

Dalla sorveglianza degli stili di vita alle buone pratiche per la salute I PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI NEGLI ANNI 2011/2014



SUPPLEMENTO A: OEP PUGLIA - TRIMESTRALE DELL'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE, ANNO XVI N. 3-4 - ANNO XVII N. 1

Dalla sorveglianza degli stili di vita alle buone pratiche per la salute I PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI NEGLI ANNI 2011/2014





Supplemento al Numero Anno XVI N.3-4 - Anno XVII N.1 della rivista
OER Puglia - Trimestrale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale
Reg. Tribunale di Bari Num. R.G. 529/2011 - Num. Reg. Stampa 6 - ISSN 2039-7135

ISBN 978-8896646-54-0

CLIOedu[®]
E D I Z I O N I

A cura di

Cinzia Germinario (Referente scientifico regionale), Salvatore Barbuti, Gabriella Serio, Michele Quarto, Rosa Prato (Referente scientifico ASL Foggia), Valerio Aprile (Coordinatore regionale), Silvio Tafuri, Domenico Martinelli, Maria Serena Gallone, Maria Filomena Gallone, Davide Parisi, Viviana Balena, Carmen Martino, Daniela Loconsole, Nicoletta Favuzzi, Giulia Del Matto, Angela Metallo, Simona Mascipinto, Vittoria Infantino, Francesco Paolo Bianchi, Pasquale Stefanizzi, Sara De Nitto, Pasquale de Soccio, Corinna Altini, Maria Nigro, Nadia Dahbaoui, Annalisa Loporcaro, Fabiana Luvera, Silvia Cannone.

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

A livello nazionale

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

A livello regionale

Giovanni Gorgoni, Giovanna Labate, Antonio Tommasi, 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 Mastrogiacomio, Carmen Perrone, Celestina Salandra, Anna Maria Rosaria Saracino, Angela Soranno, Maria Surico, Giuliana Tomasicchio

ASL Barletta-Andria-Trani: Addolorata De Luca (Coordinatore aziendale), Patrizia Mintrone, Fausta Natalicchio, Maria Pia Nocella, Lucrezia Saccinto, Michele Terlizzi

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

ASL Foggia: Anton Giulio Pollice (Coordinatore aziendale), Incoronata Bortone, Germana Circella, Daniela Di Ianni, Maria Giuseppa Iannoli, Carmela Maffulli, Maria Nesta, Alfonsina Pertosa, Nunziatina Stelluti, Concetta Trimigno

ASL Lecce: Valerio Aprile (Coordinatore aziendale), Fabiola Blaco, Loredana Bottazzo, Francesca De Pascalis, Anna Luigia Mariano, Maria Cesarea Presicce, Donatella Sicuro, Daniela Uglia

ASL Taranto: Rosita Cipriani (Coordinatore aziendale), Vincenzo Centello, Rossella Coniglio, Anna Maria Fanelli, Maria Foglia, Augusto Giorgino, Rossella Lattarulo, Donata Leo, Cristina Licomati, Walter Liuzzi, Laura Luccarelli, Oronzina Mero, Lucianna Mongelli, Carmela Nanula, Cinzia Santoro, Giuseppina Santoro, Gabriella Urselli, Maria Vinci, Rossella Coniglio, 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

Prefazione	Pag. 7
Presentazione	" 9
Nota metodologica	" 11
Guida alla lettura	" 17
Descrizione del campione	
1. Caratteristiche socio-demografiche del campione	" 19
Benessere	
2. Qualità della vita e salute	" 41
3. Depressione.....	" 49
Stili di vita	
4. Attività fisica.....	" 59
5. Situazione nutrizionale.....	" 67
6. "Five a day"	" 79
7. Consumo di alcol.....	" 85
8. Fumo.....	" 95
9. Fumo passivo.....	" 103
Malattie croniche	
10. Rischio cardiovascolare.....	" 111
11. Diabete.....	" 135
Sicurezza	
12. Sicurezza stradale.....	" 145
13. Alcol e guida.....	" 157
14. Sicurezza domestica.....	" 167
Programmi di prevenzione individuale	
15. Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	" 181
16. Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	" 195
17. Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto.....	" 211
18. Vaccinazione antinfluenzale	" 231
19. Vaccinazione anti rosolia	" 237

Prefazione

Gli stili di vita possono determinare lo stato di salute di una popolazione. Questa affermazione, sostenuta dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, è da diversi anni il centro di diverse strategie di promozione della salute che impegnano le Autorità di Sanità Pubblica mondiali e nazionali chiamate ad affrontare la grande epidemia di malattie croniche non trasmissibili che ha caratterizzato gli ultimi anni e che qualificherà anche gli anni a venire.

I Paesi del mondo Occidentale sono caratterizzati, infatti, da una elevata mortalità per malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, tumori. Alcuni tra i determinanti di queste malattie sono aggredibili e la Sanità Pubblica vive in questi anni una autentica sfida ai fattori di rischio modificabili delle malattie croniche, tra i quali rivestono un ruolo prioritario gli stili di vita (fumo, alcol, sovrappeso e obesità, ecc.). Il primo strumento di questa lotta è rappresentato dalla conoscenza e dal monitoraggio: lo Studio PASSI, ideato dall'Istituto Superiore di Sanità e coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico sul territorio della nostra regione Puglia, rappresenta uno strumento di analisi privilegiato dello stato di salute e degli stili di vita della nostra popolazione. Le informazioni desumibili dal PASSI non sono mutuabili da altri sistemi informativi sanitari e hanno il vantaggio di essere aggiornate e inferibili alle realtà locali (ASL o Distretti). Proprio questa inferibilità consente il loro utilizzo nel monitoraggio nel tempo dei determinanti di salute, anche al fine di valutare l'impatto e gli esiti degli interventi sanitari posti in essere (screening oncologici di popolazione, campagne di educazione alla salute e di promozione di corretti stili di vita). Questa preziosa base di dati è stata costruita all'interno del nostro Servizio Sanitario, grazie alla preziosa collaborazione di una rete di gruppi di lavoro aziendali composti da intervistatrici e medici referenti dei Dipartimenti di Prevenzione e delle Strutture di Epidemiologia e Statistica.

La Regione Puglia consegna i risultati di tale osservazione alla sua popolazione e innanzitutto a tutti gli attori del sistema del Welfare (e non solo alla sanità), auspicando l'avvio di una riflessione congiunta e di azioni convergenti sui principali temi di rilievo per la salute dei nostri cittadini. È infatti ormai tempo di dare il giusto primato, nelle azioni di sistema, alla prevenzione, che è lo strumento privilegiato con cui tuteliamo la salute della nostra popolazione.

