si riferiscano ai maschi e di rosso alle femmine.

La definizione dei *cut-off* ha comportato che in alcune mappe non siano utilizzate tutte le gradazioni di colore in relazione ad una distribuzione dell'indicatore uniforme sul territorio regionale.

Bibliografia

1. Waller, L.A. e C.A. Gotway. Cap 4 e 5. 2004. Applied Spatial Statistics for Public Health Data. Hoboken NJ. Wiley.
2. Cislighi C, Braga M e Biggeri A. Analisi della concentrazione di eventi per mezzo delle superfici di densità. Epid Prev 1995; 19: 142-149.

Figura 1. Mappa dei distretti socio-sanitari della Regione Puglia.



NUMERO	ASL	DISTRETTO	COMUNI
1	FOGGIA	San Severo	San Severo, Apricena, Lesina, Poggio Imperiale, Torremaggiore, San Paolo di Civitate, Serracapriola, Chieuti
2	FOGGIA	San Marco in Lamis	San Marco in Lamis, Sannicandro Garganico, San Giovanni Rotondo, Rignano Garganico
3	FOGGIA	Vico del Gargano	Vico del Gargano, Rodi Garganico, Vieste, Peschici, Ischitella, Carpino, Cagnano Varano, Isole Tremiti
4	FOGGIA	Lucera	Lucera, Carlantino, Casalnuovo Monterotaro, Casalvecchio di Puglia, Castelnuovo della Daunia, Celenza Valfortore, Motta Montecorvino, Pietramontecorvino, San Marco La Catola, Volturara Appula, Volturino, Alberona, Biccari, Roseto Valfortore
5	FOGGIA	Foggia 1 e 2	Foggia
6	FOGGIA	Manfredonia	Manfredonia, Monte Sant'Angelo, Mattinata, Zaponeta

NUMERO	ASL	DISTRETTO	COMUNI
7	FOGGIA	Troia	Troia, Castelluccio Valmaggiore, Celle San Vito, Faeto, Orsara di Puglia, Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Deliceto, Monteleone di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'Antonio, Sant'Agata di Puglia
8	FOGGIA	Cerignola	Cerignola, Orta Nova, Stornara, Stornarella, Ortona, Carapelle
9	BT	Distretto 1	Margherita di Savoia, San Ferdinando di Puglia, Trinitapoli
10	BT	Distretto 2	Andria
11	BT	Distretto 3	Canosa di Puglia, Minervino Murge, Spinazzola
12	BT	Distretto 4	Barletta
13	BT	Distretto 5	Bisceglie, Trani
14	BARI	Distretto 1	Molfetta, Giovinazzo
15	BARI	Distretto 2	Corato, Ruvo di Puglia, Terlizzi
16	BARI	Distretto 3	Bitonto, Palo del Colle
17	BARI	Distretto 4	Altamura, Gravina di Puglia, Poggiorsini, Santeramo in Colle
18	BARI	Distretto 5	Grumo Appula, Acquaviva delle Fonti, Binetto, Cassano delle Murge, Sannicandro di Bari, Toritto
19	BARI	Distretto 6	Città di Bari (circoscrizioni: Palese, Santo Spirito, San Paolo, Stanic, Libertà, Marconi, San Girolamo, Fesca)
19	BARI	Distretto 7	Città di Bari (circoscrizioni: Picone, Poggiofranco, Carbonara, Ceglie, Loseto, Murat, San Nicola)
19	BARI	Distretto 8	Città di Bari (circoscrizioni: Japigia, Torre a Mare, Carrassi, San Pasquale, Madonnella)
20	BARI	Distretto 9	Modugno, Bitetto, Bitritto
21	BARI	Distretto 10	Triggiano, Adelfia, Capurso, Cellamare, Valenzano
22	BARI	Distretto 11	Mola di Bari, Noicattaro, Rutigliano
23	BARI	Distretto 12	Conversano, Monopoli, Polignano a Mare

NUMERO	ASL	DISTRETTO	COMUNI
24	BARI	Distretto 13	Gioia del Colle, Casamassima, Sammichele di Bari, Turi
25	BARI	Distretto 14	Putignano, Alberobello, Castellana Grotte, Locorotondo, Noci
26	BRINDISI	Distretto 1	Brindisi, San Vito dei Normanni
27	BRINDISI	Distretto 2	Fasano, Cisternino, Ostuni
28	BRINDISI	Distretto 3	Francavilla Fontana, Carovigno, Ceglie Messapica, Oria, San Michele Salentino, Villa Castelli
29	BRINDISI	Distretto 4	Mesagne, Cellino San Marco, Erchie, Latiano, Sandonaci, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico, Torchiarolo, Torre Santa Susanna
30	TARANTO	Distretto 1	Ginosa, Castellaneta, Laterza, Palagianello
31	TARANTO	Distretto 2	Massafra, Mottola, Palagiano, Statte
32	TARANTO	Distretto 5	Martina Franca, Crispiano
33	TARANTO	Distretto 3	Città di Taranto: (Borgo, Isola Porta Napoli, Paolo VI, Tamburi Croce, Tre Carrare Battisti)
33	TARANTO	Distretto 4	Città di Taranto: (Italia Montegranaro, Salinella, Solito Corvisea, Talsano San Donato, San Vito Lama Carelli)
34	TARANTO	Distretto 6	Grottaglie, Carosino, Faggiano, Leporano, Monteiasi, Montemesola, Monteparano, Pulsano, Roccaforzata, San Giorgio Ionico, San Marzano di San Giuseppe
35	TARANTO	Distretto 7	Avetrana, Fragagnano, Lizzano, Manduria, Maruggio, Sava, Torricella
36	LECCE	Campi Salentina	Campi Salentina, Carmiano, Guagnano, Novoli, Salice Salentino, Squinzano, Trepuzzi, Veglie
37	LECCE	Nardò	Nardò, Copertino, Galatone, Leverano, Porto Cesareo, Seclì
38	LECCE	Lecce	Arnesano, Cavallino, Lecce, Lequile, Lizzanello, Monteroni di Lecce, San Cesario di Lecce, San Donato di Lecce, San Pietro in Lama, Surbo
39	LECCE	Galatina	Galatina, Aradeo, Cutrofiano, Neviano, Sogliano Cavour, Soleto

NUMERO	ASL	DISTRETTO	COMUNI
40	LECCE	Martano	Martano, Calimera, Caprarica di Lecce, Carpignano Salentino, Castrì di Lecce, Martignano, Melendugno, Sternatia, Vernole, Zollino
41	LECCE	Gallipoli	Gallipoli, Alezio, Alliste, Melissano, Racale, Sannicola, Taviano, Tuglie
42	LECCE	Maglie	Maglie, Bagnolo del Salento, Cannole, Castrignano de' Greci, Corigliano d'Otranto, Cursi, Giurdignano, Melpignano, Muro Leccese, Otranto, Palmariggi, Scorrano
43	LECCE	Casarano	Casarano, Collepasso, Matino, Parabita, Ruffano, Supersano, Taurisano
44	LECCE	Gagliano del Capo	Gagliano del Capo, Acquarica del Capo, Alessano, Castrignano del Capo, Corsano, Miggiano, Montesano Salentino, Morciano di Leuca, Patù, Presicce, Salve, Specchia, Tiggiano, Tricase, Ugento
45	LECCE	Poggiardo	Poggiardo, Andrano, Botrugno, Castro, Diso, Giuggianello, Minervino di Lecce, Nociglia, Ortelle, San Cassiano, Sanarica, Santa Cesaria Terme, Spongano, Surano, Uggiano La Chiesa

PROFILO SOCIO DEMOGRAFICO

Il campione esaminato pag. 19

The World Health Organization's
FIGHT AGAINST CANCER
 Strategies that prevent, cure and care

World Health Organization

THREE WAYS TO SAVE LIVES.

FCTC
 WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL

31 MAY, WORLD NO TOBACCO DAY

QUANDO SCEGLI
 UNO STILE DI VITA SANO,
 TI PRENDI CURA DI TE.

Anche tu puoi fare qualcosa per la tua salute. Scegli un'alimentazione equilibrata, non fumare, fai attività fisica ogni giorno, ti sei bevvi alcolici, fanne un uso moderato e responsabile. Seguire uno stile di vita sano è una raccomandazione di "guadagnare salute", che promuove iniziative per facilitare scelte sane. Perché prenderti cura di te è la scelta migliore che puoi fare.

guadagnare salute

World Health Organization

Wear a helmet

face to face
CHRONIC DISEASE

World Health Organization

World Mental Health Day, 10 October 2011

Investing in mental health in times of need

World Health Organization

Il campione esaminato

La popolazione in studio è costituita da circa 2,8 milioni di residenti di Puglia di età compresa tra 18 e 69 anni.

Nel periodo dall'1 settembre 2007 al 31 dicembre 2010 sono state intervistate 6.370 persone, selezionate dall'anagrafe sanitaria regionale con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età.

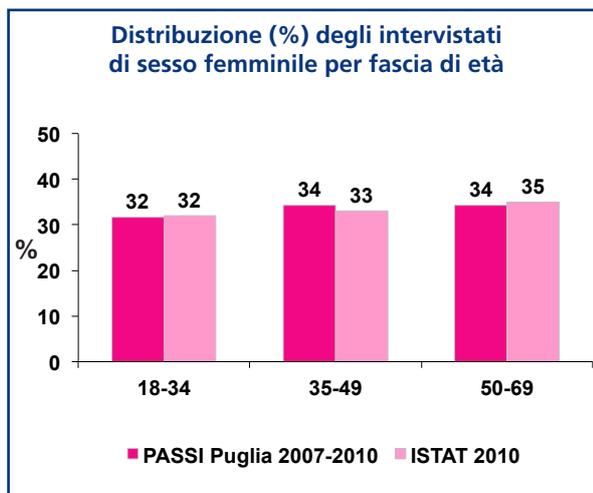
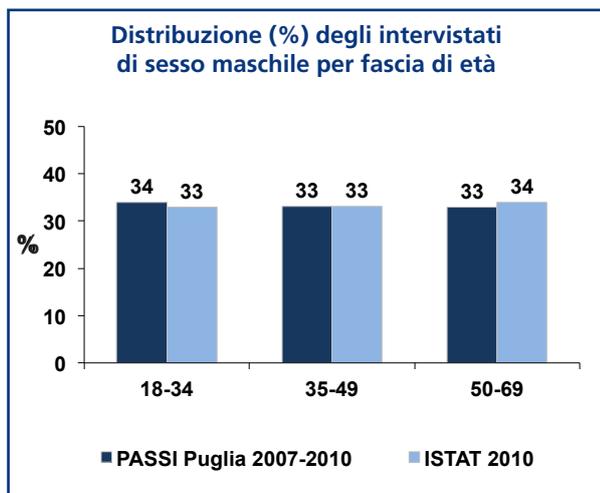
La composizione del campione indica una buona rappresentatività, consentendo pertanto di fare inferenza sulla popolazione regionale nella stessa fascia d'età. L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e rifiuto indicano una buona qualità complessiva del Sistema di Sorveglianza PASSI.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

Età e sesso

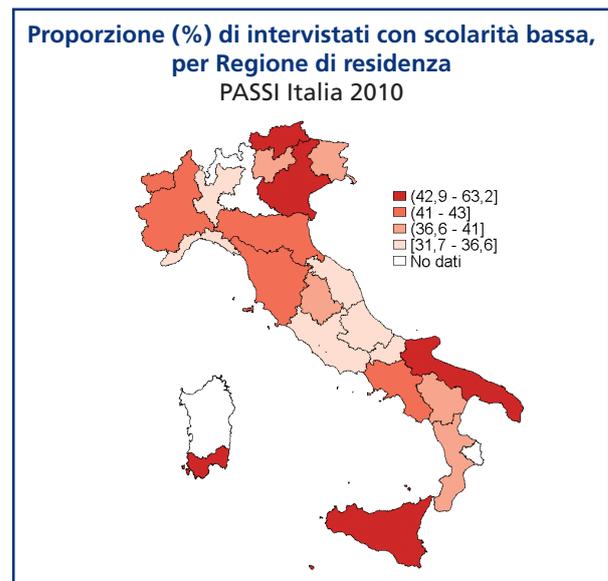
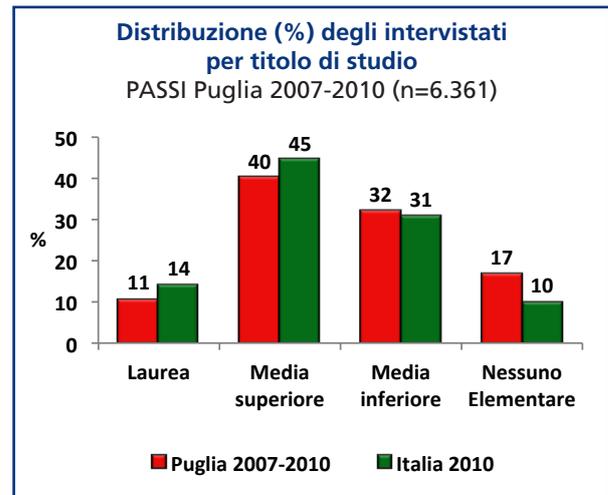
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato in Puglia è risultata sostanzialmente sovrapponibile alle stime ISTAT della popolazione residente per l'anno 2010.

Caratteristiche socio-demografiche delle persone intervistate		
	PASSI Puglia 2007-2010	ISTAT 2010
Numerosità	6.370	2.786.475
Classi di età (%)		
18-34	32,7	32,5
35-49	33,7	33,2
50-69	33,6	34,3
Età media	42,4 anni	42,7 anni
Sesso (%)		
uomini	49,5	49,1
donne	50,5	50,9



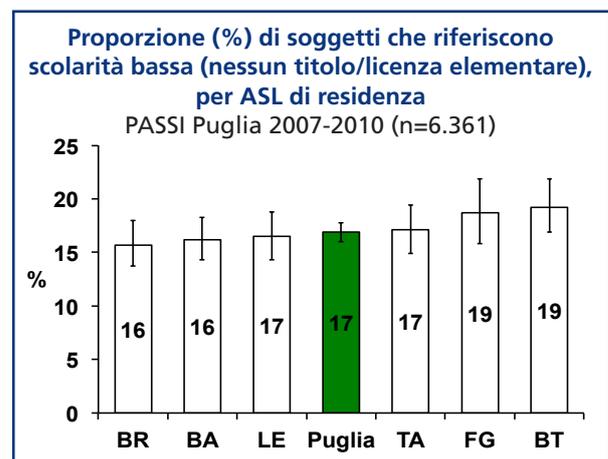
Il titolo di studio

- In Puglia, l'11% del campione ha conseguito una laurea e il 40% un diploma di scuola media superiore. Il 49% presenta un livello di istruzione medio-basso (licenza media inferiore, licenza elementare o nessun titolo di studio).
- La distribuzione degli intervistati per grado di istruzione mostra lievi differenze tra i due sessi.
- Il titolo di studio conseguito è correlato all'età: nella classe 50-69 anni, la proporzione di persone con un livello di istruzione basso (licenza elementare o nessun titolo di studio) è pari al 40%, valore più alto rispetto alle classi 35-49 anni (9%) e 18-34 anni (2%).
- Rispetto a tutte le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza PASSI a livello nazionale, la Puglia si colloca tra le Regioni con la più bassa scolarità.



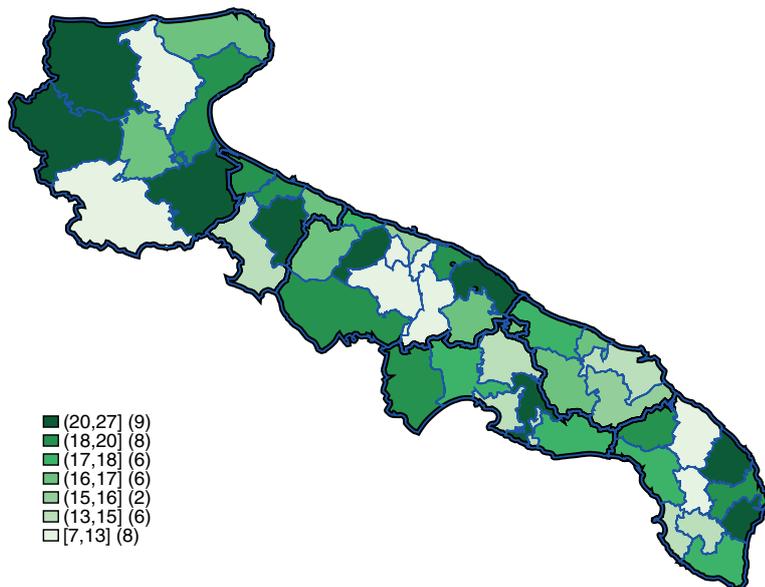
Come si distribuiscono gli intervistati con scolarità bassa (nessun titolo/licenza di scuola elementare) nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- La proporzione di soggetti che riferiscono una scolarità bassa (nessun titolo/licenza di scuola elementare) non mostra differenze significative nel confronto tra le diverse ASL regionali (range: 16% Brindisi - 19% Barletta-Andria-Trani).



Proporzione (%) di soggetti che riferiscono scolarità bassa (nessun titolo/licenza di scuola elementare), per distretto socio-sanitario di residenza

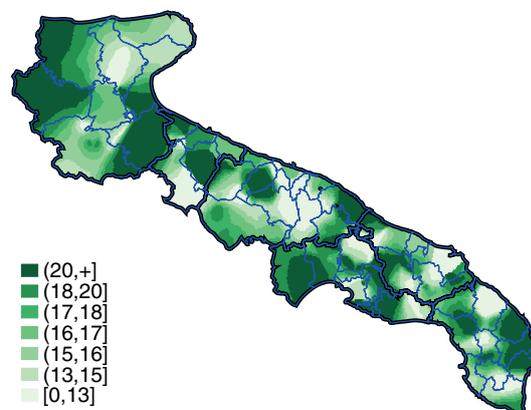
PASSI Puglia 2007-2010
(n=6.361)



- Nei distretti di San Severo, Lucera e Cerignola della ASL Foggia, nel distretto di Andria della ASL BT, nei distretti di Bitonto e Monopoli della ASL Bari, di Grottaglie della ASL Taranto e nei distretti di Martano e Poggiardo della ASL Lecce la proporzione di persone con bassa scolarità è superiore alla media regionale e compresa tra il 21% e il 27%.
- I distretti in cui la proporzione di intervistati con bassa scolarità è inferiore alla media regionale sono: Troia e San Marco in Lamis della ASL Foggia, Modugno, Mola di Bari, Grumo Appula, Gioia del Colle della ASL Bari e Galatina della ASL Lecce, con valori compresi tra il 7% e il 13%.
- Il cartogramma *Kernel-smoothed* mostra una distribuzione della bassa scolarità a macchia di leopardo sul territorio regionale.

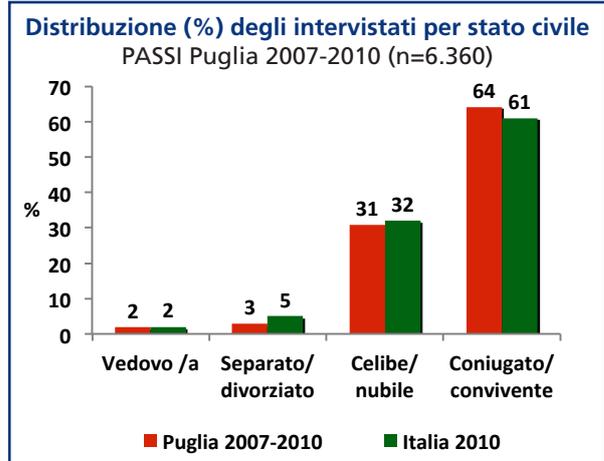
Proporzione (%) di soggetti che riferiscono scolarità bassa, per distretto socio-sanitario di residenza, secondo il metodo di Kernel

PASSI, Puglia 2007-2010 (n=6.361)



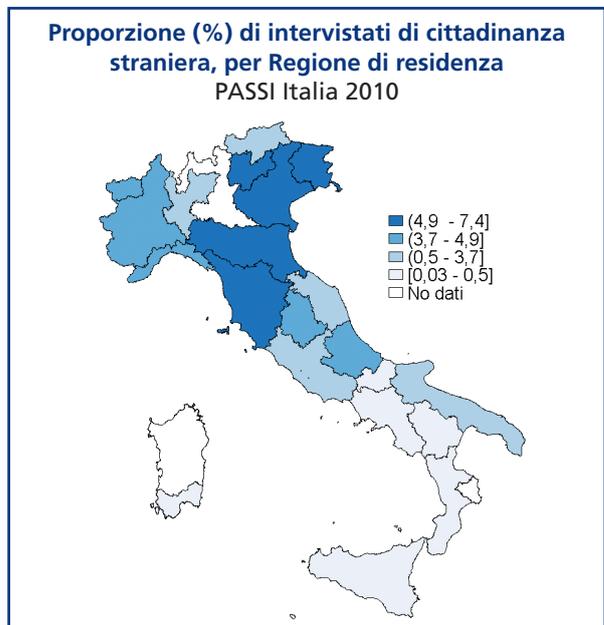
Lo stato civile

- In Puglia, i coniugati/conviventi rappresentano il 64% del campione, i celibi/nubili il 31%, i separati/divorziati il 3% ed i vedovi il 2%.
I valori sono sovrapponibili alle medie nazionali.



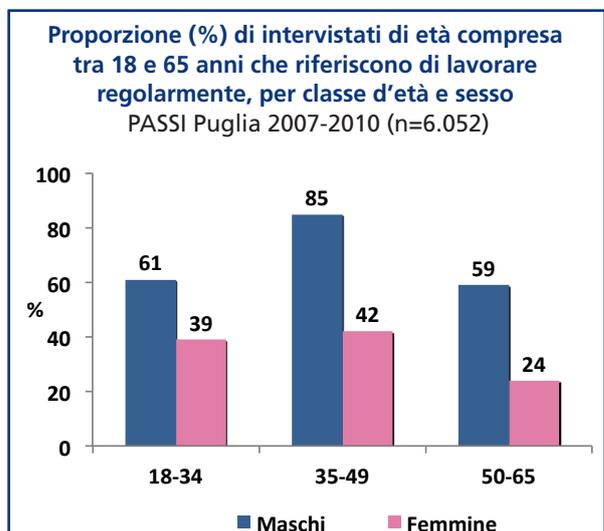
La Cittadinanza

- Le persone intervistate di cittadinanza straniera sono lo 0,3% del campione. La proporzione di stranieri stimata in Puglia dall'ISTAT è pari all'1,8% della popolazione residente.
- A livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, le persone di cittadinanza straniera sono il 3% degli intervistati con differenze territoriali molto evidenti.

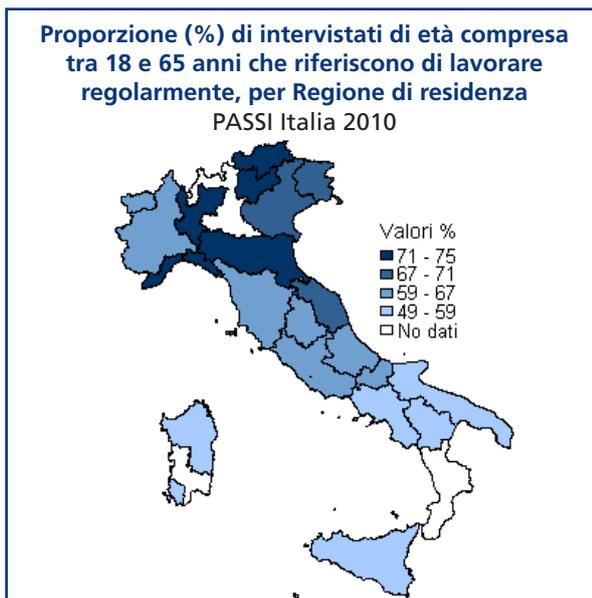


Il lavoro

- Nella fascia in età lavorativa (18-65 anni) il 52% di intervistati ha riferito di lavorare regolarmente.
- La proporzione di lavoratori regolari è risultata più elevata nella fascia d'età 35-49 anni.
- Il livello di occupazione risulta in ogni classe d'età considerata molto più basso tra le donne rispetto agli uomini (mediamente 35% rispetto al 69%).

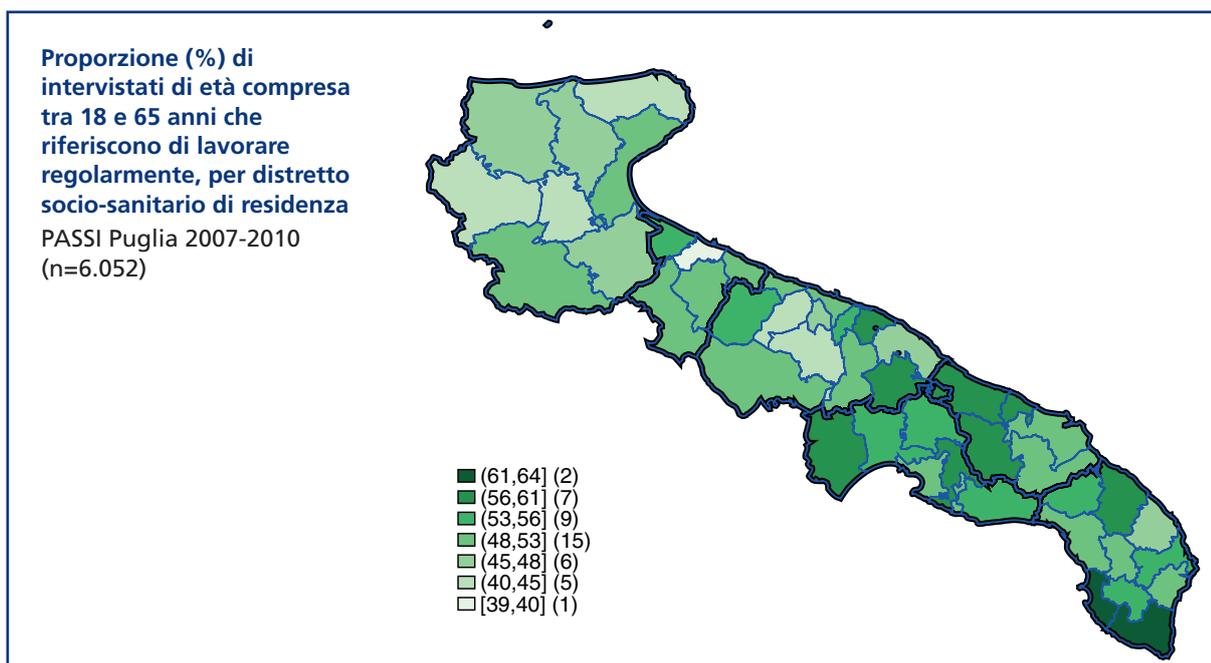
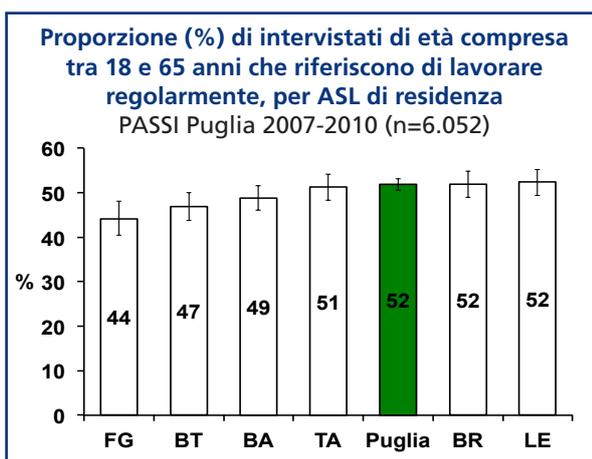


- A livello nazionale nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 60% degli intervistati. Nelle Regioni del Sud questa percentuale è sensibilmente inferiore a quella rilevata nelle Regioni del Nord.



Come si distribuiscono gli intervistati che riferiscono di avere un lavoro regolare nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

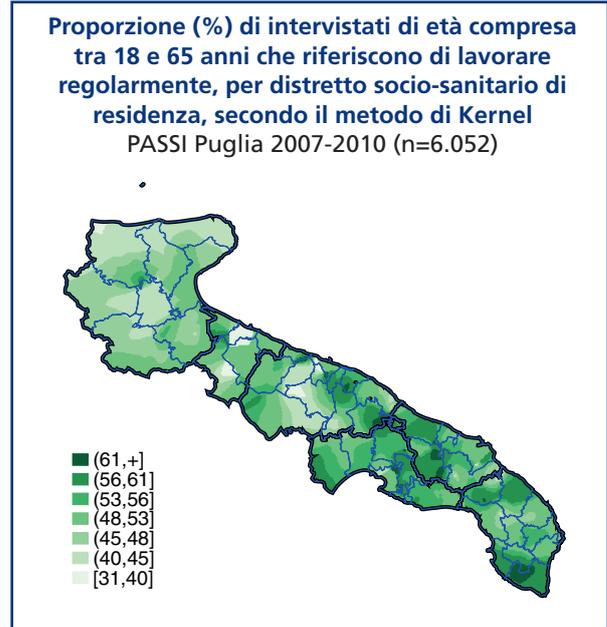
- La proporzione di soggetti che riferiscono di lavorare regolarmente mostra differenze significative nel confronto tra le diverse ASL regionali (range: 44% Foggia-52% Lecce) .



I distretti in cui la proporzione di lavoratori regolari è più alta sono: Mola di Bari e Putignano della ASL Bari, Fasano e Francavilla Fontana della ASL Brindisi, Lecce Città, Gallipoli e Gagliano del Capo della ASL Lecce e Ginosa e Grottaglie della ASL Taranto.

I distretti della ASL Foggia, in particolare il distretto 1 e 2 Foggia, quello di Vico del Gargano e di Lucera, il distretto di Barletta della ASL BT e i distretti di Bitonto e Grumo Appula della Asl Bari presentano una minore proporzione di lavoratori regolari, con percentuali che oscillano tra il 39% e il 45%.

Il cartogramma *kernel-smoothed* evidenzia nella nostra Regione un importante gradiente Nord-Sud: spostandosi dalle aree settentrionali a quelle centro-meridionali, incluso il Basso Salento, si osserva un aumento delle percentuali di individui che lavorano regolarmente.



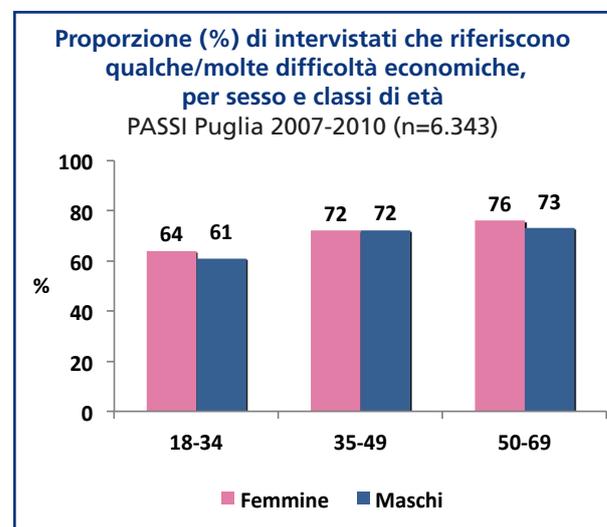
Difficoltà economiche

- In Puglia:
 - il 31% del campione ha riferito di non avere alcuna difficoltà economica;
 - il 45% ha percepito qualche difficoltà;
 - il 24% ha percepito molte difficoltà economiche.

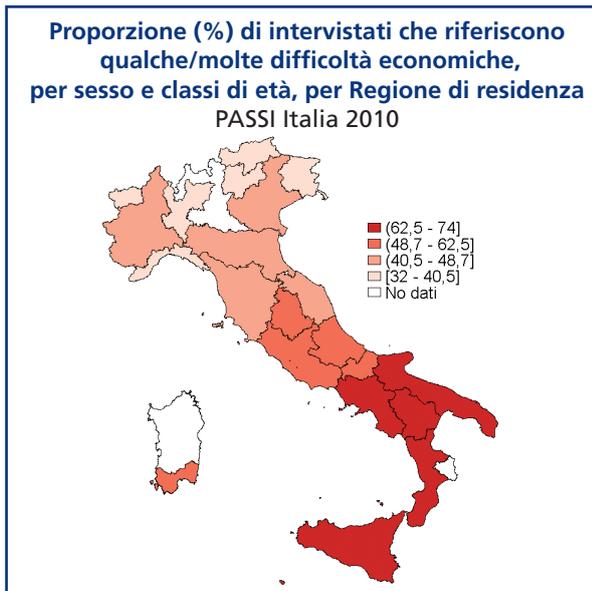
- La distribuzione degli intervistati per difficoltà economiche riferite sembra differire suddividendo gli intervistati per sesso e classi d'età.

Distribuzione (%) degli intervistati per difficoltà economiche riferite PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.343)

	PASSI Puglia 2007-2010	PASSI Italia 2010
Difficoltà economiche		
molte	24,3	13,0
qualche	45,2	40,7
nessuna	30,5	46,3

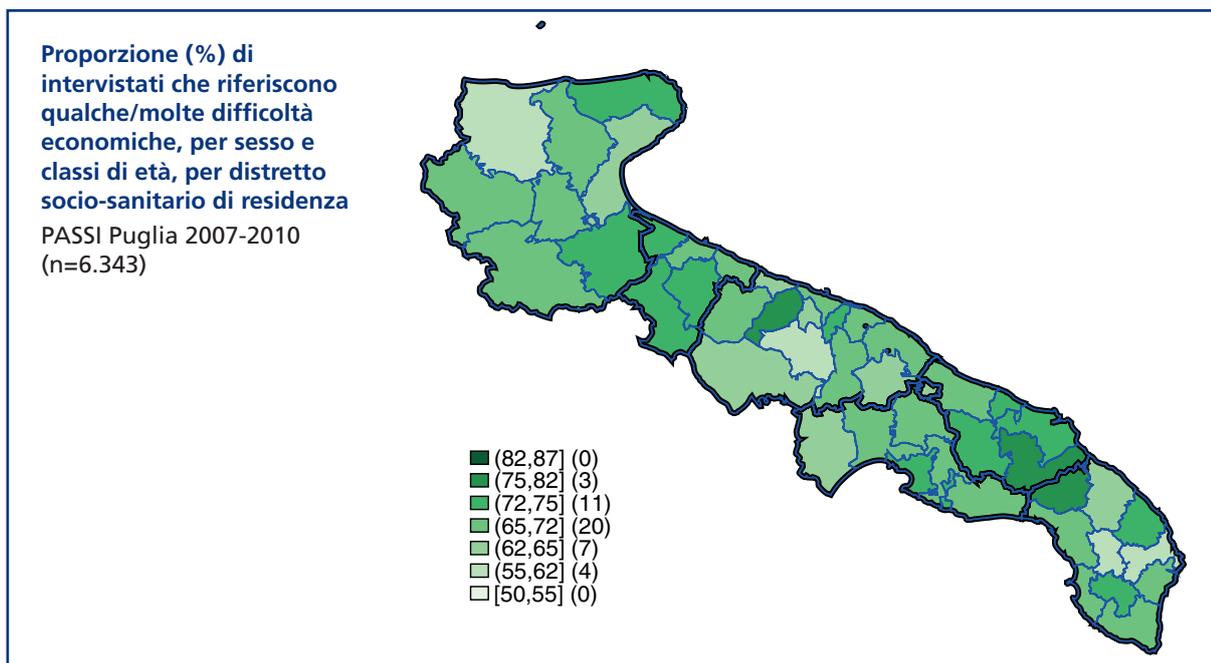
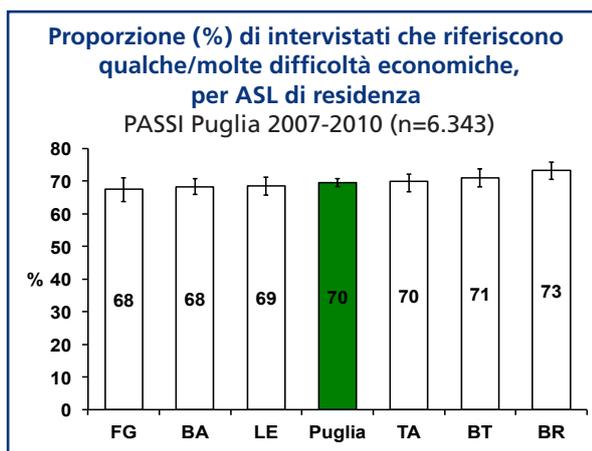


- A livello delle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale:
 - il 46% del campione ha riferito di non avere alcuna difficoltà economica;
 - il 41% qualche difficoltà;
 - il 13% molte difficoltà economiche.



Come si distribuiscono gli intervistati che riferiscono di avere qualche/molte difficoltà economiche nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- La proporzione di soggetti che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche non mostra differenze nel confronto tra le diverse ASL regionali (range: 68% Foggia-73% Brindisi).

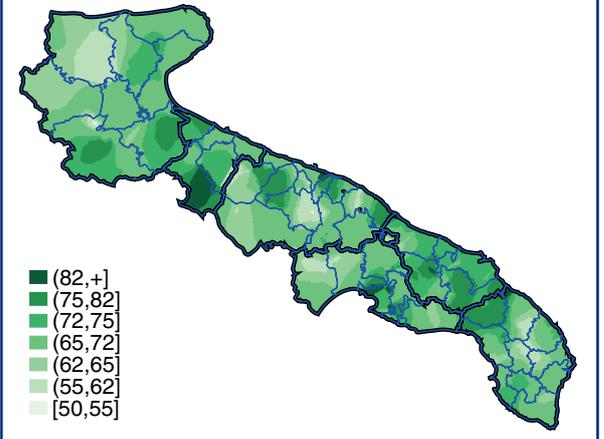


Proporzioni superiori alla media regionale di intervistati che riferiscono difficoltà economiche si riscontrano nei distretti di Bitonto della ASL Bari, di Mesagne della Asl Brindisi e Campi Salentina della ASL Lecce, con percentuali che variano tra il 75% e l'82%.

Proporzioni inferiori alla media regionale sono evidenti nei distretti di San Severo della ASL Foggia, di Grumo Appula della ASL Bari di Maglie e Galatina della ASL Lecce, dove si riscontrano percentuali comprese tra il 55% e il 62%.

Il cartogramma *Kernel-smoothed* evidenzia un quadro sostanzialmente omogeneo sul territorio regionale.

Proporzione (%) di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche, per sesso e classi di età, per distretto socio-sanitario di residenza, secondo il metodo di Kernel
 PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.343)



BENESSERE

Percezione dello stato di salute pag. 29

Sintomi di depressione " 33

The World Health Organization's
FIGHT AGAINST CANCER
 Strategies that prevent, cure and care

World Health Organization

THREE WAYS TO SAVE LIVES.

FCTC
 WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL

31 MAY, WORLD NO TOBACCO DAY

QUANDO SCEGLI UNO STILE DI VITA SANO, TI PRENDI CURA DI TE

Anche tu puoi fare qualcosa per la tua salute. Scegli un'alimentazione equilibrata, non fumare, fai attività fisica ogni giorno, ti sei bene alcol, fanne un uso moderato e responsabile. Seguire uno stile di vita sano è una raccomandazione di "Guadagnare salute", che promuove iniziative per facilitare scelte sane. Perché prenderti cura di te è la scelta migliore che puoi fare.

guadagnare salute

World Health Organization Europe

Wear a helmet

YOURS

face to face
 CHRONIC DISEASE

World Health Organization Europe

World Mental Health Day, 10 October 2011

Investing in mental health in times of need

World Health Organization Europe

Percezione dello stato di salute

La qualità della vita in relazione allo stato di salute è influenzata da diversi fattori, quali le condizioni socio-economiche, le malattie e i comportamenti a rischio.

Nel sistema di sorveglianza Passi, la qualità della vita è valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che si basa su quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività quotidiane.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- In Puglia, la maggior parte degli intervistati (68%) ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene. Il 28% ha riferito di sentirsi discretamente e il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare, sono meno soddisfatti della propria salute:
 - le persone meno giovani;
 - le donne;
 - le persone con basso livello d'istruzione;
 - le persone con difficoltà economiche;
 - le persone con almeno una patologia severa.

L'associazione tra queste variabili e una percezione negativa dello stato di salute risulta conservata in un modello di regressione logistica multivariata.

Proporzione (%) di soggetti intervistati che hanno riferito un buono stato di salute°
PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.365)

Caratteristiche	%	IC95%
Totale	68,3	67,1-69,5
Età		
18 - 34	87,5	86,0-89,0
35 - 49	<u>71,8</u>	69,6-74,0
50 - 69	45,6	43,3-47,9
Sesso		
uomini	72,0	70,3-73,7
donne	<u>64,7</u>	63,0-66,4
Istruzione		
nessuna/elementare	39,5	36,4-42,7
media inferiore	<u>67,7</u>	65,5-69,9
media superiore	<u>77,5</u>	75,8-79,3
laurea	<u>80,9</u>	77,7-84,2
Difficoltà economiche		
molte	51,7	48,9-54,4
qualcuna	<u>68,0</u>	66,2-69,9
nessuna	<u>81,8</u>	80,0-83,7
Patologie severe°°		
almeno una	32,2	30,2-36,1
assenti	<u>75,8</u>	74,5-77,1

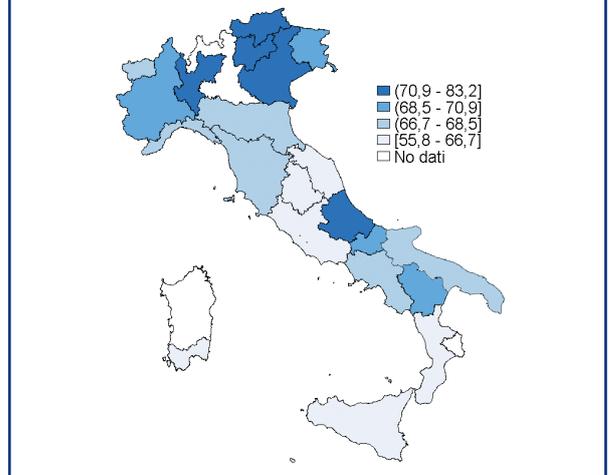
° Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona.

°° Almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie.

La sottolineatura indica la significatività statistica nell'analisi logistica multivariata rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. i maschi rispetto alle femmine).

- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, il 68% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute (range: 57% Calabria - 81% prov. aut. Bolzano).

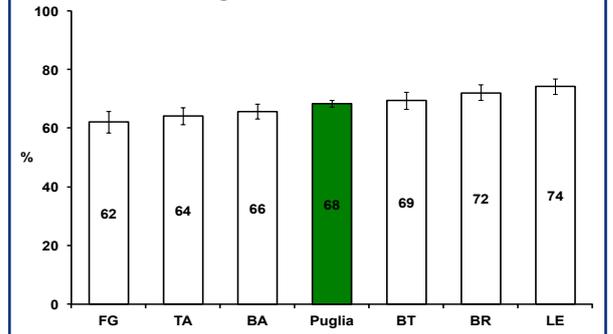
Proporzione (%) di intervistati che si dichiarano in salute buona o molto buona, per Regione di residenza PASSI Italia 2010



Come si distribuiscono le persone che si dichiarano in salute buona o molto buona nelle ASL e nei Distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

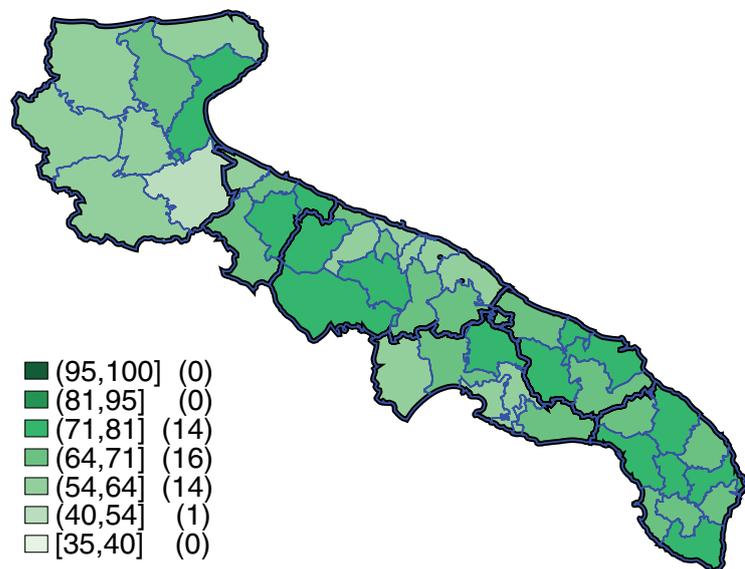
- Nelle ASL pugliesi, la proporzione di intervistati che ha riferito di essere in buona o molto buona salute mostra differenze per ASL di residenza (range: 62% Foggia - 74% Lecce).

Proporzione (%) di intervistati che si dichiarano in salute buona o molto buona, per ASL di residenza PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.365)



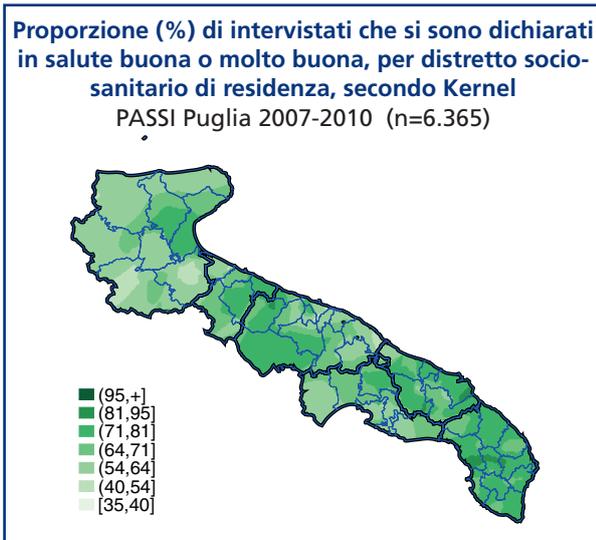
Proporzione (%) di intervistati che si sono dichiarati in salute buona o molto buona, per distretto socio-sanitario di residenza PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.365)

PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.365)



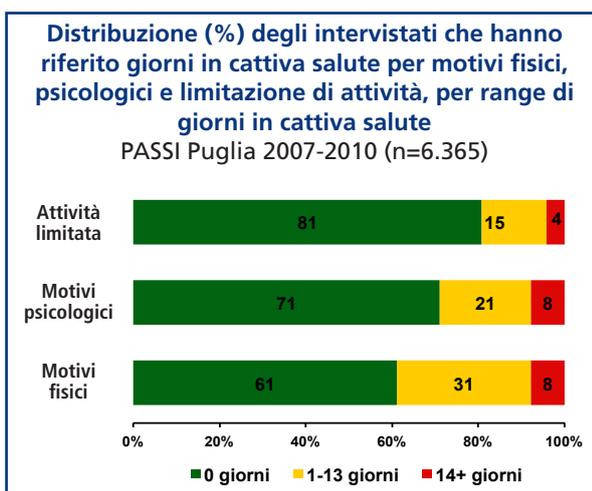
La proporzione di soggetti che riferiscono uno stato di salute buono o molto buono si distribuisce in maniera omogenea sul territorio regionale, con l'eccezione del distretto di Cerignola, dove si osserva una prevalenza di soggetti in buona salute significativamente più bassa rispetto alla media regionale.