La prevenzione è infatti, per sua stessa natura, realizzabile attraverso azioni sinergiche di diversi attori e diverse professionalità: la definizione di una reale collaborazione, la qualificazione di strumenti condivisi di intervento e la capacità di lavorare al raggiungimento di obiettivi comuni sono gli unici strumenti reali in nostro possesso per migliorare lo stato di salute della nostra popolazione. Questo sarà il nostro obiettivo, questa la linea di indirizzo che caratterizzerà la nostra azione.

Giovanni Gorgoni

Direttore Dipartimento Promozione della salute,
del benessere sociale e dello sport per tutti
Regione Puglia

Presentazione

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha dovuto, negli ultimi anni, accettare la sfida emergente dalla sua stessa opera, ovvero l'adeguamento alla transizione epidemiologica caratterizzata, ormai stabilmente da due decenni, da un rilevante peso delle malattie cronico-degenerative.

L'analisi dei determinanti di questa epidemia di malattie cronico-degenerative, che pervade i Paesi Occidentali, ha rivelato un peso importante degli stili di vita; questo dato ha evidenziato come una parte di rilievo del carico di malattia sia prevenibile attraverso azioni di sanità pubblica volte alla lotta ai determinanti di malattia e soprattutto alla promozione dei determinati di salute.

Sulla base di queste evidenze scientifiche sono stati costruiti programmi, come Guadagnare Salute e documenti strategici, come i Piani della Prevenzione succedutisi dal 2005 in più edizioni.

Questo enorme sforzo della Sanità Pubblica merita e necessita di essere monitorato proprio per valutare il conseguimento dei risultati attesi ed eventualmente orientare o riorientare le azioni intraprese.

Lo Studio PASSI è lo strumento di questo monitoraggio, in quanto presenta tutte le caratteristiche di tempestività, dettaglio territoriale, duttilità, completezza che lo rendono utile alla *mission* per cui è stato concepito nel 2004.

I risultati che presentiamo oggi ci consentono pertanto di fare il punto sugli stili di vita per la salute dei cittadini pugliesi e dovranno essere la base di lavoro per una rinnovata sinergia tra Servizio Sanitario Regionale, enti locali, società civile, volta alla promozione della salute dei nostri cittadini.

Un particolare ringraziamento deve essere formulato, in questa occasione, ai veri autori dello studio PASSI, ovvero i medici e gli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione che, attraverso un lavoro silenzioso e spesso difficile, realizzano le attività previste dal Sistema di Sorveglianza.

Prof.ssa Cinzia Germinario
Direttore Scientifico OER Puglia

Nota metodologica

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza di popolazione su base locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dei dati è realizzata, con riferimento allo specifico territorio, da operatori delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) che somministrano telefonicamente un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale a campioni di popolazione selezionati in maniera casuale.

La popolazione in studio è costituita dalle persone di età compresa tra 18 e 69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie, aggiornate al 1 gennaio dell'anno di rilevazione.

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

Metodo di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale, per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni), direttamente effettuato a partire dalle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità. Sono previsti 11 campioni aziendali mensili (poiché si considera come unico il bimestre luglio-agosto), per un totale annuo di almeno 275 unità campionarie per ASL e 35.000 unità per il livello nazionale.

Per garantire idonea rappresentatività dei risultati a livello regionale i dati delle singole ASL vengono aggregati per Regione e opportunamente pesati.

Distribuzione territoriale

A livello regionale hanno aderito tutte le ASL pugliesi. Nel quadriennio sono state intervistate oltre 8.500 persone di 18-69 anni.

Per la ASL Bari è stato effettuato un sovracampionamento allo scopo di garantire una migliore rappresentatività della ASL.

Interviste

Le interviste utilizzate per la redazione del presente rapporto sono state realizzate con periodicità mensile da personale operante nei Dipartimenti di Prevenzione di ogni singola ASL.

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa, spedita dalla ASL di appartenenza.

Gli intervistatori sono stati opportunamente formati sul metodo dell'intervista telefonica e sulle modalità del contatto e del rispetto della privacy degli intervistati. Il protocollo PASSI prevede che il contatto con la persona da intervistare sia ricercato attraverso più tentativi, almeno sei, in diverse fasce orarie (comprese le serali) e diversi giorni della settimana (compresi i giorni festivi).

Le interviste sono state effettuate sia su supporto cartaceo sia tramite l'utilizzo del metodo Cati (*Computer assisted telephone interview*).

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

La raccolta dati è stata costantemente monitorata sul sito di servizio www.passidati.it a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi e indicatori, implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web.

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.

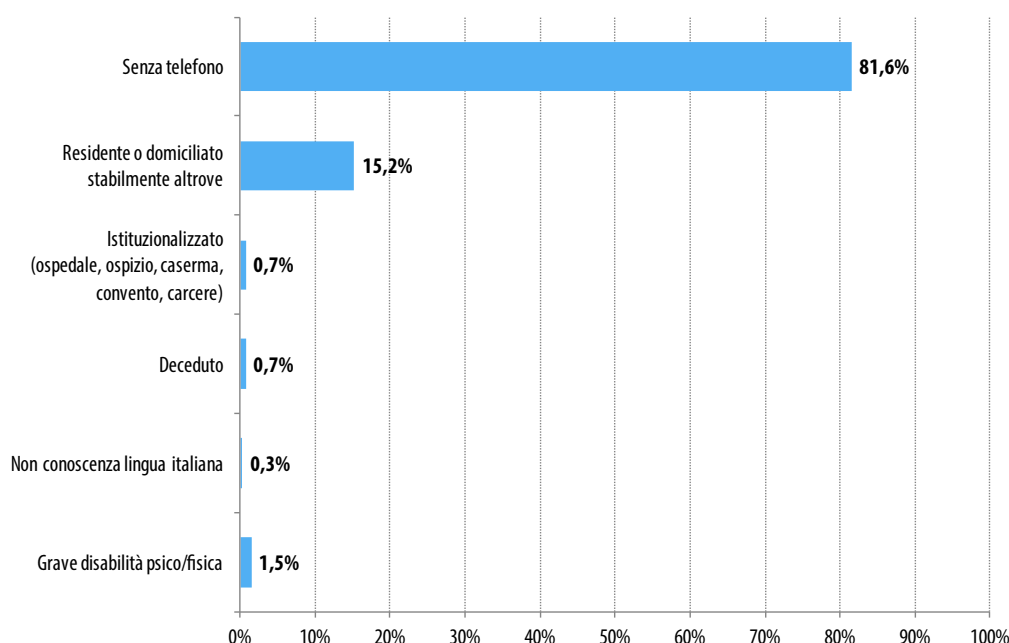
- **Popolazione indagata:** persone di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nella ASL e registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, con disponibilità di un recapito telefonico.
- **Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati 18-69enni, residenti nella ASL in grado 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 gennaio 2011 - 31 dicembre 2014 della Sorveglianza PASSI Puglia.