Il cartogramma *kernel-smoothed* evidenzia che le aree a maggiore prevalenza di cittadini che percepiscono la propria salute come buona o molto buona sono le ASL di Lecce e Brindisi. Di contro, gran parte delle ASL di Taranto e di Foggia si caratterizzano per una maggiore proporzione di persone che percepiscono il proprio stato di salute come meno buono.



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

- In Puglia, la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentito bene negli ultimi 30 giorni.
- Il 61% ha riportato buona salute fisica, il 70% buona salute psicologica e l'81% assenza di limitazioni nelle attività abituali.
- Una piccola parte degli intervistati ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute, in particolar modo l'8% per motivi fisici, l'8% per motivi psicologici e il 4% per limitazioni nelle attività abituali.



Numero medio di giorni in cattiva salute nell'ultimo mese							
PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.363)							
Caratteristiche		Motivi fisici		Motivi psicologici		Attività limitata	
Totale		3,2	3,0-3,3	3,1	2,9-3,1	1,6	1,5-1,7
Classi di età	18 - 34	1,9	1,7-2,0	2,4	2,1-2,7	1,1	0,9-1,2
	35 - 49	2,7	2,4-3,0	2,9	2,5-3,2	1,4	1,2-1,6
	50 - 69	4,9	4,5-5,3	3,9	3,5-4,3	2,3	2,0-2,6
Sesso	uomini	2,6	2,3-2,8	2,4	2,1-2,6	1,5	1,3-1,7
	donne	3,7	3,5-4,1	3,7	3,4-4,0	1,7	1,5-1,9
Istruzione	nessuna/elementare	6,4	5,7-7,1	4,6	4,0-5,2	3,3	2,8-3,8
	media inferiore	3,0	2,6-3,4	3,2	2,8-3,6	1,6	1,4-1,9
	media superiore	2,3	2,1-2,6	2,4	2,1-2,7	1,1	1,0-1,2
	laurea	1,8	1,5-2,1	2,6	2,1-3,2	0,7	0,5-1,0
Difficoltà economiche	molte	5,4	4,8-6,0	5,1	4,5-5,6	3,0	2,6-3,4
	qualche	2,7	2,5-3,9	2,7	2,4-3,0	1,3	1,2-1,5
	nessuna	2,1	1,8-2,2	2,0	1,7-2,3	0,9	0,7-1,1
Patologie severe^o	almeno una	6,7	6,3-7,3	5,7	5,1-6,3	3,5	3,0-4,0
	assenti	2,4	2,2-2,6	2,5	2,3-2,7	1,2	1,1-1,3

^o Almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie.

Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni nelle attività abituali è maggiore:

- nei soggetti di età compresa tra 50 e 69 anni;
- nelle donne;
- nelle persone con grado di istruzione molto basso;
- nelle persone con difficoltà economiche;
- in coloro che presentano almeno una patologia severa.

Conclusioni

La percezione soggettiva di “sentirsi male” più che lo “stare male” è spesso l’elemento che condiziona il contatto tra individuo e sistema sanitario. Pertanto, la misura dello stato di salute percepito ed il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni per la programmazione delle Aziende Sanitarie Locali.

La maggior parte delle persone intervistate a livello regionale ha riferito la percezione di essere in buona salute. Tale percezione è più diffusa in particolare nei distretti delle province di Lecce e Brindisi.

Una percezione negativa del proprio stato di salute si osserva soprattutto nella classe d’età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d’istruzione, difficoltà economiche o affette da patologie severe. Questi gruppi della popolazione, con una peggiore qualità della vita in relazione allo stato di salute, sono i più vulnerabili e richiedono più risorse sanitarie. Sarebbe necessario, dunque, riservare un’attenzione mirata e dedicata a questo target nella sorveglianza, nella ricerca e nell’offerta di servizi.

Bibliografia

- CDC Healthy days methods 1989
<http://www.cdc.gov/hrqol/methods.htm#healthy>
- WHO Preventing chronic diseases: a vital investment, 2005 WHO global report
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf
- Commission “European Pact for Mental Health and well-being” 2008

Sintomi di depressione

La depressione è una malattia caratterizzata da sentimenti di tristezza e sensazione di vuoto interiore, perdita d'interesse e piacere, sensi di colpa e autosvalutazione, disturbi del sonno e dell'appetito, astenia e scarsa capacità di concentrazione. Questi sintomi possono diventare cronici o ricorrenti e determinare la compromissione della capacità di curare le attività quotidiane. Episodi di scompenso in pazienti depressi possono portare a suicidio; in proposito, ogni anno in Italia si registrano circa quattromila suicidi correlati a depressione.

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2004 la depressione è stata la terza causa di perdita di anni in buona salute. Tuttavia, se si considerano solo i paesi ad alto reddito, questa malattia risulta la prima causa di perdita di anni in buona salute.

In Italia, secondo lo studio Esemad, promosso congiuntamente dall'OMS e dall'Università di Harvard, si può stimare che siano un milione e mezzo le persone affette da depressione.

PASSI indaga la prevalenza di sintomi depressivi utilizzando un test validato, allo scopo di focalizzare l'attenzione degli operatori sanitari sull'importanza dei servizi rivolti a questa patologia. PASSI, inoltre, riesce a valutare la proporzione di cittadini che, pur manifestando tali sintomi, non riceve alcun tipo di aiuto o supporto da parte del sistema sanitario.

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Circa l'8% degli intervistati riferisce sintomi di depressione.
- Questa stima corrisponde in Puglia a circa 223 mila persone nella fascia 18-69 anni.
- I sintomi depressivi, sia all'analisi univariata che in un modello di regressione logistica multivariata, sono più frequenti:
 - nei soggetti di età compresa tra 50 e 69 anni;
 - nelle donne;
 - nelle persone con basso grado di istruzione;
 - nelle persone con molte difficoltà economiche;
 - tra coloro che non lavorano;
 - tra le persone che riferiscono almeno una patologia severa.

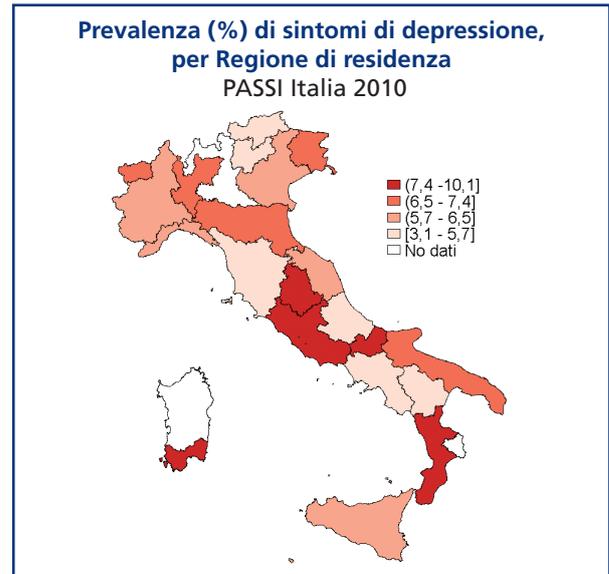
°Score PHQ-2 uguale o maggiore di 3

* Si rileva quale sia il numero di giorni - nelle ultime due settimane - durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: 1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose; 2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi vengono sommati e classificati in base ad uno score da 0 a 6; coloro che ottengono un score uguale o maggiore di 3 sono individuati come "persone con sintomi di depressione".

Prevalenza (%) di sintomi di depressione * ° PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.163)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	7,8	7,1-8,6
Classi di età		
18 - 34	7,3	6,1-8,6
35 - 49	7,0	5,8-8,2
50 - 69	<u>9,2</u>	7,8-10,5
Sesso		
uomini	5,8	4,9-6,7
donne	<u>9,8</u>	8,7-11,0
Istruzione		
nessuna/elementare	12,7	10,4-15,0
media inferiore	8,4	7,0-9,8
media superiore	<u>6,2</u>	5,2-7,2
laurea	<u>4,9</u>	2,9-7,0
Difficoltà economiche		
molte	15,0	13,0-17,0
qualcuna	<u>5,7</u>	4,9-6,8
nessuna	<u>5,1</u>	4,0-6,2
Stato lavorativo		
lavora	5,3	4,5-6,2
assente	<u>10,5</u>	9,2-11,5
Patologie severe^{oo}		
almeno una	<u>16,0</u>	13,5-18,3
assenti	6,2	5,4-6,9

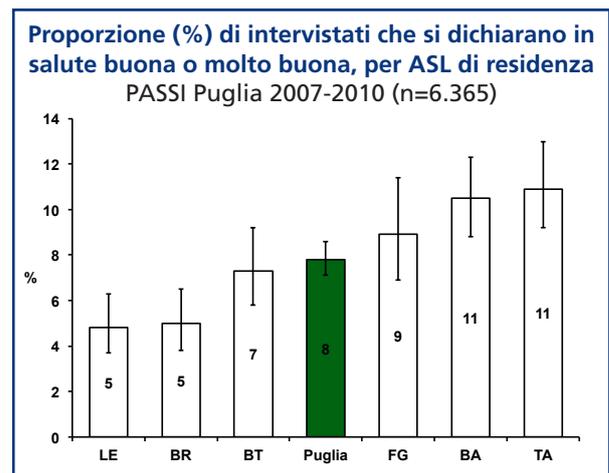
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini).

- Nelle ASL partecipanti al sistema di Sorveglianza PASSI a livello nazionale, nel 2010, la prevalenza di sintomi di depressione è risultata del 6%, con evidenti differenze regionali (range: 3% prov. aut. Bolzano - 10% Umbria).



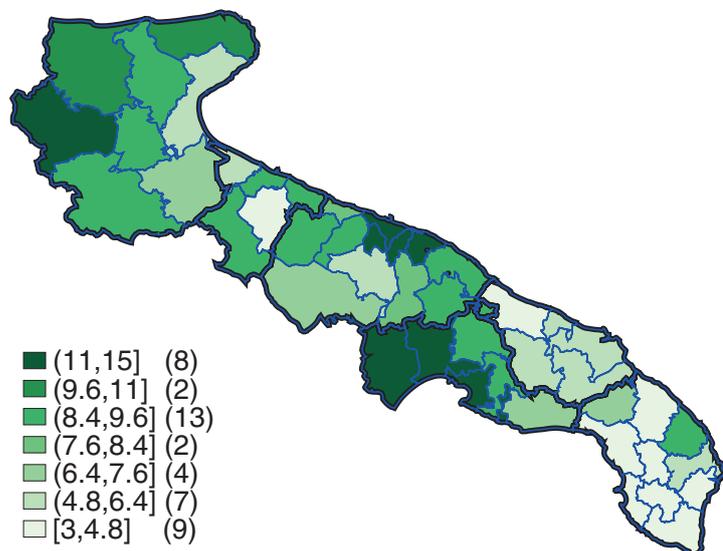
Come si distribuiscono i soggetti con sintomi di depressione nelle ASL e nei Distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- In Puglia, la prevalenza di sintomi di depressione è risultata più alta nelle ASL di Taranto, Bari e Foggia e più bassa nelle ASL Barletta-Andria-Trani, Brindisi e Lecce.



Prevalenza (%) di soggetti con sintomi di depressione, per distretto socio sanitario di residenza

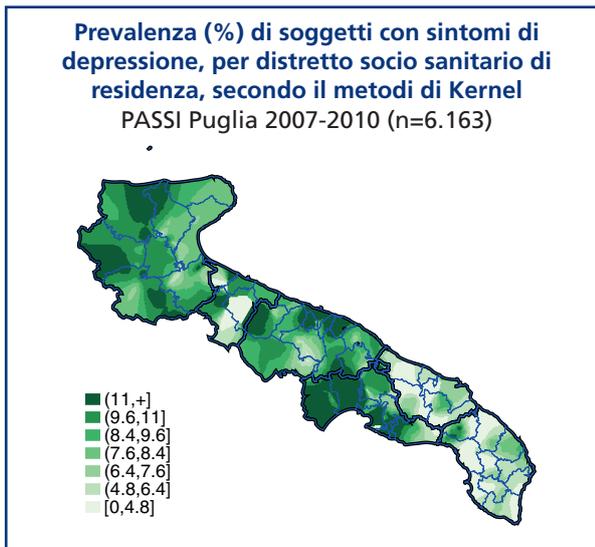
PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.163)



Nel distretto di Lucera della ASL Foggia, nei distretti della città di Bari, di Modugno, di Triggiano, di Mola di Bari, della ASL Bari e nei distretti della città di Taranto, Ginosa e Mas-safra nella ASL Taranto è evidente una prevalenza di soggetti con sintomi di depressione molto più elevata rispetto alla media regionale.

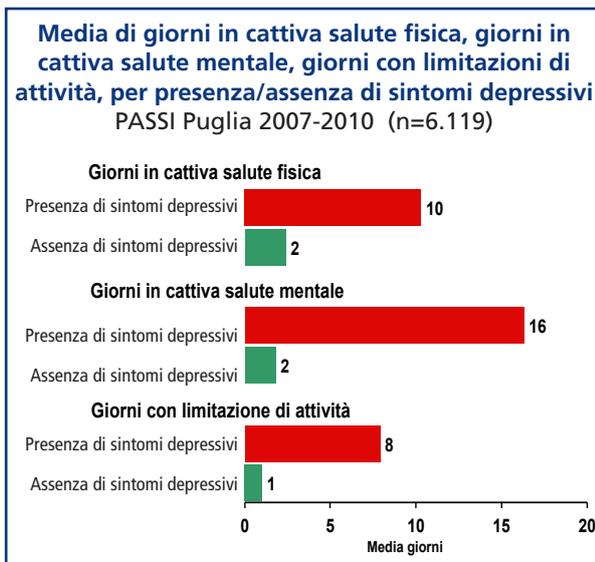
In quasi tutti i distretti della ASL Lecce, nel distretto di Fasano e nel distretto di Andria si osserva una prevalenza di sintomi di depressione inferiore alla media regionale.

Il cartogramma *kernel-smoothed* evidenzia una prevalenza più bassa di sintomi di depressione nei territori delle ASL Lecce e Brindisi.



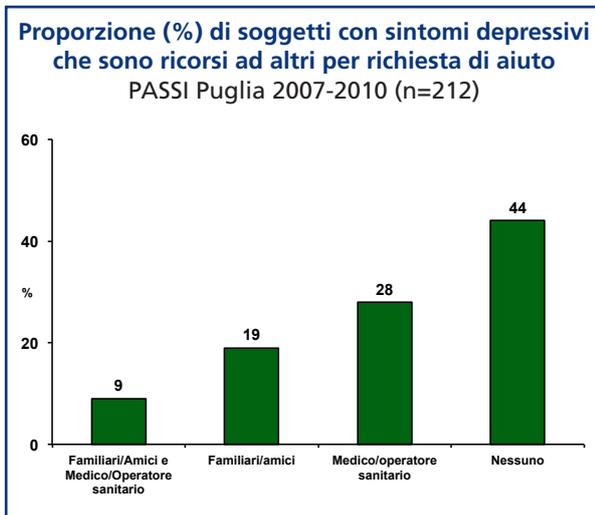
Quali conseguenze sulla qualità della vita percepita?

- Un terzo dei soggetti con sintomi di depressione ha descritto positivamente il proprio stato di salute.
- La media dei 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 rispetto a quelle senza sintomi.



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Quasi la metà delle persone con sintomi depressivi (44%) ha riferito di non essersi rivolta a nessuno per farsi aiutare.
- Solo poco più di un quarto di esse ha riferito di essere ricorsa all'aiuto di un operatore sanitario (28%).



Conclusioni

In Puglia la presenza di sintomi depressivi è riferita da quasi una persona su dieci e riguarda, soprattutto, le classi d'età più avanzate, le donne e le persone con condizioni sociali e di salute vulnerabili.

Sembrerebbe che tali sintomi siano più frequenti in alcuni distretti socio-sanitari delle ASL Bari, Taranto e Foggia, mentre la zona del Salento mostra percentuali nettamente inferiori e sovrapponibili alla media nazionale.

Le persone con sintomi di depressione riportano un sensibile peggioramento della qualità della vita e limitazioni nelle attività quotidiane.

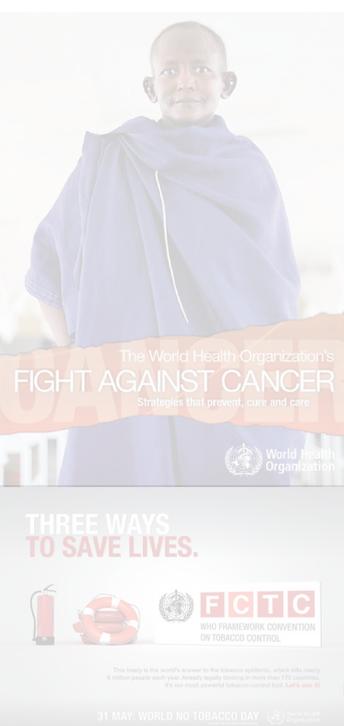
Tuttavia, il ruolo dei servizi sanitari rimane ancora limitato nella presa in carico e nel trattamento dei disturbi depressivi e una significativa quota di bisogno non giunge all'attenzione degli operatori sanitari.

Bibliografia

- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB "The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener" *javascript:AL_get(this, 'jour', 'Med Care.');*; 2003 Nov;41(11):1284-92.
- De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. et al "La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH" *"Epidemiologia e Psichiatria Sociale"* n. 4, 2005
<http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>
- European Commission "European Pact for Mental Health and well-being" 2008

GUADAGNARE SALUTE

Attività fisica	pag. 39
Situazione nutrizionale	" 44
Consumo di alcol	" 52
Abitudine al fumo	" 61
Fumo passivo	" 70



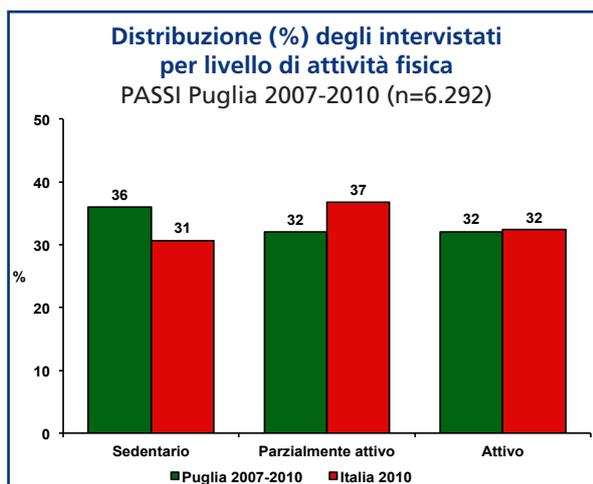
Attività fisica

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per attività fisica si intende "qualunque sforzo esercitato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduca in un consumo di energia superiore a quello in condizioni di riposo". In questa definizione rientrano, quindi, non solo le attività sportive ma anche semplici movimenti quotidiani come camminare, andare in bicicletta, ballare, giocare, fare giardinaggio e i lavori domestici.

Un'attività fisica regolare è uno degli elementi più importanti per mantenersi in buona salute mentre la sedentarietà è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, il diabete e i tumori. Il livello di attività fisica raccomandata nella popolazione adulta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è di almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni oppure più di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni alla settimana.

Quante persone sono attive fisicamente e quante sono sedentarie?

- Il 32% delle persone intervistate ha riferito uno **stile di vita attivo**, in quanto svolge un'attività lavorativa pesante oppure pratica attività fisica moderata/intensa.
- Il 32% degli intervistati è classificabile come **parzialmente attivo** in quanto pratica attività fisica in quantità inferiore alle raccomandazioni.
- Più di un terzo del campione è completamente **sedentario** (36%). Tale stima corrisponde a circa un milione di persone sedentarie in Puglia nella fascia 18-69 anni.
- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età, è più diffusa nelle persone con un livello di istruzione più basso e nel sesso femminile; queste differenze vengono confermate da un modello di regressione logistica multivariata.



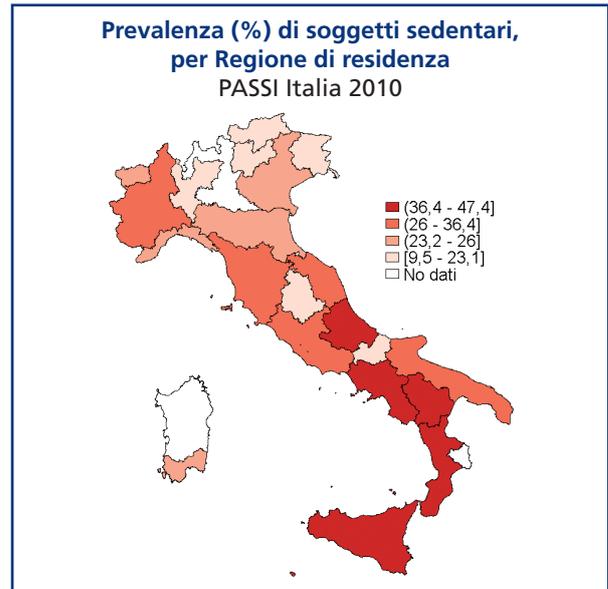
Prevalenza (%) di soggetti sedentari

PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.292)

Caratteristiche	%	IC95%
Totale	36,0	34,7-37,3
Classi di Età		
18 - 34	32,2	30,1-34,4
35 - 49	<u>39,7</u>	37,4-42,0
50 - 69	<u>36,2</u>	33,9-38,4
Sesso		
uomini	32,4	30,6-34,2
donne	<u>39,4</u>	37,6-41,2
Istruzione		
nessuna/elementare	39,9	36,7-43,1
media inferiore	37,6	35,3-40,0
media superiore	<u>33,4</u>	31,4-35,5
laurea	<u>34,7</u>	30,6-38,8
Difficoltà economiche		
molte	40,9	38,2-43,7
qualcuna	<u>35,2</u>	33,3-37,2
nessuna	<u>33,0</u>	30,7-35,2

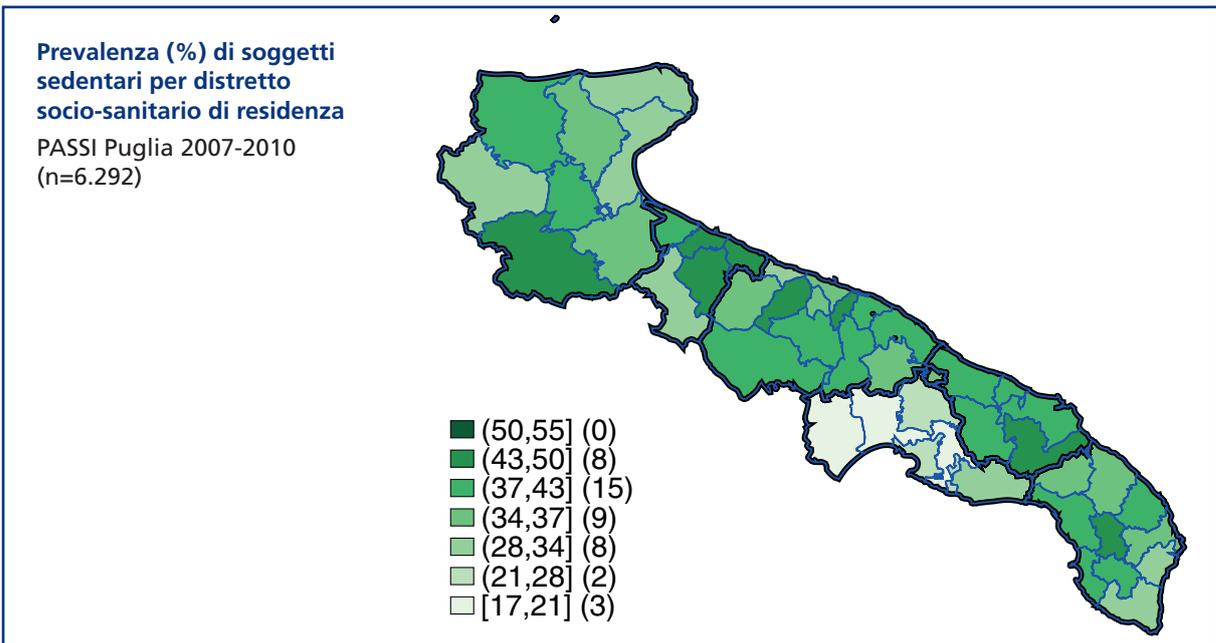
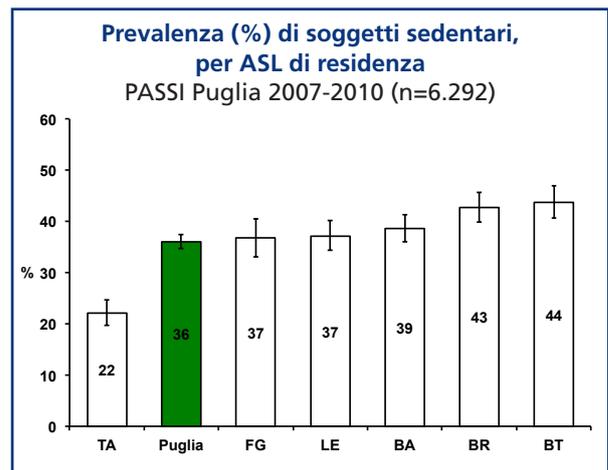
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica nell'analisi multivariata (es. nessuna difficoltà economica rispetto molte difficoltà economiche).

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la proporzione di soggetti sedentari è risultata del 31%, con una prevalenza più elevata nelle Regioni del Sud Italia.



Com'è distribuita la sedentarietà nelle ASL e nei Distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

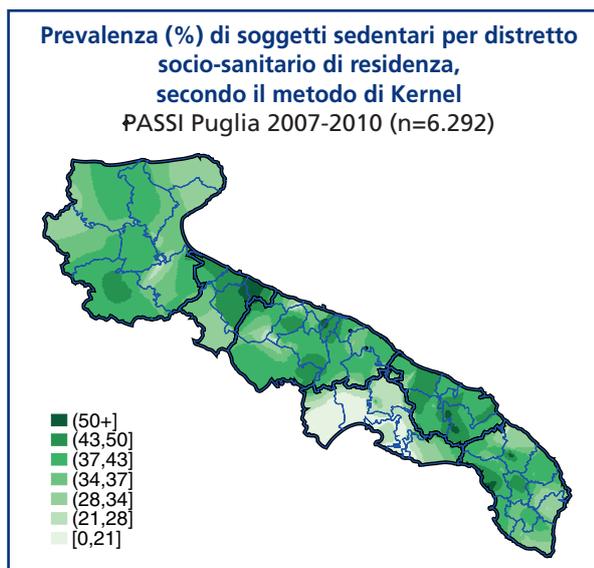
- La prevalenza di soggetti sedentari risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nella ASL Taranto e più elevati nelle ASL Barletta-Andria-Trani e Brindisi.



La prevalenza di soggetti sedentari si distribuisce a macchia di leopardo sul territorio regionale, con valori superiori alla media regionale nel distretto di Troia della ASL Foggia, nei distretti di Andria, Barletta e Trani della ASL BT, nei distretti di Bitonto e Triggiano della ASL Bari, nel distretto di Mesagne della ASL Brindisi e nel distretto di Galatina della ASL Lecce.

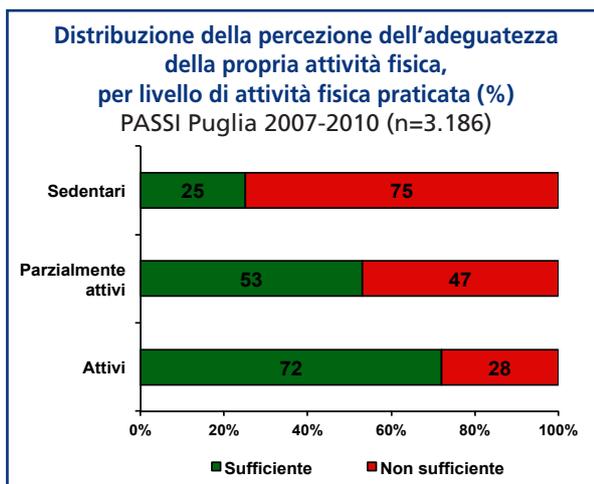
Tutti i distretti della ASL Taranto, invece, si caratterizzano per la più bassa prevalenza di sedentari della Regione.

Il cartogramma lisciato con il metodo Kernel conferma una inferiore quota di sedentari nell'ambito di tutta la ASL Taranto. Le altre ASL pugliesi mostrano una prevalenza di sedentari omogenea, con un eccesso localizzato nella zona costiera della ASL Barletta-Andria-Trani.



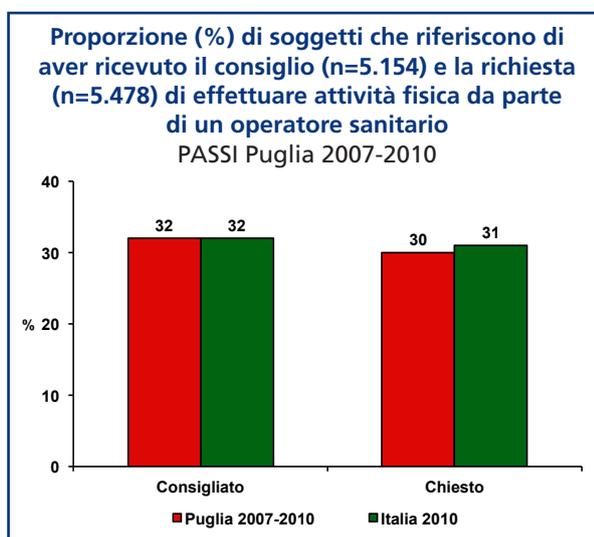
Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- In Puglia, circa la metà delle persone parzialmente attive (53%) e un quarto delle persone completamente sedentarie (25%) percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- A livello del pool nazionale di ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza, una percentuale pari al 20% dei sedentari ritiene di svolgere una adeguata attività fisica.

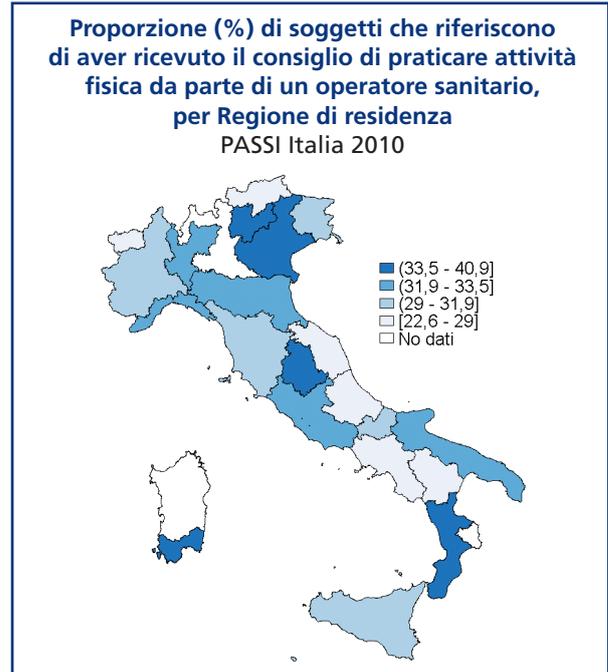


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

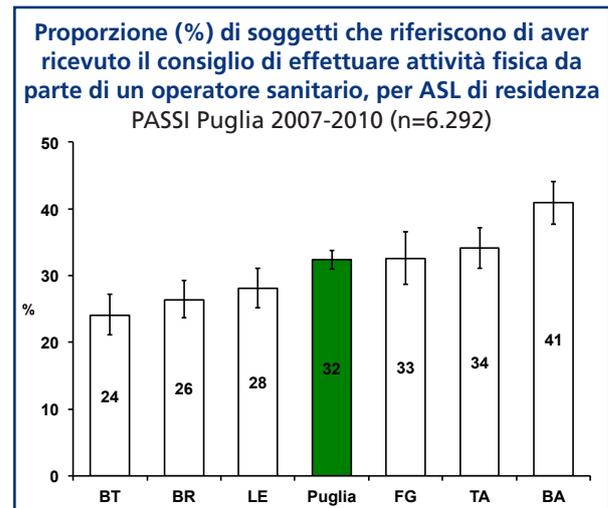
- In Puglia, un terzo degli intervistati (30%) ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica.
- Circa un terzo (32%) ha riferito di aver ricevuto il consiglio di praticarla regolarmente.



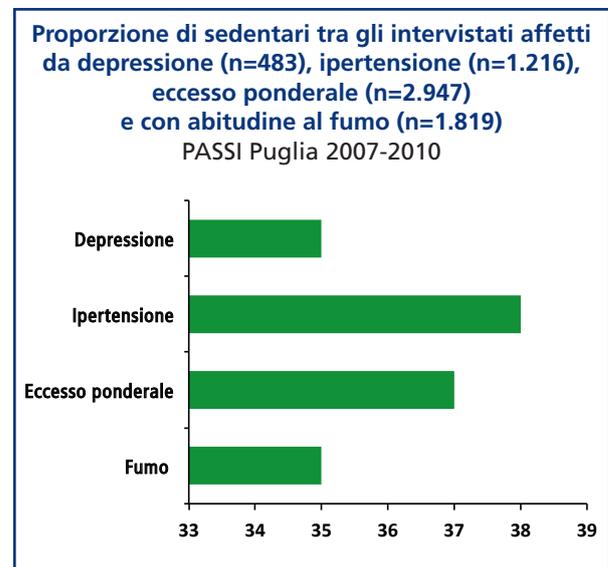
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 32% del campione ha riferito il aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica.



- La proporzione più bassa di soggetti che hanno ricevuto il consiglio di effettuare attività fisica da parte di un operatore sanitario risulta più bassa nella ASL Barletta-Andria-Trani.



- La prevalenza di sedentari risulta consistente in presenza di altre condizioni di rischio.



Conclusioni

La prevalenza di sedentari in Puglia è superiore rispetto a quella registrata nel *pool* nazionale di ASL, fatta eccezione per la ASL Taranto.

Lo sviluppo di strategie che portino a un aumento della diffusione dell'attività fisica, attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia, è un obiettivo di sanità pubblica che può essere raggiunto solo attraverso politiche sanitarie mirate, condivisione di obiettivi e individuazione delle responsabilità. Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica a livello di comunità sono evidenti sia a livello sociale che economico.

In quest'ottica, l'attenzione e il consiglio dell'operatore sanitario, misure efficaci nel sostenere l'adozione di uno stile di vita più attivo, devono essere esercitati nel nostro territorio con maggiore frequenza, attenzione e fiducia.

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- Healthy People 2010
www.healthypeople.gov
- U.S. Department of health and human service "Physical activity guideline for Americans", 2008
<http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx>
- 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 Service Physical activity"
<http://www.thecommunityguide.org/pa/>
- WHO "Collaboration between health and transport sectors in promoting physical activities", 2006
<http://www.euro.who.int/Document/E90144.pdf>
- WHO "Global strategy on diet, physical activity and health", 2004
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en/index.html>

Situazione nutrizionale

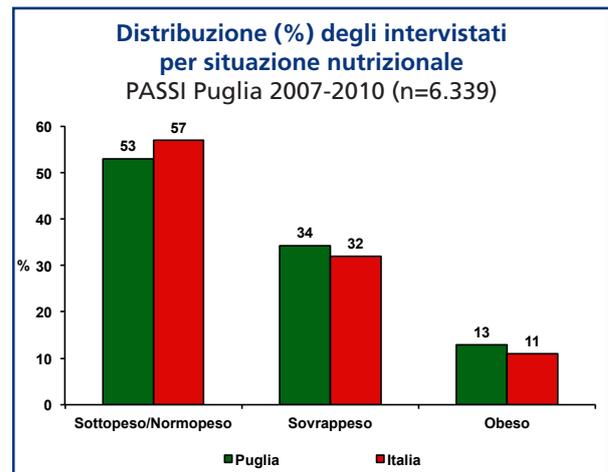
La situazione nutrizionale è un importante determinante di salute di una popolazione. Il sovrappeso e l'obesità in particolare rappresentano un fattore di rischio rilevante per diverse malattie croniche, quali cardiopatie ischemiche, ictus, ipertensione, diabete mellito e neoplasie; inoltre l'eccesso ponderale è correlato ad una riduzione dell'aspettativa di vita e ad un sostanziale peggioramento della sua qualità.

Le caratteristiche ponderali vengono definite in relazione al valore dell'Indice di Massa Corporea (*Body Mass Index* o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato. A seconda del valore di BMI sono definite 4 categorie: *sottopeso* (BMI <18,5), *normopeso* (BMI 18,5-24,9), *sovrappeso* (BMI 25,0-29,9) e *obeso* (BMI ≥ 30).

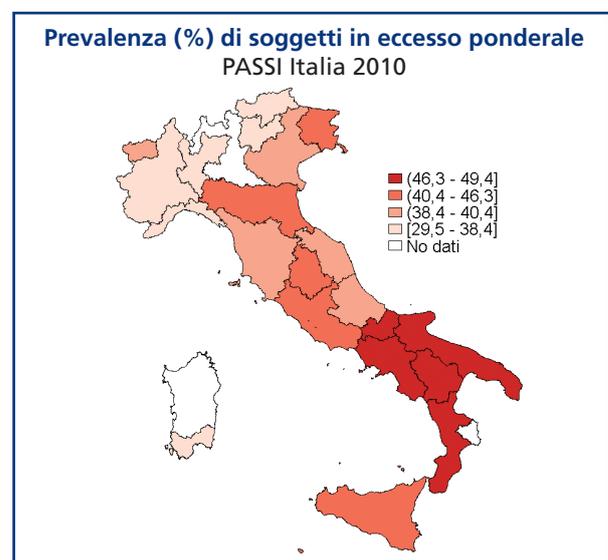
Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo rispetto all'insorgenza di patologie croniche ed in particolare di eventi cardio-cerebro-vascolari; l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Qual è la situazione nutrizionale della popolazione?

- In Puglia, poco meno della metà degli intervistati (47%) presenta un eccesso ponderale (sovrappeso o obesità).
- Questa stima corrisponde in Puglia complessivamente a circa un milione e 300mila persone di 18-69 anni in eccesso ponderale, di cui circa un milione in sovrappeso e 300mila obesi.



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 43% degli intervistati presenta un eccesso ponderale (32% sovrappeso e 11% obesità).

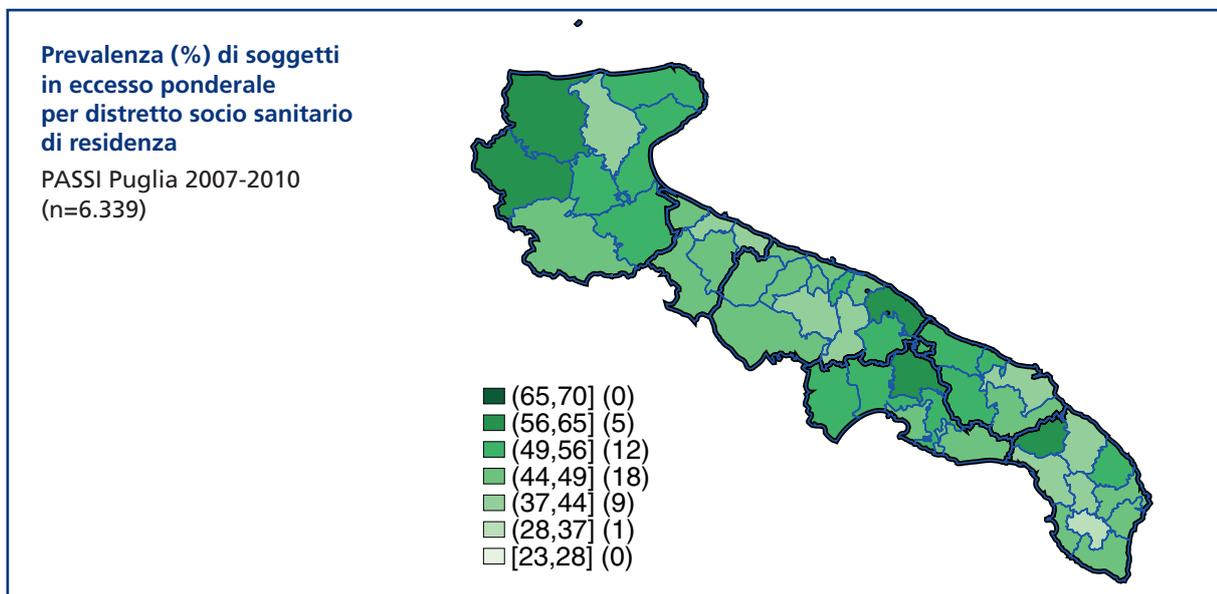
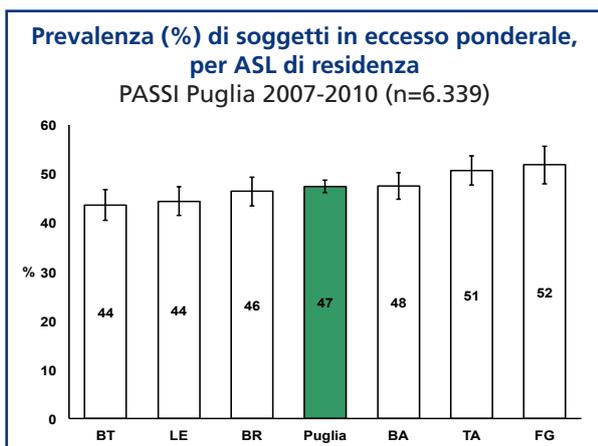


Quante e quali persone sono in eccesso ponderale in Puglia?

- La prevalenza di eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è significativamente maggiore:
 - nei soggetti di fasce di età più avanzate;
 - nei soggetti di sesso maschile;
 - tra le persone con basso livello di istruzione;
 - tra le persone con molte difficoltà economiche percepite.
- Includendo tutte le variabili in un modello logistico multivariato, si confermano significativamente associati con l'eccesso ponderale: l'età maggiore di 34 anni, il sesso maschile, il grado di istruzione più basso e le difficoltà economiche percepite.
- Non sono emerse differenze sostanziali nella distribuzione della proporzione di soggetti in eccesso ponderale tra le ASL regionali (range: 44% Barletta - Andria - Trani - 52% Foggia).

Prevalenza di soggetti con eccesso ponderale (BMI ≥ 25) PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.339)				
Caratteristiche	Sovrappeso		Obesi	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	34,3	33,1-35,6	13,1	12,2-14
Classi di Età				
18 - 34	21,6	19,6-23,5	5,2	4,1-6,2
35 - 49	<u>36,6</u>	<u>34,5-38,8</u>	<u>2,9</u>	<u>1,2-14,6</u>
50 - 69	45	2,6-47,4	21,3	19,4-23,2
Sesso				
uomini	43	41,1-44,8	12,5	11,2-13,8
donne	<u>26</u>	<u>24,3-27,6</u>	<u>13,6</u>	<u>12,6-14,9</u>
Istruzione				
nessuna/elementare	40,4	37,1-43,6	27	24-29,9
media inferiore	38,5	36,2-40,8	13,5	11,9-15,2
media superiore	31	29-33	8,6	7,4-9,8
laurea	<u>25,2</u>	<u>21,4-29</u>	<u>6,6</u>	<u>4,4-8,8</u>
Difficoltà economiche				
molte	38,1	35,4-40,8	18,8	16,6-20,9
qualcuna	<u>34,9</u>	<u>33-36,8</u>	<u>13,3</u>	<u>11,9-14,7</u>
nessuna	30,5	28,3-32,8	8,3	6,9-9,6

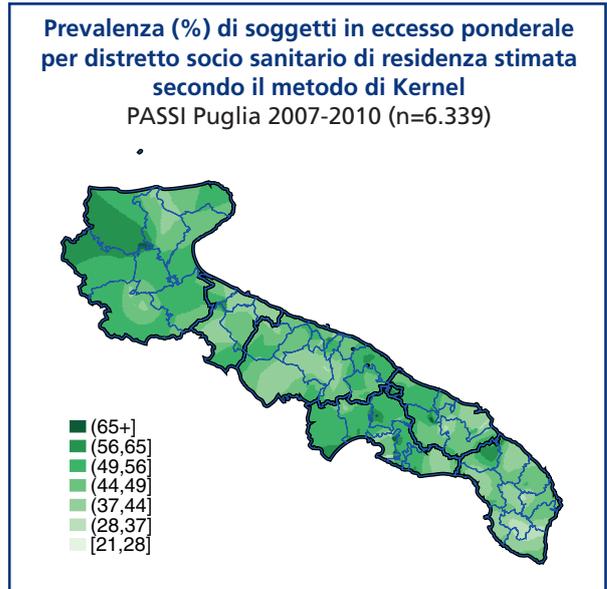
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini).



Prevalenze più elevate di soggetti in sovrappeso o obesi si osservano nella ASL Foggia nei distretti di San Severo e di Lucera, nella ASL Bari nel distretto di Monopoli, nella ASL Taranto nel distretto di Martina Franca e nella ASL Lecce nel distretto di Campi Salentina.

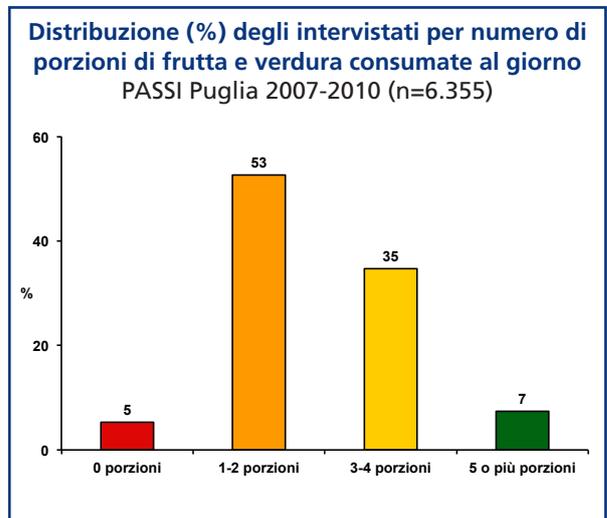
Di contro, la percentuale più bassa di soggetti in eccesso ponderale si osserva nel distretto di Casarano (ASL Lecce). Prevalenze al di sotto della media regionale si osservano anche nei distretti di San Marco in Lamis (ASL Foggia), di Barletta e Bisceglie della ASL BAT, di Grumo Appula e Gioia del Colle della ASL Bari, di Brindisi e nei distretti di San Cesareo, Nardò e Galatina nella ASL Lecce.

Il cartogramma lisciato con il metodo di Kernel mostra che la ASL Taranto e gran parte dei distretti della ASL Foggia e Brindisi si caratterizzano per una prevalenza di soggetti in eccesso ponderale al di sopra della media regionale.