TABELLA 1. Indicatori di monitoraggio sistema di sorveglianza PASSI. Media quadriennale, anni 2011-2014.

	Tasso di Eleggibilità	Tasso di Risposta	Tasso di Non reperibilità	Tasso di Rifiuto	Tasso di Sostituzione
Bari	96,2	83,1	3,2	13,8	16,9
BAT	98,1	93,1	1,2	5,8	6,9
Brindisi	89,5	91,4	1,0	7,7	8,7
Foggia	92,1	85,5	0,5	14,1	14,5
Lecce	87,9	90,7	1,0	8,3	9,3
Taranto	93,0	87,3	1,2	11,5	12,7
Puglia	92,9	87,8	1,6	10,7	12,2
Italia	95,2	87,5	3,2	9,3	12,6

I dati del monitoraggio mostrano che il 7,1% dei soggetti campionati è stato escluso dall'indagine poiché non eleggibile secondo il protocollo. Il motivo più frequente di non eleggibilità è risultata la non disponibilità del recapito telefonico (Grafico 1).

GRAFICO 1. Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità. Sorveglianza PASSI, anni 2011-2014.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software Stata 12.0. Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando stime puntuali con intervalli di confidenza al 95% solo per le variabili principali.

Per garantire idonea rappresentatività i dati vengono opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per i principali indicatori studiati sono riportati i risultati delle analisi univariate sotto forma di tabelle e in forma grafica per la rappresentazione dei trend con l'indicazione dei relativi intervalli di confidenza al 95%. Per valutare la presenza di eventuali fattori di confondimento o modificatori d'effetto (quali ad esempio età e genere) sono state effettuate analisi mediante stratificazione e regressione logistica.

Per il confronto del dato regionale con quello del pool nazionale PASSI sono state utilizzate mappe tematiche e grafici, che mostrano tramite scale di colori, la distribuzione dei valori dei principali indicatori nelle diverse regioni italiane.

Anche per il confronto del dato aziendale con quello regionale sono stati utilizzati grafici che riportano il valore dell'indicatore e i rispettivi intervalli di confidenza al 95% per la variabile considerata.

Utilizzo della pesatura

Il tipo di campionamento scelto per la sorveglianza PASSI è di tipo stratificato proporzionale per sesso e classi di età ed è effettuato a livello aziendale. Pertanto l'analisi dei dati a livello regionale e dell'intero pool PASSI necessita 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 procedura di pesatura utilizzata è la medesima per tutte le regioni e le ASL partecipanti al sistema PASSI.

La modalità di pesatura è dipendente dal tipo di campionamento stabilito: poiché nella sorveglianza PASSI si utilizza un campionamento stratificato proporzionale i pesi sono strato-dipendenti: in particolare, ogni

singola ASL avrà sei valori di peso, uno per ciascun strato (maschi 18-34, maschi 35-49, maschi 50-69, femmine 18-34, femmine 35-49, femmine 50-69 anni). 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 dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla Regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte in quel dato periodo nello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell’intera Regione.
- 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.

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 2011-2014 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.

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 a 0,05.

Etica e privacy

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (D.L. n. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali). Il sistema PASSI è stato inoltre valutato da parte del Comitato Etico dell’Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

La partecipazione all’indagine è libera e volontaria. Le persone selezionate per l’intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell’indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l’intervista, contattando il Coordinatore aziendale.

Il personale intervistante ha 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 inter-

romperla in qualunque momento.

La raccolta dei dati avviene con supporto informatico o con questionario cartaceo e successivo inserimento. 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.

Guida alla lettura

Gli indicatori Passi sono prodotti a partire dai dati riferiti dai cittadini e forniscono una stima della frequenza con cui ricorrono, nella popolazione, comportamenti, condizioni, eventi, ma possono descrivere anche le opinioni e gli atteggiamenti. I dati riferiti si usano, nella sorveglianza, quando è impossibile o troppo costoso prendere misure dirette e oggettive sulla popolazione (come nel caso della maggior parte dei comportamenti, per esempio il consumo di alcol o lo svolgere attività fisica) oppure quando il fenomeno in studio è di tipo soggettivo (come è il caso di percezioni, opinioni e atteggiamenti).

Questo rapporto raccoglie i dati relativi agli indicatori PASSI ricavati dalle interviste somministrate ai cittadini pugliesi tra il 1° gennaio 2011 e il 31 dicembre 2014.

Il rapporto si suddivide in 6 sezioni: Descrizione del campione, Benessere, Stili di vita, Malattie croniche, Sicurezza, Programmi di prevenzione individuale. Ognuna delle sezioni si articola in un numero variabile di capitoli, ognuno dei quali approfondisce una tematica. Ogni capitolo del rapporto PASSI Puglia 2011-2014 propone la medesima struttura e si articola in 6 parti:

- **gli highlights** riassumono le principali evidenze emerse dall'analisi dei dati di sorveglianza relativi alla sezione in oggetto;
- **l'introduzione** descrive in breve il significato della tematica indagata e illustra i più importanti dati di contesto a livello internazionale;
- **la prima parte** presenta il dato regionale relativo all'indicatore indagato, complessivo dei quattro anni di osservazione. Successivamente viene riportato, sotto forma di grafico, l'andamento temporale (trend annuale) dell'indicatore negli ultimi sette anni (ove disponibili);
- **la seconda parte** confronta il dato pugliese con il dato medio dell'indicatore a livello nazionale e delle altre regioni italiane che partecipano al sistema di sorveglianza PASSI. Il confronto è effettuato attraverso cartogramma e grafico. Il cartogramma, con una classica iconografia a semaforo, suddivide le regioni come superiori, inferiori o in linea rispetto al dato medio nazionale. Il grafico riporta in ordine decrescente il valore puntuale dell'indicatore osservato in ciascuna regione e nel pool nazionale PASSI;
- **la terza parte** illustra la variazione del valore regionale dell'indicatore confrontandolo con i determinanti socio-demografici (sesso, età, condizioni economiche, grado di istruzione, cittadinanza) considerati dal PASSI e il valore del dato rilevato nel quadriennio nelle diverse ASL regionali. L'analisi dell'indicatore in base ai determinanti socio-demografici è esposta in tabella e per ciascuna categoria dei determinanti è riportato l'OR con l'indicazione della significatività dell'analisi logistica eseguita;
- **la conclusione** chiarisce i principali risultati raggiunti come mostrato attraverso l'analisi degli indicatori e indica i futuri interventi di prevenzione da adottare per ridurre il carico di malattia e aumentare il guadagno di salute nella popolazione.

1. Caratteristiche socio-demografiche del campione

La popolazione in studio è costituita da circa 2,8 milioni di residenti in Puglia di età compresa tra 18 e 69 anni. Nel periodo tra il 1° gennaio 2011 e il 31 dicembre 2014 sono state intervistate 8.786 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.

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 2014 (Tabella 1.1).

TABELLA 1.1. Distribuzione dei soggetti intervistati e della popolazione ISTAT, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, sorveglianza PASSI 2011-2014 e ISTAT 2014.

	PASSI Puglia 2011 - 2014	ISTAT 2014
Numerosità	8.786	2.791.115
Età		
18-34	31,1	30,0
35-49	33,3	33,3
50-69	35,6	36,7
Età media	43,1	43,0
Sesso		
uomini	49,2	48,5
donne	50,8	51,5

Anche la distribuzione per età nei due sessi non differisce da quella rilevata tramite le stime ISTAT per l'anno 2014 (Grafico 1.1; Grafico 1.2).

GRAFICO 1.1. Distribuzione dei soggetti intervistati e della popolazione ISTAT di sesso maschile per fascia d'età.
Puglia, sorveglianza PASSI 2011-2014 e ISTAT 2014 (n=4.315).

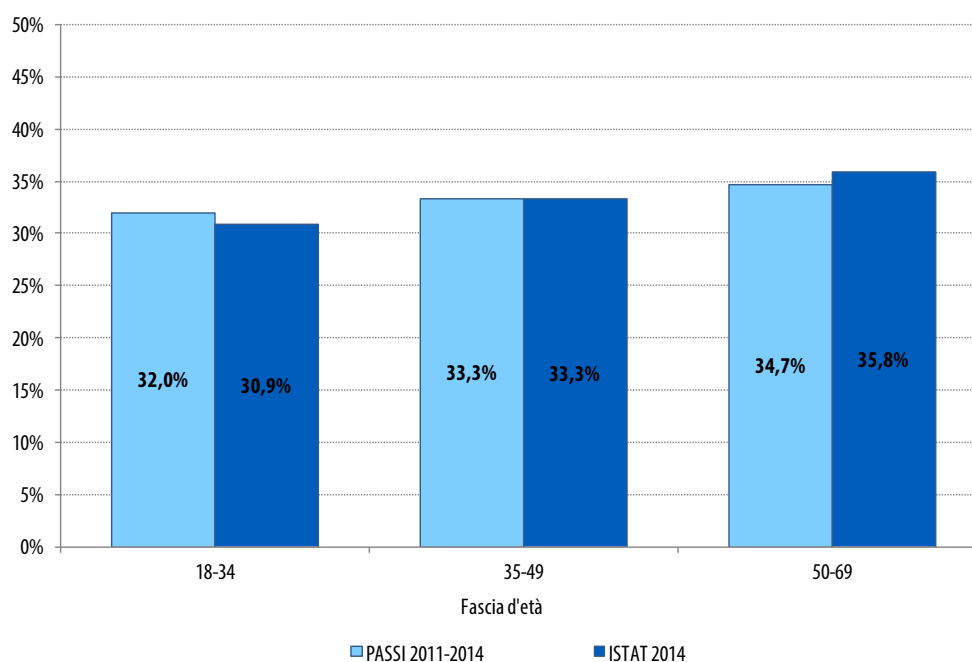
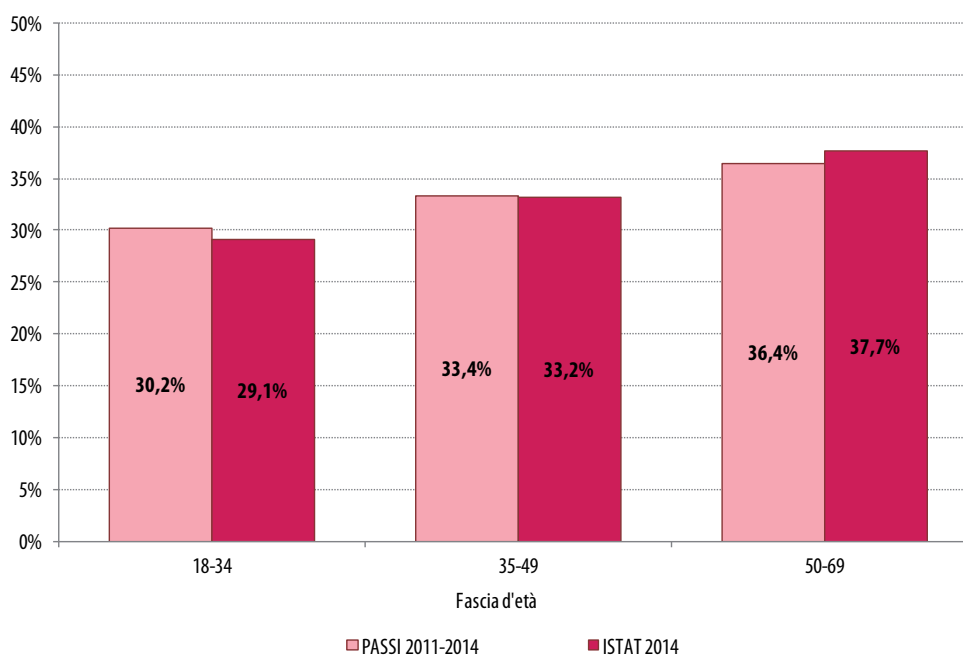


GRAFICO 1.2. Distribuzione dei soggetti intervistati e della popolazione ISTAT di sesso femminile per fascia d'età.
Puglia, sorveglianza PASSI 2011-2014 e ISTAT 2014 (n=4.471).