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

- La quasi totalità degli intervistati (95%) ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Il 7% ha riferito di mangiare 5 o più porzioni di frutta o verdura al giorno.

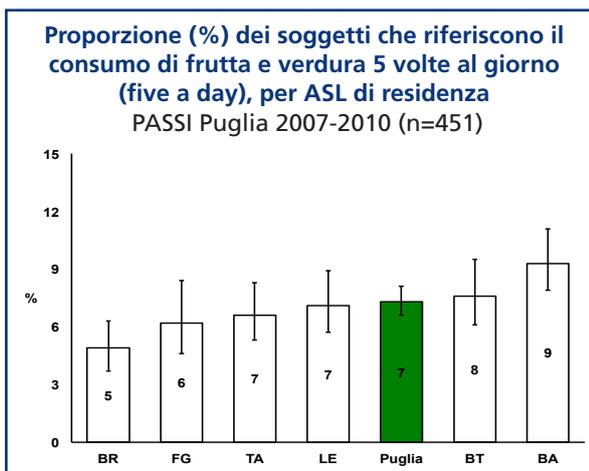


- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
 - nei soggetti tra 35 e 69 anni;
 - nelle persone laureate;
 - nelle persone con nessuna difficoltà economica;
 - nelle persone in sovrappeso.
- L'analisi dei determinanti "five a day" in un modello di regressione logistica evidenzia associazioni significative con età (35-49 e 50-69 anni), nessuna difficoltà economica riferita, livello d'istruzione superiore alla licenza elementare ed eccesso ponderale.

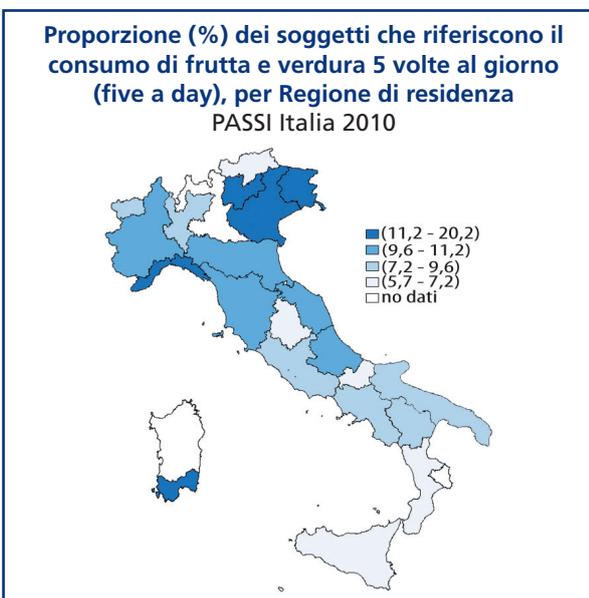
Proporzione (%) dei soggetti che riferiscono il consumo di frutta e verdura 5 volte al giorno (five a day) PASSI Puglia 2007-2010 (n=451)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	7,3	6,6-8,1
Classi di Età		
18 - 34	4,3	3,2-5,4
35 - 49	8,4	7,1-9,8
50 - 69	9,4	8,0-10,8
Sesso		
uomini	7,1	6,1-8,1
donne	7,6	6,6-8,7
Istruzione		
nessuna/elementare	6,4	4,8-8,1
media inferiore	7,5	6,1-8,8
media superiore	7,1	6,0-8,3
laurea	9,4	6,7-12,1
Difficoltà economiche		
molte	6,3	5,0-7,7
qualcuna	6,6	5,6-7,6
nessuna	9,3	7,9-10,8
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	6,4	5,4-7,4
sovrappeso	8,3	7,1-9,6
obeso	8,5	6,3-10,7

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)

- Si osservano differenze nelle prevalenze di adesione al "five a day", con valori minimi nell'ASL Brindisi (5%) e massimi nella ASL Bari (9%).

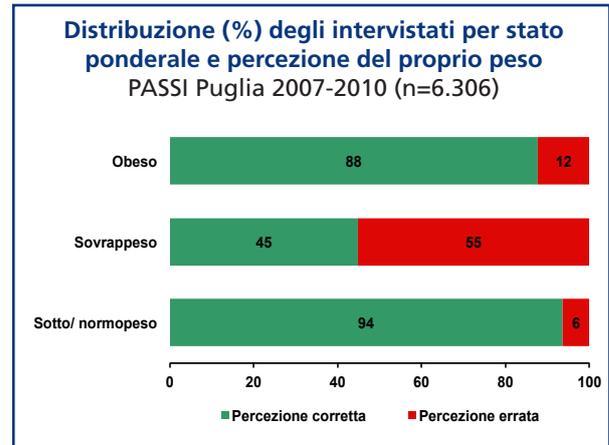


- I dati del sistema PASSI riferiti all'Italia evidenziano una prevalenza media di soggetti che riferiscono il consumo di frutta e verdura 5 volte al giorno pari al 10%.
- Il valore rilevato in Puglia risulta tra i più bassi a livello nazionale.



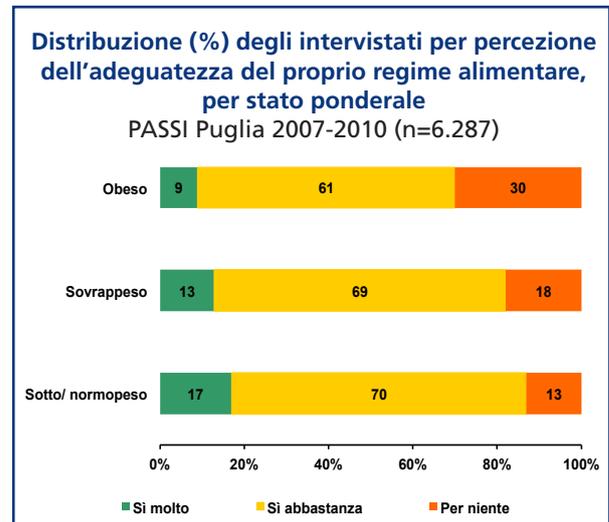
Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- Più della metà dei soggetti in sovrappeso ha una percezione distorta del proprio stato nutrizionale, ritenendo di essere normopeso. Al contrario, soltanto il 12% degli obesi riferisce una percezione errata.



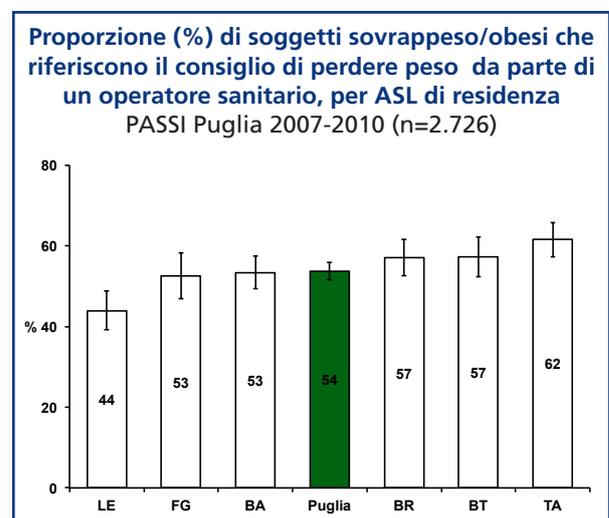
Come viene percepita la propria alimentazione?

- La maggior parte degli intervistati (83%) ritiene di avere una alimentazione adeguata per la propria salute.
- Questa percezione è frequente anche nelle persone sovrappeso (82%) e negli obesi (69%).

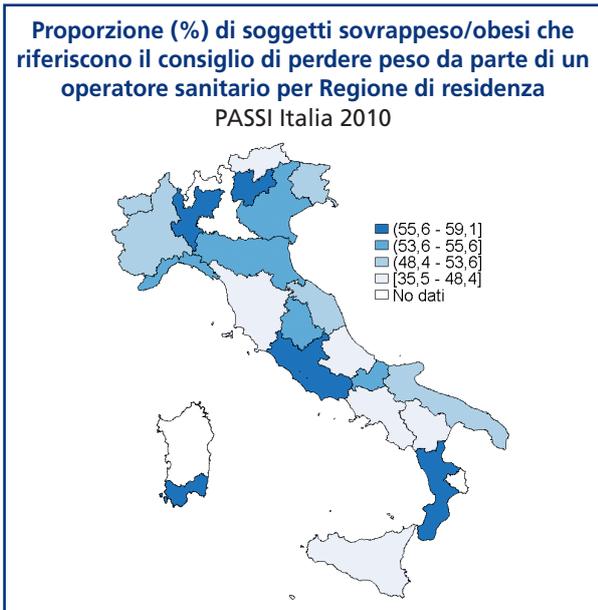


Quante persone in eccesso ponderale ricevono il consiglio di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

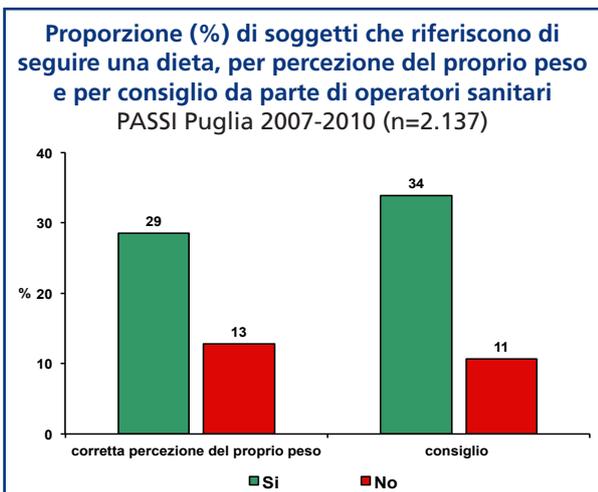
- In Puglia, poco più della metà delle persone in eccesso ponderale (54%), circa la metà delle persone in sovrappeso (44%) e la maggior parte di quelle obese (78%) hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario.
- Si osservano differenze nella frequenza con cui viene riferito tale consiglio per ASL di residenza, con valori minimi nella ASL Lecce (44%) e massimi nella ASL Taranto (62%).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 52% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio.

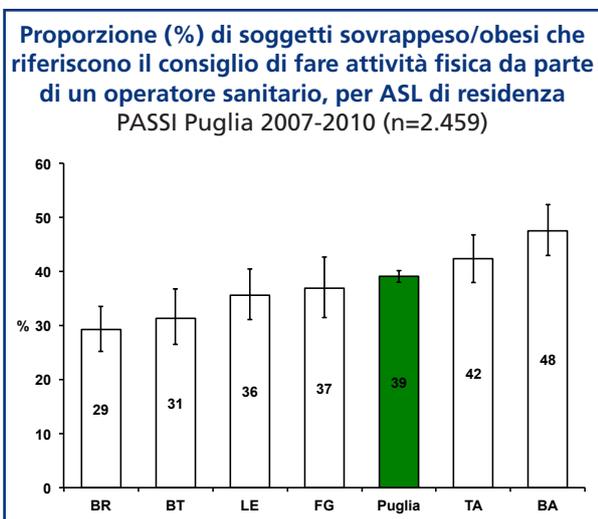


- Poco più di un quinto delle persone in eccesso ponderale (22%) ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso. Tale proporzione è pari al 20% tra i sovrappeso e al 28% tra gli obesi.
- Tale percentuale è significativamente più alta:
 - nelle donne (29%) rispetto agli uomini (17%);
 - nelle persone con una percezione corretta del proprio peso (28%) rispetto a coloro che hanno una percezione distorta (13%);
 - nelle persone che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (34%) rispetto a coloro che non riferiscono tale consiglio (11%).



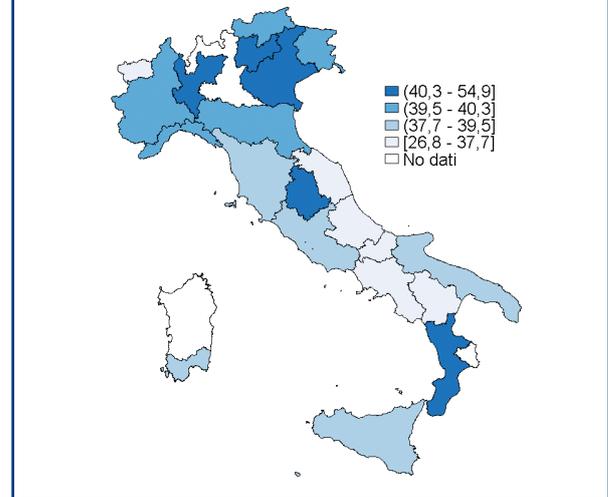
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari

- In Puglia circa due persone su cinque in eccesso ponderale (39%) hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario. Ha riferito questo consiglio circa un terzo delle persone in sovrappeso (36%) e poco meno della metà degli obesi (47%).
- La proporzione di soggetti in eccesso ponderale che riferiscono tale consiglio mostra variazioni nelle diverse ASL pugliesi (range: 29% Brindisi – 48% Bari).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 39% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio.

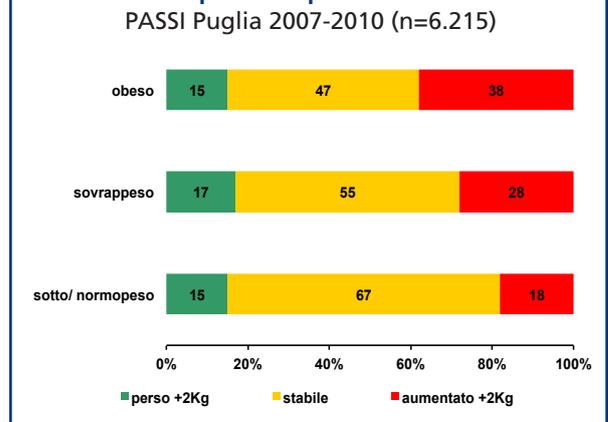
Proporzione (%) di soggetti sovrappeso/obesi che riferiscono il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario per Regione di residenza PASSI Italia 2010



Quante persone hanno modificato il proprio peso nell'ultimo anno?

- In Puglia quasi un quarto degli intervistati (24%) ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone che riferiscono un aumento di peso è significativamente più elevata:
 - nei soggetti di età compresa tra 18 e 34 anni;
 - nelle persone già in eccesso ponderale (38% degli obesi e 28% dei sovrappeso rispetto al 18% dei normopeso).
 - nelle donne (26%) rispetto agli uomini (21%)

Proporzione (%) di soggetti che riferiscono modifiche del proprio peso negli ultimi 12 mesi, per stato ponderale



Conclusioni

Per diffusione e conseguenze sulla salute, l'eccesso ponderale è il secondo principale fattore di rischio modificabile per l'insorgenza di malattie croniche in Italia.

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, in Puglia quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale. Pertanto, l'obesità e il sovrappeso rappresentano una priorità per la programmazione sanitaria regionale.

I distretti socio-sanitari delle ASL Foggia e Taranto evidenziano una maggiore prevalenza di persone in sovrappeso o francamente obese.

Le persone in sovrappeso spesso sottovalutano la loro condizione e gli stessi operatori sanitari sembrano non porre l'attenzione necessaria al problema.

Le ASL, insieme ai distretti socio-sanitari, possono individuare obiettivi di salute specifici perché esistono grandi margini di miglioramento per:

- promuovere la consapevolezza dell'importanza di mantenere il peso ideale, favorendo il movimento e una dieta sana
- aumentare la disponibilità, l'accessibilità e il consumo di frutta e verdura
- aumentare l'attenzione specifica ed i consigli di medici e operatori sanitari.

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity - Conference report
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070503_1
- Action Plan Oms 2008-2013 sulle malattie non trasmissibili
http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf
- WHO European Action Plan for food and nutrition policy 2007-2010
<http://www.euro.who.int/document/E91153>.
- CDC Fruit and vegetable benefits
<http://www.fruitsandveggiesmatter.gov/benefits/index.html#>

Consumo di alcol

Negli ultimi anni sempre maggiore attenzione viene rivolta al consumo di alcol, in quanto tale abitudine favorisce l'insorgenza di malattie come la cirrosi epatica, il diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, malattie cardiovascolari, tumori e problemi di salute materno-infantile. Inoltre, il consumo di alcol è correlato ad incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro ed episodi di violenza.

I danni alcol-correlati possono riguardare pertanto non solo il bevitore, ma anche le famiglie e la collettività.

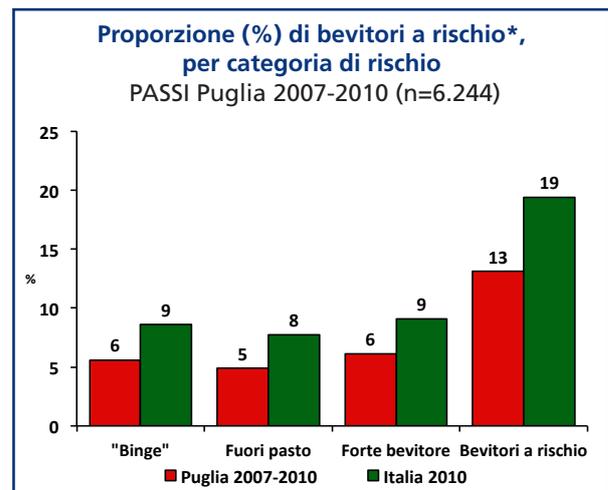
Si stima che i costi dei problemi di salute alcol-correlati, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto Interno Lordo.

Sono considerati comportamenti a rischio queste tre modalità di assunzione di alcol: il forte consumo, il bere abitualmente fuori pasto e il consumo occasionale di un numero alto di unità alcoliche (*binge drinking*). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore¹.

La definizione delle quantità-soglia per il consumo forte di alcol è stata recentemente abbassata dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione in accordo con le più recenti evidenze scientifiche. In base alla nuova definizione sono da considerare "forti bevitori" gli uomini che bevono più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che bevono più di 1 unità. Per *binge drinking* si intende il consumo almeno una volta al mese di 5 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione per gli uomini e 4 o più unità di bevande alcoliche in una unica occasione per le donne.

Quanti sono i bevitori a rischio?

- In Puglia, più della metà degli intervistati (54%) ha riferito di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese.
- Complessivamente il 13% degli intervistati può essere classificato come **bevitore a rischio** in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa.
- Tale stima corrisponde a circa 365mila persone di 18-69 anni classificabili come bevitori a rischio, di cui 80mila nella fascia 18-24 anni.
- Il 60% dei bevitori consuma alcol durante tutta la settimana.



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

¹ Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione (12°), o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione (4-5°) o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico (40°).

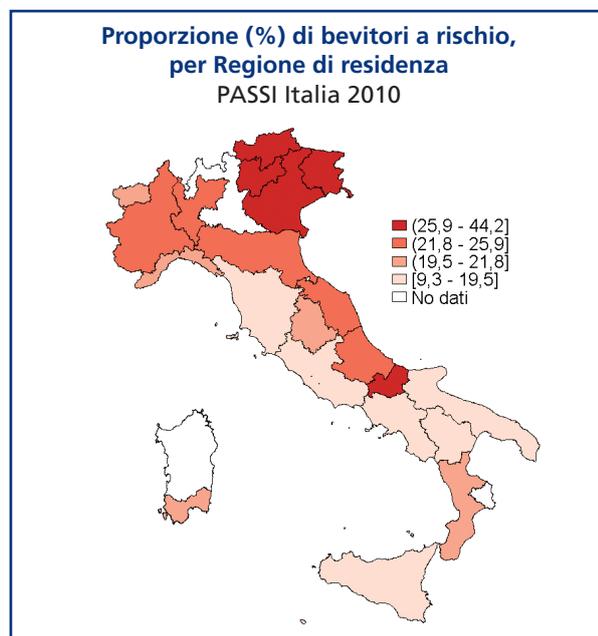
- Il consumo a rischio è più frequente:
 - tra gli intervistati di 18-24 anni;
 - tra gli uomini;
 - tra le persone con titolo di studio più elevato.
- Includendo tutte le variabili in un modello logistico multivariato, emerge una associazione statisticamente significativa tra il consumo di alcol e l'età più giovane, il sesso maschile e le difficoltà economiche.

Proporzioni (%) di bevitori a rischio* PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.244)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	13,1	12,2-14,0
Classi di Età		
18 - 24	23,1	20,1-26,1
25 - 34	<u>17,0</u>	14,8-19,1
35 - 49	<u>11,2</u>	9,7-12,7
50 - 69	8,8	7,5-10,1
Sesso		
uomini	18,3	16,9-19,7
donne	<u>8,1</u>	7,1-9,1
Istruzione		
nessuna/elementare	9,7	7,8-11,7
media inferiore	<u>12,8</u>	11,2-14,3
media superiore	<u>14,5</u>	13,0-16,0
laurea	<u>14,1</u>	11,3-17,0
Difficoltà economiche		
molte	13,1	11,3-14,9
qualcuna	13,2	11,8-14,5
nessuna	12,9	11,3-14,5

* Sono considerati bevitori a rischio i forti bevitori, i bevitori fuori pasto e i binge drinking.

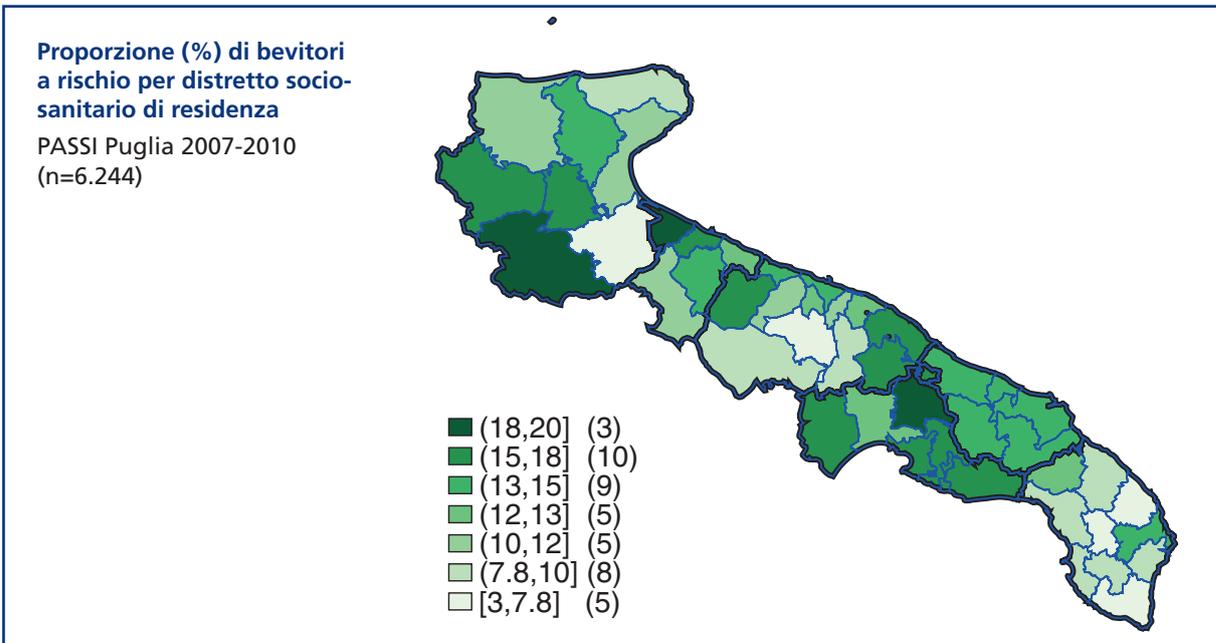
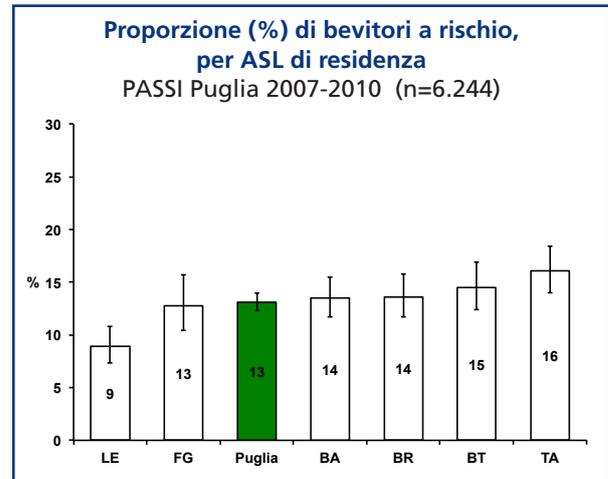
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)

- A livello nazionale, la proporzione di bevitori a rischio è stimata pari al 19% degli intervistati. In particolare, considerando che i bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie a rischio (fuori pasto / binge / forte bevitore), il 9% sono forti consumatori, il 9% riferiscono consumo fuori pasto e l'8% sono classificabili come *binge drinker*.
- La proporzione di soggetti bevitori a rischio mostra un gradiente Nord-Sud.



Come si distribuiscono i bevitori a rischio nelle ASL e nei Distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

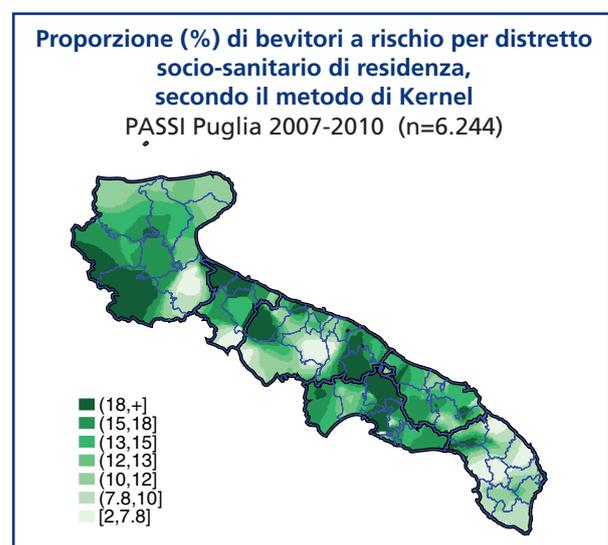
- La proporzione di bevitori a rischio differisce per ASL di residenza (range: 9% Lecce – 16% Taranto).



Le proporzioni di bevitori a rischio più alte a livello regionale si riscontrano nel distretto di Troia nella ASL Foggia, nel distretto di Margherita di Savoia della ASL Barletta-Andria-Trani e nel distretto di Martina Franca della ASL Taranto.

Proporzioni inferiori rispetto alla media regionale si riscontrano nei distretti di Cerignola della ASL Foggia, di Grumo Appula della ASL Bari, di Martano, Galatina e Gagliano del Capo della ASL Lecce.

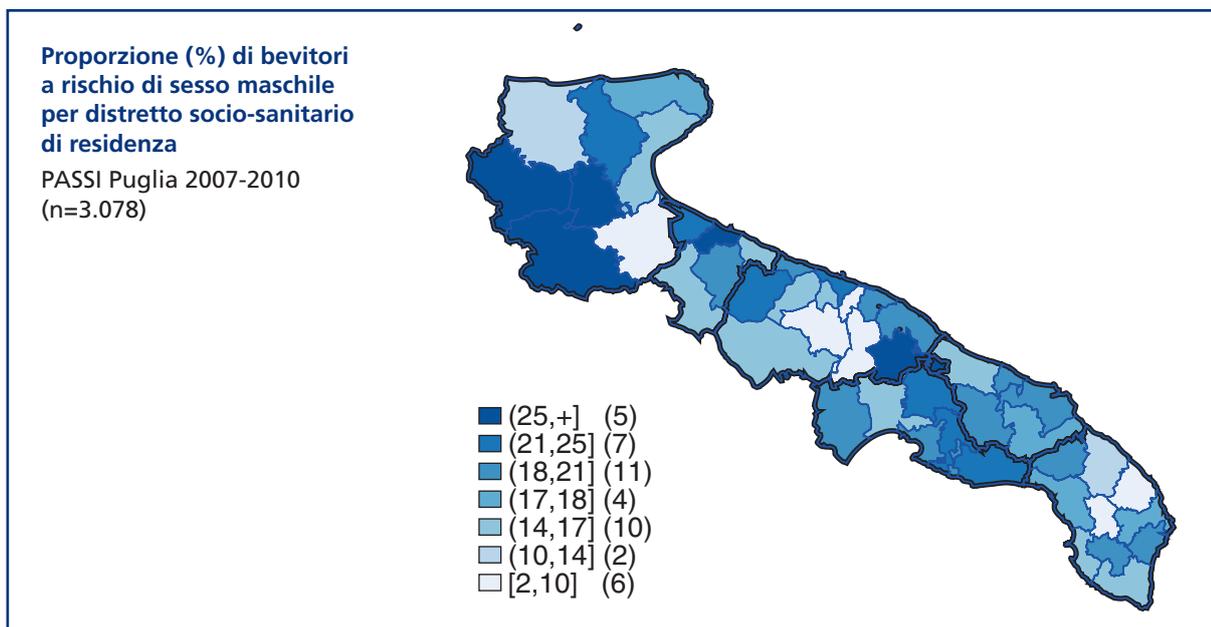
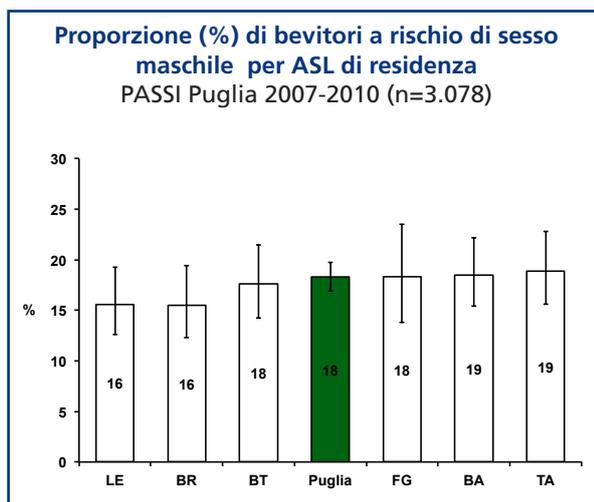
Il cartogramma *kernel-smoothed* mostra che l'eccesso di bevitori a rischio si concentra nel Subappennino Dauno, nel litorale di Margherita di Savoia e di Barletta, nel Nord Barese, nel



Taranto e nella zona della Valle d'Itria. Percentuali al di sotto della media regionale si riscontrano nella zona della Murgia barese e nella penisola salentina.

Come si distribuiscono i bevitori a rischio di sesso maschile, nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- Non sono emerse differenze nel consumo di alcol a rischio tra i soggetti di sesso maschile per ASL di residenza (range: 16% Lecce – 19% Taranto).



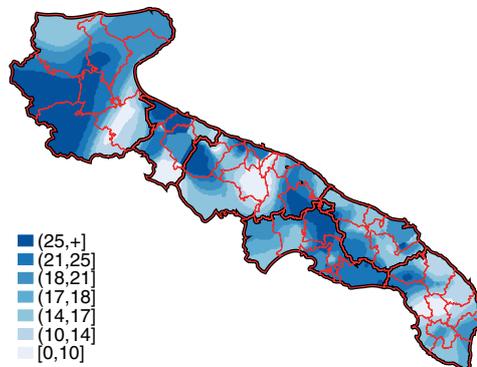
La più alta proporzione di bevitori a rischio nei soggetti di sesso maschile nella Regione Puglia si osserva nei distretti di Lucera, della città di Foggia e di Troia della ASL Foggia; nel distretto di Barletta della ASL Barletta-Andria-Trani e nel distretto di Putignano della ASL Bari.

Proporzioni più basse rispetto alla media regionale si osservano nei distretti di Cerignola della ASL Foggia; nei distretti di Grumo

Appula, Triggiano e Gioia del Colle della ASL Bari ed in quelli di Martano e Galatina della ASL Lecce.

Il cartogramma lisciato con il metodo di Kernel risulta sovrapponibile a quello dei bevitori a rischio di ambo i sessi. Le aree in cui si registra un eccesso di maschi bevitori a rischio sono il Subappennino Dauno, il litorale di Margherita di Savoia e di Barletta, il Nord Barese e la città di Bari e la zona della Valle d'Itria. La zona della Mugia barese e la penisola salentina mostrano percentuali al di sotto della media regionale.

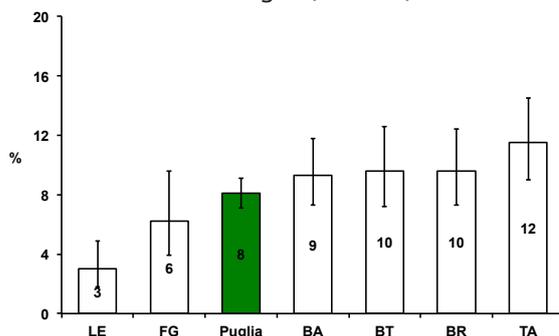
Proporzione (%) di bevitori a rischio di sesso maschile per distretto socio-sanitario di residenza, secondo il metodo di Kernel
PASSI Puglia 2007-2010 (n=3078)



Come si distribuiscono i bevitori a rischio di sesso femminile nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

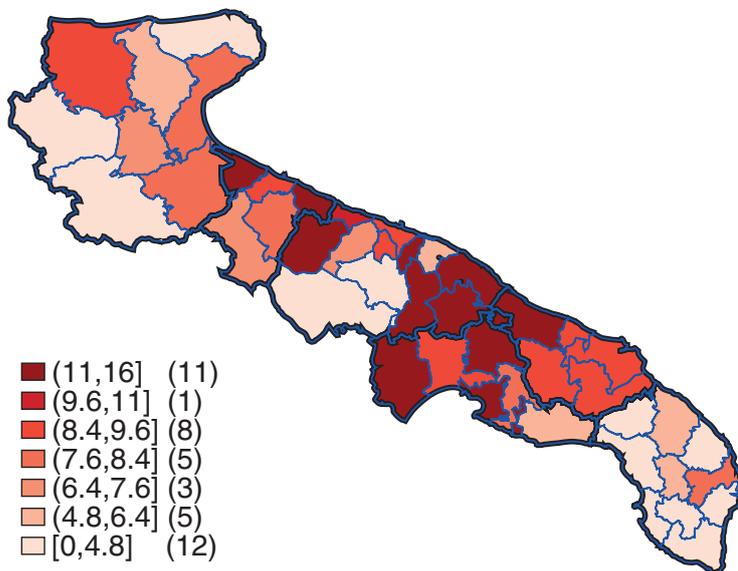
- Sono emerse differenze nel consumo di alcol a rischio tra i soggetti di sesso femminile per ASL di residenza (range: 3% Lecce - 12% Taranto).

Proporzione (%) di bevitori a rischio di sesso femminile per ASL di residenza
PASSI Puglia (n=3.166)



Proporzione (%) di bevitori a rischio di sesso femminile, per distretto socio-sanitario di residenza

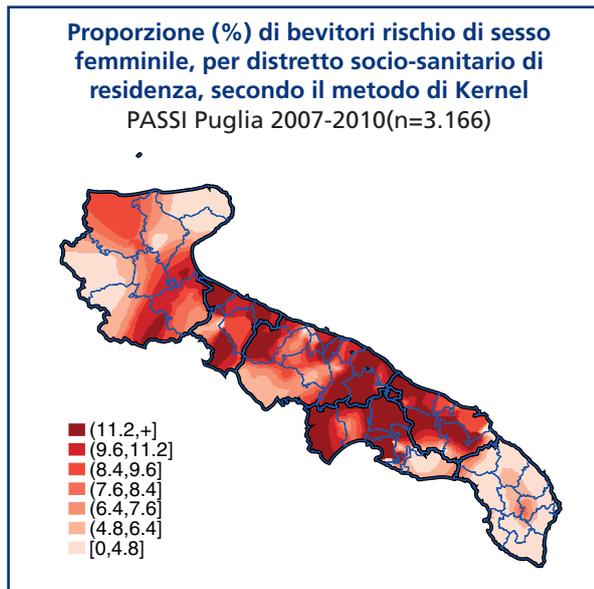
PASSI Puglia 2007-2010 (n=3.166)



Proporzioni di bevitori a rischio di sesso femminile superiori alla media regionale si rilevano nei seguenti distretti: Margherita di Savoia e Bisceglie della ASL Barletta-Andria-Trani; Corato, Triggiano, Gioia del Colle, Monopoli e Putignano della ASL Bari; Fasano della ASL Brindisi; Castellaneta, Martina Franca, Taranto della ASL Taranto.

Proporzioni inferiori alla media regionale si riscontrano nei distretti di Vico del Gargano, Lucera e Troia della ASL Foggia; Altamura e Grumo Appula della ASL Bari; Campi Salentina, Nardò, Gallipoli, Maglie, Casarano, Poggiardo e Gagliano del Capo della ASL Lecce.

Il cartogramma *kernel-smoothed* mostra un eccesso di bevitori a rischio di sesso femminile in gran parte del territorio delle ASL Barletta-Andria-Trani, Taranto, Brindisi e Bari. Il Gargano, il Sub-Appennino Dauno, la Murgia barese e la Penisola salentina mostrano valori al di sotto della media regionale.



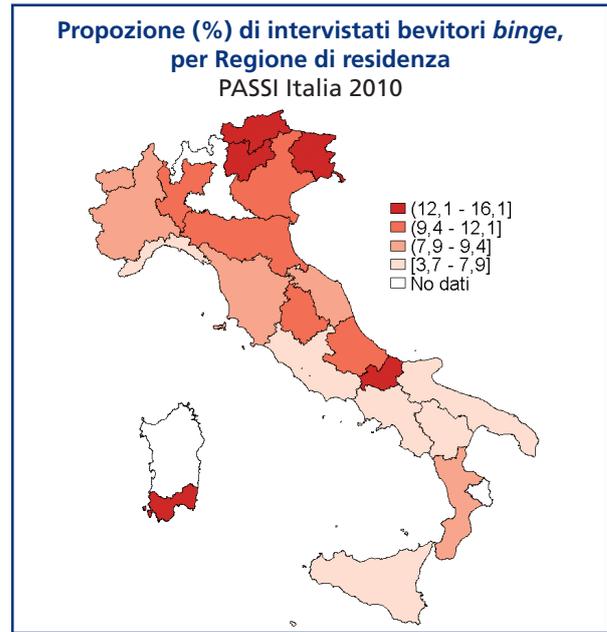
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- il 6% degli intervistati è classificabile come bevitore *binge*. La proporzione di bevitori *binge* risulta più elevata:
 - nella fascia d'età 18-24 anni;
 - tra gli uomini;
 - tra le persone con livello di istruzione medio-alto.
- Includendo tutte le variabili in un modello logistico multivariato, si evince una associazione statisticamente significativa tra consumo *binge* di alcol, età inferiore ai 24 anni e sesso maschile.

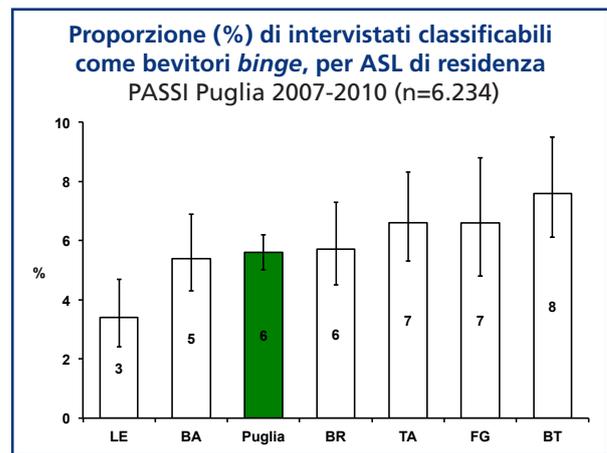
Proporzione (%) di intervistati bevitori binge PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.234)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	5,6	5,0-6,2
Classi di Età		
18 - 24	10,1	7,9-12,2
25 - 34	8,3	6,7-9,8
35 - 49	<u>5,3</u>	4,3-6,3
50 - 69	<u>2,6</u>	1,9-3,4
Sesso		
uomini	9,7	8,7-10,8
donne	<u>1,7</u>	1,2-2,1
Istruzione		
nessuna/elementare	2,7	1,6-3,9
media inferiore	<u>6,3</u>	5,2-7,4
media superiore	<u>6,2</u>	5,2-7,2
laurea	<u>5,9</u>	4,0-7,9
Difficoltà economiche		
molte	5,2	4,0-6,4
qualcuna	5,7	4,8-6,6
nessuna	5,8	4,7-6,9

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)

- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori *binge* è risultata del 6%, con un quadro complessivamente a macchia di leopardo (4% Sicilia - 16% Provincia Autonoma di Bolzano e Friuli Venezia Giulia).

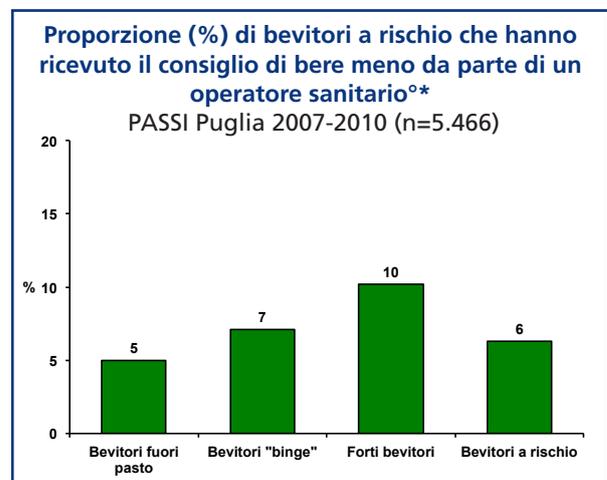


- Si osservano differenze nella proporzione di bevitori *binge* per ASL di residenza (range: 3% Lecce – 8% Barletta-Andria-Trani).



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

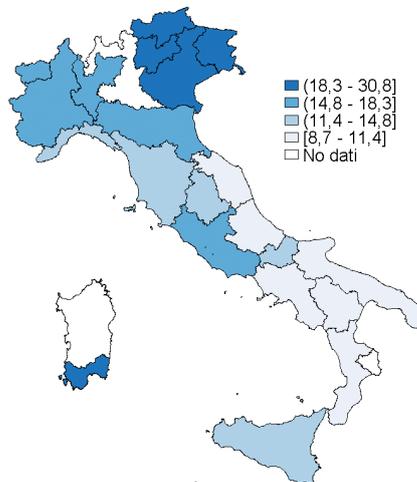
- L'11% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha assunto informazioni sul consumo di alcol.
- Il 2% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno. Tale percentuale sale al 6% se si considerano solo i bevitori a rischio.



* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/*binge*/forte bevitore).
^o Intervistati che hanno riferito di essere stati da un operatore sanitario nell'ultimo anno.

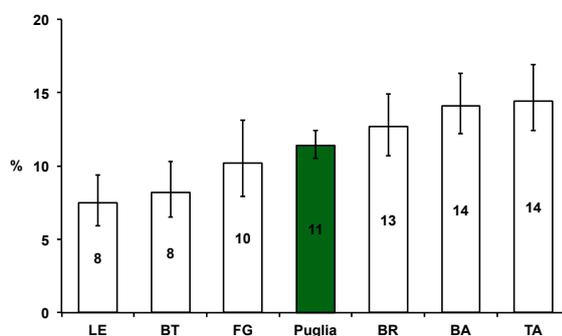
- A livello nazionale, il 15% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol. Tale proporzione si distribuisce con un gradiente nord-sud (range: 9% Basilicata, Campania e Marche - 31% Sardegna).

Proporzione (%) di intervistati che riferiscono che un operatore sanitario ha assunto informazioni in ordine al proprio consumo di alcol, per Regione di residenza
PASSI Italia 2010



- La proporzione di intervistati che ha riferito che un operatore sanitario ha assunto informazioni sull'abitudine al consumo di alcol differisce per ASL di residenza (range: 8% Lecce - 15% Bari e Taranto).

Proporzione (%) di intervistati che riferiscono che un operatore sanitario ha posto domande in ordine al proprio consumo di alcol, per ASL di residenza
PASSI Puglia 2007-2010 (n=5.505)



Conclusioni

La proporzione di soggetti che consumano alcol in Puglia è sovrapponibile a quella nazionale, mentre quella dei bevitori a rischio è inferiore alla media nazionale.

In Puglia, più di un adulto su otto ha abitudini di consumo considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione. Tale comportamento è più diffuso tra i giovani (18-34 anni), nel sesso maschile e in possesso di un titolo di studio medio-alto.

Nonostante l'attitudine del medico a porre domande in merito al consumo di alcol risulti efficace nel ridurlo, le informazioni PASSI mostrano che l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari riguardo al consumo eccessivo di alcol resta molto bassa; inoltre, solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di bere meno.

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

Inoltre, sebbene l'educazione sanitaria in ambito scolastico, da sola, non sia in grado di ridurre i danni da alcol, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella diffusione dell'informazione e aumentano l'attenzione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Nell'ottica del programma "Guadagnare Salute", è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: da questo punto di vista, far diventare l'alcol più costoso, meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci per la riduzione dei danni provocati dall'alcol.

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- European Commission "Communication setting out strategy to support Member States in reducing alcohol related harm", 2006
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_com_en.htm
- European Commission "Alcohol in Europe. A public health perspective", 2006
http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
- Ministero della Salute "Piano nazionale alcol 2007-2009", 2007
<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/piano%20nazionale%20alcol%20e%20salute%20Min%20Sal.1230630619.pdf>
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione Linee guida per il consumo di alcol
http://www.inran.it/servizi_cittadino/per_saperne_di_piu/approfondimenti/approfondimenti/alcol.pdf
[w.iss.it/binary/ofad/cont/piano%20nazionale%20alcol%20e%20salute%20Min%20Sal.1230630619.pdf](http://www.iss.it/binary/ofad/cont/piano%20nazionale%20alcol%20e%20salute%20Min%20Sal.1230630619.pdf)
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione Linee guida per il consumo di alcol
http://www.inran.it/servizi_cittadino/per_saperne_di_piu/approfondimenti/approfondimenti/alcol.pdf

Abitudine al fumo

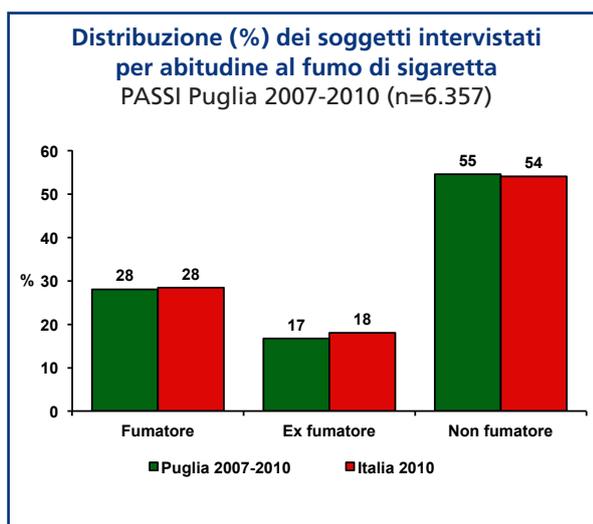
Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. L'assunzione costante e prolungata di tabacco è in grado di ridurre la durata della vita e di influenzarne negativamente la qualità. La gravità dei danni dovuti all'esposizione, anche passiva, al fumo di tabacco è direttamente proporzionale all'entità complessiva del suo abuso e, più precisamente, sono determinanti l'età di inizio, il numero giornaliero di sigarette, il numero di anni di fumo e l'inalazione più o meno profonda del fumo. Il Ministero della Salute, nel 2009, ha stimato che il consumo medio di 20 sigarette al giorno riduce di circa 4,6 anni la vita media di un giovane che inizia a fumare a 25 anni, ovvero, per ogni settimana di fumo si perde un giorno di vita. Inoltre, di mille maschi adulti che fumano, 250 moriranno per patologie correlate all'abitudine tabagica. In particolare, il fumo è responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone negli uomini e del 55% nelle donne, per un totale di circa 30.000 morti l'anno e si associa al 30% delle morti causate da malattie cardio e cerebrovascolari e ad un aumentato rischio di morte improvvisa.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa, infatti, dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e il rischio di tumore del polmone dopo 10 anni.

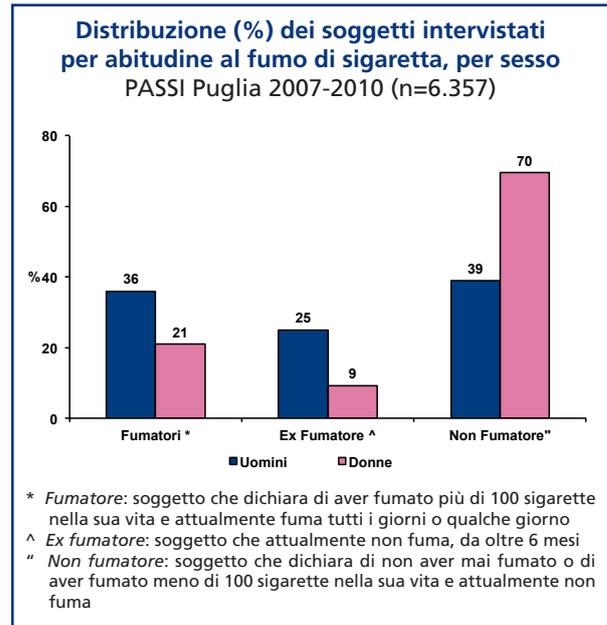
Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Poco più della metà degli intervistati (55%) ha dichiarato di essere **non fumatore**.
- Gli **ex fumatori** rappresentano circa un sesto del campione (17%) e i **fumatori** quasi un terzo (28%).

Poco più dell'1% degli intervistati è classificabile come "fumatore in astensione", in quanto ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi. Sulla base della definizione dell'OMS questi soggetti devono essere considerati fumatori.



- La proporzione di soggetti fumatori è significativamente più alta negli uomini rispetto alle donne (36% versus 21%).
- Il numero medio di sigarette consumate al giorno è pari a 14; l'11% dei fumatori consuma oltre 20 sigarette al dì ("forte fumatore").
- In Puglia si può stimare che nella fascia d'età 18-69 anni ci siano circa 808 mila fumatori, di cui 88 mila classificabili come forti fumatori.



Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- La prevalenza di fumatori è più elevata:
 - tra le persone sotto a 50 anni ed in particolare nella fascia 25-34 anni;
 - tra gli uomini;
 - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore e superiore;
 - tra le persone con difficoltà economiche.
- Un modello logistico multivariato conferma una associazione significativa tra fumo ed età più giovane, sesso maschile e presenza di molte difficoltà economiche.

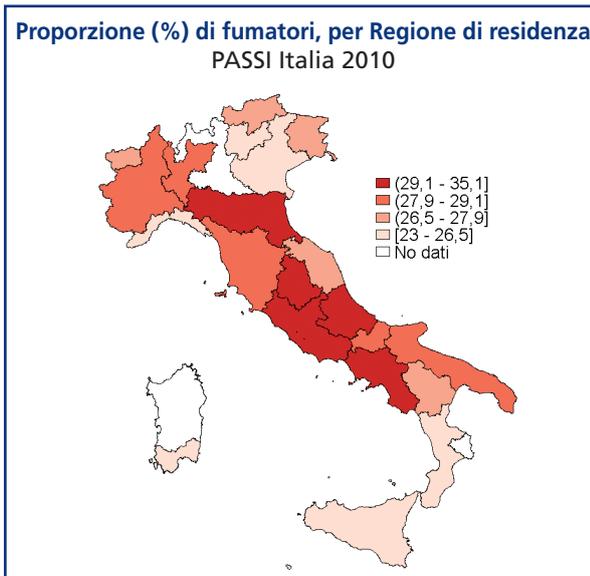
Proporzione (%) di soggetti fumatori°
Puglia PASSI 2007-2010 (n=1.840)

Caratteristiche	%	IC95%
Totale	28,6	27,4-29,8
Classi di Età		
18 - 24	32,0	28,3-35,6
25 - 34	<u>37,5</u>	34,7-40,4
35 - 49	29,6	27,6-31,7
50 - 69	<u>21,0</u>	19,1-22,8
Sesso		
uomini	36,5	34,7-38,3
donne	<u>21,1</u>	19,5-22,7
Istruzione		
nessuna/elementare	20,5	17,9-23,2
media inferiore	<u>34,2</u>	31,9-36,4
media superiore	<u>28,9</u>	27,0-30,8
laurea	24,2	20,7-27,7
Difficoltà economiche		
molte	<u>32,3</u>	29,8-34,8
qualcuna	<u>28,6</u>	26,8-30,4
nessuna	26,1	24,0-28,3

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

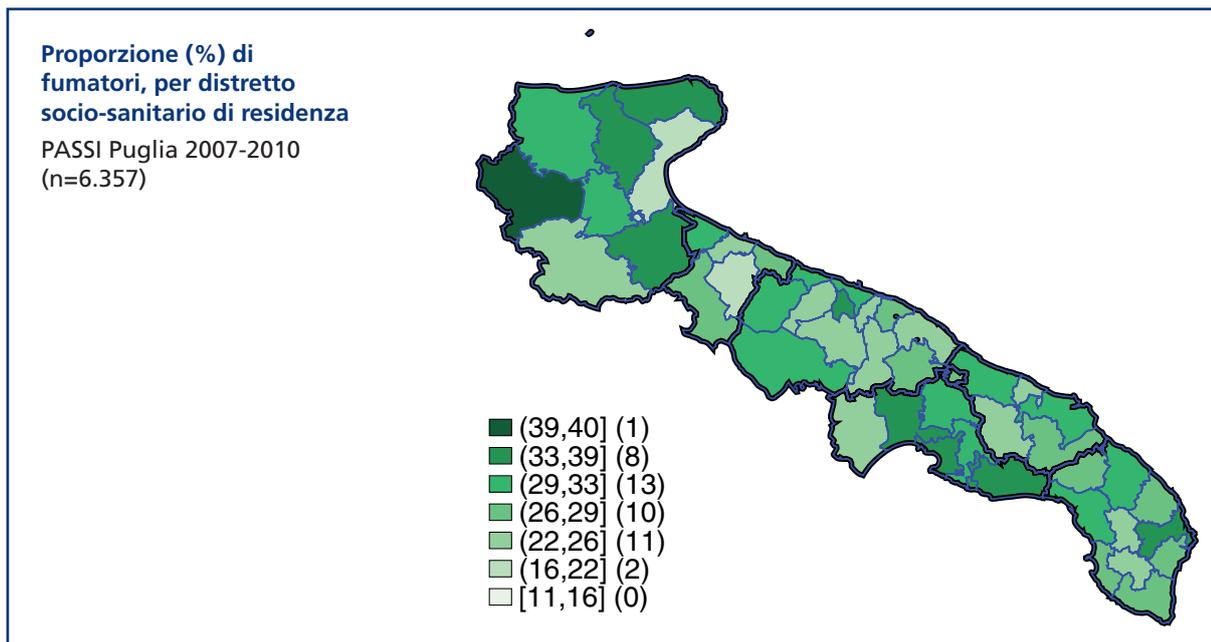
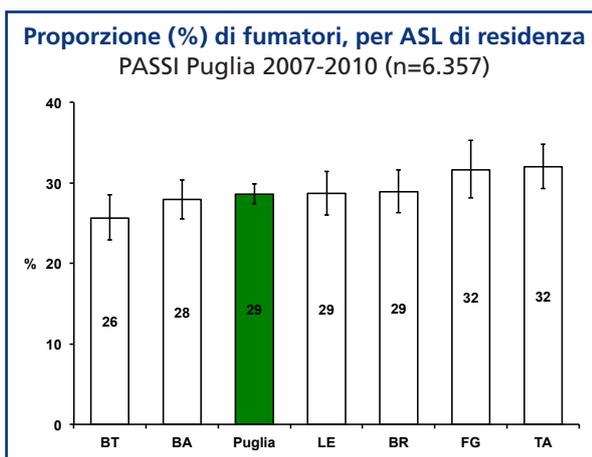
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)

- Nelle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 28% del campione.



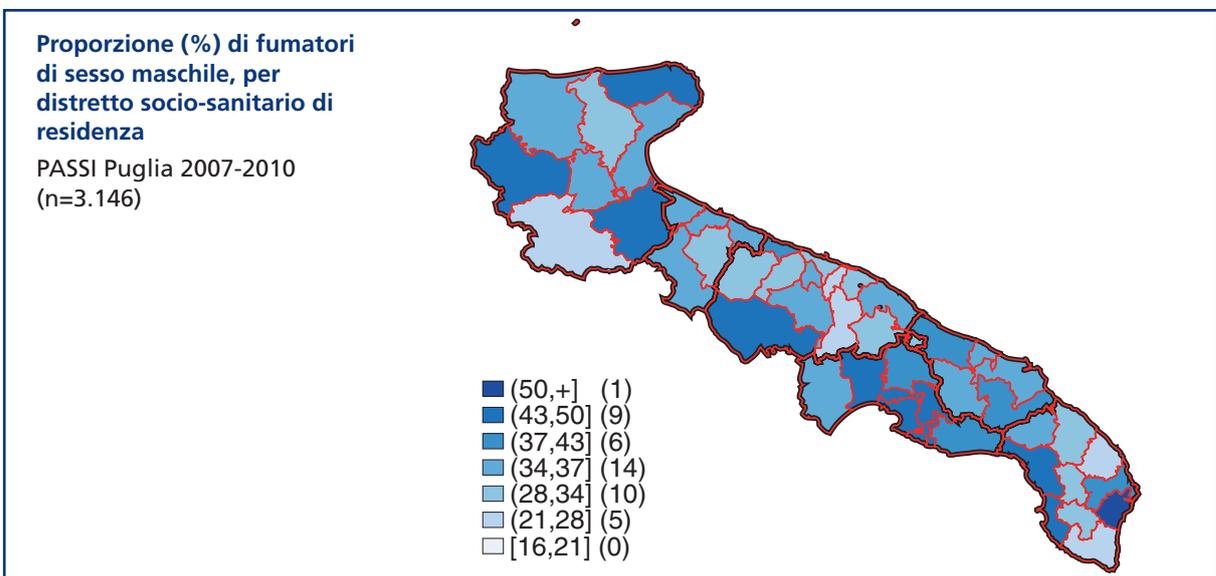
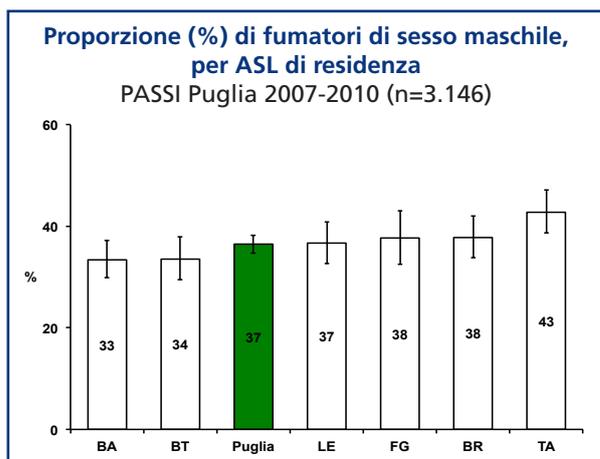
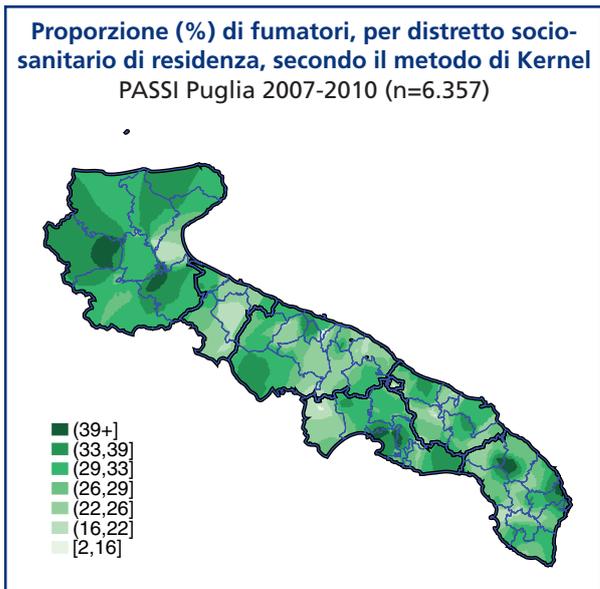
Come è distribuita l'abitudine al fumo nelle ASL e nei Distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- La distribuzione della prevalenza dell'abitudine al fumo non evidenzia differenze per ASL di residenza (range: 26% Barletta-Andria-Trani - 32% Taranto).



Analizzando la distribuzione di fumatori per distretto socio-sanitario di residenza, emergono valori di prevalenza più alti nei distretti di Lucera, San Marco in Lamis, San Vito del Gargano e Cerignola della ASL Foggia; nei distretti di Ginosa, Manduria, 3 e 4 della città di Taranto della ASL Taranto; nel distretto Modugno della ASL Bari e nel distretto di Maglie della ASL Lecce. Proporzioni di fumatori inferiori alla media regionale sono state registrate nella maggior parte dei distretti della ASL Barletta-Andria-Trani, in particolare il distretto di Andria, e nel distretto di Manfredonia della ASL Foggia. Il cartogramma *kernel-smoothed* mostra proporzioni più alte di di fumatori in gran parte del territorio della ASL Foggia, fatta eccezione per il distretto di Manfredonia, e nella ASL Taranto. Aree meno estese con elevata prevalenza di fumatori si individuano nei distretti dell'entroterra della Provincia di Bari e dell'estremità sud del Salento.

- Le proporzioni più elevate di fumatori di sesso maschile si registrano nella ASL Taranto e nelle ASL Brindisi e Foggia, quelle più basse nella ASL Bari.

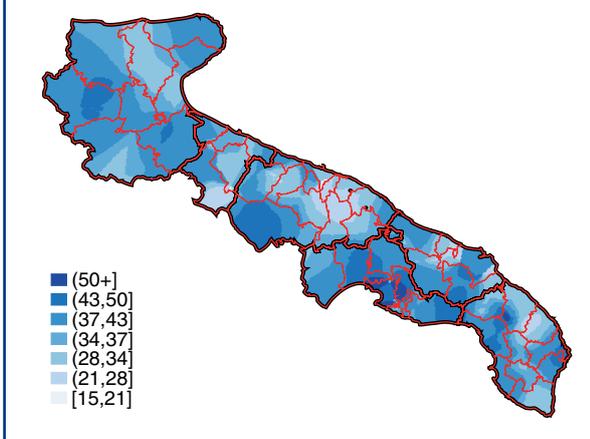


La più alta prevalenza di fumatori di sesso maschile nella Regione si osserva nel distretto di Poggiardo della ASL Lecce. Prevalenze altrettanto elevate si riscontrano nei distretti di Lucera, Vico del Gargano e Cerignola della ASL Foggia; nel distretto di Altamura della ASL Bari; nei distretti di Massafra, 3 e 4 della città di Taranto, di Grottaglie della ASL Taranto; nei distretti di Gallipoli e Copertino della ASL Lecce. Prevalenze inferiori alla media regionale, comprese tra il 15 e 21%, si osservano nel distretto di Troia nella ASL Foggia, nei distretti di Triggiano e di Gioia del Colle nella ASL Bari, nel distretto di Martano e di Gagliano del Capo nella ASL Lecce.

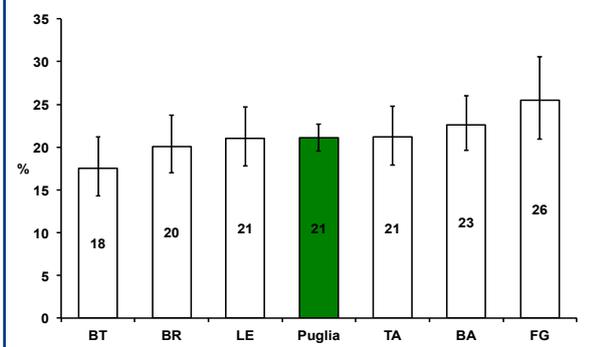
Il cartogramma sviluppato con il metodo di Kernel indica una maggiore proporzione di fumatori di sesso maschile tra Lucera e Cerignola e nella punta garganica, nell'entroterra barese, in tutti i distretti della ASL Taranto e nella parte ionica e meridionale della ASL Lecce.

- Non sono emerse differenze per quanto concerne la prevalenza di fumatori di sesso femminile nelle diverse ASL regionali (range: 18% Barletta-Andria-Trani - 26% Foggia).

Proporzione (%) di fumatori di sesso maschile, per distretto socio-sanitario di residenza, secondo il metodo di Kernel
PASSI Puglia 2007-2010 (n=3.146)

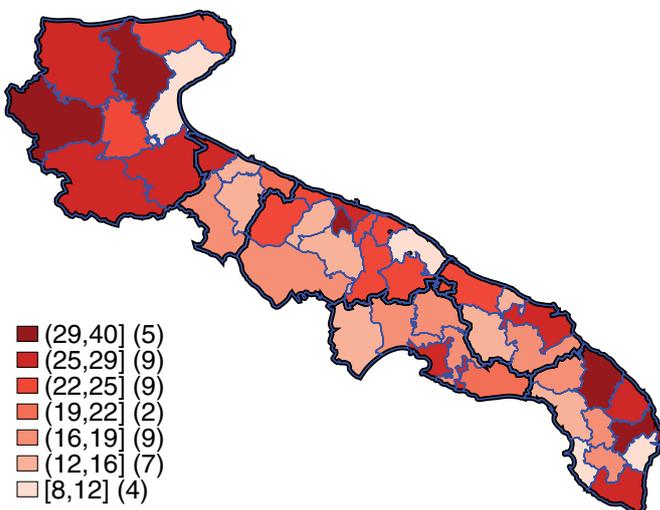


Proporzione (%) di fumatori di sesso femminile, per ASL di residenza
PASSI Puglia 2007-2010 (n=3.211)



Proporzione (%) di fumatori di sesso femminile, per distretto socio-sanitario di residenza

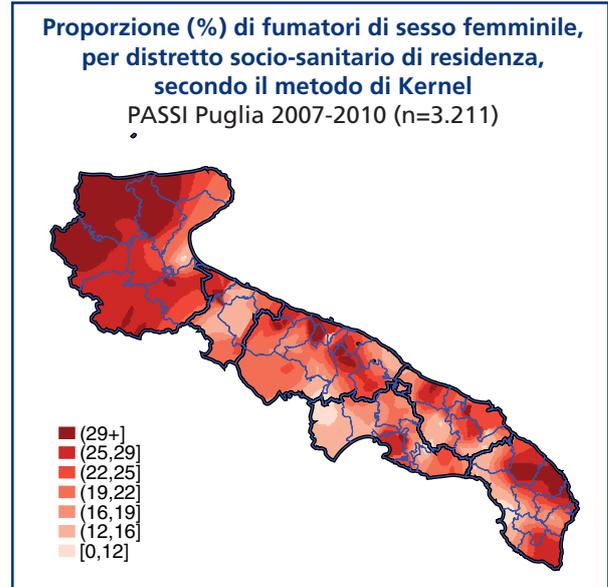
PASSI Puglia 2007-2010 (n=3.211)



La prevalenza di fumatori di sesso femminile appare più alta nei distretti di San Marco in Lamis e Lucera (ASL Foggia), nel distretto di Modugno della ASL Bari e nei distretti di Lecce e Maglie (ASL Lecce), attestandosi tra il 29 e il 40%.

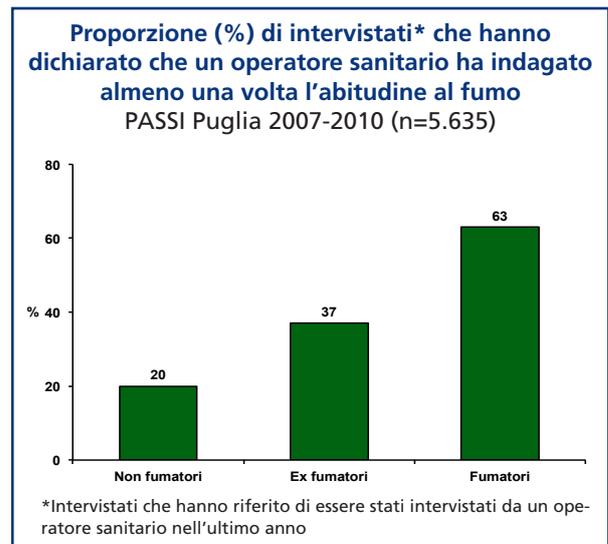
Di contro, le prevalenze più basse sono state registrate nel distretto di Manfredonia (ASL Foggia), nel distretto di Monopoli della ASL Bari e nei distretti di Gallipoli e Poggiardo (ASL Lecce).

Dal cartogramma ottenuto con la metodica *Kernel smoothing*, si evidenzia un eccesso di fumatrici in quasi tutta la provincia di Foggia, nei distretti della città di Bari e della sua area metropolitana, nella città di Taranto, nei distretti della costa adriatica e dell'estremo sud della ASL Lecce.

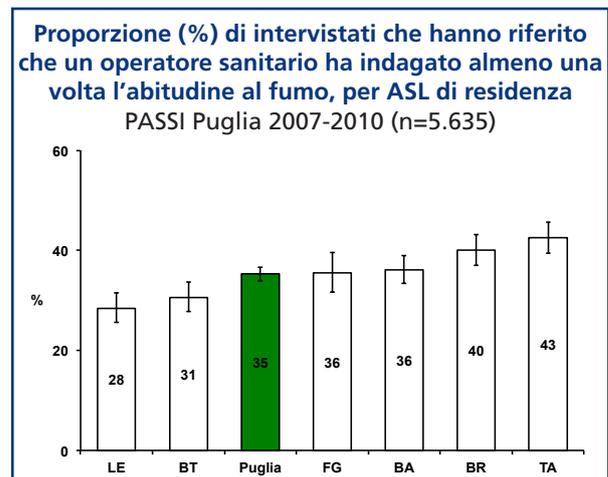


A quante persone sono state fatte domande in merito alla propria abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

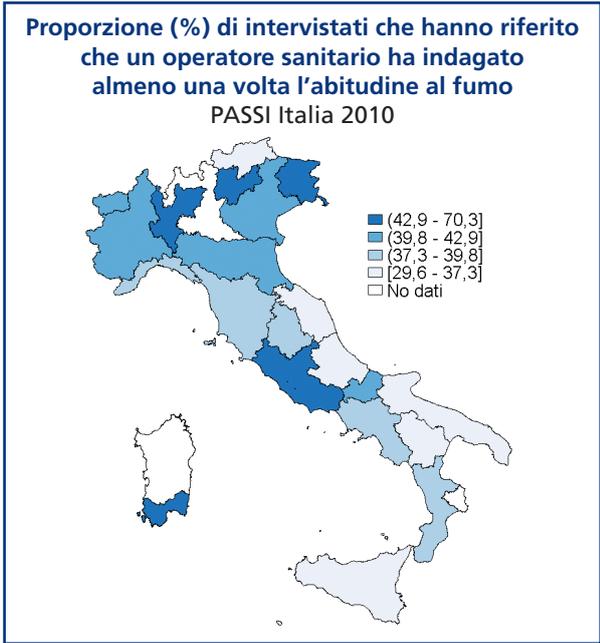
- Il 35% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sull'abitudine al fumo.
- Tra questi, in particolare, il 63% dei fumatori ha riferito che un operatore sanitario ha indagato almeno una volta l'abitudine al fumo.



- La prevalenza di soggetti che riferisce l'interessamento di un operatore sanitario sulla abitudine tabagica si distribuisce in maniera non omogenea sul territorio regionale, con valori massimi nella ASL Taranto (43%) e minimi nella ASL Lecce (28%)

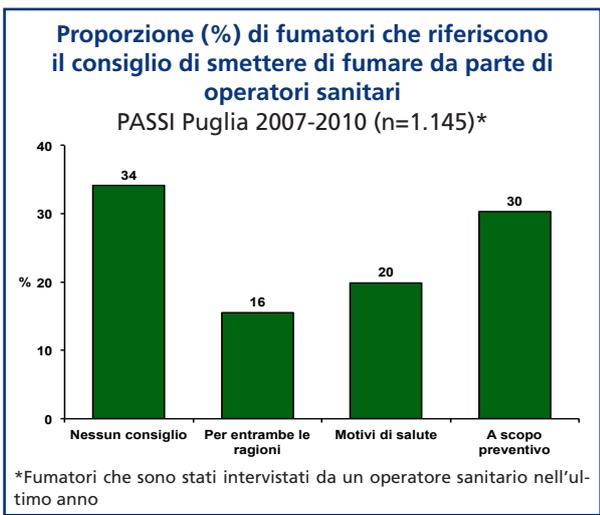


- Nelle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, il 41% degli intervistati ha riferito che un operatore sanitario ha indagato almeno una volta l'abitudine al fumo.

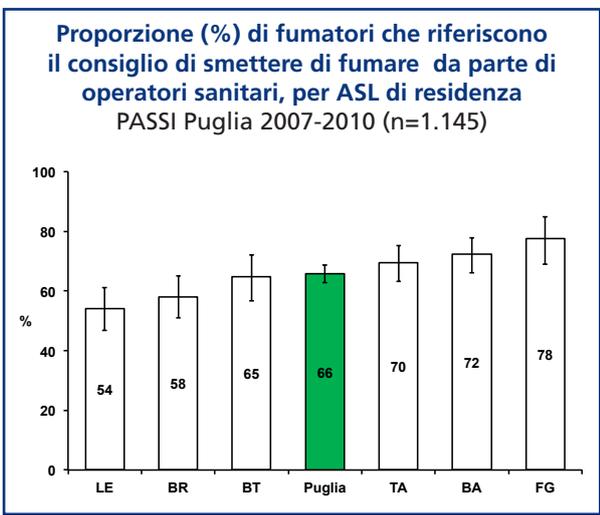


A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare?

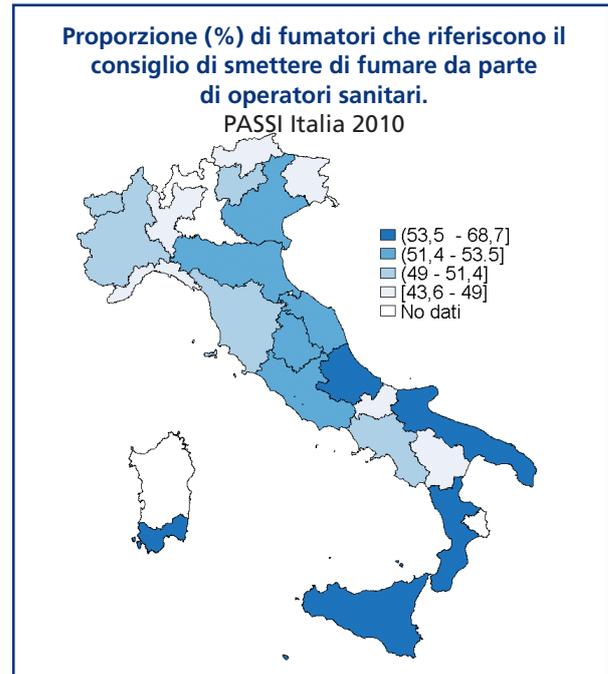
- Il 66% dei fumatori ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario, per motivi di salute e/o a scopo preventivo.
- La motivazione del consiglio più frequentemente riferita è stata a scopo preventivo (30%).



- L'attitudine degli operatori sanitari a consigliare la disassuefazione dal fumo presenta disomogeneità nella frequenza sul territorio regionale (range: 54% Lecce - 78% Foggia).

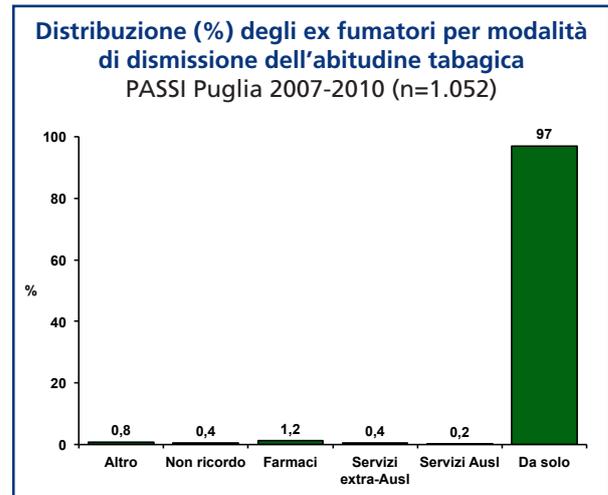


- Nelle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, la proporzione di fumatori che hanno riferito il consiglio di smettere è risultata del 52%.



Smettere di fumare

- La quasi totalità degli ex fumatori (97%) ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo. Tale proporzione è sovrapponibile al dato medio nazionale delle ASL partecipanti a livello nazionale (95%).
- Tra i fumatori, il 45% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (40% a livello nazionale).



Conclusioni

In Puglia circa una persona su tre è un fumatore con livelli sovrapponibili a quelli del *pool* nazionale di ASL. Prevalenze di fumatori più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni, tra i soggetti di sesso maschile e tra coloro con basso livello di istruzione e difficoltà economiche.

La distribuzione della proporzione di fumatori nelle ASL e nei diversi distretti socio-sanitari pugliesi, mostra aree in cui la prevalenza di tale fattore di rischio risulta dal 20 al 40% superiore alla media regionale.

In tali aree, l'abitudine al fumo dovrebbe essere attentamente sorvegliata e l'adozione di programmi di lotta al tabagismo, da indirizzarsi a target mirati, dovrebbe assumere carattere di particolare priorità.

Quasi tutti gli ex fumatori hanno dichiarato di aver smesso di fumare da soli; un numero veramente

esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci e servizi extra-ASL. Nessuno riferisce di aver interrotto l'abitudine al fumo con l'ausilio di un operatore sanitario o di servizi della ASL. È necessario e urgente avviare in Puglia programmi di prevenzione collettiva volti alla prevenzione dell'abitudine tabagica, attraverso azioni di rete tra strutture del territorio e medici di medicina generale.

Bibliografia

- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_463_listaFile_itemName_0_file.pdf
- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- WHO "Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package", 2008
http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
- ISS "Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo", 2008
www.ossfad.iss.it

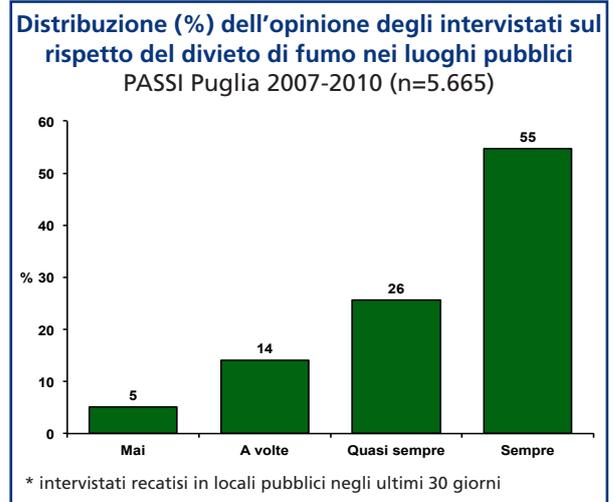
Fumo passivo

Si definisce esposizione al “fumo passivo” o al “fumo di tabacco ambientale” una circostanza nella quale una persona respira involontariamente il fumo di tabacco consumato da altri che risiedono nello stesso ambiente di vita o di lavoro. Il soggetto esposto al fumo passivo si trova ad inspirare sia i prodotti dalla combustione della sigaretta sia i prodotti già inalati ed espirati dal fumatore. Esiste una solida evidenza degli effetti nocivi del fumo passivo sulla salute umana. Ad esempio, l’esposizione in gravidanza può causare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante. L’esposizione nel corso dell’infanzia provoca otite media, asma, bronchite e polmonite. In età adulta, infine, il fumo passivo è causa di cardiopatia ischemica, ictus e tumore del polmone; altri effetti nocivi del fumo passivo sono probabili, ma non ancora dimostrati.

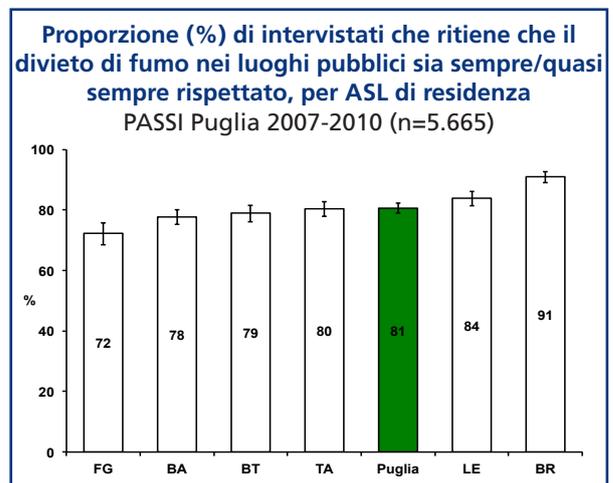
Con la Legge n.2/2003 “Tutela della salute dei non fumatori”, entrata in vigore il 10 gennaio 2005, l’Italia è stato uno dei primi Paesi dell’Unione Europea a regolamentare il fumo nei locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell’ospitalità, con l’obiettivo di proteggere i non fumatori dall’esposizione al fumo passivo.

La percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici

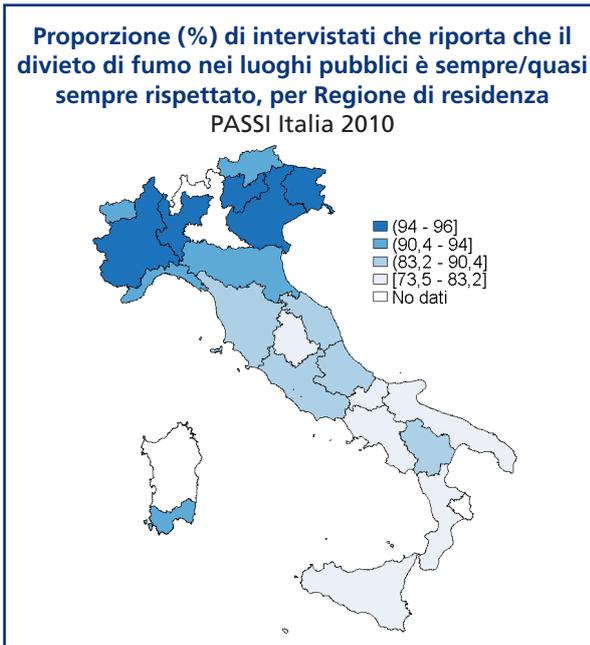
- L’81% delle persone intervistate ritiene che il divieto di fumare nei luoghi pubblici venga rispettato sempre o quasi sempre.



- La proporzione di persone che ritengono rispettato sempre/quasi sempre il divieto di fumo nei luoghi pubblici risulta più bassa nella ASL Foggia (72%), mentre è più alta nella ASL Brindisi (91%).

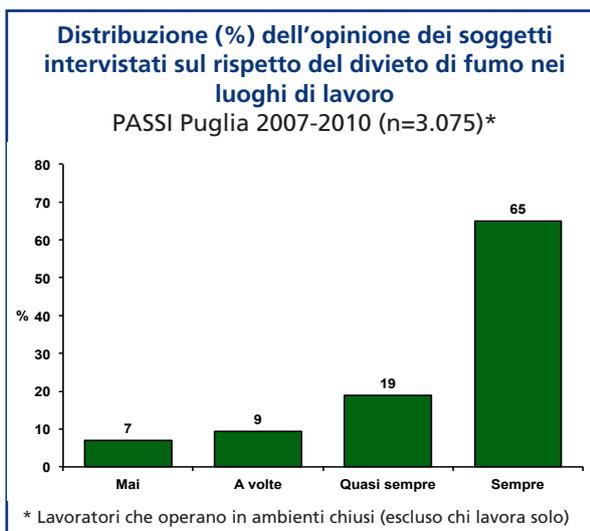


- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, l'87% degli intervistati riferisce che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre con un evidente gradiente nord/sud.

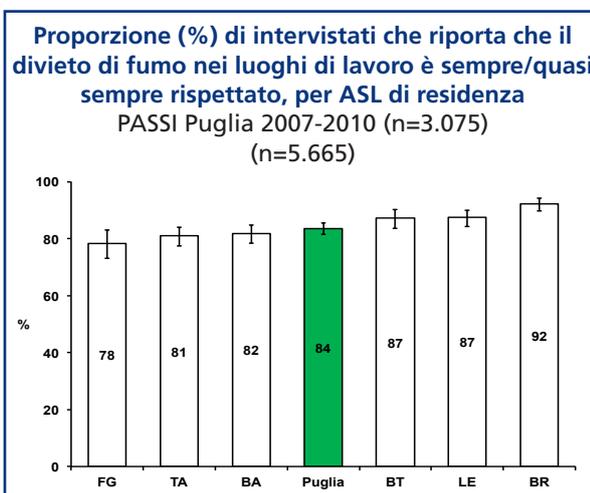


Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- La maggior parte dei lavoratori intervistati considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato sempre o quasi sempre (84%).

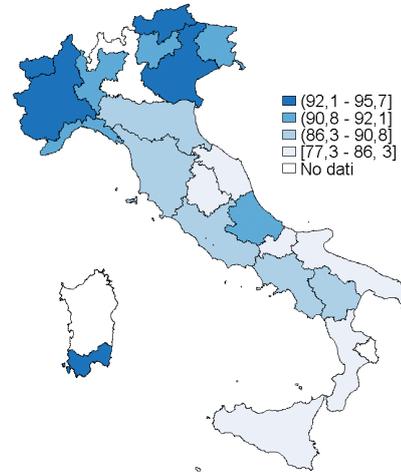


- Non sono emerse differenze nella distribuzione di questa opinione per ASL di residenza (range: 78% Foggia – 92% Brindisi).



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, l'89% degli intervistati è dell'opinione che il divieto di fumare nei luoghi di lavoro sia rispettato sempre/quasi sempre con un evidente gradiente nord/sud.

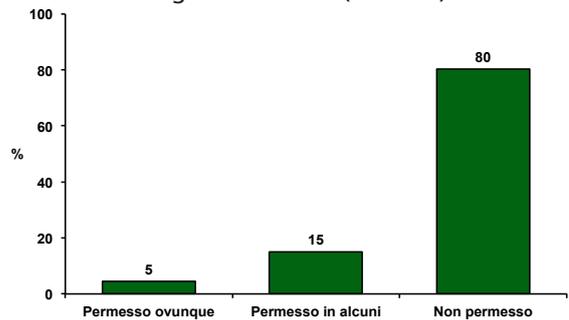
Proporzione (%) di intervistati che riporta che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è sempre/quasi sempre rispettato, per Regione di residenza
PASSI Italia 2010



L'abitudine al fumo in ambito domestico, in particolare in presenza di minori

- La maggior parte degli intervistati (80%) ha dichiarato che non si fuma in casa.
- Il 15% ha riferito che si fuma in alcuni ambienti, il 5% ovunque.

Distribuzione (%) dei soggetti intervistati per abitudine al fumo nell'ambiente domestico
Puglia 2007-2010 (n=6.354)



Conclusioni

La Legge per il divieto di fumo costituisce un vero e proprio strumento per "fare salute": i programmi di controllo e vigilanza delle ASL contribuiscono a garantire il rispetto formale e sostanziale della legge. Le stesse strutture sanitarie devono per prime assicurare la qualità dell'aria che si respira nei loro edifici. Tuttavia il rispetto di tali norme permane in Puglia più basso di quanto rilevato nelle altre Regioni italiane.

Il rispetto del divieto di fumare in ambiente domestico assume un'importanza maggiore nelle abitazioni in cui vivono bambini per i quali sono ampiamente documentati gli effetti sulla salute prodotti dall'esposizione cronica al fumo ambientale. Campagne promozionali mirate possono contribuire a rinforzare il messaggio e quindi ridurre l'esposizione, soprattutto dei bambini, agli effetti nocivi del fumo passivo.

Bibliografia

- LIBRO VERDE Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione europea http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_it.pdf
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione" art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori".

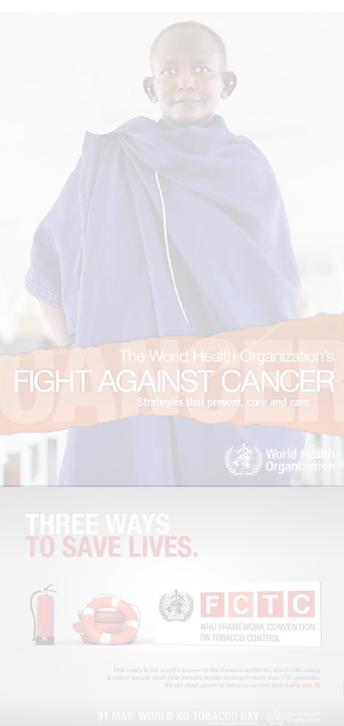
RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Ipertensione arteriosa pag. 75

Ipercolesterolemia " 81

Diabete " 86

Calcolo del rischio cardiovascolare " 89



Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale. In Italia, queste malattie provocano oltre il 40% di tutti i decessi e hanno un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei DALYs (*Disability Adjusted Life Years*), indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione.

I fattori di rischio per le malattie cardiovascolari sono numerosi e molti di essi sono modificabili: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà e dieta.

Oltre agli stili di vita, nel determinismo di queste malattie rivestono un ruolo rilevante altri fattori quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

Conoscere la prevalenza di questi fattori di rischio nella popolazione e monitorare le pratiche efficaci per ridurre il rischio cardiovascolare consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati, in particolar modo nei confronti dei sottogruppi più a rischio.

In questa sezione si presentano i risultati relativi a tre principali fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete) e all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

Iperensione 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. Tuttavia, essa è associata a fattori di rischio modificabili, come il contenuto di sale nella dieta, l'obesità e l'inattività fisica. La sua insorgenza è quindi 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 con appropriate modifiche degli stili di vita.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

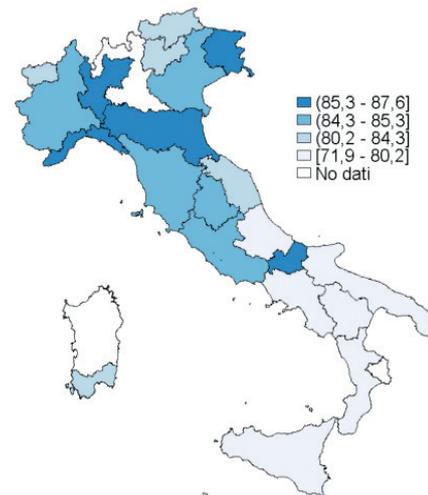
- In Puglia, l'80% degli intervistati ha riferito di aver effettuato un controllo della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 6% più di 2 anni fa, mentre il restante 14% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare, la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più frequente:
 - nelle fasce d'età più avanzate;
 - tra le donne;
 - tra le persone con più basso livello di istruzione;
 - tra le persone con difficoltà economiche.
- Includendo tutte le variabili considerate in un modello logistico multivariato, si conferma l'associazione tra misurazione della pressione negli ultimi 2 anni ed età più avanzata e sesso femminile.

Proporzione (%) di intervistati che hanno riferito una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni PASSI Puglia 2007-2010 (n= 6.361)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	80,2	79,2-81,3
Classi di Età		
18 - 34	68	65,8-70,2
35 - 49	<u>81,7</u>	80,0-83,5
50 - 69	<u>91,1</u>	89,7-92,5
Sesso		
uomini	77,8	76,3-79,4
donne	<u>82,5</u>	81,1-84,0
Istruzione		
nessuna/elementare	90,1	88,1-92,1
media inferiore	<u>79,3</u>	77,3-81,3
media superiore	<u>76,5</u>	74,7-78,4
laurea	<u>81,3</u>	78,0-84,6
Difficoltà economiche		
molte	82,5	80,4-84,7
qualcuna	81,0	79,5-82,6
nessuna	77,4	75,3-79,5

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 35-49 anni rispetto a quelle di 18-34 anni).

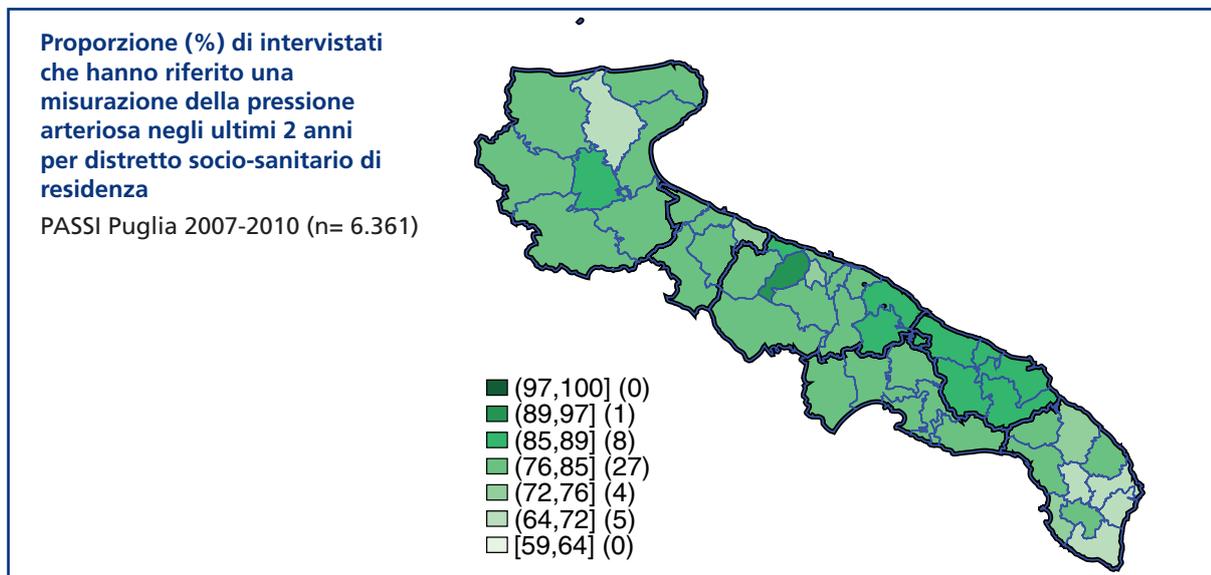
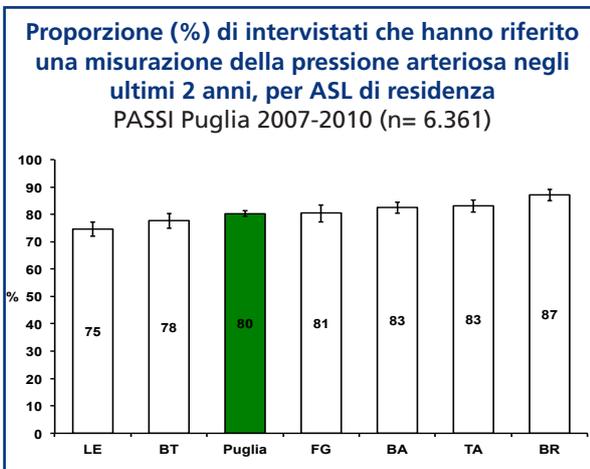
- Nelle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni è stata riferita dall'83% degli intervistati, con un evidente differenza tra le Regioni del Nord rispetto a quelle del Sud Italia.