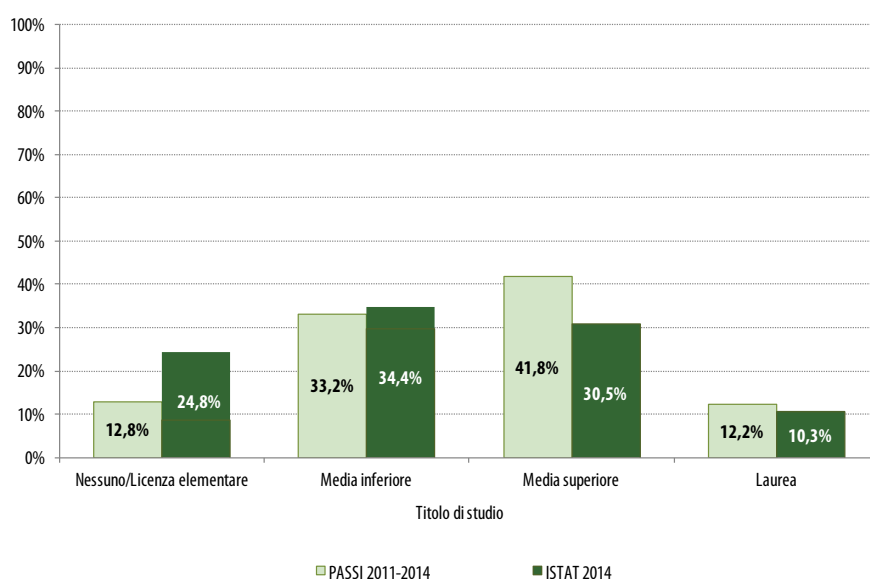


Grado di istruzione

I dati del sistema di sorveglianza PASSI relativi al grado di istruzione mostrano che poco meno della metà (46%) dei cittadini pugliesi presenta un livello di istruzione basso (licenza media inferiore, licenza elementare o nessun titolo di studio). I dati ISTAT per l'anno 2014 mostrano una proporzione più elevata di soggetti senza titolo di studio o con licenza elementare e una quota inferiore di soggetti con licenza media superiore rispetto ai dati di sorveglianza PASSI (Grafico 1.3).

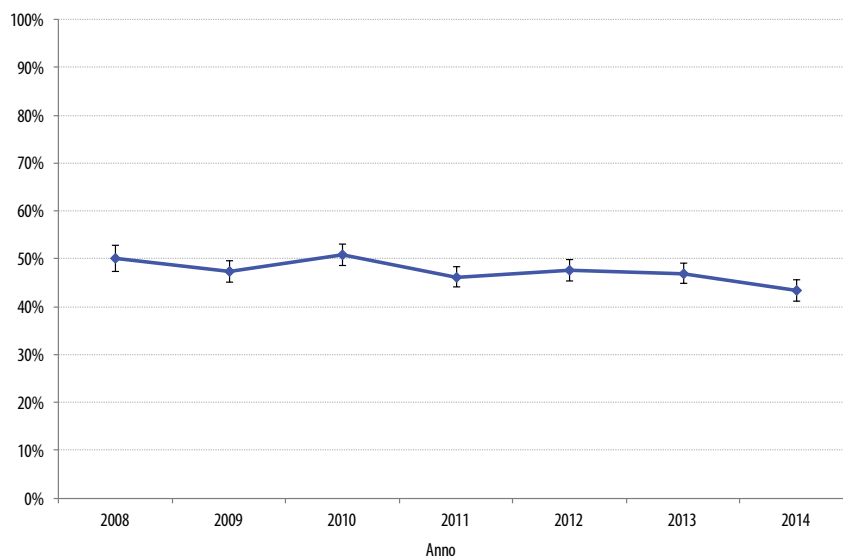
Il trend annuale evidenzia una lenta e progressiva riduzione nel tempo della proporzione di soggetti con basso grado di istruzione (nessuno/scuola elementare/scuola media; Grafico 1.4).

GRAFICO 1.3. Distribuzione dei soggetti intervistati e della popolazione ISTAT, per titolo di studio. Puglia, Sorveglianza PASSI 2011-2014 e ISTAT 2014* (n=8.774).



(*) I dati ISTAT sono riferiti ai soggetti di età compresa tra 15 e 65 e più anni.

GRAFICO 1.4. Proporzioni di soggetti con basso livello di istruzione (nessuno/elementare/media inferiore), trend annuale. Puglia, anni 2008 – 2014 (n=14.729).



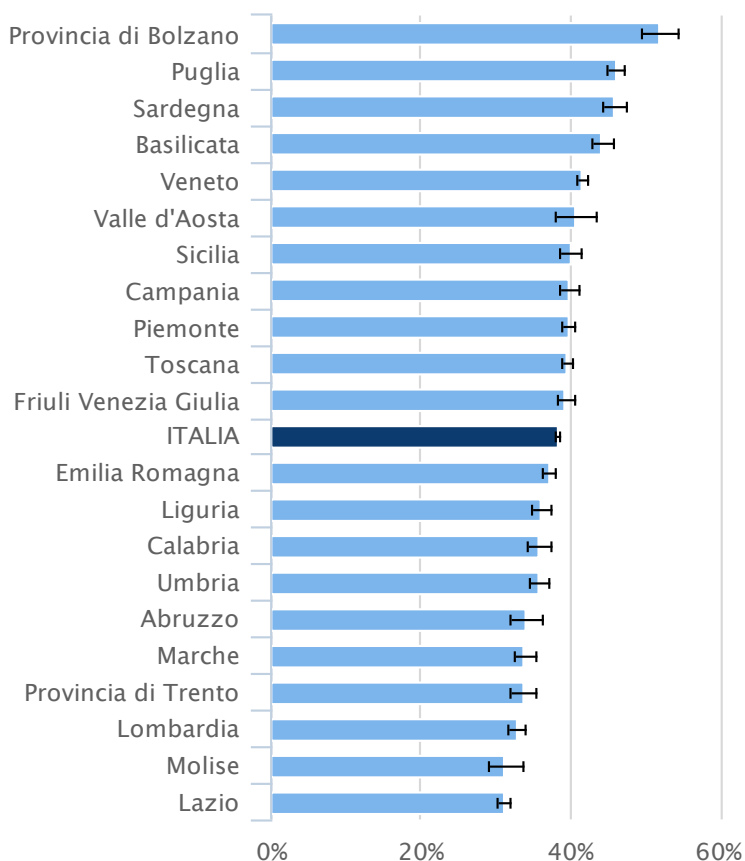
In Italia la percentuale di soggetti senza un titolo di studio o con la licenza elementare è pari al 8,6%, le persone che hanno conseguito la licenza media il 29,8%, quelle che hanno conseguito il diploma di scuola superiore il 46,0%, i laureati il 15,0%. Le regioni del centro Italia, insieme ad alcune regioni del nord (Lombardia, Liguria, Emilia Romagna e provincia autonoma di Trento) e alla Calabria, sono quelle con il grado di scolarità più elevato.

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 (Cartogramma 1.1; Grafico 1.5).