Proporzione (%) di intervistati che hanno riferito una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, per Regione di residenza
PASSI Italia 2010



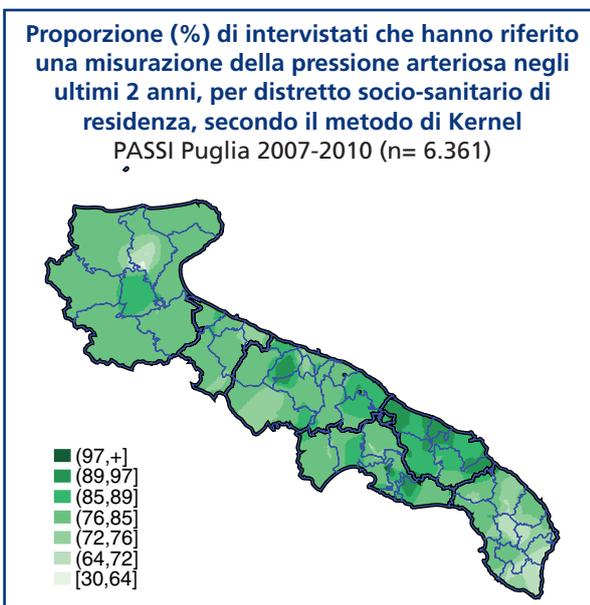
Come si distribuiscono i soggetti che hanno riferito una misurazione della pressione arteriosa almeno una volta negli ultimi due anni, nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- La proporzione di soggetti che riferiscono una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni mostra delle differenze significative per ASL di residenza (range: 75% Lecce - 87% Brindisi).



La proporzione più alta di intervistati che hanno riferito una misurazione della pressione arteriosa almeno una volta negli ultimi 2 anni, si registra nel distretto socio-sanitario di Bitonto della ASL Bari.

Le proporzioni più basse si riscontrano nei distretti socio-sanitari di Galatina, Maglie, Poggiardo e Gagliano del Capo della Asl Lecce. Il cartogramma *Kernel-smoothed* evidenzia maggiore frequenza di soggetti che riferiscono una misurazione di pressione negli ultimi 2 anni nella zona costiera della provincia di Brindisi e nell'entroterra a nord-ovest della città di Bari. L'estremità della penisola salentina mostra invece una minore prevalenza.



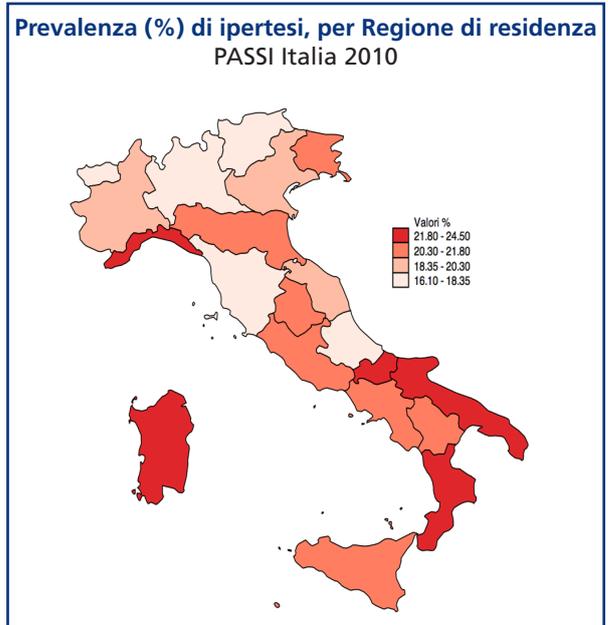
Quante persone sono ipertese?

- Risulta iperteso il 23% gli intervistati che hanno riferito di aver controllato la pressione arteriosa almeno una volta negli ultimi 2 anni. Questa percentuale corrisponde in Puglia ad una stima di 641mila ipertesi nella fascia d'età 18-69 anni.
- In particolare, l'ipertensione riferita risulta più frequente:
 - nelle fasce di età più avanzate;
 - tra le persone con livello di istruzione basso;
 - tra le persone con molte difficoltà economiche percepite;
 - tra le persone in eccesso ponderale.
- Un modello logistico multivariato conferma una associazione significativa tra le variabili considerate.

Prevalenza (%) di ipertensione arteriosa PASSI Puglia 2007-2010 (n=5.546)		
Caratteristiche	Ipertesi	
	%	IC95%
Totale	22,6	21,5-23,8
Classi di Età		
18 - 34	4,7	3,4-5,9
35 - 49	<u>14,9</u>	13,1-16,7
50 - 69	<u>44,3</u>	41,9-46,7
Sesso		
uomini	22,4	20,6-24,1
donne	22,9	21,3-24,4
Istruzione		
nessuna/elementare	45,2	41,8-48,7
media inferiore	21,1	19,0-23,1
media superiore	<u>16,1</u>	14,4-17,8
laurea	<u>12,5</u>	9,3-15,8
Difficoltà economiche		
molte	31,8	29,1-34,6
qualcuna	<u>21,1</u>	19,4-22,8
nessuna	<u>17,3</u>	15,4-19,3
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	<u>13,0</u>	11,6-14,4
sovrapeso/obeso	32,5	30,6-34,4

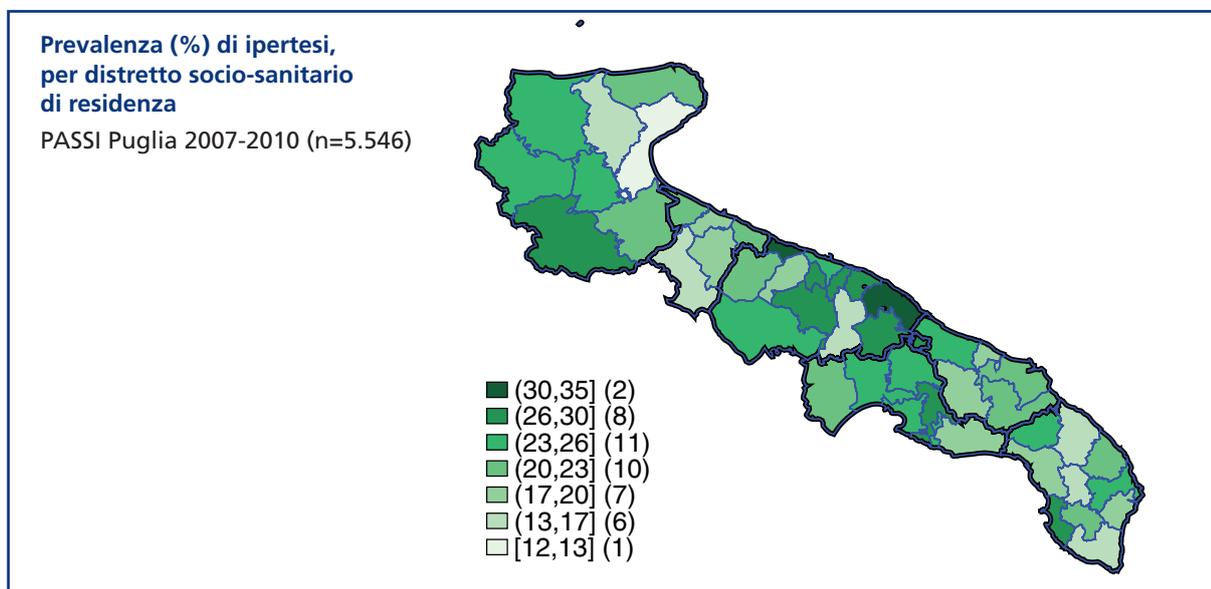
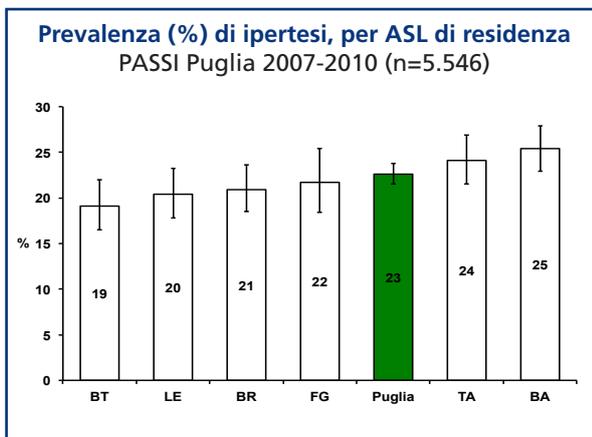
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 35-49 anni rispetto a quelle di 18-34 anni).

- Nelle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale, la percentuale di soggetti che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 20%.

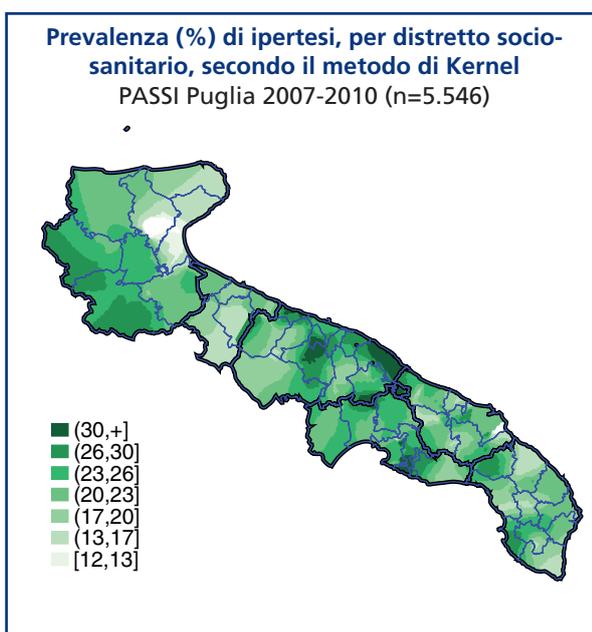


Come si distribuiscono i soggetti ipertesi nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- La prevalenza di soggetti con ipertensione non evidenzia differenze significative per ASL di residenza.

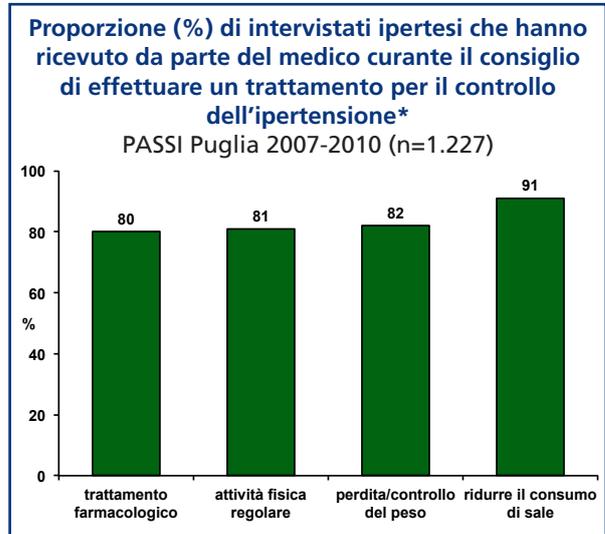


Analizzando la distribuzione della prevalenza di ipertesi per distretto socio-sanitario, i valori più elevati si osservano nei distretti di Molfetta e Monopoli della ASL Bari. Valori di prevalenza inferiori si rilevano nel distretto di Manfredonia della ASL Foggia. Il cartogramma *Kernel-smoothed* mostra valori di prevalenza più elevati nel territorio della Capitanata (esclusa la zona del Gargano), nell'Alta Murgia, nei distretti della costa sud della Provincia di Bari e di gran parte della ASL Taranto.



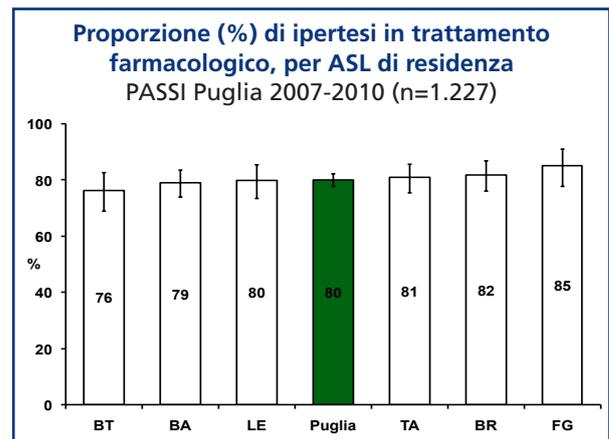
Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- In Puglia, l'80% degli intervistati ipertesi ha riferito di assumere farmaci antiipertensivi.
- Nelle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 79% degli intervistati.
- La maggior parte degli ipertesi ha riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di adottare cambiamenti nel proprio stile di vita.



* ogni variabile considerata indipendentemente

- La distribuzione della prevalenza dei soggetti di ipertesi in trattamento farmacologico non evidenzia differenze per ASL di residenza (range: 76% Barletta - Andria - Trani – 85% Foggia).



Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di patologie, quali la cardiopatia ischemica e le malattie cerebrovascolari. Tale fattore di rischio può essere controllato attraverso una dieta iposodica, la riduzione del peso corporeo e l'attività fisica regolare. Diagnosticare precocemente l'ipercolesterolemia consente di contrastarne gli effetti dannosi, attraverso appropriate modifiche degli stili di vita ed un eventuale adeguato trattamento farmacologico.

Quante persone hanno misurato il colesterolo?

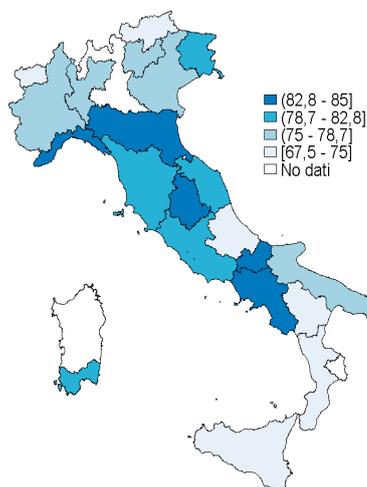
- In Puglia, il 76% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia; il 57% ha effettuato l'esame nel corso dell'ultimo anno.
 - La misurazione del colesterolo è riferita più frequentemente:
 - dai soggetti appartenenti a fasce d'età più avanzate;
 - dalle donne;
 - dalle persone con basso livello di istruzione;
 - dalle persone con difficoltà economiche.
 - Un modello logistico multivariato, conferma le associazioni tra le variabili summenzionate.
-
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, la proporzione di persone che hanno effettuato un controllo della colesterolemia almeno una volta nella vita è del 79%.

Proporzione (%) di intervistati che riferiscono di aver controllato la colesterolemia almeno una volta nella vita
PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.363)

Caratteristiche	%	IC95%
Totale	75,5	74,3-76,6
Classi di Età		
18 - 34	58,1	55,9-60,4
35 - 49	<u>79,1</u>	77,0-81,1
50 - 69	<u>89,4</u>	87,9-90,9
Sesso		
uomini	72,5	70,8-74,2
donne	<u>78,4</u>	76,8-79,9
Istruzione		
nessuna/elementare	85,7	83,3 -88,1
media inferiore	74,4	72,2-76,5
media superiore	71,9	70,0-73,8
laurea	<u>75,9</u>	72,2-79,6
Difficoltà economiche		
molte	77,4	75,1-79,8
qualcuna	76,2	74,5-77,9
nessuna	<u>72,9</u>	70,7-75,1

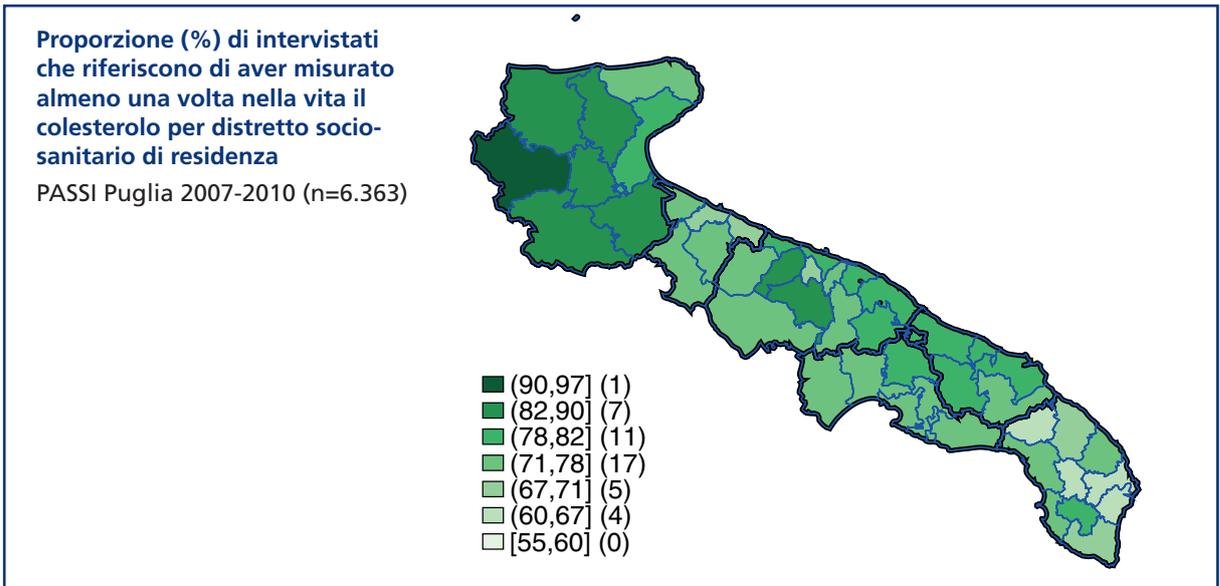
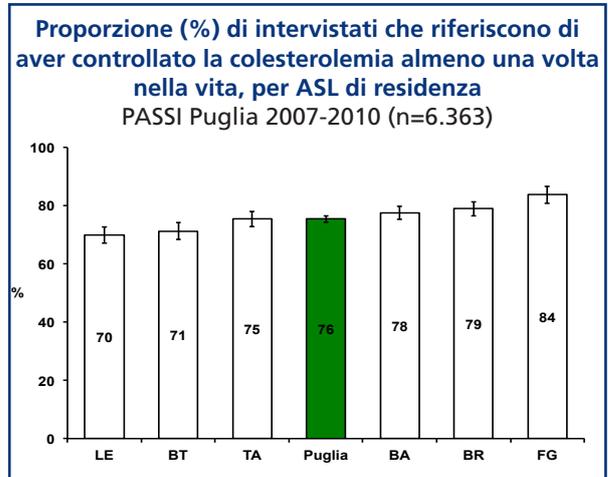
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini) all'analisi logistica multivariata.

Proporzione (%) di intervistati che riferiscono di aver controllato la colesterolemia almeno una volta nella vita, per Regione di residenza
PASSI Italia 2010



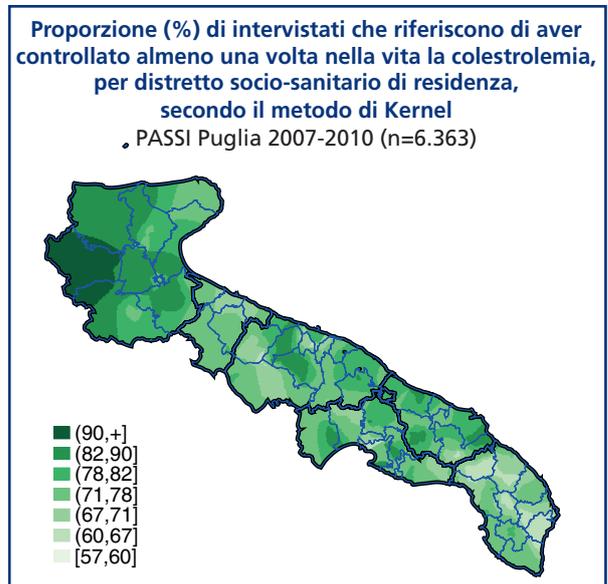
Come si distribuisce la frequenza dei soggetti che riferiscono di aver misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita, nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- La proporzione di soggetti che riferiscono di aver effettuato almeno una volta nel corso della vita una misurazione della colesterolemia è più elevata nella ASL Foggia rispetto alle altre ASL (range: 70% Lecce - 84% Foggia).



Il distretto socio-sanitario di Lucera (ASL Foggia) è quello in cui si osserva la maggiore proporzione di soggetti che riferiscono di aver misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita. Le proporzioni più basse si rilevano nei distretti di Campi Salentina, Galatina, Maglie e Poggiardo della ASL Lecce.

Dal cartogramma *kernel-smoothed* si rilevano proporzioni più elevate di soggetti che riferiscono di aver misurato la colesterolemia almeno una volta in quasi tutto il territorio della ASL Foggia, mentre proporzioni inferiori si registrano nella penisola salentina.



Quante persone riferiscono alti livelli di colesterolemia?

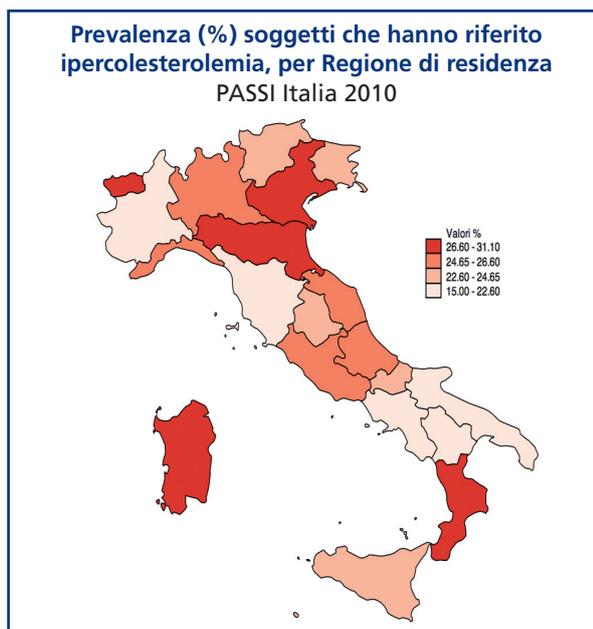
- Il 22% di coloro che hanno misurato almeno una volta il colesterolo riferisce la diagnosi di ipercolesterolemia.
- Questa stima corrisponde in Puglia a circa 613mila persone di 18-69 anni con ipercolesterolemia.
- In particolare, l'ipercolesterolemia risulta più frequente:
 - nei soggetti appartenenti a classi d'età più avanzate;
 - tra le persone con basso livello di istruzione;
 - tra le persone con molte difficoltà economiche;
 - tra coloro che presentano una condizione di eccesso ponderale.
- Analizzando tutte le variabili in un modello logistico multivariato, emerge una associazione statisticamente significativa tra le variabili su citate.

Prevalenza (%) di intervistati con diagnosi di ipercolesterolemia * PASSI Puglia 2007-2010 (n= 4.815)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	22,4	21,1-23,6
Classi di Età		
18 - 34	6,4	4,9-8,0
35 - 49	<u>19,5</u>	17,5-21,5
50 - 69	<u>35,3</u>	32,9-37,7
Sesso		
uomini	23,6	21,7-25,4
donne	21,3	19,7-23,0
Istruzione		
nessuna/elementare	36,1	32,6-39,6
media inferiore	<u>21,3</u>	19,1-23,6
media superiore	<u>18,3</u>	16,3-20,2
laurea	<u>15,5</u>	12,3-18,7
Difficoltà economiche		
molte	29,6	26,7-32,4
qualcuna	<u>21,0</u>	19,1-22,9
nessuna	<u>18,6</u>	16,4-20,8
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	14,9	13,3-16,5
sovrappeso/obeso	<u>29,3</u>	27,4-31,3

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 35-49 anni rispetto a quelle di 18-34 anni) all'analisi logistica multivariata.

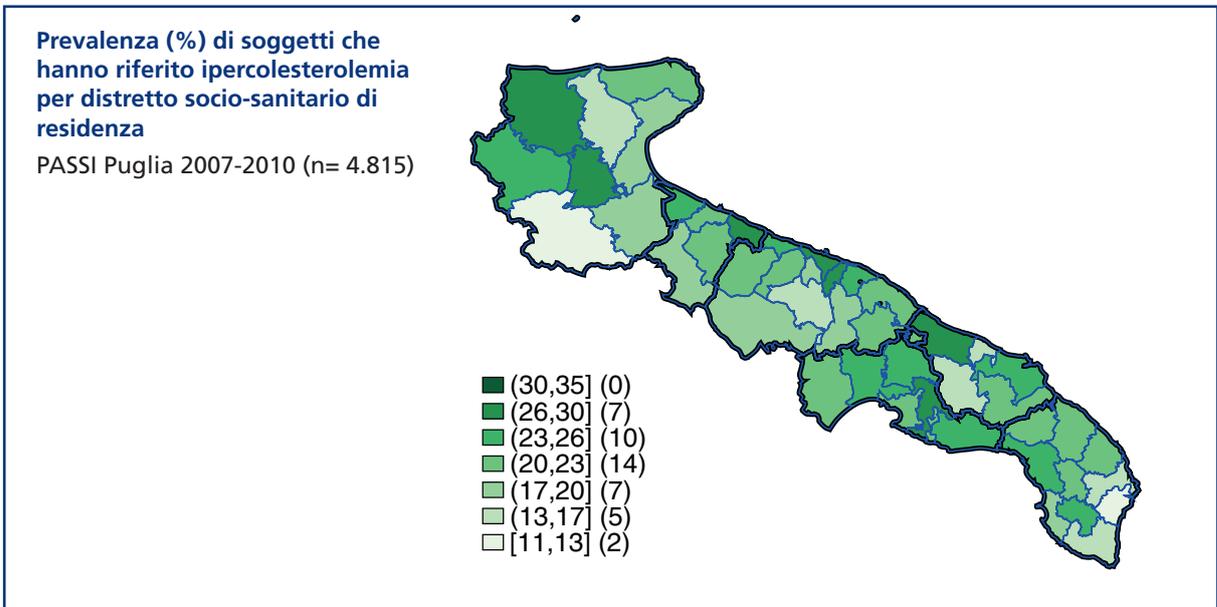
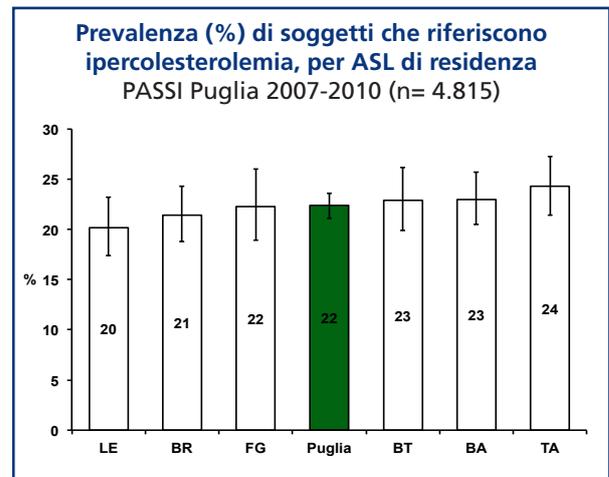
* Il denominatore utilizzato per il calcolo è il numero di soggetti che hanno effettuato la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita.

- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono ipercolesterolemia è risultata pari al 24%.



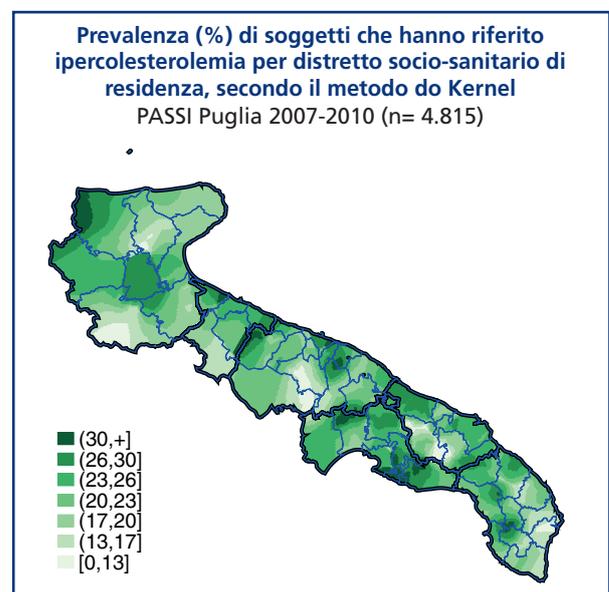
Come si distribuisce la prevalenza della ipercolesterolemia nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- Non sono emerse differenze relativamente alla prevalenza di ipercolesterolemia per ASL di residenza (range: 20% Lecce - 24% Taranto).



I distretti di San Severo e della città di Foggia, il distretto di Bisceglie della ASL Barletta-Andria-Trani, i distretti 6, 7, 8 della città di Bari e di Triggiano della ASL Bari, il distretto di Fasano della ASL Brindisi e il distretto di Grottaglie della ASL Taranto presentano le prevalenze più alte a livello regionale. Le prevalenze più basse si riscontrano nei distretti di Troia (ASL Foggia) e di Poggiardo (ASL Lecce).

Il cartogramma *Kernel-smoothed* mostra che la Capitanata, il litorale della ASL Barletta-Andria-Trani, la città di Bari e la sua area metropolitana e gran parte della ASL Taranto presentano valori più elevati di prevalenza dell'ipercolesterolemia.

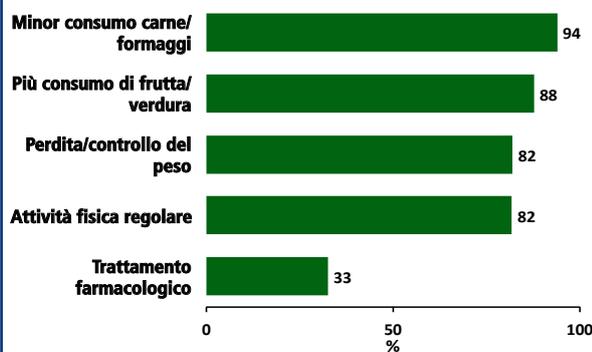


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- In Puglia, il 33% dei soggetti ipercolesterolemici ha riferito di essere in trattamento farmacologico. Tale percentuale è del tutto sovrapponibile a quella riscontrata nel pool nazionale di ASL che partecipano al PASSI.
- La maggior parte delle persone con elevati livelli di colesterolo ha riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di adottare cambiamenti del proprio stile di vita; in particolare, il 94% riferisce il consiglio di consumare una minore quantità di carne e formaggi, l'88% il consiglio di incrementare il consumo di frutta e verdura, l'82% l'invito a svolgere attività fisica regolare e quello di controllare il proprio peso.
- Non si osservano differenze significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico per ASL di residenza (range: 25% Brindisi - 38% Barletta-Andria-Trani).

Proporzione (%) di soggetti ipercolesterolemici che riferiscono di aver ricevuto un consiglio terapeutico da parte del medico curante

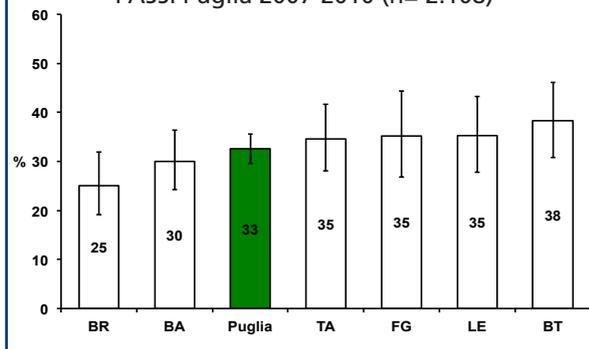
PASSI, Puglia 2007-2010 (n= 2.108)



* Ogni variabile considerata indipendentemente

Proporzione (%) di soggetti affetti da ipercolesterolemia in trattamento farmacologico, per ASL di residenza

PASSI Puglia 2007-2010 (n= 2.108)



Diabete

Il diabete mellito ha un forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione ed è caratterizzato da un carico assistenziale e una ricaduta economica importanti per il sistema sanitario nazionale. Il diabete di tipo 1 (insulino-dipendente) colpisce prevalentemente le persone giovani, quello di tipo 2 compare per lo più in età adulta ed è correlato a fattori comportamentali individuali. L'insorgenza del diabete di tipo 2 può essere prevenuta con uno stile di vita adeguato.

Recentemente sono stati realizzati importanti progressi nel trattamento del diabete e nella prevenzione delle sue complicanze; è, pertanto, fondamentale favorire la diagnosi precoce della malattia. Attualmente, si stima che circa la metà dei diabetici non sia a conoscenza del proprio stato.

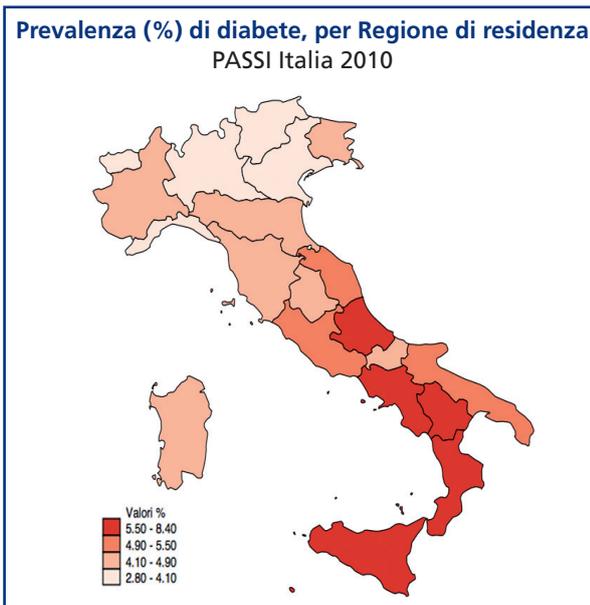
Qual è la prevalenza di diabetici?

- Il 5% delle persone intervistate ha riferito una diagnosi di diabete effettuata da un medico; questa stima corrisponde in Puglia a circa 140mila diabetici nella fascia di età 18-69 anni.
- In particolare, la prevalenza di diabete è maggiore:
 - nelle fasce d'età più avanzate;
 - tra le persone con basso livello di istruzione e tra gli intervistati con molte difficoltà economiche;
 - tra le persone in eccesso ponderale.
- Analizzando tutte le variabili in un modello logistico multivariato, la diagnosi di diabete risulta associata con le variabili su menzionate.

Prevalenza (%) di diabete PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.360)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	5,2	4,6-5,8
Classi di Età		
18 - 34	0,4	0,1-0,6
35 - 49	<u>2,4</u>	1,7-3,1
50 - 69	<u>12,8</u>	11,3-14,3
Sesso		
uomini	5,5	4,7-6,4
donne	4,9	4,1-5,7
Istruzione		
nessuna/elementare	14,8	12,5-17,1
media inferiore	<u>4,1</u>	3,2-5
media superiore	<u>2,7</u>	2,0-3,3
laurea	<u>2,9</u>	1,6-4,3
Difficoltà economiche		
molte	8,2	6,7-9,7
qualcuna	<u>4,8</u>	4,0-5,7
nessuna	<u>3,3</u>	2,4-4,2
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	1,6	1,2-2,1
sovrappeso	<u>7,1</u>	6,0-8,3
obeso	14,3	11,7-17,0

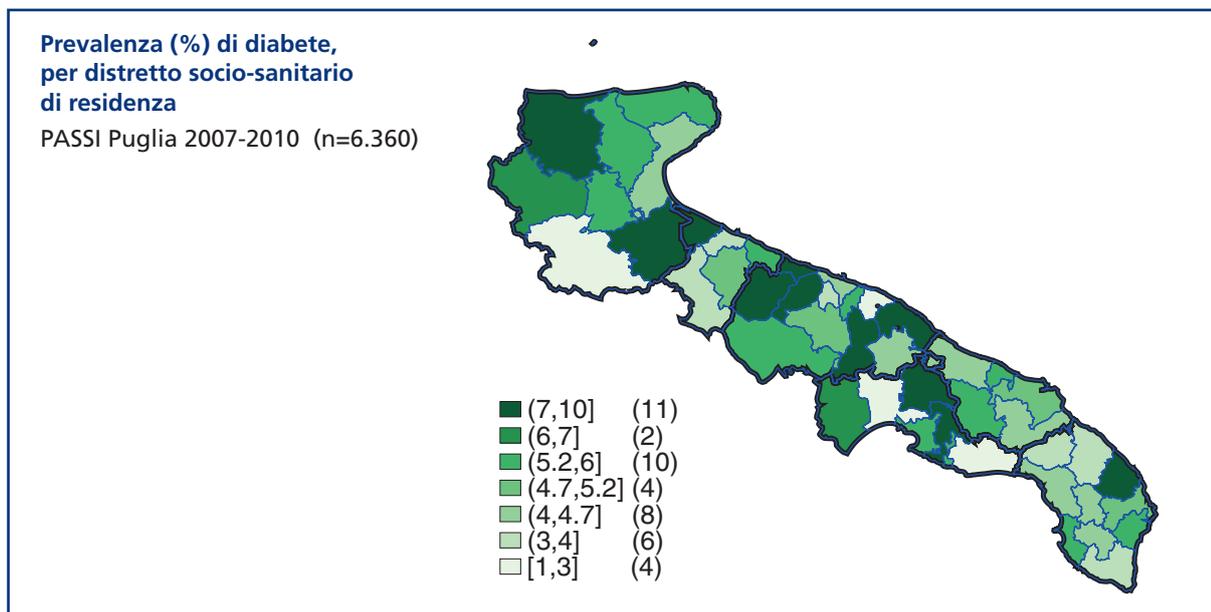
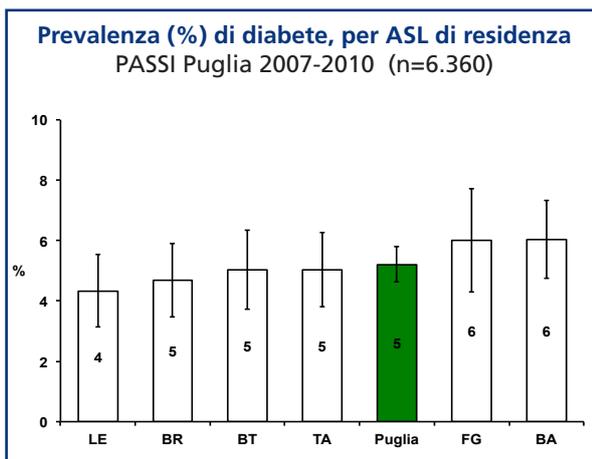
La sottolineatura indica la significatività statistica secondo un'analisi multivariata rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 35-49 anni rispetto a quelle di 18-34 anni).

- Nel pool di ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI nel 2010, la percentuale delle persone che riferiscono di aver avuto una diagnosi di diabete è del 5%.



Come si distribuiscono i soggetti che hanno riferito diagnosi di diabete nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- Non sono emerse differenze nei valori di prevalenza del diabete per ASL di residenza (range: 4% Lecce - 6% Bari e Foggia).

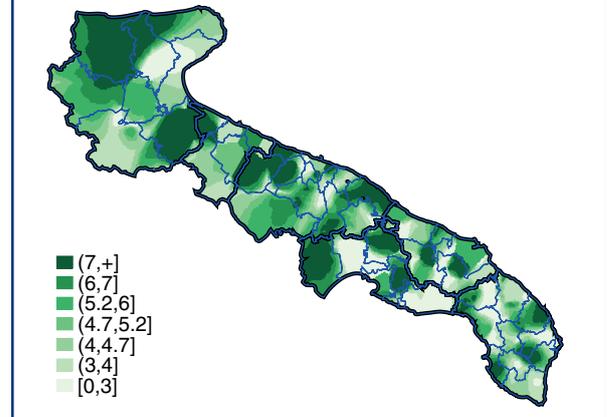


La più alta prevalenza di diabetici si osserva nei distretti di San Severo e Cerignola della ASL Foggia; nel distretto di Margherita di Savoia della ASL Barletta-Andria-Trani; nei distretti di Molfetta, Corato, Bitonto, Monopoli Gioia del Colle della ASL Bari; nei distretti di Grottaglie e Martina Franca della ASL Taranto; nel distretto di Martano della ASL Lecce.

Le prevalenze più basse a livello regionale si registrano nel distretto di Troia della ASL Foggia, nel distretto di Mola di Bari della ASL Bari e nei distretti Massafra e Manduria della ASL Taranto.

Il cartogramma *Kernel-smoothed* non consente di individuare aree in cui la prevalenza del diabete è costantemente al di sopra della media regionale, mostrando una distribuzione a macchia di leopardo in tutta la Regione.

Prevalenza (%) di diabete per distretto socio-sanitario di residenza, secondo il metodo di Kernel
PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.360)



Calcolo del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi che il medico può utilizzare per stimare la probabilità, in termini assoluti, che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi. Per la stima del punteggio del rischio cardio-cascolare vengono valutati sei importanti fattori di rischio: due non modificabili (sesso ed età) e quattro modificabili (diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia).

L'uso della carta del rischio è indicato come strumento di valutazione clinico-prognostica nelle persone a partire dai 35 anni.

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

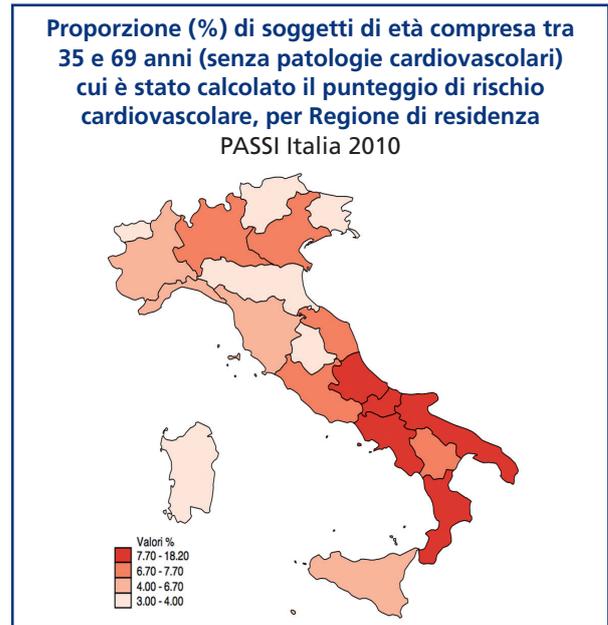
- In Puglia, l'8% degli intervistati di età compresa tra 35 e 69 anni ha riferito il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare da parte di un medico.
- In particolare, tale calcolo è risultato più frequente:
 - nelle classi d'età più elevate;
 - tra le persone con difficoltà economiche percepite;
 - tra le persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.
- Includendo tutte le variabili in un modello logistico multivariato, il calcolo del punteggio del rischio cardio-vascolare risulta associato con l'età maggiore di 50 anni, le difficoltà economiche e la presenza di un fattore di rischio cardio-vascolare.

Proporzione (%) di soggetti di età compresa tra 35 e 69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare PASSI Puglia 2007-2010 (n= 3.974)		
Caratteristiche demografiche	%	IC95%
Totale	8,4	7,5-9,3
Classi di Età		
35 - 39	3,8	2,3-5,3
40 - 49	8,4	6,8-9,9
50 - 59	<u>9,4</u>	7,6-11,3
60 - 69	<u>11,1</u>	8,9-13,4
Sesso		
uomini	8,2	6,9-9,5
donne	8,6	7,3-9,9
Istruzione		
bassa	8,7	7,5-9,9
alta	<u>8,1</u>	6,7-9,5
Difficoltà economiche		
sì	<u>9,1</u>	8,0-10,3
no	6,6	5,0-8,2
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare^o		
sì	<u>9,6</u>	8,5-10,7
no	4,4	3,0-5,8

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 40-49 anni rispetto a quelle di 35-39 anni).

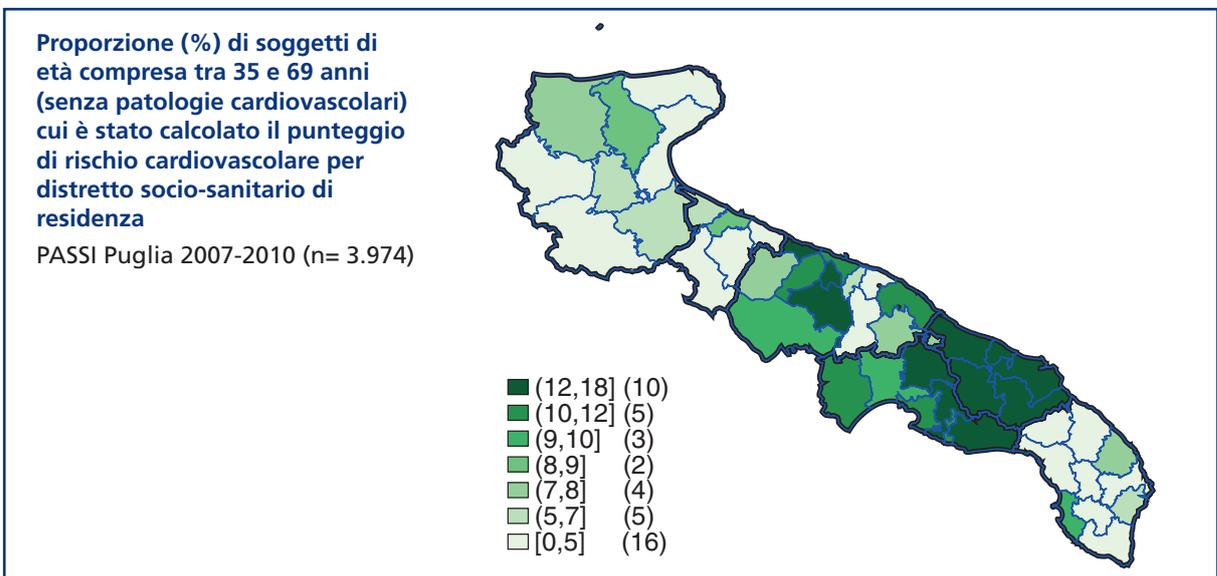
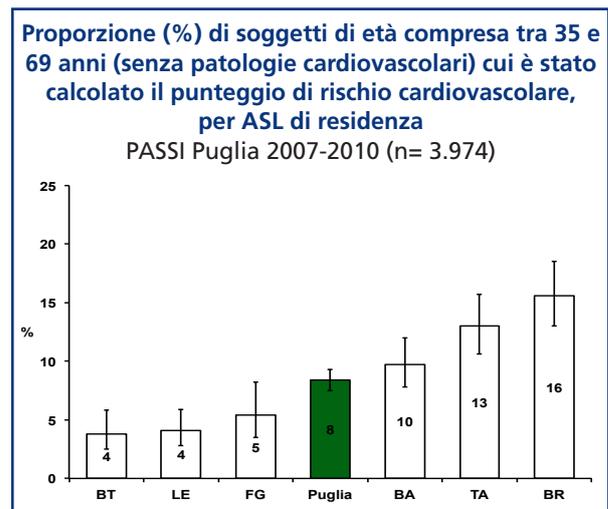
^o Fattori di rischio cardiovascolare considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, eccesso ponderale e diabete

- Nel pool di ASL nazionale PASSI, nel 2010, la proporzione di soggetti di età compresa tra 35 e 69 anni a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare, mediante carta o punteggio, è risultata pari al 7%.