CARTOGRAMMA 1.1. Proporzione di soggetti con basso livello di istruzione, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



GRAFICO 1.5. Proporzione di soggetti con basso livello di istruzione, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



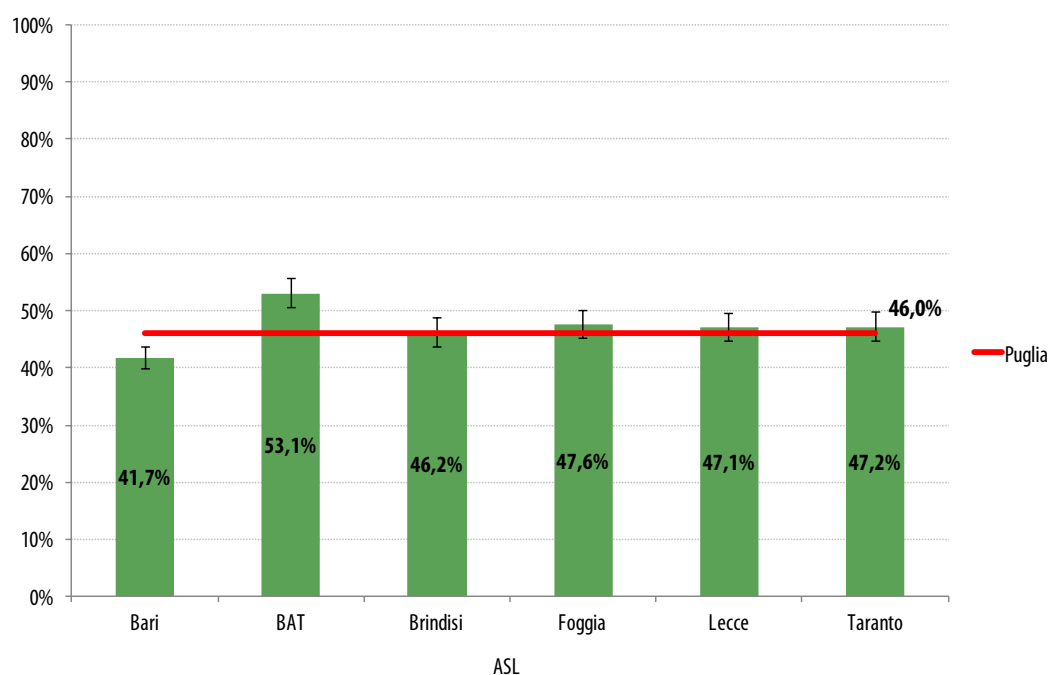
Il grado di istruzione si distribuisce in maniera differente nelle diverse fasce d'età: tra i più giovani si osserva una proporzione maggiore di diplomati e laureati; nella fascia d'età più adulta (50-69 anni) è più elevata la proporzione di soggetti con basso livello di istruzione. Lievi differenze si osservano anche tra i due sessi, con una maggiore proporzione di soggetti con licenza media inferiore e superiore tra gli uomini, mentre tra le donne è maggiore la quota di persone senza titolo o con licenza elementare e di laureate (Tabella 1. 2).

Il grafico 1.6 mostra la proporzione dei soggetti intervistati con basso grado di istruzione per ASL di residenza. Nelle ASL Brindisi, Lecce, Foggia e Taranto tale proporzione risulta in linea con il dato medio regionale, mentre nelle ASL Bari e BAT si osserva una proporzione rispettivamente più bassa e più alta del valore medio regionale.

TABELLA 1.2. Distribuzione dei soggetti intervistati per grado di istruzione, sesso ed età. Puglia, anni 2011-2014.

	Nessuno/ Elementare		Media inferiore		Media superiore		Laurea	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Età								
18-34	1,0	0,7 - 1,4	24,4	22,7 - 26,1	59,8	57,9 - 61,7	14,8	13,5 - 16,3
35-49	5,8	5 - 6,7	40,1	38,3 - 41,9	40,3	38,5 - 42,2	13,8	12,6 - 15,2
50-69	29,7	28,1 - 31,4	34,6	32,8 - 36,2	27,4	25,9 - 29,1	8,3	7,4 - 9,4
Sesso								
uomini	10,2	9,4 - 11,1	36,0	34,6 - 37,5	43,0	41,5 - 44,4	10,8	9,9 - 11,8
donne	15,3	14,3 - 16,3	30,5	29,2 - 31,9	40,7	39,3 - 42,1	13,5	12,5 - 14,6

GRAFICO 1.6. Proporzione dei soggetti con basso grado di istruzione, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 – 2014 (n=8.774).



Difficoltà economiche

In Puglia il 71,4% del campione intervistato ha riferito di avere difficoltà economiche. Tale proporzione è superiore rispetto alla stima ISTAT relativa alla valutazione delle famiglie in merito alle risorse economiche a loro disposizione, secondo cui il 55,2% delle famiglie riferiscono di avere risorse economiche scarse o addirittura insufficienti (Grafico 1.7; Grafico 1.8).

L'analisi nel tempo delle difficoltà economiche riferite evidenzia, tra il 2008 e il 2014, un quadro di sostanziale stabilità delle condizioni economiche dei cittadini pugliesi (Grafico 1.9).

GRAFICO 1.7. Distribuzione dei soggetti intervistati per difficoltà economiche riferite. Puglia, anni 2011-2014 (n=8.777).

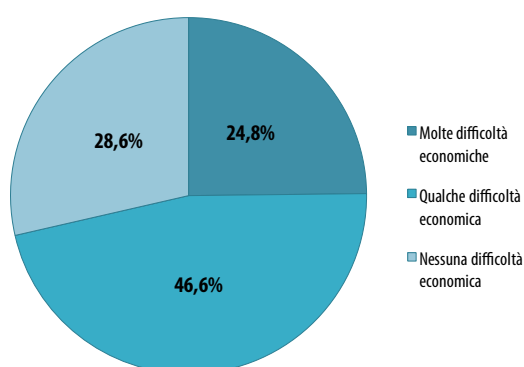


GRAFICO 1.8. Distribuzione dei cittadini pugliesi per valutazione delle risorse economiche disponibili negli ultimi 12 mesi. Italia, ISTAT 2014.