Come si distribuiscono i soggetti cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare, nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- Si registra un'importante variabilità nella proporzione di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare per ASL di residenza. Una percentuale significativamente più alta è stata rilevata nella ASL Brindisi mentre percentuali più basse sono state stimate nelle ASL di Lecce e Barletta-Andria-Trani (range: 4% Barletta-Andria-Trani – 16% Brindisi).

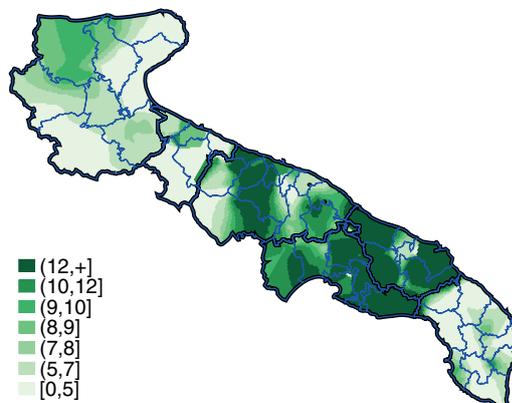


La proporzione di soggetti a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare più alta si riscontra nei seguenti distretti socio-sanitari: Molfetta, Modugno e Grumo Appula nella ASL Bari; Fasano, Francavilla Fontana, Brindisi e Mesagne nella ASL Brindisi; Martina Franca, Grottaglie e Manduria nella ASL Taranto.

Si rilevano, invece, proporzioni più basse nei distretti di Vico del Gargano, Manfredonia, Lucera e Troia della ASL Foggia; Canosa di Puglia, Andria e Bisceglie della ASL Barletta-Andria-Trani; Mola di Bari, Gioia del Colle della ASL Bari; Campi Salentina, Nardò, Lecce, Galatina, Maglie, Casarano e Gagliano del Capo della ASL Lecce.

Dal cartogramma *Kernel-smoothed* emerge che la proporzione di soggetti a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare appare più alta in tutto il territorio delle ASL Brindisi e Taranto e nella zona centrale della ASL di Bari. Prevalenze più basse si riscontrano nelle ASL di Foggia, Barletta-Andria-Trani e Lecce.

Proporzione (%) di soggetti di età compresa tra 35 e 69 anni (senza patologie cardiovascolari) cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare per distretto socio-sanitario di residenza, secondo Kernel
PASSI Puglia 2007-2010 (n= 3.974)



Conclusioni

In Puglia, più di un quinto della popolazione di 18-69 anni è iperteso (23%), una percentuale analoga presenta valori elevati di colesterolemia (22%) e i diabetici rappresentano il 5% della popolazione. Tali valori di prevalenza risultano in linea con le medie nazionali.

I cartogrammi dei soggetti affetti da ipertensione, da ipercolesterolemia e da diabete mostrano una certa sovrapposizione delle aree in cui tali indicatori appaiono in eccesso rispetto alla media regionale, localizzate prevalentemente nelle ASL Bari, Foggia e Taranto.

Il ruolo determinante di questi fattori di rischio nello sviluppo delle malattie cardiovascolari rende urgente e prioritaria nella Regione Puglia l'introduzione di programmi di prevenzione multisettoriali volti a favorire l'acquisizione di un corretto stile di vita nelle fasce d'età più giovani e a migliorare abitudini e comportamenti nelle fasce d'età più avanzate, al fine di ridurre l'insorgenza di tali patologie e di limitare complicanze e disabilità da esse derivanti.

L'identificazione precoce della presenza di ipertensione, ipercolesterolemia e diabete attraverso controlli regolari (specie sopra i 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità; in questo campo un ruolo fondamentale dovrebbe essere svolto dai Medici di Medicina Generale nell'ambito di programmi di prevenzione collettiva strutturati.

Il trattamento farmacologico è seguito dalla maggior parte delle persone ipertese e da un terzo di quelle con colesterolemia elevata, tuttavia, la terapia farmacologica può essere evitata, ritardata o limitata dall'introduzione di uno stile di vita più salutare. Sebbene la maggior parte degli ipertesi e degli ipercolesterolemici abbia ricevuto il consiglio di adottare modifiche nel comportamento per controllare questi fattori di rischio, sarebbe opportuno che il suggerimento di praticare un'attività

fisica regolare e di alimentarsi correttamente diventasse una vera e propria prescrizione medica alla stregua di quelle farmaceutiche.

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano Nazionale 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. L'attuazione del Piano della Prevenzione in particolar modo prevede l'ampliamento della popolazione da sottoporre a valutazione, iniziative di educazione alla salute per soggetti a rischio medio e la implementazione di percorsi clinico diagnostici per soggetti a rischio elevato.

Bibliografia

- WHO "Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk", 2007
- European Community "European cardiovascular disease statistics 2008"
<http://www.ehnheart.org/content/sectionintro.asp?level0=1457>
- European Heart Network-EHN
<http://www.ehnheart.org/content/default.asp>
- CCM "Progetto cuore"
<http://www.cuore.iss.it/>

SICUREZZA

Sicurezza stradale pag. 95

Sicurezza domestica " 103

The World Health Organization's
FIGHT AGAINST CANCER
 Strategies that prevent, cure and care

World Health Organization

THREE WAYS TO SAVE LIVES.

FCTC
 WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL

31 MAY, WORLD NO TOBACCO DAY

QUANDO SCEGLI UNO STILE DI VITA SANO, TI PRENDI CURA DI TE

Anche tu puoi fare qualcosa per la tua salute. Scegli un'alimentazione equilibrata, non fumare, fai attività fisica ogni giorno, ti sei bevvi alcolici, fanne un uso moderato e responsabile. Seguire uno stile di vita sano è una raccomandazione di "Guadagnare salute", che promuove iniziative per facilitare scelte sane. Perché prenderti cura di te è la scelta migliore che puoi fare.

guadagnare salute

World Health Organization

Wear a helmet

YOURS

face to face

CHRONIC DISEASE

diabetes

World Health Organization Europe

World Mental Health Day, 10 October 2011

Investing in mental health in times of need

World Health Organization Europe

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione di età inferiore a 40 anni.

Secondo il rapporto Istat-ACI, relativo al 2009, ogni giorno in Italia si verificano in media 590 incidenti stradali che provocano la morte di 12 persone e il ferimento di altre 842. Nel 2009 sono stati rilevati dalle forze dell'ordine 215.405 incidenti, con un decremento del 15% rispetto al 2001. Anche il numero di decessi è sceso complessivamente del 40%, passando da 7.096 nel 2001 a 4.237 nel 2009.

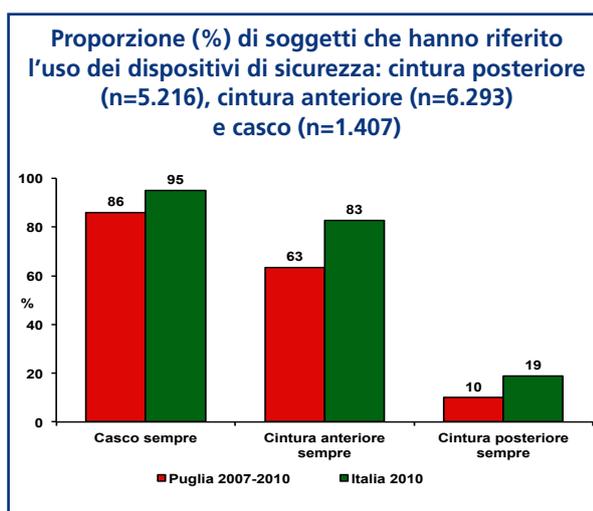
A supporto della prevenzione degli incidenti stradali è necessario attuare politiche e interventi di provata efficacia finalizzati a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni di traffico e altri interventi destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o di sostanze stupefacenti.

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

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.

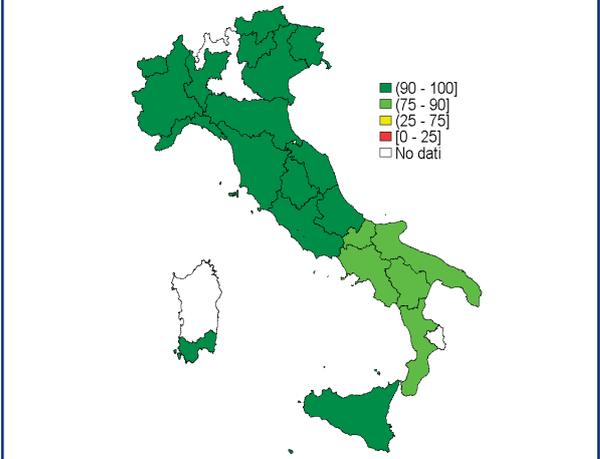
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- L'86% dei motociclisti ha riferito di utilizzare sempre il casco.
- Il 63% ha riferito di utilizzare sempre la cintura anteriore di sicurezza.
- Il 10% ha riferito di utilizzare sempre la cintura posteriore.

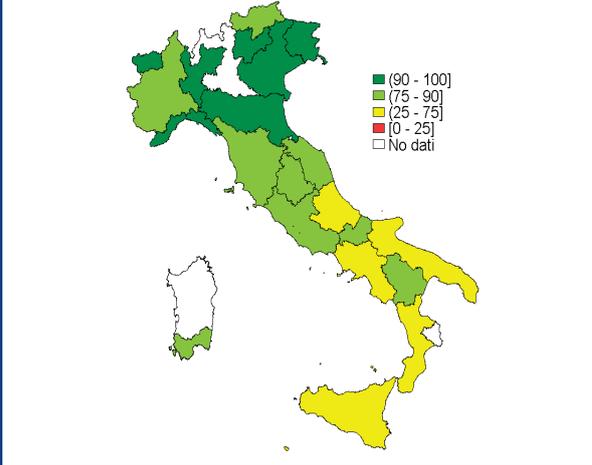


- A livello nazionale, il 95% degli intervistati ha dichiarato di utilizzare sempre il casco, l'83% la cintura anteriore e il 19% la cintura posteriore.
- Tali proporzioni sono più elevate rispetto ai dati della Regione Puglia.
- Nell'utilizzo di tutti i tipi di dispositivi di sicurezza è presente un marcato gradiente territoriale Nord-Sud.

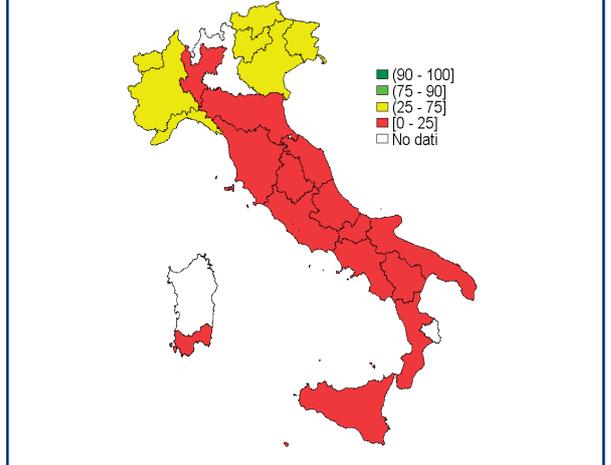
Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre il casco, per Regione di residenza
PASSI Italia 2010



Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre la cintura anteriore, per Regione di residenza
PASSI Italia 2010



Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre la cintura posteriore, per Regione di residenza
PASSI Italia 2010

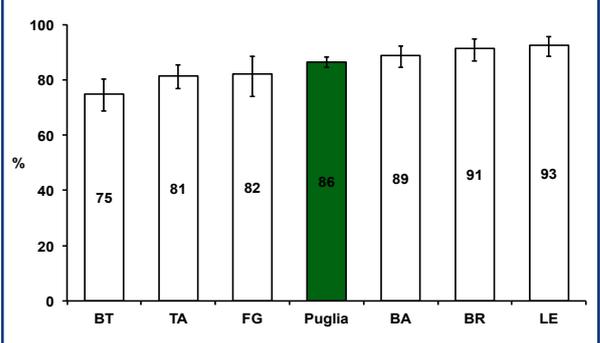


Com'è distribuito l'uso dei dispositivi di sicurezza nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

Utilizzo del casco

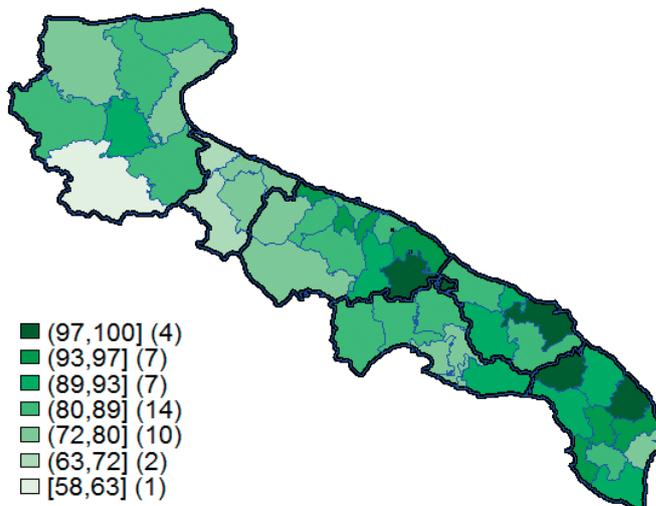
- La proporzione di intervistati che dichiara di guidare una moto e riferisce di usare sempre il casco differisce per ASL di residenza (range: 75% Barletta-Andria-Trani - 93% Lecce).

Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre il casco in moto, per ASL di residenza
PASSI Puglia 2007-2010 (n=1.407)



Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre il casco in moto, per distretto socio-sanitario di residenza

PASSI Puglia 2007-2010 (n=1.407)



- La prevalenza di cittadini pugliesi che dichiara di utilizzare sempre il casco quando è alla guida della propria moto si distribuisce in maniera abbastanza omogenea sul territorio regionale.

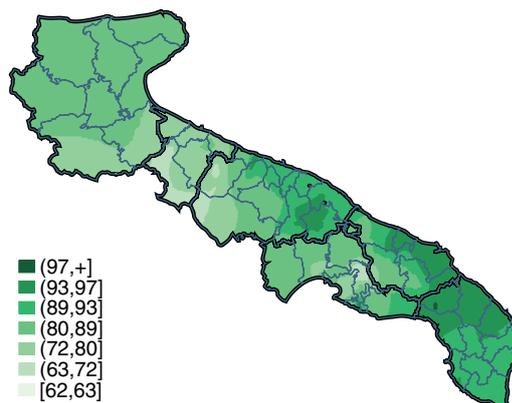
Le proporzioni più alte rispetto alla media regionale, comprese tra 97 e 100%, si registrano nel distretto di Noci della ASL Bari, nel distretto di Brindisi, nei distretti di Campi Salentina e di Martano della ASL Lecce.

Il distretto di Troia della ASL Foggia si caratterizza per la più bassa proporzione di persone che riferiscono di usare sempre il casco (58-63%). Percentuali altrettanto basse, comprese tra il 63 e 72%, si riscontrano nei distretti di Margherita di Savoia e di Canosa di Puglia della ASL Barletta-Andria-Trani.

- Il cartogramma *Kernel-smoothed* evidenzia la presenza di un gradiente Nord-Sud della proporzione di soggetti che utilizzano il casco quando sono alla guida di una moto. In particolare, si evidenzia una prevalenza più bassa in gran parte della ASL Barletta-Andria-Trani e una prevalenza più alta nella zona costiera delle ASL Brindisi e Lecce.

Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre il casco in moto, per distretto socio-sanitario di residenza, secondo Kernel

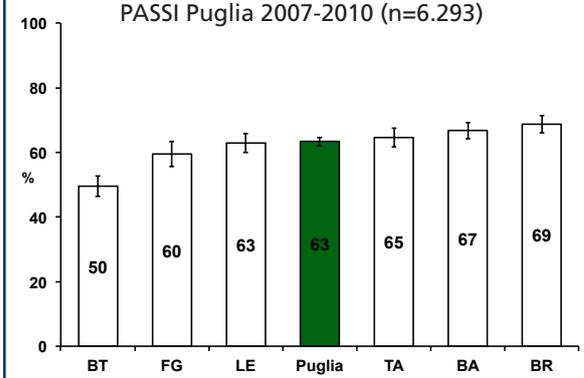
PASSI Puglia 2007-2010 (n=1.407)



Utilizzo della cintura anteriore

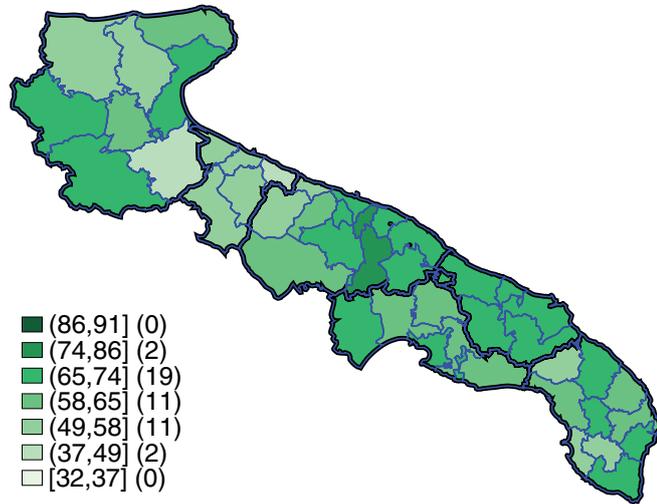
- La proporzione di cittadini che riferiscono di utilizzare la cintura di sicurezza quando viaggiano in auto seduti sui sedili anteriori, mostra differenze per ASL di residenza (range: 50% Barletta-Andria-Trani - 69% Brindisi).

Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre la cintura di sicurezza anteriore, per ASL di residenza



Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare la cintura di sicurezza anteriore, per distretto socio-sanitario di residenza

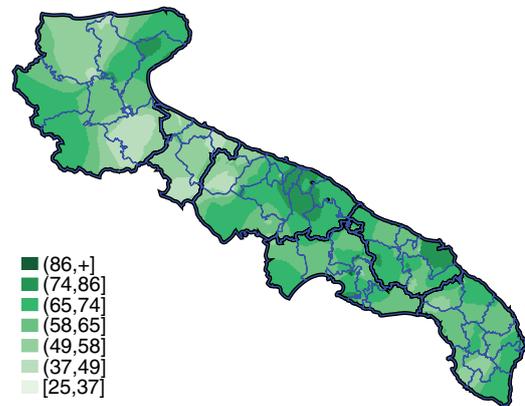
PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.293)



- Proporzioni di soggetti che riferiscono di utilizzare in macchina la cintura anteriore più elevate rispetto alla media regionale si registrano nei Distretti di Triggiano e di Gioia del Colle della ASL Bari. Il distretto di Cerignola della ASL Foggia e il distretto di Trani della ASL Barletta-Andria-Trani si caratterizzano per proporzioni inferiori rispetto alla media regionale.
- Il cartogramma *Kernel-smoothed* mette in evidenza la presenza di un minor utilizzo della cintura anteriore nella zona del Tavoliere, in particolare nella ASL Barletta-Andria-Trani. Le altre ASL pugliesi mostrano dati in linea con la media regionale, ad eccezione dell'area metropolitana della Città di Bari in cui tale abitudine appare maggiore.

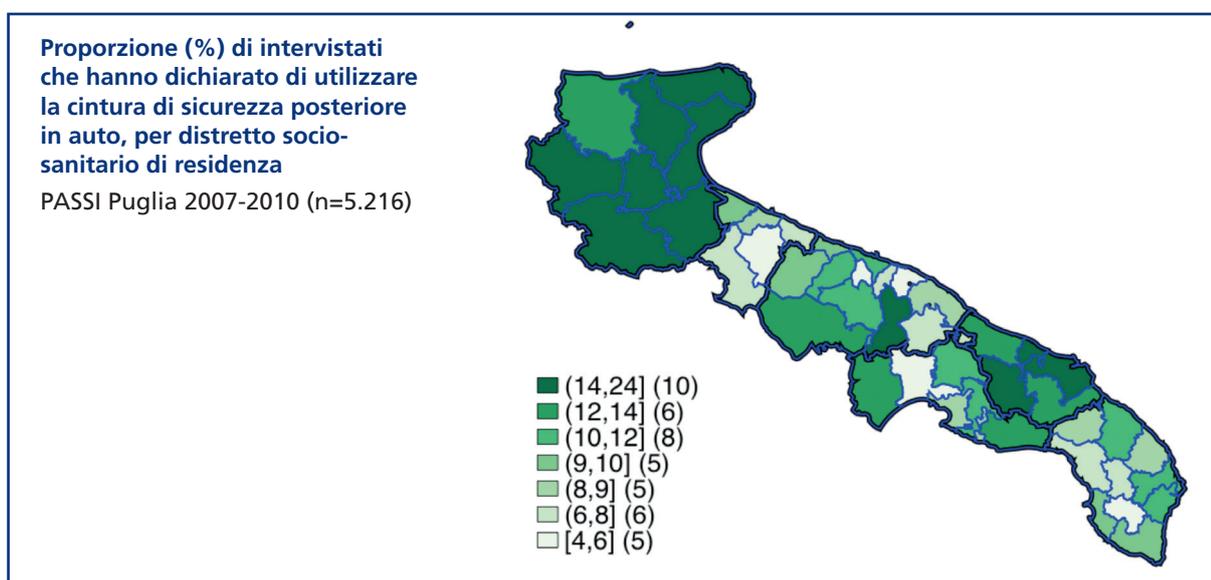
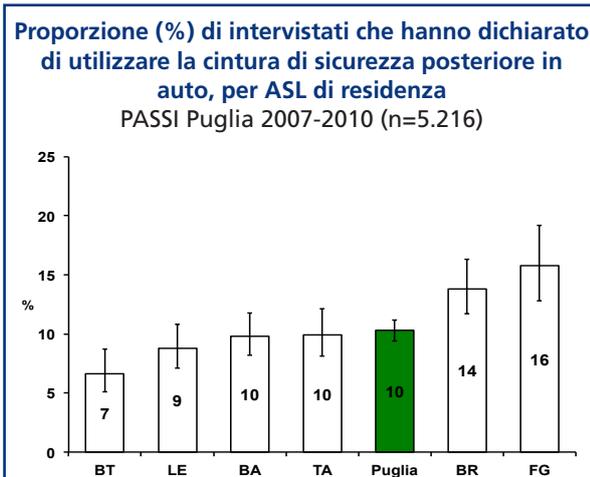
Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre la cintura di sicurezza anteriore, per distretto socio-sanitario di residenza, secondo il metodo di Kernel

PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.293)

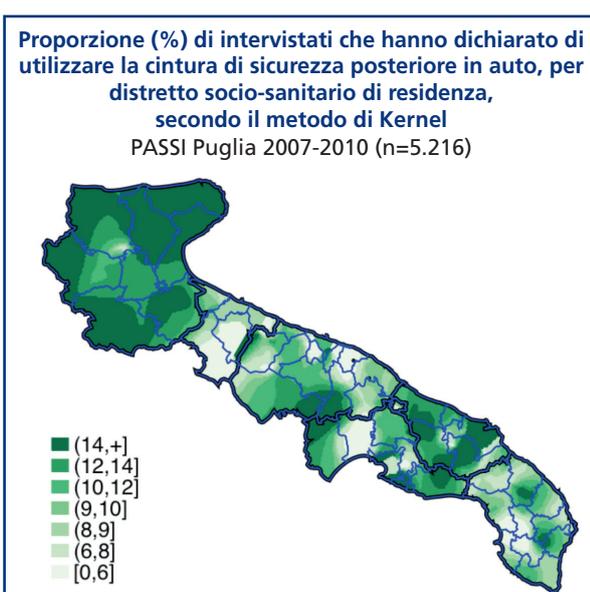


Utilizzo della cintura posteriore

- La proporzione di intervistati che dichiara di utilizzare la cintura di sicurezza posteriore quando viaggia in macchina sembra differire per ASL di residenza (range: 7% Barletta-Andria-Trani - 16% Foggia).



- Proporzioni di soggetti che riferiscono di indossare la cintura posteriore più alte sono evidenti in tutti i distretti della ASL Foggia ad eccezione del distretto di San Severo, nel distretto di Gioia del Colle della ASL Bari e nei distretti di Brindisi e di Francavilla Fontana della ASL Brindisi. Proporzioni inferiori alla media regionale si riscontrano nel distretto di Andria della ASL Barletta-Andria-Trani, nei distretti di Modugno e di Mola di Bari della ASL Bari, nel distretto di Mottola della ASL Taranto e nel distretto di Casarano della ASL Lecce.
- Il cartogramma *Kernel-smoothed* mostra un maggiore utilizzo della cintura posteriore nella ASL Foggia. Nel resto della Regione tale attitudine mostra una distribuzione a macchia di leopardo con aree di più elevata frequenza nella Murgia Barese e nell'area a nord della Pianura Salentina.



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

(= coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto almeno 2 unità di bevanda alcolica)

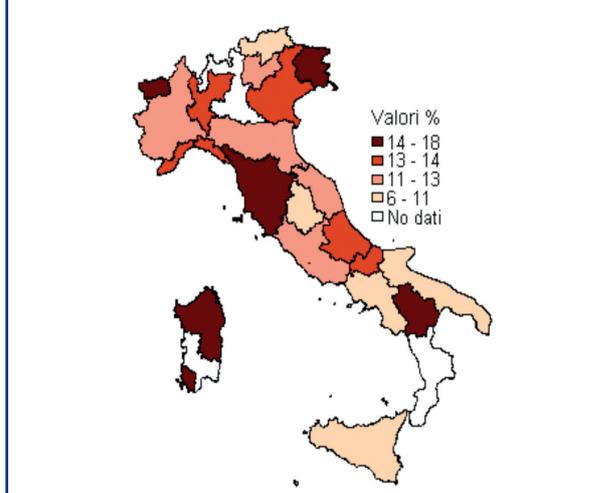
- Il 5% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente; questa stima corrisponde nella nostra Regione a circa 140 mila persone.
- Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale al 9%.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere meno diffusa nelle classi di età compresa tra 50 e 69 anni, nei soggetti di sesso femminile, con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, emerge una associazione statisticamente significativa tra l'assunzione di alcol prima della guida, l'età maggiore di 50 anni e il sesso maschile.
- Il 7% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è risultata del 12%.

Proporzione (%) di soggetti che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dall'assunzione di 2 o più unità alcoliche* °°
PASSI Puglia 2007-2010 (n=3.269)

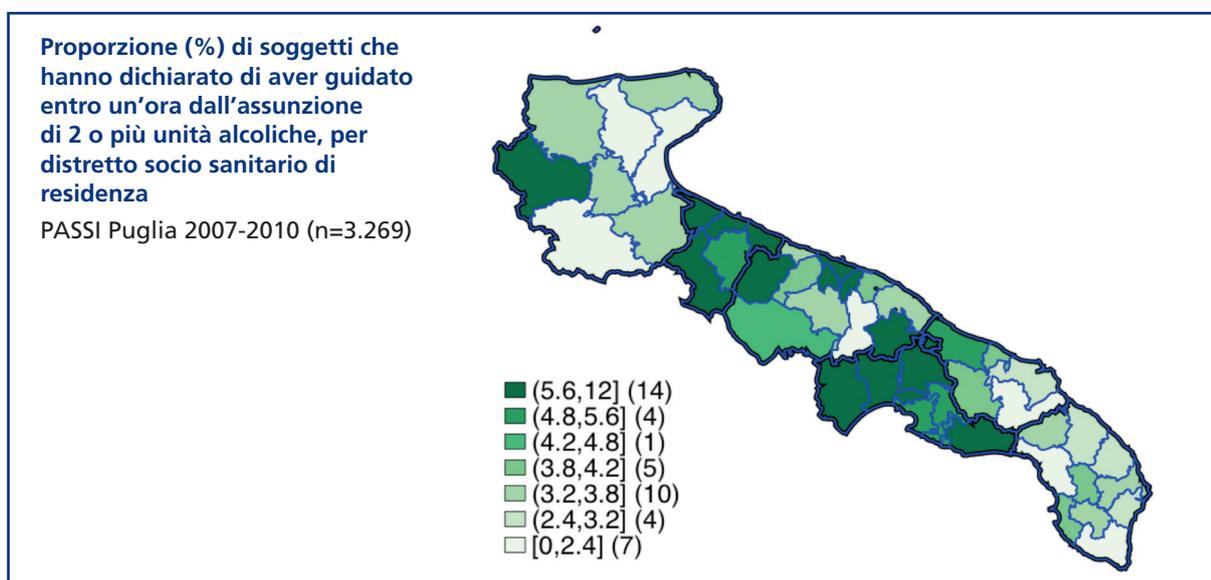
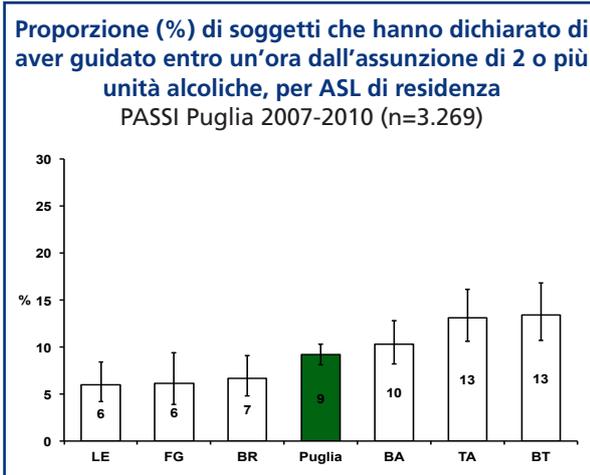
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	9,2	8,1-10,3
Classi di Età		
18 - 24	10,4	7,3-13,4
25 - 34	11,7	9,0-14,3
35 - 49	9,4	7,5-11,3
50 - 69	6,8	5,1-8,4
Sesso		
uomini	12,4	10,9-13,9
donne	2,3	1,3-3,2
Istruzione		
nessuna/elementare	7,2	4,7-10,1
media inferiore	10,2	8,2-12,2
media superiore	9,8	7,9-11,3
laurea	7,5	4,7-10,2
Difficoltà economiche		
molte	12,0	9,3-14,8
qualcuna	8,1	6,6-9,6
nessuna	8,6	6,9-10,4

* Il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato.
°°Coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica.
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini).

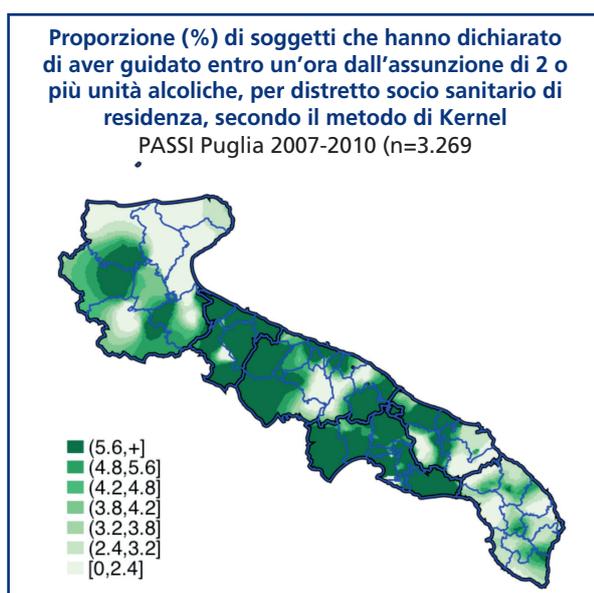
Proporzione (%) di soggetti che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dall'assunzione di 2 o più unità alcoliche, per Regione di residenza
PASSI Italia 2010



- Si osservano differenze nella proporzione di soggetti che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol per ASL di residenza (range: 6% Lecce - 13% Barletta-Andria-Trani).



- Proporzioni di soggetti che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol più alte rispetto alla media regionale si rinvencono nel distretto di Lucera della ASL Foggia, in tutti i distretti della ASL Barletta-Andria-Trani (ad eccezione del distretto 2), nei distretti di Ruvo di Puglia, 6, 7 e 8 della Città di Bari, di Modugno, di Triggiano e di Noci della ASL Bari, nei distretti di Castellaneta, di Mottola, di Martina Franca e di Manduria della ASL Taranto. Valori inferiori alla media regionale si osservano nel distretto di San Marco in Lamis, di Manfredonia e di Troia della ASL Foggia, di Gioia del Colle della ASL Bari, di Mesagne della ASL Brindisi, di Nardò e di Gagliano del Capo della ASL Lecce.



- Il cartogramma *Kernel-smoothed* mette in evidenza come l'abitudine alla guida sotto l'effetto dell'alcol sia più diffusa nella zona del Gargano e del Sub-appennino Dauno e nell'area centrale della Regione, in prossimità dei grandi centri urbani del Tavoliere, della Murgia Barese e del territorio tarantino.

Conclusioni

L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. In Puglia si registra un livello abbastanza buono dell'uso del casco, mentre solo tre persone su cinque utilizzano la cintura di sicurezza anteriore; scarso è l'uso della cintura di sicurezza posteriore (una persona su dieci). L'uso sistematico delle cinture di sicurezza posteriore rappresenta un obiettivo per tutte le ASL sia a livello regionale che nazionale.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un problema frequente negli uomini e nelle classi d'età più giovani.

I comportamenti personali sono fattori di primaria rilevanza nella sicurezza stradale e sono decisivi per ridurre la gravità degli incidenti, ma per migliorare la sicurezza stradale rimangono importanti anche gli interventi strutturali ed ambientali.

Bibliografia

- WHO Global status report on road safety: time for action
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf
http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20101117_00/testointegrale20101117.pdf
- Eurosafe Child Safety Report Card 2009
<http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/l2europeanchildsafetyalliance.htm>
- ISTAT Incidenti stradali, 2007
http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081120_00/testointegrale20081120.pdf

Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di sanità pubblica rilevante, sia per la mortalità e la morbosità ad essi attribuibili, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza.

I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono le donne, i bambini molto piccoli e gli anziani, in particolare sopra gli 80 anni, cioè coloro che trascorrono più tempo in casa.

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.

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

- In Puglia, il 7% degli intervistati ha dichiarato di considerare il rischio di infortuni domestici alto o molto alto per il proprio nucleo familiare.
- Tale proporzione risulta più elevata:
 - tra i soggetti di età compresa tra 35 e 49 anni;
 - tra le donne;
 - tra i soggetti con qualche o nessuna difficoltà economica;
 - tra coloro che anno in famiglia soggetti potenzialmente a rischio.
- Analizzando tutte le variabili in un modello logistico multivariato, la percezione del rischio di infortunio in ambito domestico come alto o molto alto risulta associata all'assenza di difficoltà economiche

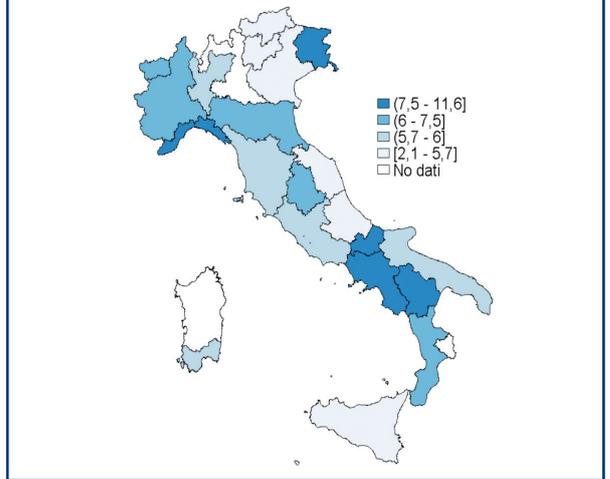
Proporzione (%) di intervistati che riferiscono di percepire come alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.338)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	6,8	6,1-7,4
Classi di Età		
18 - 34	6,8	5,5-7,9
35 - 49	<u>8,0</u>	6,8-9,3
50 - 69	<u>5,7</u>	4,7-6,8
Sesso		
uomini	5,3	4,5-6,1
donne	<u>8,2</u>	7,2-9,2
Istruzione		
nessuna/elementare	6,4	4,7-8,1
media inferiore	<u>7,8</u>	6,6-9,1
media superiore	6,2	5,2-7,3
laurea	6,4	4,4-8,4
Difficoltà economiche		
molte	<u>9,5</u>	7,8-11,2
qualche	<u>6,0</u>	5,1-6,9
nessuna	<u>5,8</u>	4,6-7,0
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio*		
sì	<u>7,9</u>	6,8-9,0
no	<u>6,0</u>	5,2-6,8

*Presenza di anziani e/o bambini

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini).

- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, la proporzione di persone che riferiscono di percepire come alto o molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico è pari al 7%.

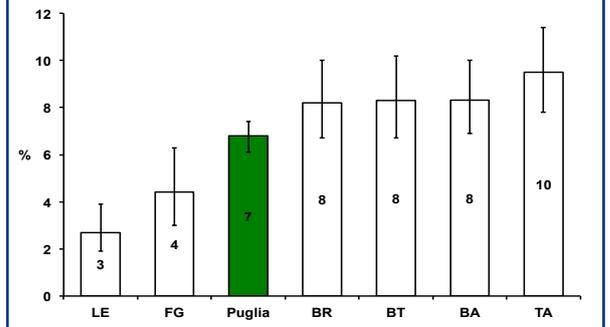
Proporzione (%) di intervistati che riferiscono di percepire come alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico, per Regione di residenza PASSI Italia 2010



Come si distribuiscono gli intervistati che riferiscono di percepire alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

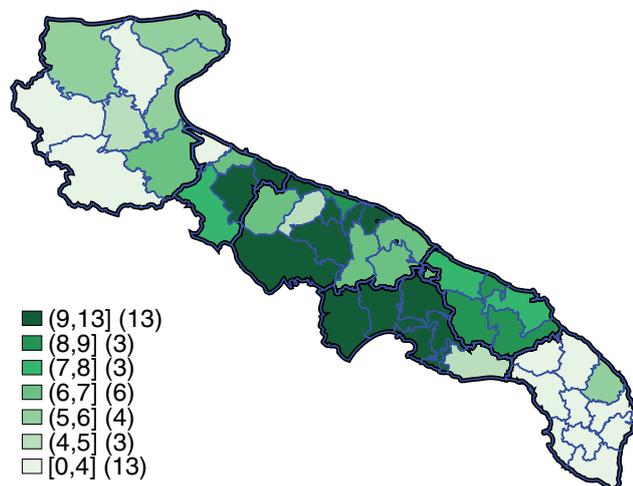
- La proporzione di intervistati che riferiscono una percezione alta/molto alta del rischio di infortunio in ambito domestico differisce per ASL di residenza (range: 3% Lecce - 10% Taranto)

Proporzione (%) di intervistati che riferiscono di percepire come alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico, per ASL di residenza PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.338)



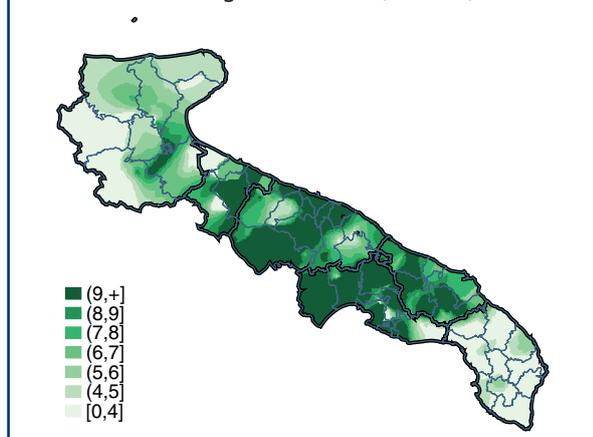
Proporzione (%) di intervistati che riferiscono di percepire come alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico, per distretto socio-sanitario di residenza

PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.338)



Le proporzioni più alte di intervistati che percepiscono il rischio di infortunio in ambiente domestico come alto/molto alto si riscontrano nei distretti di Molfetta, Altamura, Grumo Appula, Modugno, Triggiano della ASL Bari; Andria e Bisceglie della ASL Barletta - Andria - Trani; Castellaneta, Massafra, Taranto, Martina Franca, Grottaglie della ASL Taranto. Emergono proporzioni inferiori alla media regionale nei distretti di Lucera, Troia e San Marco in Lamis della ASL Foggia, nel distretto di Margherita di Savoia della ASL Barletta - Andria - Trani e in tutti i distretti della ASL Lecce, ad eccezione del distretto di Martano. Il cartogramma *kernel-smoothed* evidenzia proporzioni più alte di soggetti che percepiscono come alto/molto alto il rischio di un incidente domestico nell'area Sud della ASL Barletta - Andria - Trani, in quella centrale della ASL Bari e in gran parte della ASL Taranto.

Proporzione (%) di intervistati che riferiscono di percepire come alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico, per distretto socio-sanitario di residenza, secondo il metodo di Kernel
PASSI Puglia 2007-2010 (n=6.338)



Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

- In Puglia, circa un terzo degli intervistati (28%) ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- In particolare, la proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni è superiore:
 - nella classe d'età 50-69 anni;
 - nel sesso maschile;
 - nei soggetti con livello d'istruzione "media superiore" e "laurea".
- Includendo tutte le variabili in un modello logistico multivariato, risulta significativa l'associazione tra le variabili sopra citate.

Proporzione (%) di soggetti che hanno riferito di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici negli ultimi 12 mesi
PASSI Puglia 2007-2009 (n=4.230*)

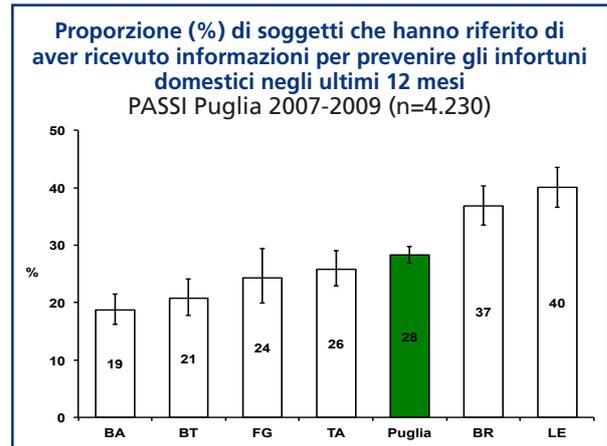
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	28,3	26,9-29,8
Classi di Età		
18 - 34	23,8	21,4-26,2
35 - 49	28,2	25,6-30,8
50 - 69	<u>33,2</u>	30,5-36,0
Sesso		
uomini	<u>31,2</u>	29,1-33,2
donne	25,6	23,5-27,8
Istruzione		
nessuna/elementare	25,9	22,1-29,8
media inferiore	<u>26,8</u>	24,2-29,4
media superiore	<u>30,0</u>	27,3-32,0
laurea	<u>31,6</u>	26,7-36,6
Difficoltà economiche		
molte	27,1	24,1-30,2
qualche	<u>29,2</u>	26,8-31,5
nessuna	28,4	25,6-31,2
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°		
si	28,4	26,2-30,6
no	28,4	26,4-30,4

° Presenza di anziani e/o bambini.

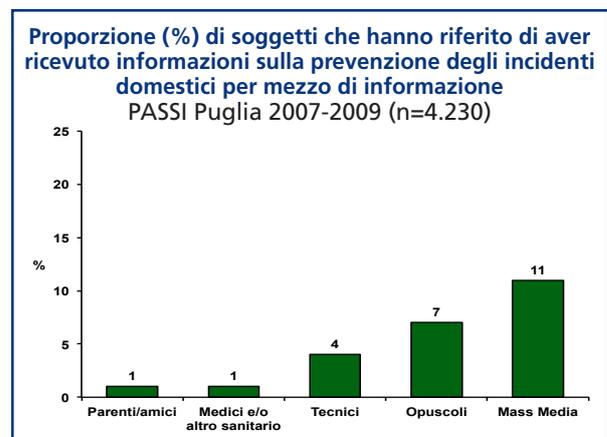
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini).

* Interviste effettuate negli anni 2007, 2008, 2009.

- La proporzione di soggetti che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici differisce per ASL di residenza (range: 19% Bari - 40% Lecce).



- Le fonti di informazione sugli infortuni domestici più riportate sono i mass media (11%) e gli opuscoli (7%).



Chi ha riferito di aver ricevuto informazioni, ha adottato misure per rendere l'abitazione più sicura?

- Tra coloro i quali hanno riferito di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici, circa un terzo (30 %) ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- La proporzione di intervistati che riportano l'adozione di misure preventive è risultata superiore tra i soggetti di sesso maschile e tra coloro che hanno in famiglia persone potenzialmente a rischio.
- Nel modello di regressione logistica multivariato, l'aver modificato i propri comportamenti o adottato misure di sicurezza risulta associato al sesso maschile e alla convivenza con soggetti a rischio.