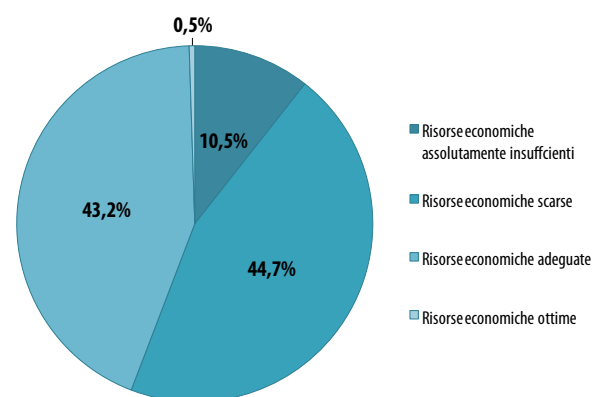
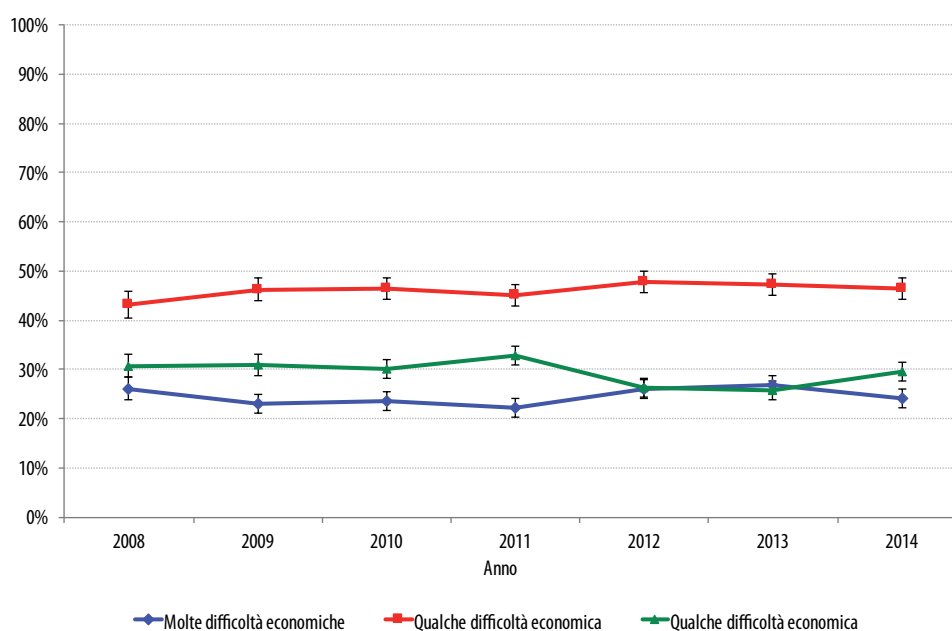


GRAFICO 1.9. Distribuzione dei soggetti intervistati per difficoltà economiche riferite, trend annuale. Puglia, anni 2011 – 2014 (n=14.713).



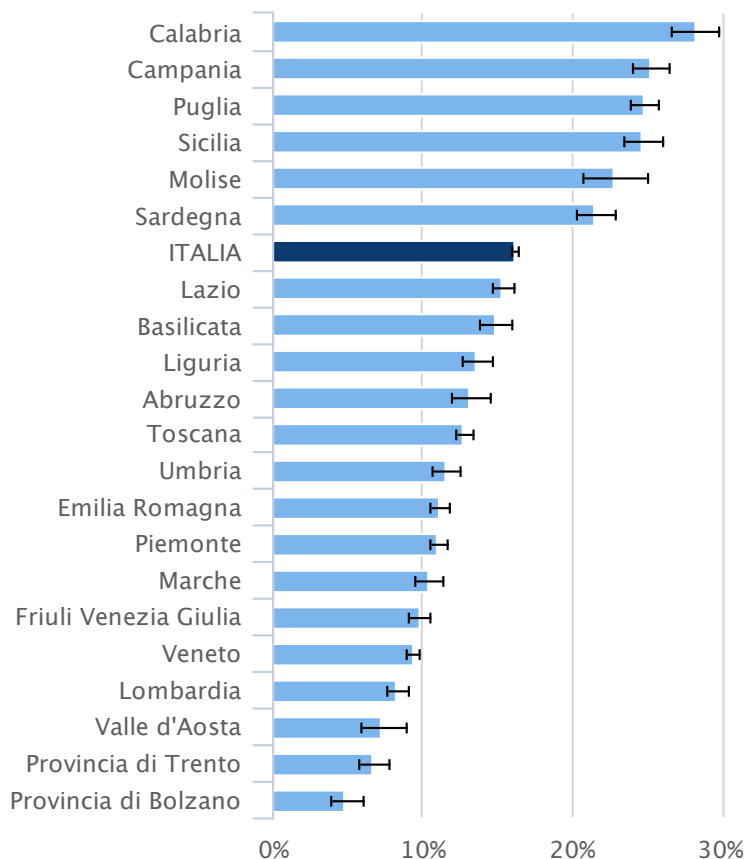
In Italia la proporzione di soggetti che riferiscono di avere molte difficoltà economiche è pari al 16,2% della popolazione.

La distribuzione per regione di residenza mostra un gradiente nord-sud dei soggetti con molte difficoltà economiche, con le regioni centro-settentrionali che presentano valori inferiori e quindi migliori rispetto al valore medio nazionale. La Puglia si colloca al terzo posto tra le regioni con la più elevata proporzione di soggetti con molte difficoltà economiche riferite (Cartogramma 1.2; Grafico 1.10).

CARTOGRAMMA 1.2. Proporzione di soggetti con molte difficoltà economiche, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



GRAFICO 1.10. Proporzione di soggetti con molte difficoltà economiche, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



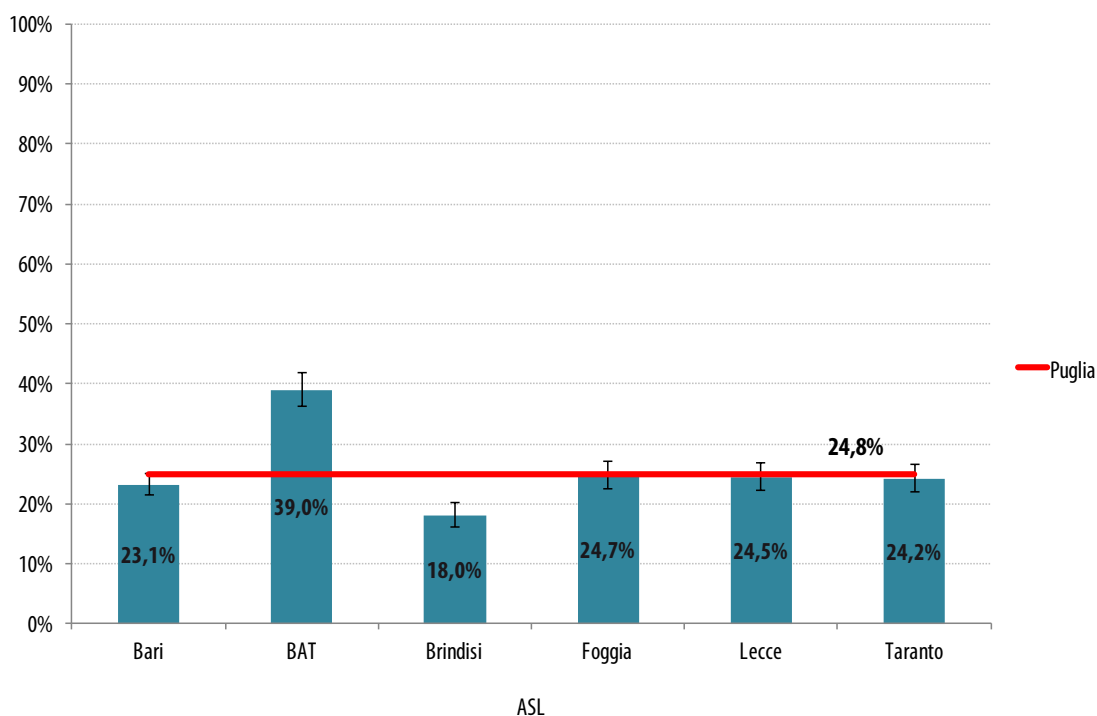
La valutazione della distribuzione degli intervistati che riferiscono di avere molte difficoltà economiche non sembra differire suddividendo gli intervistati per sesso e classi d'età (Tabelle 1.3).