Proporzione (%) di intervistati che hanno ricevuto informazioni sulla sicurezza domestica ed hanno dichiarato di aver modificato i propri comportamenti o adottato misure di sicurezza per l'abitazione
PASSI Puglia 2007-2010 (n=1.191*)

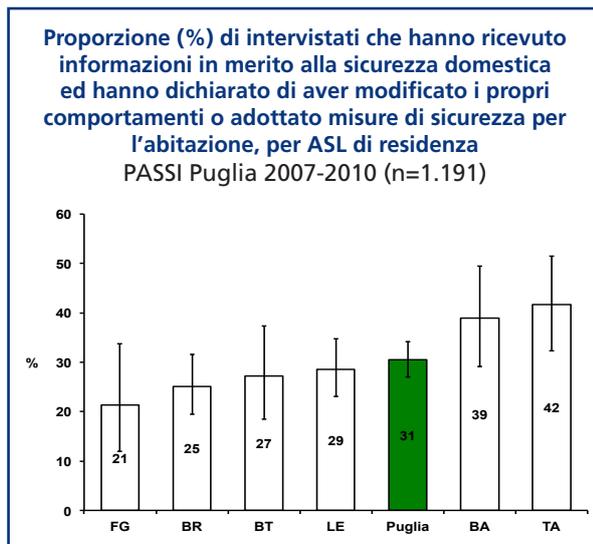
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	30,5	27,0-34,1
Classi di Età		
18 - 34	29,7	23,6-35,7
35 - 49	32,9	25,8-39,9
50 - 69	29,6	24,1-35,0
Sesso		
uomini	34,1	29,1-39,1
donne	26,4	21,4-31,4
Istruzione		
nessuna/elementare	29,3	20,4-38,2
media inferiore	32,7	25,7-39,7
media superiore	25,9	23,6-34,2
laurea	32,9	22,6-43,2
Difficoltà economiche		
molte	31,9	24,3-39,6
qualche	28,5	23,2-33,7
nessuna	32,5	26,1-39,0
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio^o		
si	35,0	29,5-40,6
no	26,9	22,1-31,5

^o Presenza di anziani e/o bambini.

* Interviste relative agli anni 2007, 2008 e 2009.

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. bassa percezione del rischio rispetto ad alta percezione).

- La proporzione di soggetti che hanno modificato i propri comportamenti o adottato misure di sicurezza per l'abitazione differisce per ASL di residenza.



Conclusioni

Sebbene gli incidenti domestici siano un problema emergente di salute pubblica, gli intervistati hanno mostrato una bassa consapevolezza del rischio in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono essi stessi ultra 64enni: condizioni e situazioni, queste, in cui il rischio tende ad aumentare e in cui bisognerebbe quindi agire in modo preventivo.

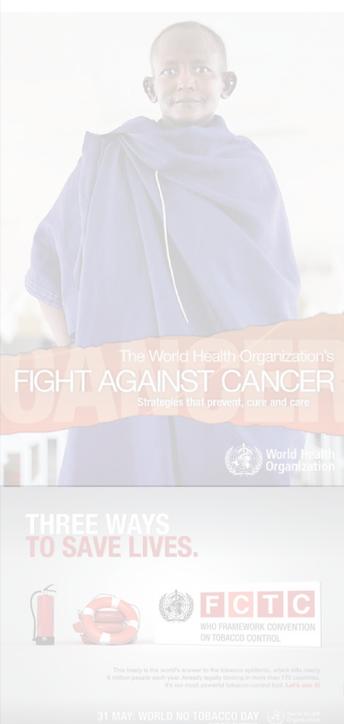
Come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione, risulta fondamentale mettere in atto un ventaglio di attività informative e preventive per migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni, in particolare tra i gruppi di popolazione più vulnerabili.

Bibliografia

- WHO Global status report on road safety: time for action
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf
- Eurosafe Child Safety Report Card 2009 WHO "Housing and health"
www.euro.who.int/housing
- European Commission Injuries in the European Union. Statistic Summary 2003-2005
- ISPESL Banca dati sugli infortuni domestici
<http://www.ispesl.it/osservatorio/BancaDati.as>

PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag. 111
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	" 118
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	" 126
Vaccinazione antinfluenzale	" 130
Vaccinazione antirosolia	" 133



Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Il carcinoma della cervice uterina a livello mondiale è il secondo tumore maligno per frequenza nella donna. Le stime dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori indicano che in Italia ogni anno sono diagnosticati circa 3.500 nuovi casi e si verificano circa 1.100 decessi per tale causa.

Una ampia quota di decessi per cancro del collo dell'utero sarebbe evitabile grazie allo *screening* con Pap-test. In proposito il Piano Nazionale della Prevenzione raccomanda che tutte le donne asintomatiche a partire dai 25 anni fino ai 64 anni di età eseguano un Pap-test ogni tre anni. Il Pap-test viene effettuato anche al di fuori di programmi organizzati, su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti.

L'Osservatorio Nazionale Screening svolge il monitoraggio dell'andamento di questi programmi: nel 2009 le donne italiane di 25-64 anni, residenti in aree dove risulta attivo un programma di screening organizzato, erano più di 13 milioni (78,4% della popolazione target). L'estensione dei programmi è ormai ampia nelle Regioni del Nord e del Centro Italia e gradualmente aumenta anche in quelle meridionali.

Il sistema PASSI rileva se e quando è stato effettuato il Pap-test e se è stato eseguito all'interno del programma di *screening* organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale.

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

- In Puglia, circa il 57% delle donne di età compresa tra 25 e 64 anni intervistate ha riferito di aver effettuato un Pap-test a scopo preventivo nel corso degli ultimi tre anni.
- Tale stima è inferiore al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) e notevolmente al di sotto del livello indicato come "desiderabile" (80%) dalle raccomandazioni nazionali.
- In Puglia, la stima delle donne di 25-64 anni che non eseguono regolarmente il Pap-test corrisponde a circa 490mila donne.
- In particolare, una frequenza più bassa di effettuazione regolare del Pap-test si osserva:
 - nella fascia di età 25-34 anni;
 - tra le donne non coniugate o non conviventi;
 - tra le donne con livello di istruzione più basso;
 - tra le donne con molte difficoltà economiche.
- Includendo tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, la non esecuzione regolare del Pap-test risulta associata con le variabili sopra citate.

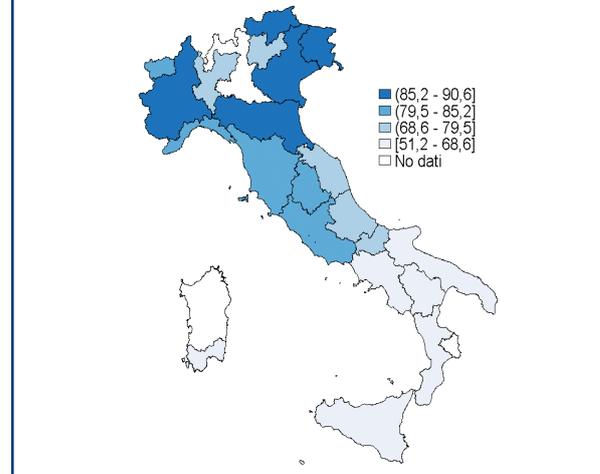
Proporzione (%) di donne di età compresa tra 25 e 64 anni che riferiscono l'effettuazione di un Pap-test a scopo preventivo negli ultimi tre anni ^o PASSI Puglia 2007-2010 (n=2.323)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	56,7	54,5-58,9
Classi di Età		
25 - 34	45,7	41,4-50,1
35 - 49	<u>63,8</u>	60,2-67,3
50 - 69	<u>57,0</u>	53,4-60,6
Stato civile		
coniugata	63,5	61,0-66,1
non coniugata	<u>38,1</u>	34,0-42,2
Convivenza		
convivente	<u>62,5</u>	59,8-65,1
non convivente	42,5	38,4-46,7
Istruzione		
nessuna/elementare	49,9	45,2-54,7
media inferiore	56,0	52,0-60,1
media superiore	<u>61,3</u>	57,7-64,9
laurea	55,3	49,2-61,5
Difficoltà economiche		
molte	52,4	47,8-57,0
qualche	57,0	53,8-60,2
nessuna	<u>60,0</u>	55,9-64,1

^o In assenza di segni o sintomi

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne di 35-49 anni rispetto a 25-34 anni).

- Tra le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza PASSI a livello nazionale, il 76% delle donne di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente Nord-Sud.

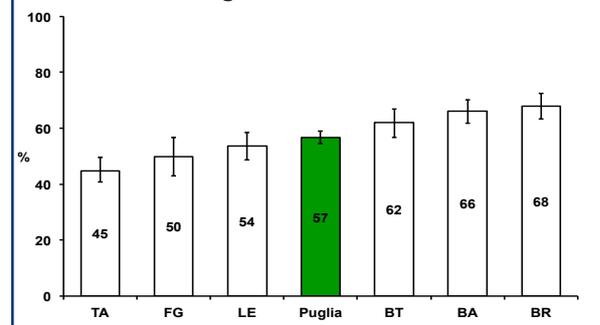
Proporzione (%) di donne di 25-64 anni che riferiscono l'effettuazione di un Pap-test negli ultimi 3 anni, per Regione di residenza
PASSI Italia 2010



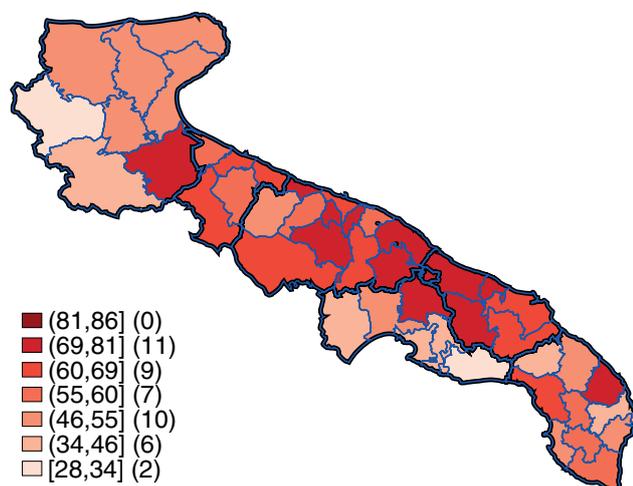
Com'è distribuita la prevalenza di donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- La percentuale di donne di età compresa tra 25 e 64 anni che hanno effettuato un Pap-test a scopo preventivo negli ultimi 3 anni si distribuisce in maniera disomogenea sul territorio regionale, con valori massimi nella ASL Brindisi e minimi nella ASL Taranto.

Proporzione (%) di donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni, per ASL di residenza
PASSI Puglia 2007-2010 (n=2.323)



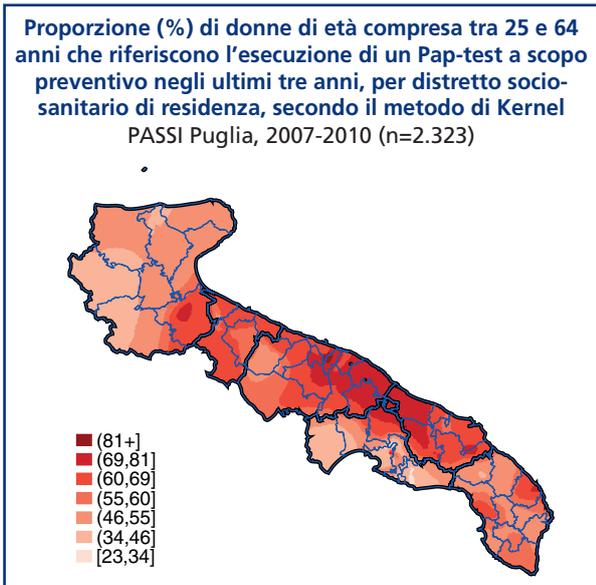
Proporzione (%) di donne di età compresa tra 25 e 64 anni che riferiscono l'esecuzione di un Pap-test a scopo preventivo negli ultimi tre anni, per distretto socio-sanitario di residenza
Puglia 2007-2010 (n=2.323)



La distribuzione dell'adesione al Pap-test sul territorio regionale evidenzia valori più elevati nei distretti di Molfetta, Grumo Appula, Modugno, Triggiano, Monopoli e Putignano della ASL Bari e nei Distretti di Fasano e Francavilla Fontana della ASL Brindisi.

Al contrario, le ASL di Lecce, Taranto e Foggia risultano quelle con la minor quota di Pap-Test eseguiti.

Il cartogramma *kernel-smoothed* mostra che proporzioni più elevate di adesione al Pap-test secondo la periodicità raccomandata si osservano tra le donne residenti nel Sud barese e nel Nord brindisino, mentre valori più bassi si osservano nelle province di Foggia, Taranto e Lecce.



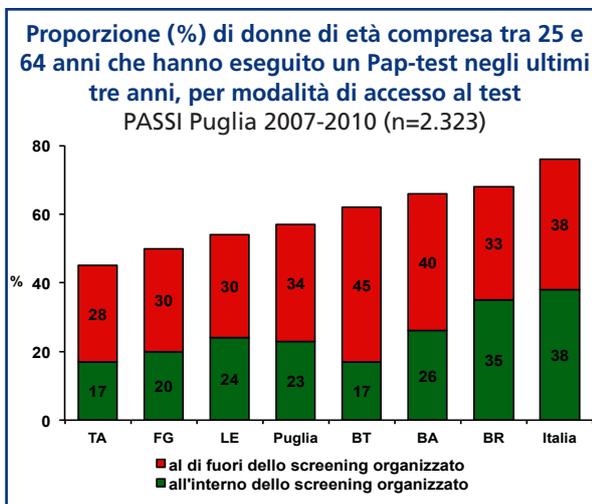
Quante donne hanno effettuato il Pap-test all'interno di programmi di screening organizzato e quante privatamente?

Ai fini dell'indagine, vengono considerate "donne che hanno effettuato un Pap-test nell'ambito di programmi di *screening*" tutte le donne che hanno eseguito l'esame presso strutture del Servizio Sanitario Regionale e senza costi per l'utenza. Al contrario, la donna che ha corrisposto ad un professionista sanitario ovvero ad una struttura una somma a titolo di pagamento o compartecipazione alla spesa per l'esecuzione del test viene considerata "al di fuori di un programma organizzato".

Nella prevenzione e diagnosi precoce del tumore cervicale è ormai consolidata la presenza di una quota di adesione spontanea al di fuori dei programmi di *screening* organizzati, difficilmente quantificabile con i flussi informativi sanitari. Infatti, mentre l'intero percorso dello *screening* è strettamente monitorato e sottoposto a controlli di qualità, poco si conosce dell'attività fuori *screening*.

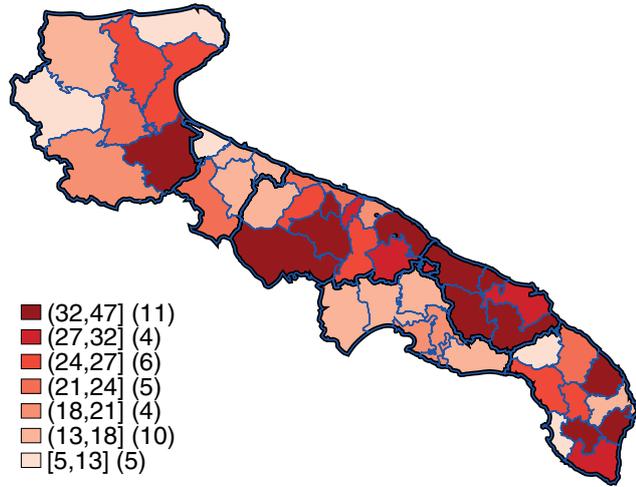
In Puglia, il 23% delle donne ha effettuato il Pap-test all'interno del programma regionale di *screening* e il 33% con accesso spontaneo.

- In quasi tutte le ASL della Regione Puglia la percentuale di donne di età compresa tra 25 e 64 anni che ha effettuato il Pap-test nell'ambito dello *screening* organizzato è inferiore rispetto alle donne che hanno eseguito il test al di fuori di tali programmi.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 38% delle donne delle fasce di età target ha eseguito un Pap-test all'interno dello *screening* organizzato. Tale valore corrisponde al 50% del totale delle donne che hanno eseguito un Pap-test secondo la regolarità raccomandata.



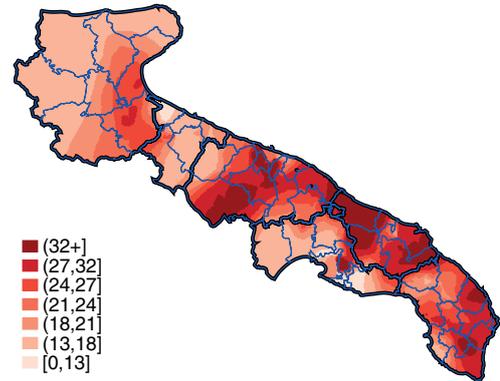
Proporzione (%) di donne di età compresa tra 25 e 64 anni che hanno eseguito un Pap-test negli ultimi tre anni all'interno di programmi di screening organizzato, per distretto socio-sanitario di residenza

PASSI Puglia, 2007-2010 (n=2.323)



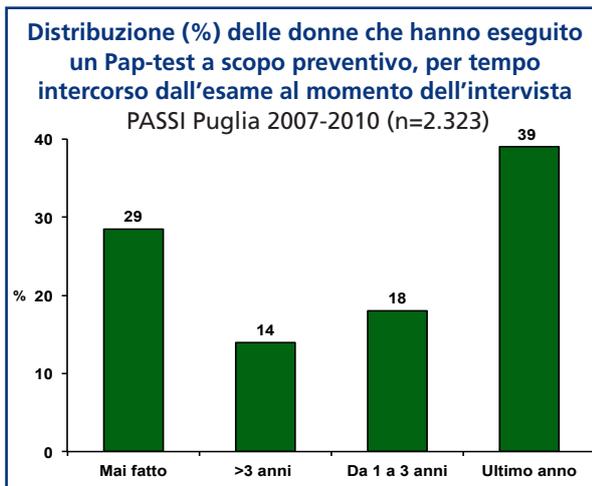
- In Puglia, la più alta adesione al Pap Test nell'ambito dello screening organizzato si osserva nel distretto di Cerignola dell'ASL Foggia; nei distretti di Altamura, Grumo Appula, Modugno e Monopoli della ASL Bari; nei distretti di Fasano, Francavilla Fontana e Mesagne della ASL Brindisi; nei distretti di Martano, Poggiardo e Casarano della ASL Lecce.
- Di contro, la più bassa adesione allo screening organizzato si registra nei distretti di Vico del Gargano e di Lucera (ASL Foggia), di Gallipoli e Campi Salentina (ASL Lecce) e di Margherita di Savoia (ASL Barletta-Andria-Trani).
- Il cartogramma *kernel-smoothed* evidenzia una prevalenza maggiore di donne che si sono sottoposte al Pap-test nell'ambito dello screening organizzato nell'area barese del comprensorio delle Murge, nelle zone limitrofe alla città di Bari, in ampie zone della ASL Brindisi, nella penisola salentina e nell'area meridionale della ASL Foggia.
- Zone a bassa adesione si individuano nei comuni del Sub-Appennino Dauno e del Gargano e in gran parte della ASL Barletta - Andria - Trani e Taranto.

Proporzione di donne di età compresa tra 25 e 64 anni che hanno eseguito un Pap-test negli ultimi tre anni all'interno di programmi di screening organizzato, per distretto socio-sanitario di residenza, secondo il metodo di Kernel
PASSI Puglia, 2007-2010 (n=2.323)



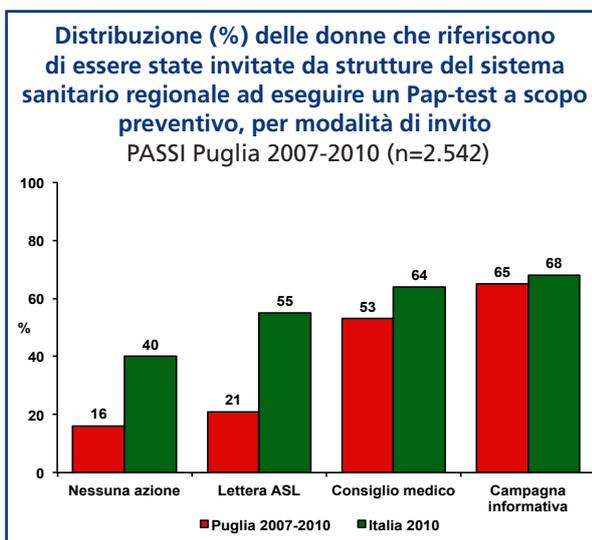
Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

- In Puglia, più di un terzo (39%) delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato l'ultimo Pap-test preventivo nel corso dell'ultimo anno; il dato è conforme all'atteso.
- Circa tre donne su dieci (29%) hanno riferito di non aver mai effettuato un Pap-test.



Invito all'esecuzione del Pap-test da parte delle strutture del Sistema Sanitario Regionale

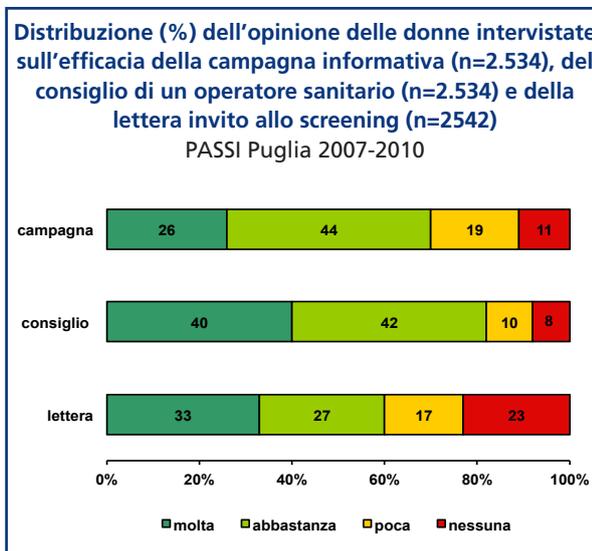
- Il 21%* delle donne della fascia d'età target ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito all'esecuzione di un Pap-test a scopo preventivo da parte della ASL di residenza (range: 7% Taranto - 39% Bari).
- Il 65% delle donne ha riferito di essere a conoscenza di una campagna informativa di promozione dello screening (range: 48% Brindisi - 71% Bari).
- Il 53% delle donne ha riferito di aver ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test (range: 47% Lecce - 60% Bari).



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

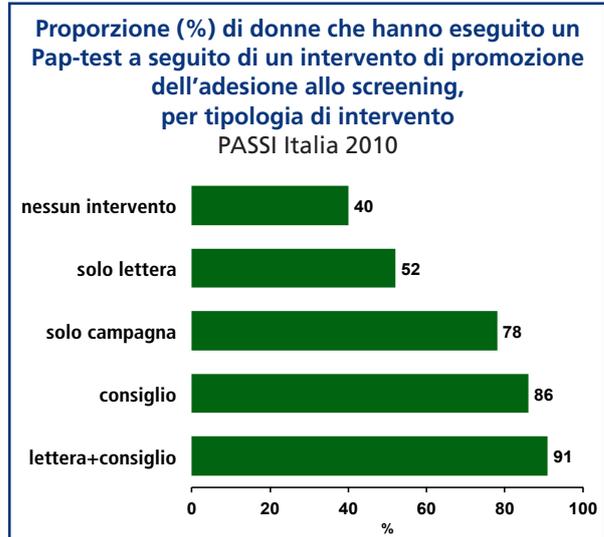
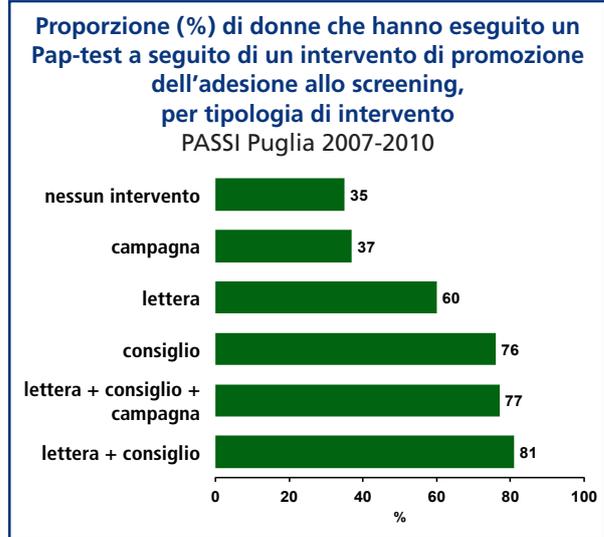
Opinione delle donne sugli interventi di promozione dello screening

- Il 60% delle donne che hanno ricevuto la **lettera di invito** da parte della ASL ritiene che la lettera abbia influenzato positivamente (molto o abbastanza) la scelta di effettuare l'esame (range: 50% Bari - 77% Brindisi).
- L'82% delle donne che hanno ricevuto il **consiglio** di un operatore sanitario ritiene che il consiglio abbia condizionato positivamente la scelta di effettuare l'esame (range: 72% Bari - 89% Foggia).
- Il 70% delle donne che è a conoscenza di una **campagna informativa sullo screening** ritiene che la stessa abbia influenzato positivamente la decisione di effettuare l'esame (range: 46% Taranto - 81% Lecce e Brindisi).



Quale efficacia degli interventi di promozione?

- In Puglia, il consiglio da parte dell'operatore sanitario sembra una modalità più efficace di promozione dell'adesione allo screening, rispetto alla lettera invito. Tale osservazione è però condizionata dal basso numero di intervistate che ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL.
- A livello nazionale, nel 2010, il 90% delle donne 25-64enni intervistate è stato raggiunto da almeno un intervento di promozione. La percentuale di esecuzione del Pap-test, nell'intervallo dei tre anni, è più alta nelle donne che, come accade generalmente all'interno dei programmi di screening organizzati, sono raggiunte da più interventi di promozione. Infatti, ha eseguito il test il 91% delle donne che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio, contro il 40% di quelle non raggiunte da alcun intervento di promozione.



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

- In Puglia, il 29% delle donne di 25-64 anni non ha mai effettuato il Pap-test e il 14% l'ha effettuato da oltre tre anni.
- Tra le motivazioni di non esecuzione del Pap-test la più ricorrente è la mancata percezione della sua utilità, seguita dall'assenza del consiglio da parte di un operatore sanitario.



* Esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (10%)

Conclusioni

In Puglia, la prevalenza di donne di età compresa tra 25 e 64 anni che hanno effettuato a scopo preventivo un Pap-test negli ultimi tre anni (57%) è al di sotto del livello considerato "accettabile" (65%) dalle indicazioni dell'Osservatorio Nazionale Screening e lontano da quello definito "desiderabile" (80%).

Prevalenze molto basse di esecuzione del test sono state stimate in gran parte della Provincia di Foggia e Taranto. L'adesione allo screening organizzato mostra pressoché la stessa distribuzione territoriale con l'eccezione della ASL BAT. L'attuazione dello screening organizzato sembra aver incrementato la diffusione del test nelle ASL Bari e Brindisi, mentre nella ASL Barletta - Andria - Trani prevale l'adesione spontanea al test.

Complessivamente, in Puglia il Pap-test è ancora prevalentemente eseguito per iniziativa individuale e maggiormente da donne con alto grado di istruzione mentre percentuali di adesione inferiori si registrano nelle donne più giovani, con basso grado di istruzione e non coniugate.

L'implementazione dello *screening* organizzato e la chiamata attiva attraverso la lettera di invito potrebbero essere due utili strumenti per migliorare l'adesione alla prevenzione e ridurre le disuguaglianze economiche e culturali.

La non effettuazione dell'esame è associata ad una molteplicità di fattori. La non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo determinante, ma non sono secondari determinanti ascrivibili a pregiudizio e mancanza di una corretta informazione.

Negli ultimi anni, importanti innovazioni hanno innescato cambiamenti nella prevenzione del cancro del collo dell'utero: l'individuazione della causa virale, la messa a punto di un vaccino efficace per prevenirne l'infezione, l'introduzione dell'offerta vaccinale. Tutto questo impone un potenziamento della sorveglianza affinché il Ministero della Salute e le Regioni possano disporre di informazioni necessarie per guidare questi essenziali interventi di prevenzione.

Bibliografia

- CDC "Guide to Community Preventive Service Cancer screening"
<http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- Osservatorio Nazionale screening
<http://www.osservatorionazionale screening.it/>
- Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). I tumori in Italia- Rapporto 2006. Epidemiologia e Prevenzione anno 30 gennaio-febbraio 2006 supplemento 2
- CCM
<http://www.ccm-network.it/screening/>
- Regione Puglia DGR 8 dicembre 2010, n. 2994 "Piano regionale della prevenzione 2010-2012"
<http://www.regione.puglia.it/index.php?page=documenti&opz=getdoc&id=585>

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Secondo le stime dell'Associazione Italiana Registri Tumori, il cancro della mammella rappresenta un quarto di tutti i tumori maligni nelle donne. In Italia, nel solo anno 2007, i decessi attribuibili a questa patologia sono stati 11.916. L'Istituto Superiore di Sanità stima che, attualmente, ben 472.112 donne italiane vivono dopo essere state affette da cancro della mammella, grazie alla diagnosi precoce e alla efficacia delle cure. La mortalità per cancro della mammella si riduce di circa il 35% tra le donne che praticano la mammografia ogni due anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età.

Per questa ragione, il Piano Nazionale della Prevenzione prevede l'attivazione di campagne di screening del tumore mammario con chiamata attiva di tutte le donne asintomatiche di età compresa tra 50 e 69 anni all'esecuzione di una mammografia ogni due anni. Oltre a questi programmi di screening organizzato, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna. L'Osservatorio Nazionale Screening, che monitora per conto del Ministero della Salute il livello di implementazione dei programmi di screening da parte delle singole Regioni, stima che nel 2009 fossero circa 2,5 milioni (l'87% della popolazione target) le donne italiane di 50-69 anni residenti in aree dove era attivo un programma di screening organizzato. L'estensione dei programmi è ormai ampia nelle Regioni del Nord e Centro Italia e sta gradualmente aumentando anche in quelle meridionali. Il Sistema di Sorveglianza Passi consente di stimare la proporzione di donne tra 50 e 69 anni che hanno effettuato una mammografia all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale.

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

- In Puglia, il 56% delle donne intervistate, di età compresa tra 50 e 69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia, in assenza di sintomi, nel corso degli ultimi due anni. La copertura stimata non raggiunge ancora il livello ritenuto "accettabile" (60%) ed è nettamente più bassa del livello considerato "desiderabile" (75%) dal Piano Nazionale della Prevenzione.
- In base ai dati di prevalenza, si può stimare che in Puglia circa 216 mila donne di età compresa tra 50 e 69 anni non eseguano correttamente la mammografia a scopo preventivo.
- L'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è risultata più frequente nelle donne:
 - di età compresa tra 50 e 59 anni;
 - coniugate;
 - conviventi;
 - con un grado di istruzione elevato (diploma o laurea);
 - senza difficoltà economiche.

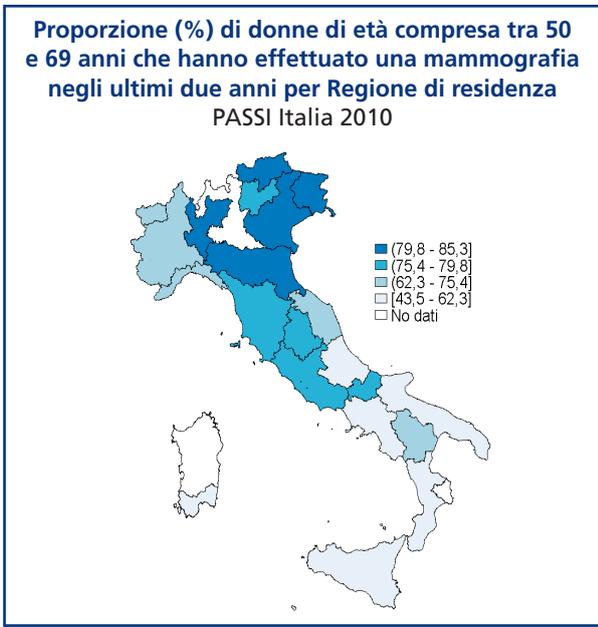
Proporzione di donne di età compresa tra 50 e 69 anni che hanno effettuato una mammografia negli ultimi due anni °
Puglia PASSI 2007-2010 (n=1.082)

Caratteristiche	%	IC95%
Totale	56,2	52,8-59,5
Classi di Età		
50 - 59	62,1	57,8-66,3
60 - 69	48,9	44,2-53,6
Stato civile		
coniugata	59,0	55,3-62,7
non coniugata	42,9	35,5-50,4
Convivenza		
convivente	58,1	54,2-61,9
non convivente	50,0	43,3-56,6
Istruzione		
nessuna/elementare	52,5	47,8-57,3
media inferiore	57,1	50,4-63,7
media superiore	61,2	54,5-67,9
laurea	62,2	48,7-75,8
Difficoltà economiche		
molte	50,1	44,3-55,8
qualche	56,5	51,7-61,4
nessuna	63,3	56,8-69,8

° In assenza di segni o sintomi.

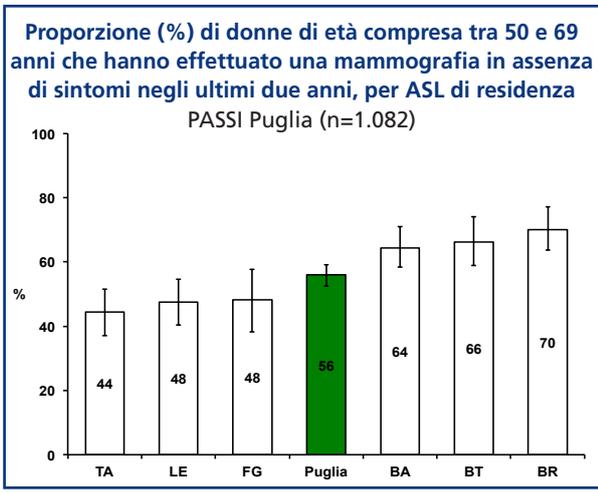
La sottolineatura indica la significatività statistica nell'analisi logistica multivariata rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. le donne coniugate rispetto alle non coniugate).

- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, emerge una associazione statisticamente significativa tra l'esecuzione della mammografia negli ultimi due anni e l'età compresa tra 50 e 59 anni, lo stato civile di coniugata e l'assenza di difficoltà economiche.
- L'età media alla prima mammografia a scopo preventivo è risultata pari a 47 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 61% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo una volta nella vita. L'età media alla prima mammografia delle donne comprese in questa fascia è risultata di 39 anni.
- Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 70% delle donne 50-69enni ha riferito di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente Nord-Sud. In gran parte delle Regioni del Sud non si raggiunge ancora il livello di adesione accettabile pari al 60%.



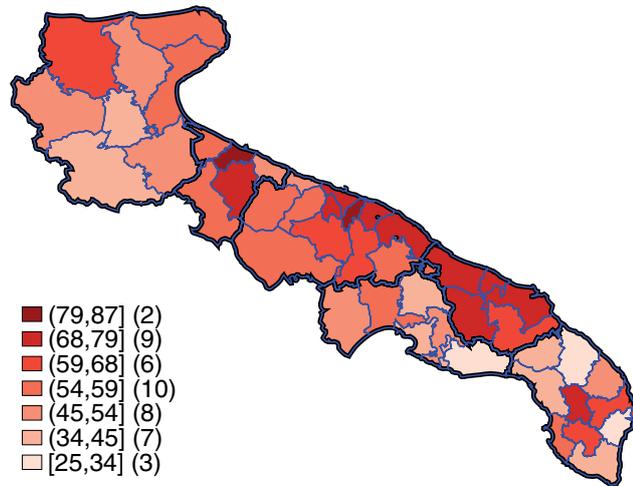
Com'è distribuita l'adesione allo screening mammografico nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- La proporzione di donne che riferiscono di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo si distribuisce disomogeneamente sul territorio regionale, con valori massimi nelle ASL Brindisi e Barletta-Andria-Trani e minimi nelle ASL Lecce e Taranto (range: 44% Taranto - 70% Brindisi).



Proporzione (%) di donne di età compresa tra 50 e 69 anni che hanno effettuato una mammografia, in assenza di sintomi, negli ultimi due anni, per distretto socio-sanitario di residenza

PASSI Puglia (n=1.082)



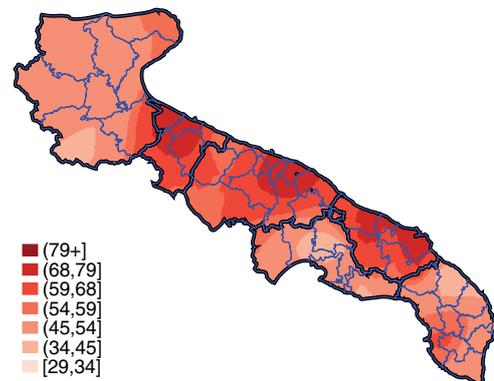
La proporzione di donne nella fascia di età *target* che hanno riferito l'effettuazione di una mammografia negli ultimi due anni risulta superiore alla media regionale nel distretto di Barletta della ASL Barletta-Andria-Trani e nel distretto di Triggiano della ASL Bari, dove si raggiungono percentuali di adesione allo screening che superano il 79%; nel distretto di Andria della ASL Barletta-Andria-Trani e nei distretti 6, 7, 8 della città di Bari, di Modugno, di Rutigliano-Mola di Bari e di Conversano-Monopoli della ASL Bari, nei distretti della città di Brindisi, di Fasano e di Francavilla Fontana della ASL Brindisi e nel distretto di Galatina della ASL Lecce, la proporzione è compresa tra il 68% e il 79%.

Nelle ASL Foggia, Taranto e Lecce è minore la proporzione di donne che effettuano una mammografia a scopo preventivo. In particolare, le prevalenze più basse si riscontrano nel distretto di Manduria della ASL Taranto e nei distretti di Lecce e di Poggiardo della ASL Lecce, in cui le percentuali di adesione allo screening oscillano tra il 25 e il 34%.

Il cartogramma *Kernel-smoothed* evidenzia che la proporzione di donne che hanno effettuato una mammografia per screening risulta più elevata nelle ASL Barletta-Andria-Trani, Bari e Brindisi.

Proporzione (%) di donne di età compresa tra 50 e 69 anni che hanno effettuato una mammografia a scopo preventivo negli ultimi due anni, secondo il metodo di Kernel, per distretto socio-sanitario di residenza

PASSI Puglia 2010 (n=1.082)

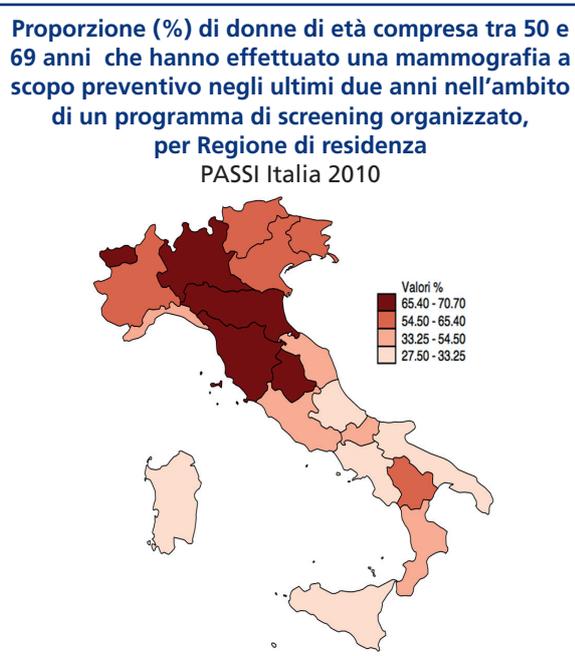
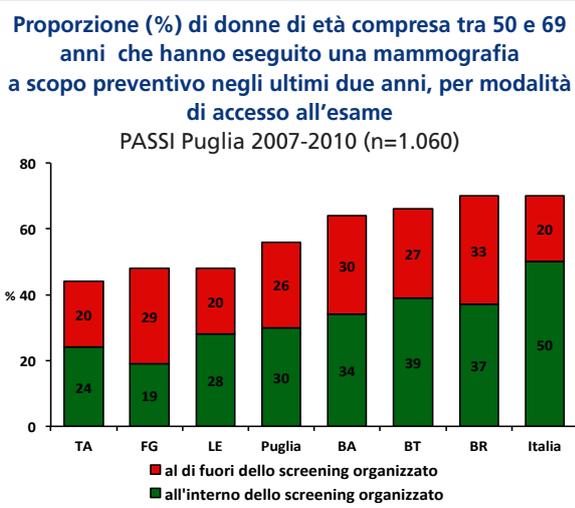


Quante donne hanno effettuato la mammografia a scopo preventivo nello screening organizzato?

Il Sistema di Sorveglianza PASSI indaga la proporzione di donne che si sono sottoposte alla mammografia nell'ambito di un programma organizzato di screening piuttosto che per iniziativa individuale.

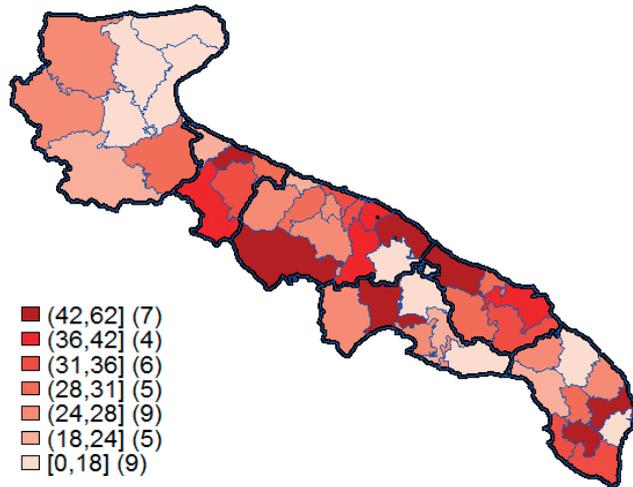
Al fine dell'indagine, sono considerate aderenti allo screening organizzato tutte quelle donne che hanno effettuato una mammografia a scopo preventivo negli ultimi due anni presso una struttura del Servizio Sanitario Regionale e senza oneri per l'utenza. Vengono considerate invece donne che hanno eseguito la mammografia per propria iniziativa coloro che hanno effettuato l'esame pagando un ticket o l'intero costo dell'esame.

- In Puglia, il 30% delle donne di età compresa tra 50 e 69 anni ha effettuato una mammografia all'interno dei programmi di screening organizzato mentre il 26% ha avuto accesso spontaneo all'esame.
- Soltanto nella ASL Foggia, la proporzione di donne della fascia di età target che ha effettuato la mammografia per accesso spontaneo è superiore alla proporzione di donne che ha effettuato l'esame all'interno di programmi di screening organizzato.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 50% delle donne ha eseguito la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato e il 20% per iniziativa individuale.



Proporzione (%) di donne di età compresa tra 50 e 69 anni che hanno effettuato una mammografia a scopo preventivo negli ultimi due anni nell'ambito di un programma di screening organizzato, per distretto socio-sanitario di residenza

PASSI Puglia 2007-2010 (n=1.060)

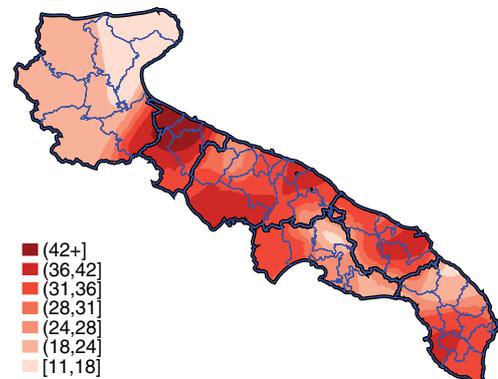


Analizzando la distribuzione della proporzione di donne che si sono sottoposte alla mammografia a scopo preventivo nell'ambito di un programma di screening organizzato, emerge che percentuali di adesione più elevate, comprese tra il 42% e il 62%, si raggiungono nel distretto di Barletta della ASL Barletta-Andria-Trani, nei distretti di Altamura e di Monopoli della ASL Bari e nel distretto di Fasano della ASL Brindisi. Altrettanto elevata appare l'adesione nel Distretto di Massafra della ASL Taranto e nei distretti di Maglie e di Casarano della ASL Lecce. Le proporzioni più basse a livello regionale si riscontrano nel distretto di Putignano della ASL Bari, di Lecce e Poggiardo della ASL Lecce, di Manduria e di Martina Franca della ASL Taranto, di Vico del Gargano, San Marco in Lamis, Manfredonia, 1 e 2 della Città di Foggia. In questi distretti la percentuale di adesione è inferiore al 18%.

Il cartogramma dell'adesione allo screening organizzato, ottenuto con la metodica del *Kernel-smoothing*, mostra elevate proporzioni in tutto il territorio della ASL Barletta-Andria-Trani, in gran parte delle ASL Bari e Brindisi, nel territorio ovest della ASL Taranto e nell'estremità meridionale del Salento.

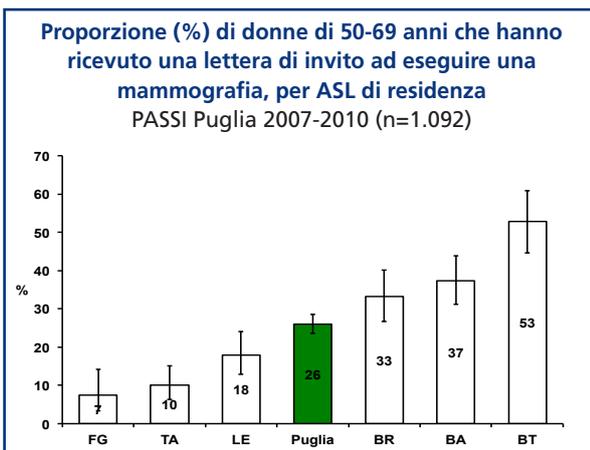
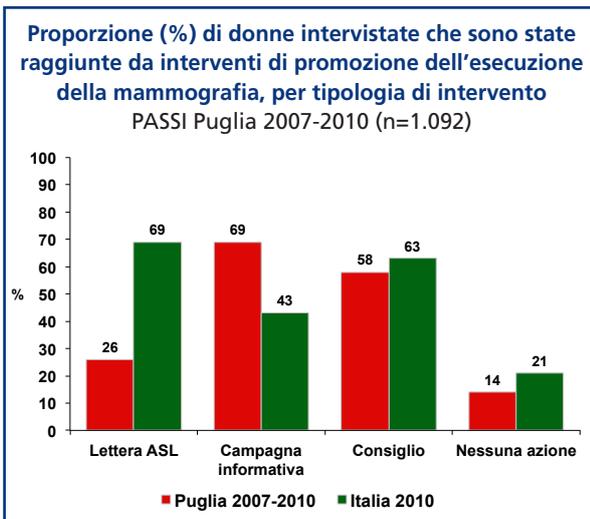
Proporzione (%) di donne di età compresa tra 50 e 69 anni che hanno effettuato una mammografia a scopo preventivo negli ultimi due anni nell'ambito di un programma di screening organizzato, per distretto socio-sanitario di residenza, secondo il metodo di Kernel

PASSI Puglia 2007-2010 (n=1.060)



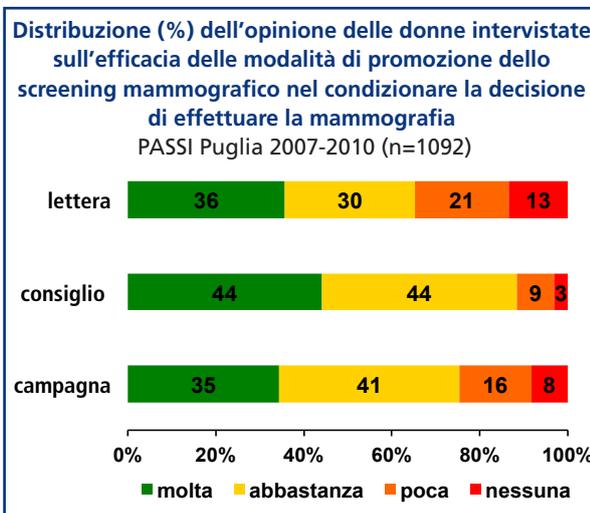
Modalità di promozione all'effettuazione della mammografia per screening

- Il 26% delle intervistate nella fascia di età target ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito all'esecuzione di una mammografia a scopo preventivo da parte della ASL di residenza (range: 7% Foggia – 53% Barletta-Andria-Trani).
- Il 69% delle donne riferisce di essere a conoscenza di una campagna informativa sullo screening mammografico (range: 56% Brindisi - 92% Foggia).
- Il 58% delle donne intervistate riporta il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia (range: 46% Foggia - 68% Brindisi).
- Complessivamente, l'86% delle donne di età compresa tra 50 e 69 anni intervistate è stata raggiunta dagli interventi di promozione indagati (lettera, consiglio, campagna informativa).
- La percentuale di donne che ha ricevuto la lettera di invito varia notevolmente tra le ASL pugliesi e raggiunge nella ASL Barletta-Andria-Trani un valore più alto rispetto alla media regionale (range: 7% Foggia - 53% Barletta-Andria-Trani).