Le persone con molte difficoltà economiche sono, in proporzione, più numerose nella ASL BAT e meno numerose nella ASL Brindisi. Nelle altre ASL della regione la quota di soggetti con difficoltà economiche riferite non si discosta dal valore medio regionale (Grafico 1.11).

TABELLA 1.3. Distribuzione dei soggetti intervistati per stato civile, sesso ed età. Puglia, anni 2011-2014.

	Molte difficoltà		Qualche difficoltà		Nessuna difficoltà	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Età						
18-34	21,3	19,7 - 22,9	43,4	41,5 - 45,4	35,3	33,5 - 37,2
35-49	26,1	24,5 - 27,7	45,8	44,0 - 47,7	28,1	26,5 - 29,8
50-69	26,8	25,2 - 28,4	50,0	48,3 - 51,9	23,2	21,7 - 24,7
Sesso						
uomini	24,2	22,9 - 25,6	45,2	43,6 - 46,7	30,6	29,2 - 32,1
donne	25,4	24,1 - 26,7	48,0	46,5 - 49,5	26,6	25,3 - 28,0

GRAFICO 1.11. Proporzione di soggetti con molte difficoltà economiche, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014 (n=8.777).



Cittadinanza

Le persone intervistate di cittadinanza straniera sono lo 0,6% del campione. La proporzione di stranieri stimata in Puglia dall'ISTAT per l'anno 2014 è pari al 3,1% della popolazione residente (Grafico 1.12).

Secondo i dati PASSI la proporzione di soggetti stranieri residenti in Puglia è aumentata nel tempo passando dall'0,1% nel 2008 allo 0,6% nel 2014 (Grafico 1.13).

GRAFICO 1.12. Distribuzione dei soggetti intervistati e della popolazione ISTAT per cittadinanza. Puglia, sorveglianza PASSI 2011-2014 e ISTAT 2014 (n=8.769).

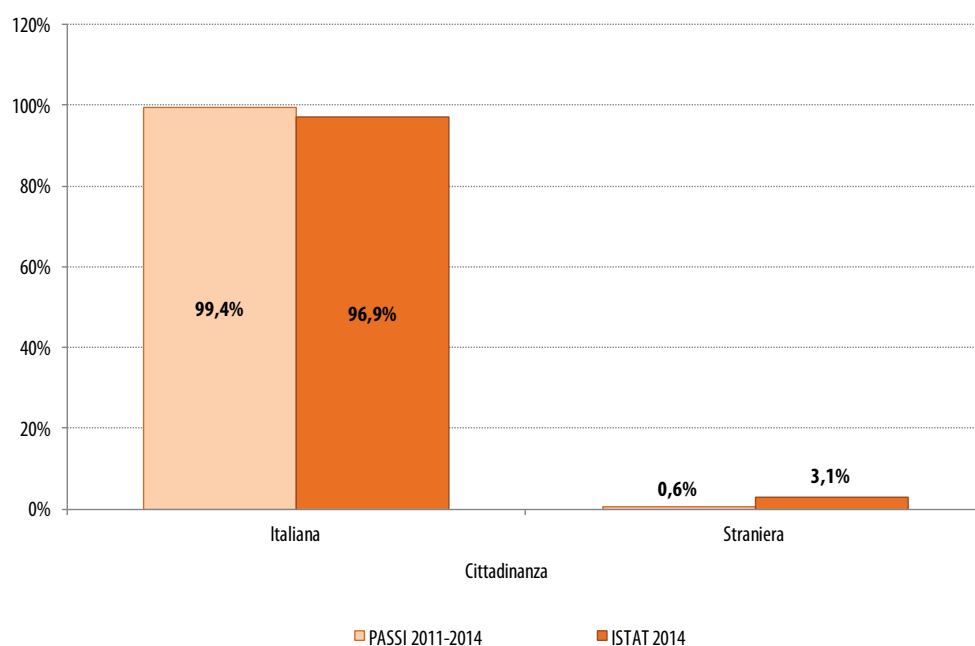
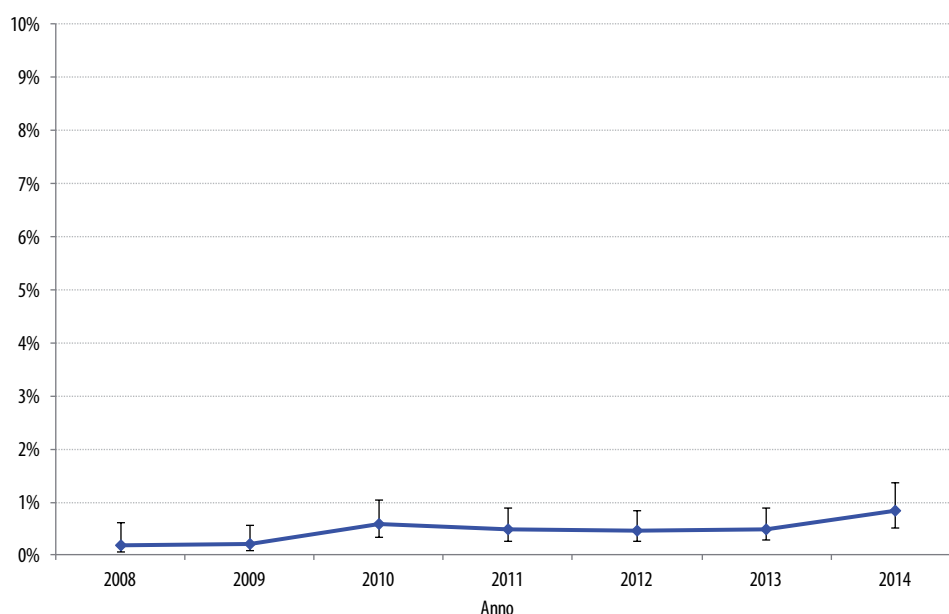


GRAFICO 1.13. Proporzione di soggetti intervistati per cittadinanza, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014 (n=14.647).