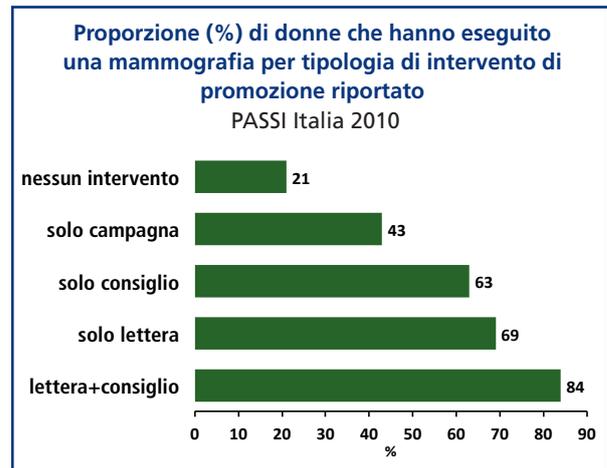
Opinione delle donne sugli interventi di promozione

- Il 66% delle donne che hanno ricevuto una lettera invito allo screening mammografico ritiene che tale lettera abbia condizionato positivamente la scelta di effettuare l'esame (range: 25% Foggia - 86% Brindisi).
- L'88% delle donne che ha ricevuto il consiglio di effettuare la mammografia da parte di un operatore sanitario ritiene che tale consiglio abbia influenzato positivamente la scelta di effettuare l'esame (range: 71% Foggia - 97% Brindisi).
- Il 76% delle donne a conoscenza della campagna informativa sullo screening mammografico ritiene che la campagna abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare l'esame (range: 47% Taranto - 96% Brindisi).



Efficacia degli interventi di promozione dello screening mammografico

- In Puglia, il consiglio da parte dell'operatore sanitario sembra la modalità più efficace di promozione dell'adesione allo screening rispetto alla lettera invito. Tale osservazione è però condizionata dal basso numero di intervistate che ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL.
- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, migliora l'adesione alla mammografia nei tempi raccomandati a livello regionale e nazionale.
- In particolare, emerge l'efficacia di interventi di promozione combinati come avviene in genere all'interno dei programmi di screening organizzati.
- Nel pool nazionale di ASL, la maggior parte (91%) delle donne 50-69enni è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening. La proporzione di donne che hanno eseguito la mammografia negli intervalli raccomandati è più alta tra quelle raggiunte da più interventi di promozione. L'esame è stato eseguito secondo i tempi raccomandati dall'84% delle donne 50-69enni che hanno ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di un operatore sanitario, contro il 21% di quelle non raggiunte da alcun intervento di promozione.



Motivazione della non effettuazione della mammografia

- In Puglia, il 44% delle donne di età compresa tra 50 e 69 anni non aderisce alle raccomandazioni sulla prevenzione secondaria del tumore mammario, il 23% non ha mai effettuato la mammografia e il 21% l'ha effettuata da oltre due anni.
- Il principale motivo di non effettuazione della mammografia è la mancata percezione del bisogno di eseguirla (41%), seguita dall'assenza del consiglio da parte di un operatore sanitario (13%) e dalla paura del risultato (13%).



* Esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (6,2%)

Conclusioni

La percentuale di donne di età compresa tra 50 e 69 anni che si sono sottoposte in Puglia ad una mammografia a scopo preventivo negli ultimi due anni (56%) può essere considerata insoddisfacente, essendo inferiore alla copertura considerata "accettabile" (60%) e lontana da quella definita "desiderabile" (75%) da parte dell'Osservatorio Nazionale Screening.

I Distretti Socio-Sanitari a maggiore adesione allo screening sono localizzati prevalentemente nelle ASL Foggia, Lecce e Taranto, con disomogeneità all'interno dei territori delle stesse ASL.

Al contrario di quanto segnalato per lo screening del cervicocarcinoma, le donne pugliesi si sottopongono alla mammografia prevalentemente nell'ambito di programmi organizzati che favoriscono una maggiore adesione della popolazione target e riducono le diseguaglianze economiche e culturali. Tuttavia, in Puglia, si sottopongono allo screening mammografico soprattutto donne con reddito elevato e alto grado di istruzione.

La lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, sembra lo strumento più efficace per ottenere una maggiore *compliance* allo screening.

Tra le donne di età compresa tra 50 e 69 anni circa una su cinque non è stata mai raggiunta da alcun intervento informativo sull'utilità e l'importanza di sottoporsi a una mammografia.

Bibliografia

- <http://www.tumori.net/it/>
- http://www.registri-tumori.it/PDF/AIRTUM2010Prevalenza/104_prev_schede.pdf
- CDC Guide to Community Preventive Service Cancer screening
<http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- Sarkeala et alii Breast cancer mortality with varying invitational policies in organised mammography British Journal of Cancer 2008 99, 423-427
<http://www.nature.com/bjc/journal/v98/n3/abs/6604203a.html>
- Osservatorio Nazionale screening
<http://www.osservatorionazionale screening.it/>
- CCM
<http://www.ccm-network.it/screening/>
- Regione Puglia DGR n 824 del 28 giugno 2005 "Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005-2007"
http://www.ccm-network.it/Pnp_Pr_puglia

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Secondo le stime dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori, ogni anno si registrano in Italia 20.500 nuovi casi di tumore del colon-retto tra i soggetti di sesso maschile e 17.300 tra i soggetti di sesso femminile. Questa neoplasia può essere considerata abbastanza rara prima dei 40 anni, mentre diventa più frequente a partire dai 60 anni.

I tumori del colon retto sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne. Negli ultimi anni, nonostante sia aumentato il numero di casi diagnosticati, si è assistito a una diminuzione della mortalità per questa causa, grazie al miglioramento delle strategie terapeutiche adottate e, soprattutto, alla diagnosi precoce. Quest'ultima si stima abbia ridotto la mortalità di circa il 20% e ad oggi quasi 300.000 italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro del colon-retto. Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda alle Regioni di organizzare programmi di screening.

Il Piano Nazionale della Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto, nelle persone della fascia 50-69 anni, la ricerca del sangue occulto nelle feci con frequenza biennale eventualmente seguita da una colonscopia totale nei soggetti che presentano positività all'esame di primo livello.

L'Osservatorio Nazionale Screening stima che nel 2009 quasi tre milioni di cittadini italiani nella fascia di età 50-74 anni sono stati invitati allo screening e che la metà di questi ha effettivamente aderito.

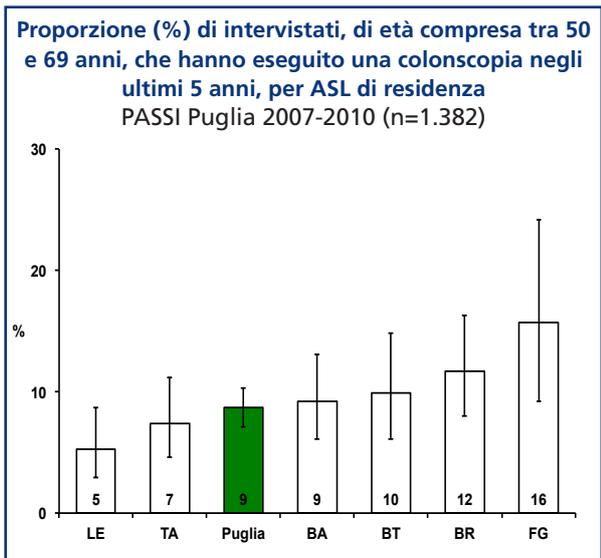
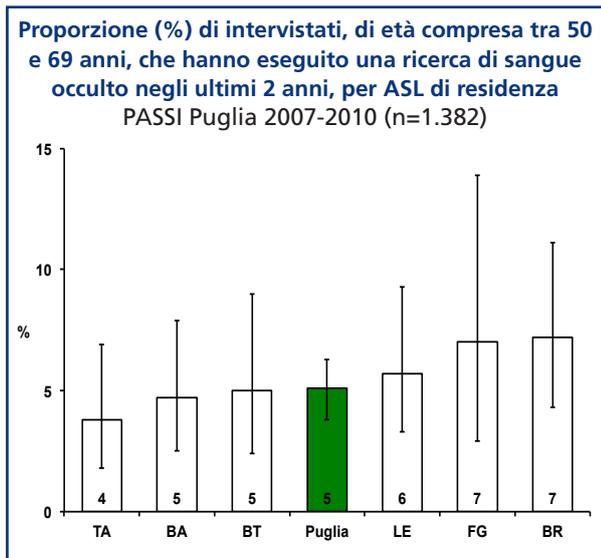
Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colonrettali in accordo alle linee guida?

- In Puglia, circa il 14% degli intervistati nella fascia 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colonrettali, in accordo con le linee guida.
- Circa il 5% ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni (*range*: 4% Taranto – 7% Brindisi e Foggia).
- Il 9% circa ha riferito di aver effettuato una colonscopia preventiva nel corso degli ultimi 5 anni (*range*: 5% Lecce – 16% Foggia).

Proporzione (%) di intervistati, di età compresa tra 50 e 69 anni, che hanno eseguito un esame di depistage per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto in accordo con le Linee Guida
PASSI Puglia 2007-2010 (n=1.382)

Caratteristiche	Sangue occulto fecale ^o		Colonscopia ^o	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	5,1	3,8-6,3	8,7	7,1-10,3
Classi di età				
50 - 59	5,6	3,8-7,4	8,0	5,9-10,0
60 - 69	9,7	2,6-6,1	9,7	7,2-12,3
Sesso				
uomini	5,5	4,7-7,3	9,5	7,1-11,8
donne	4,7	3,0-6,5	8,0	5,9-10,2
Istruzione				
nessuna/elementare	4,3	2,4-6,2	9,4	6,7-12,2
media inferiore	5,2	2,7-7,6	8,2	5,2-11,1
media superiore	6,6	3,7-9,4	8,0	5,1-10,8
laurea	3,7	-0,1-7,5	9,1	2,5-15,8
Difficoltà economiche				
molte	6,6	3,8-9,3	7,5	4,9-9,8
qualche	3,8	2,2-5,3	9,5	6,9-12,2
nessuna	5,5	3,0-8,0	9,1	5,8-12,5

^o In assenza di segni o sintomi



- Nel 2010, sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, il 36% degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni ha riferito di aver eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali a scopo preventivo.
- Il 29% degli intervistati ha riferito di aver effettuato una ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni. Questa percentuale raggiunge valori più elevati al Nord (44%) e al Centro (31%), mentre è significativamente più bassa al Sud (11%).
- Il 12% dei 50-69enni riferisce di aver eseguito una retto-sigmoidoscopia o colonscopia negli ultimi 5 anni. Questa percentuale è più alta al Nord (14%) e al Centro (14%), mentre è significativamente più bassa al Sud (8%).

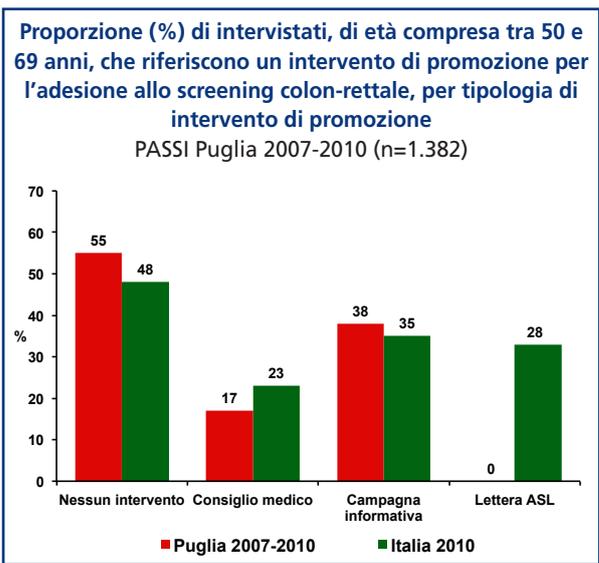
Qual è la periodicità di esecuzione del test?

- La campagna di screening prevede l'esecuzione del test per la ricerca di sangue occulto ogni 2 anni nella fascia d'età 50 - 69 anni.
- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
 - il 3% ne ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno;
 - il 2% da uno a due anni;
 - il 5% da oltre due anni.
- Il 90% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.



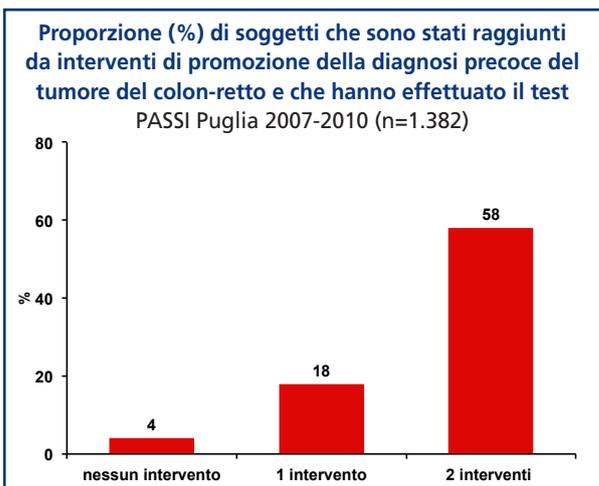
Quale promozione per l'adesione al test?

- In Puglia, il programma di screening organizzato del tumore del colon-retto al momento delle interviste non era stato ancora avviato.
- Considerando che ciascun intervistato può essere stato raggiunto da più di un intervento di promozione, il 17% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening colon-rettale.
- Il 38% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.



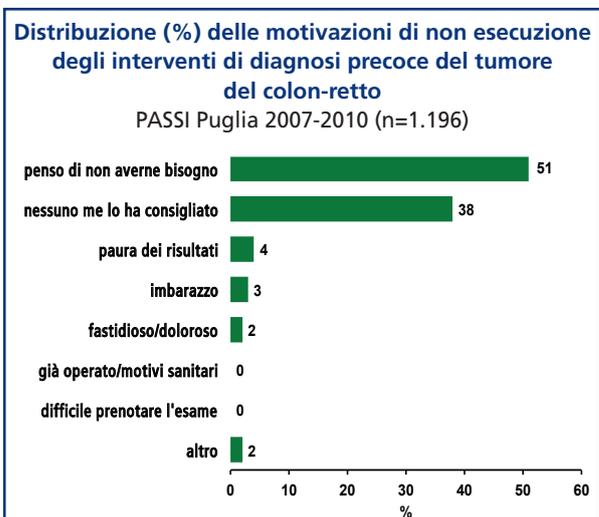
Qual è efficacia degli interventi di promozione ?

- In Puglia, la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato un intervento di diagnosi precoce del tumore colon-rettale nei tempi raccomandati è del 4% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione.
- Tale percentuale sale al 18% tra le persone che sono state raggiunte da un solo intervento e al 58% tra le persone raggiunte da due interventi.



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

- In Puglia l'80% delle persone di 50-69 anni non ha mai eseguito l'esame del sangue occulto né la colonscopia per la diagnosi precoce del tumore del colon retto.
- La non effettuazione dell'esame è associata soprattutto alla scarsa percezione del rischio.



Conclusioni

In Puglia, in assenza di un programma di screening organizzato, soltanto il 15% circa degli intervistati ha riferito di aver eseguito la ricerca del sangue occulto o la colonscopia. E' plausibile che una parte di questi esami sia stata motivata da problemi di salute o sintomi che indicavano l'esecuzione del test. La gran parte della popolazione (85%) non ha effettuato alcun esame per la diagnosi precoce di questo tumore e risulta pertanto priva di uno strumento di dimostrata efficacia per la prevenzione e la cura dei tumori del colon-retto.

Le campagne informative e il consiglio dei medici hanno già raggiunto una parte della popolazione, ma è evidente la necessità di ampliare l'informazione relativa al rischio di insorgenza della neoplasia e diffondere il consiglio di sottoporsi agli esami previsti a scopo preventivo.

Bibliografia

- Osservatorio Nazionale screening
<http://www.osservatorionazionale screening.it/>

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un importante problema di sanità pubblica sia per la sua diffusione che per le possibili gravi complicanze che può causare nei soggetti a rischio.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire la malattia. I risultati di numerose ricerche presenti in letteratura scientifica confermano il rapporto positivo tra benefici e rischi della vaccinazione stagionale.

Il Servizio Sanitario Nazionale promuove e offre la vaccinazione antinfluenzale a soggetti di età pari o superiore a 65 anni ovvero bambini e adulti affetti da patologie croniche che risultano a più elevato rischio di complicanze.

L'obiettivo di copertura è stabilito in almeno il 75% nei soggetti ultrasessantacinquenni, mentre attualmente non esistono flussi routinari sulla copertura vaccinale degli adulti tra i 18 e i 64 anni affetti da malattie croniche, a causa delle difficoltà nello stimare il numero complessivo di persone che rientrano in questa definizione e che quindi dovrebbero vaccinarsi.

Al momento, PASSI è l'unico sistema informativo che può fornire una stima tempestiva della copertura vaccinale tra gli adulti con e senza malattie croniche.

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

- Il 15% degli intervistati ha riferito di essersi vaccinato contro l'influenza durante la più recente campagna anti-influenzale. Coperture significativamente più elevate sono state rilevate nella fascia d'età tra 50 e 64 anni e tra i soggetti affetti da almeno una patologia cronica.
- I soggetti di età inferiore ai 65 anni con almeno una patologia cronica rappresentano circa il 16% degli intervistati; di essi, il 36% ha dichiarato di essersi vaccinata nella più recente campagna.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone vaccinate è risultata del 12%. Tra le persone affette da almeno una patologia cronica la percentuale di vaccinati contro l'influenza sale al 28%.

Proporzione (%) di soggetti che riferiscono di essersi vaccinati contro l'influenza nella più recente campagna PASSI Puglia 2007-2010 (n=2.532*)

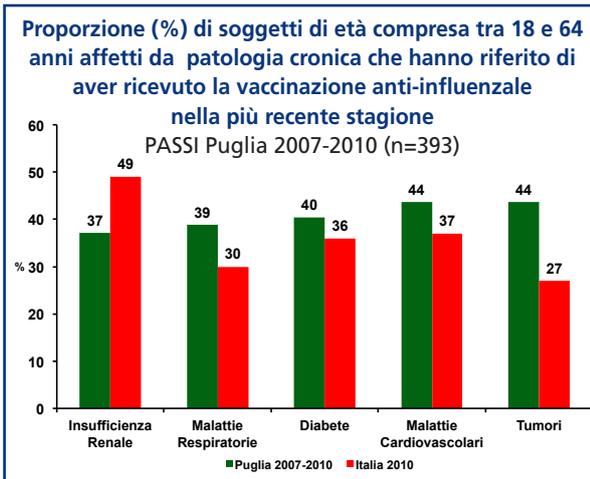
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	15,0	13,5-16,4
Classi di Età		
18 - 34	9,3	7,3-11,3
35 - 49	11,5	9,2-13,8
50 - 64	<u>27,1</u>	23,6-30,6
Sesso		
uomini	14,7	12,6-16,8
donne	15,2	13,1-17,3
Istruzione		
bassa	<u>17,5</u>	15,3-19,8
alta	12,6	10,6-14,6
Difficoltà economiche		
si	15,7	13,9-17,4
no	13,1	10,5-15,7
Patologie croniche*		
assenti	11,0	9,6-12,4
almeno una	<u>36,3</u>	31,1-41,4

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

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. istruzione alta rispetto ad istruzione bassa).

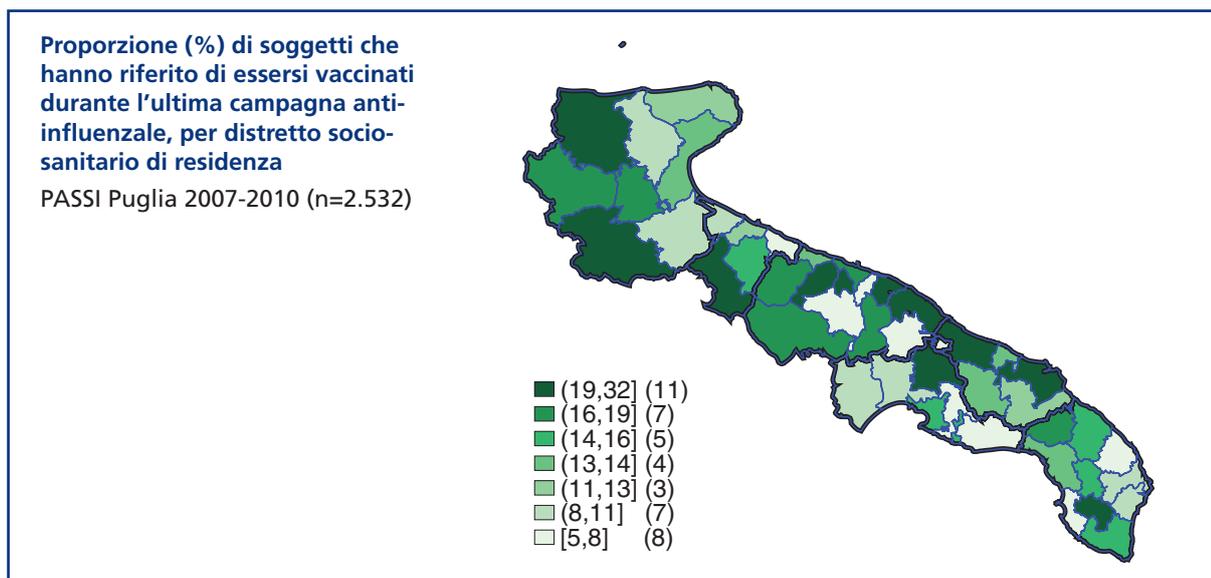
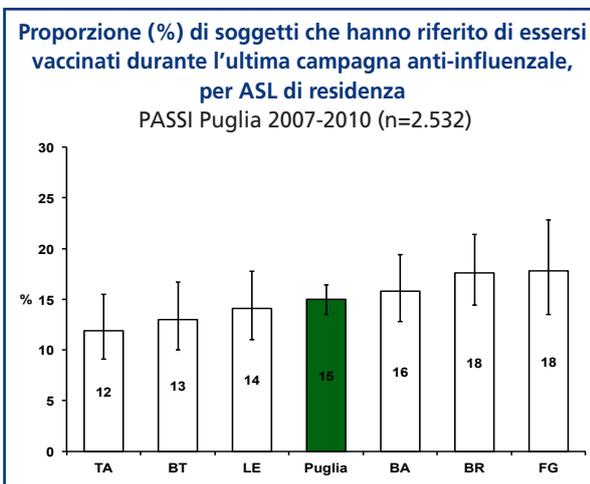
*Ai fini dell'analisi sono state considerate esclusivamente le interviste somministrate nei mesi di aprile, maggio, giugno, luglio-agosto, settembre degli anni 2008, 2009 e 2010.

- Sia in Puglia che nel pool nazionale di ASL partecipanti a PASSI, la copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia cronica considerata.



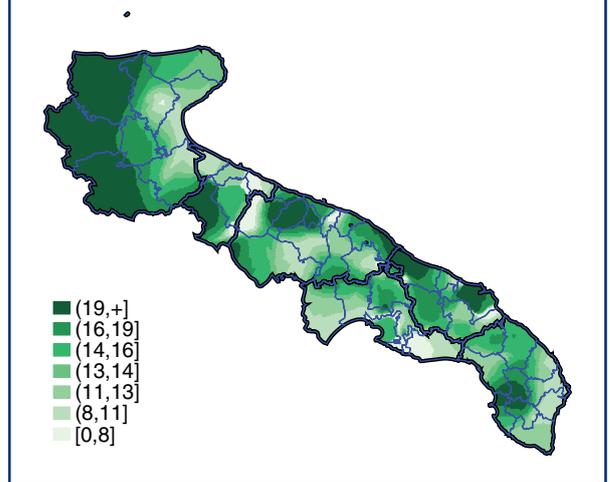
Come si distribuiscono i soggetti vaccinati contro l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

- Non sono emerse differenze notevoli tra le coperture vaccinali delle diverse ASL della Regione Puglia (range: 12% Taranto - 18% Foggia e Brindisi).



- Le proporzioni più elevate di vaccinati sono state osservate nei distretti di San Severo e di Troia nella ASL Foggia, di Minervino Murge della ASL Barletta-Andria-Trani, di Bitonto, Modugno, Mola di Bari e Monopoli della ASL Bari, di Brindisi e Fasano della ASL Brindisi, di Martina Franca della ASL Taranto e nel distretto di Casarano della ASL Lecce.
- Sono state riscontrate coperture vaccinali più basse nel distretto di Trani della ASL Barletta-Andria-Trani, nei distretti di Triggiano e Noci della ASL Bari, di Grottaglie e Manduria della ASL Taranto e di Martano e Gallipoli della ASL Lecce.
- Il cartogramma *Kernel-smoothed* mostra proporzioni maggiori di vaccinati nell'area del sub-appennino dauno della ASL Foggia, nelle aree metropolitane della zona costiera della ASL Bari e Brindisi e del basso Salento nella ASL Lecce.

Proporzione (%) di soggetti che hanno riferito di essersi vaccinati durante l'ultima campagna anti-influenzale, per distretto socio-sanitario di residenza, secondo la metodica di Kernel
PASSI Puglia 2007-2010 (n=2.532)



Conclusioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali elevate nelle categorie a rischio.

Le strategie vaccinali adottate in questi anni in Puglia hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone di età ≥ 65 anni, al contrario, la copertura stimata attraverso PASSI nelle persone 18-64enni con una patologia cronica risulta essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo di salute prefissato. In questo sottogruppo a rischio, sebbene le prevalenze stimate siano superiori alla media nazionale, solo una persona su tre risulta vaccinata.

Bibliografia

- Eurosurveillance
<http://www.eurosurveillance.org/>
- ISS "Influnet"
<http://www.iss.it/iflu/>
- Circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza : raccomandazioni per la stagione 2011-2012"
<http://www.salute.gov.it>

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che se contratta dalla donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, della morte del feto o di gravi malformazioni (*rosolia congenita*). La vaccinazione antirosolia costituisce un'azione preventiva di provata efficacia, finalizzata all'eliminazione dei casi di rosolia congenita. Per raggiungere questo obiettivo è necessario immunizzare almeno il 95% delle donne in età fertile.

La strategia che si è mostrata più efficace, a livello internazionale, consiste nel vaccinare i bambini nel 2° anno di età e tutte le donne in età fertile suscettibili all'infezione.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Il 25% delle donne di età compresa tra 18 e 49 anni ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La proporzione di vaccinate è minore nelle donne d'età 35-49 anni, con basso livello d'istruzione e molte difficoltà economiche.
- Analizzando le variabili in un modello logistico multivariato, si evidenzia una associazione statisticamente significativa tra età compresa tra 18 e 24 anni e vaccinazione antirosolia.

Proporzione (%) di donne di età compresa tra 18-49 anni, che hanno riferito di essere vaccinate contro la rosolia
PASSI Puglia 2007-2010 (n=2.112)

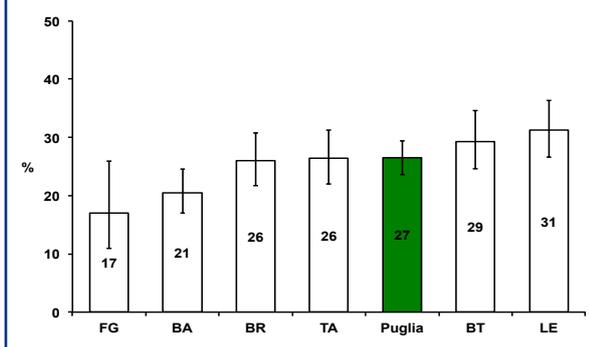
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	25,1	23,1-27,0
Classi di Età		
18 - 24	48,1	42,8-53,4
25 - 34	<u>25,6</u>	22,2-29,1
35 - 49	<u>16,1</u>	13,6-18,7
Istruzione		
bassa	18,8	15,8-21,8
alta	<u>28,8</u>	26,2-31,4
Difficoltà economiche		
molte	22,2	18,0-26,4
alcuna	25,8	22,8-28,9
nessuna	26,0	22,6-29,3

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica secondo un'analisi multivariata dei dati (es. istruzione alta rispetto ad istruzione bassa).

Come si distribuiscono le donne vaccinate contro la rosolia nelle ASL e nei distretti socio-sanitari della Regione Puglia?

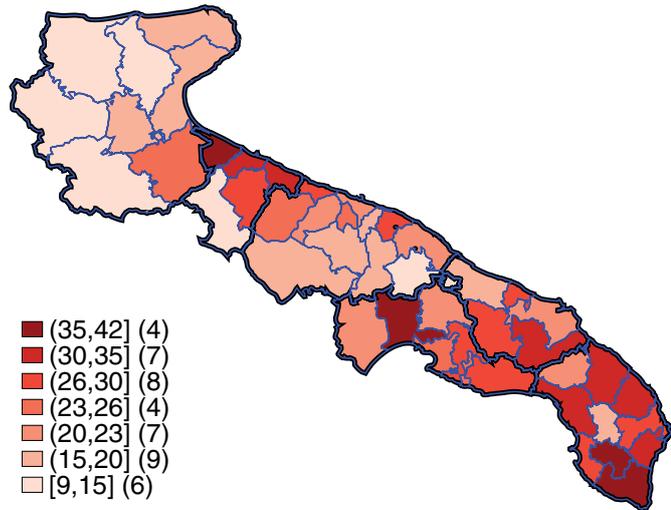
- La proporzione di donne vaccinate contro la rosolia si distribuisce in maniera non omogenea per ASL di residenza (range: 17% Foggia - 31% Lecce).

Proporzione (%) di donne di età compresa tra 18 e 49 anni che hanno riferito di essere vaccinate contro la rosolia, per ASL di residenza
PASSI Puglia 2007-2010 (n=2.112)



Proporzione (%) di donne di età compresa tra 18 e 49 anni che hanno riferito di essere vaccinate contro la rosolia, per distretto socio-sanitario di residenza

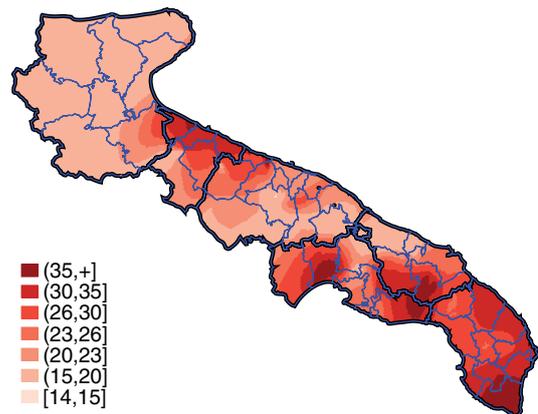
PASSI Puglia 2007-2010 (n=2.112)



- La proporzione più alta di donne in età fertile vaccinate contro la rosolia è stata registrata nel distretto di Margherita di Savoia della ASL Barletta-Andria-Trani, nel distretto di Massafra della ASL Taranto, di Casarano e Gagliano del Capo della ASL Lecce. Le coperture più basse sono state riscontrate nei distretti di San Marco in Lamis, San Severo, Lucera e Troia della ASL Foggia, di Minervino Murge della ASL Barletta-Andria-Trani e di Noci della ASL Bari.
- Il cartogramma *Kernel-smoothed* evidenzia una disomogeneità nella copertura vaccinale nel territorio regionale, con percentuali più alte nell'area costiera della ASL Barletta-Andria-Trani e nella parte meridionale della Regione.

Proporzione (%) di donne di età compresa tra 18 e 49 anni che hanno riferito di essere vaccinate contro la rosolia per distretto socio-sanitario, secondo il metodo di Kernel

PASSI Puglia 2007-2010 (n=2.112)



Qual è lo stato immunitario delle donne in età fertile rispetto alla rosolia?

- Il 59% delle intervistate di età compresa tra 18 e 49 anni può essere considerata immune nei confronti della rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (25%);
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata da rubeotest positivo (34%).
- Il 3% è considerabile sicuramente suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione;
 - ha riferito un rubeotest sicuramente negativo.

- Oltre un terzo di donne in età fertile (38%) non conosce il proprio stato immunitario nei confronti del virus della rosolia.

Distribuzione delle donne di età compresa tra 18 e 49 anni per stato immunitario nei confronti della rosolia PASSI Puglia 2007-2010 (n=2.112)		
Caratteristiche	%	IC95%
Immuni	59,0	56,6-61,4
Vaccinate	25,2	23,2-27,1
Non vaccinate con rubeotest positivo	34,1	31,8-36,3
Suscettibili	41,0	38,6-43,4
Non vaccinate; rubeotest negativo	2,8	2,0-3,6
Stato immunitario sconosciuto		
Non vaccinate; rubeotest effettuato, ma risultato sconosciuto	3,1	2,2-4,0
Non vaccinate; rubeotest non effettuato / non so se effettuato	34,9	32,6-37,1

Conclusioni

In Puglia, solo un quarto delle donne in età fertile è vaccinato contro la rosolia e oltre un terzo non è a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti del virus della rosolia.

Rimane pertanto ancora un ampio margine di miglioramento per raggiungere l'obiettivo del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita.

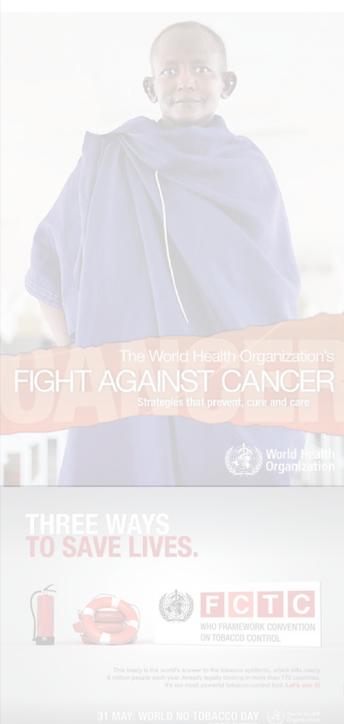
L'identificazione sistematica e la vaccinazione delle donne suscettibili può migliorare grazie ad un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali "più vicine" alle donne in età fertile: Medici di Medicina Generale, Ginecologi ed Ostetriche.

Bibliografia

- WHO Strengthening national immunization systems through measles and rubella elimination and prevention of congenital rubella infection in WHO's European Region 2005
- WHO Rubella
<http://www.who.int/immunization/topics/rubella/en/index.html>
- Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015
<http://www.salute.gov.it/malattieInfettive/newsMalattieInfettive.jsp?id=1479&menu=inevidenza&lingua=italiano>

APPENDICE

Appendice metodologica	pag. 139
Allegato statistico: analisi di regressione logistica	" 143
Utilizzo della pesatura	" 144



Appendice metodologica

Tipo di studio

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

A livello nazionale tutte le Regioni aderiscono al sistema di sorveglianza PASSI. Lombardia, Sardegna e Calabria partecipano solo con alcune delle ASL regionali. In Italia, dall'avvio del sistema, nel 2007, sono state somministrate 130.000 interviste telefoniche.



Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita da persone di età compresa tra 18 e 69 anni, iscritte nell'anagrafe sanitaria delle 6 ASL pugliesi.

I criteri di inclusione sono la residenza nel territorio regionale e la disponibilità di un recapito telefonico.

I criteri di esclusione sono la mancata conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista, ad esempio per gravi disabilità, ricovero ospedaliero o istituzionalizzazione.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per il sistema di sorveglianza PASSI è mensile, stratificato proporzionale per sesso e classi di età, effettuato dalle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL.

Conclusione dello studio

Lo studio è stato avviato nel 2007 nelle ASL Bari, Brindisi, Lecce e Taranto.

Nella ASL Barletta-Andria-Trani lo studio è stato avviato a partire dal 1 gennaio 2008 e nella ASL Foggia a partire dal 1 gennaio 2009.

Tra il 1 settembre 2007 e il 31 dicembre 2010, sono stati intervistati 6.370 soggetti di età compresa tra 18 e 69 anni.

In tutte le ASL sono state somministrate 30 interviste al mese. La ASL Bari, a partire dal 1 luglio 2009, ha effettuato un sovra-campionamento pari a circa 20 interviste mensili, in aggiunta alle 30 regolarmente previste.

La Tabella mostra il numero complessivo di interviste effettuate nel periodo 2007-2010 per ASL.

ASL	Interviste somministrate
Bari	1.363
BT	994
Brindisi	1.129
Foggia	658
Lecce	1.106
Taranto	1.120
Puglia	6.370

Interviste

Le interviste sono state condotte a cadenza mensile dal personale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e delle Unità di Epidemiologia e Statistica, adeguatamente formato e addestrato sul campo.

I cittadini selezionati e i loro medici di medicina generale sono stati informati attraverso una lettera esplicativa dell'indagine, inviata dagli intervistatori.

I dati raccolti sono quelli riferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari. L'intervista telefonica ha una durata media di 20 minuti.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 30% delle interviste è stato effettuato utilizzando il metodo CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*). La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi e indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (www.passidati.it).

La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento. Una successiva fase di analisi della qualità dei dati ed eventuali azioni correttive è stata condotta a livello regionale.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando i software EPI Info 3.5 e Stata 10.0. Per agevolare la lettura del presente rapporto, i risultati sono stati espressi sotto forma di proporzione, riportando gli Intervalli di Confidenza al 95% solo per le variabili principali.

L'analisi ha tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per valutare la presenza di eventuali fattori di confondimento o modificatori d'effetto, quali ad esempio età e sesso, sono stati utilizzati modelli di regressione logistica multivariata.

Etica e privacy

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy sui dati personali (D.Lgs. n. 196/2003 *Codice in materia di protezione dei dati personali*). Il sistema di sorveglianza PASSI è stato, inoltre, valutato dal Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole.

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.

Gli intervistatori hanno ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire nel

trattamento dei dati personali. Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente obiettivi e metodi dell'indagine e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

La raccolta dei dati avviene con supporto informatico o con questionario cartaceo e successiva archiviazione delle informazioni su un apposito programma di inputazione. Gli elenchi nominativi e i questionari compilati contenenti il nome degli intervistati sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale. Relativamente ai supporti informatici utilizzati sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e protezione, al fine di impedire l'accesso non autorizzato.

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

I dati del monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di monitoraggio, disponibili in tempo reale sul sito internet di servizio della sorveglianza PASSI (www.passidati.it). Gli indicatori sono stati adottati prendendo a modello gli standard internazionali. Si riportano di seguito le principali definizioni.

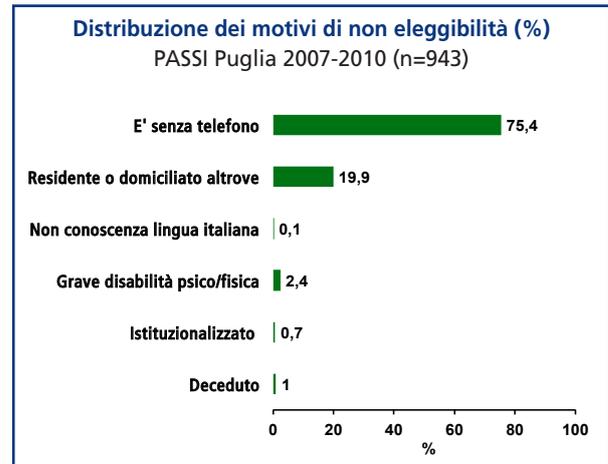
- **Popolazione indagata:** persone di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nella ASL e registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, con disponibilità di un recapito telefonico.
- **Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati 18-69enni, residenti nella ASL in grado di sostenere una intervista telefonica in Italiano (o altra lingua ufficiale della Regione o provincia autonoma).
- **Risposta:** proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.
- **Non reperibilità:** si considerano non reperibili le persone delle quali si è reperito il numero telefonico, ma che non è stato possibile intervistare nonostante 6 tentativi effettuati in orari e giorni della settimana diversi, come da protocollo.
- **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.
- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (sesso e classe di età).

La seguente Tabella mostra i valori dei principali indicatori di monitoraggio, relativi al periodo 1 settembre 2007-31 dicembre 2010 della Sorveglianza PASSI Puglia.

ASL	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
Bari	76,0	24,0	12,9	11,1	94,5
BT	87,1	12,9	12,8	0,1	95,1
Brindisi	90,6	9,4	7,2	2,1	88,3
Foggia	86,0	14,0	10,1	4,9	96,7
Lecce	90,6	9,4	7,3	2,1	86,9
Taranto	90,2	9,8	8,6	1,2	91,9
Puglia	85,2	14,8	10,5	4,3	91,6
Italia	86,5	13,5	9,8	3,7	95,5

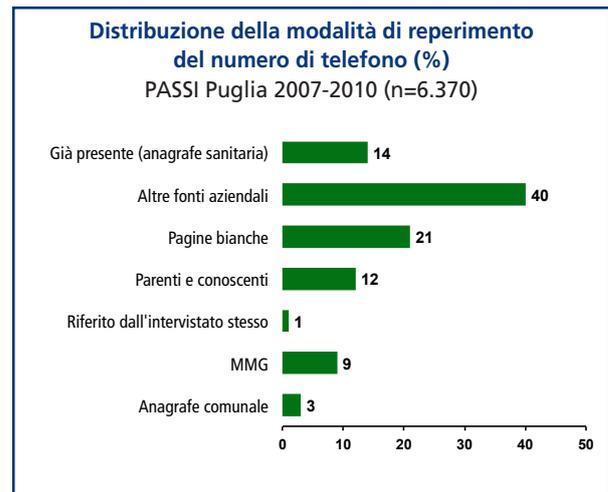
Distribuzione dei motivi di non eleggibilità

- Circa l'8% dei soggetti campionati è stato escluso dall'indagine, poichè non eleggibile secondo il protocollo.
- Il motivo più frequente di non eleggibilità è non avere il telefono.



Modalità di reperimento del numero telefonico

- La modalità più frequentemente utilizzata per reperire il numero di telefono dei soggetti campionati è la ricerca del recapito.



Allegato statistico: analisi di regressione logistica

L'analisi di regressione logistica si prefigge di stimare o prevedere l'associazione tra una variabile di risposta con due livelli (dicotomica) e variabili indipendenti di diversa natura. L'analisi consente pertanto di individuare i fattori che si ipotizza possano influenzare la probabilità del verificarsi di un dato evento o attributo, controllando per gli effetti di altre variabili in esame.

Questa procedura di aggiustamento viene effettuata quando si ipotizza che la relazione tra il verificarsi dell'evento e il determinante studiato sia contemporaneamente legata ad un'altra variabile, la cui presenza distorce l'effetto dell'agente e può produrre sia una accentuazione che una riduzione dell'effetto del fattore studiato.

Il fattore osservato si considera associato dal punto di vista statistico con l'evento studiato se il valore di p è inferiore allo 0,05.

Utilizzo della pesatura

Il tipo di campionamento scelto è un campione di tipo stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni) effettuato a livello aziendale. L'analisi dei dati a livello regionale e dell'intero pool PASSI necessita pertanto di una pesatura dei dati per migliorare l'affidabilità delle stime, in particolare per le variabili con forte eterogeneità interaziendale. La procedura di pesatura influenza l'ampiezza degli intervalli di confidenza: garantisce la correttezza delle stime pur accettando in genere una minor precisione.

La modalità di pesatura è dipendente dal tipo di campionamento stabilito: nella sorveglianza PASSI si utilizza un campionamento stratificato proporzionale, per cui i pesi sono strato-dipendenti; in particolare, ogni singola ASL avrà sei valori di peso, uno per ciascun strato.

La variabile "Peso" rappresenta quanto il singolo strato di ASL pesa sul campione aggregato di Regione; ad ogni intervista viene associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato.

Nell'analisi condotta, sono stati calcolati due diversi pesi:

- il "Peso1" riporta i dati all'universo di riferimento ed è stato utilizzato nella regressione logistica multivariata. Il "Peso1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione ${}_i P_k$ (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2009) 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 nello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera Regione, formalmente:

$${}_i \text{Peso1}_k = \frac{{}_i P_k}{{}_i \hat{P}_k} \quad {}_i \hat{P}_k = \frac{\text{pop strato}_k \text{ ASL}_i}{\text{pop strato}_k \text{ Reg}} \quad {}_i \hat{P}_k = \frac{\text{numero int strato}_k \text{ ASL}_i}{\text{numero int strato}_k \text{ Reg}}$$

- il "Peso2" mantiene la numerosità campionaria ed è stato utilizzato nell'analisi univariata. Il "Peso2" è l'inverso della frazione campionaria ed è dato dal rapporto tra la popolazione ISTAT della i-esima ASL dello strato k e il numero di interviste della i-esima ASL dello strato k, formalmente:

$${}_i \text{Peso2}_k = \frac{\text{pop strato}_k \text{ ASL}_i}{\text{numero int strato}_k \text{ ASL}_i}$$

Nelle sezioni con target di età particolari (screening, vaccinazioni, carta del rischio cardiovascolare) sono stati appositamente calcolati entrambi i pesi per le rispettive classi d'età.

Anche per i dati delle singole ASL sono stati utilizzati i meccanismi complessi di controllo e pesatura, allo scopo di tener conto dei piccoli disallineamenti tra il campione effettivo e quello atteso legati ad arrotondamenti nell'assegnazione delle interviste ai sei strati per sesso e classi di età.

Come il dato regionale deriva da una sintesi pesata delle varie ASL appartenenti alla Regione, così i valori per l'intero Pool PASSI 2010 sono il risultato di un'aggregazione di tutte le ASL partecipanti con un livello minimo di rappresentatività, utilizzando le stesse procedure impiegate a livello regionale ed aziendale.

Puglia OER

Trimestrale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale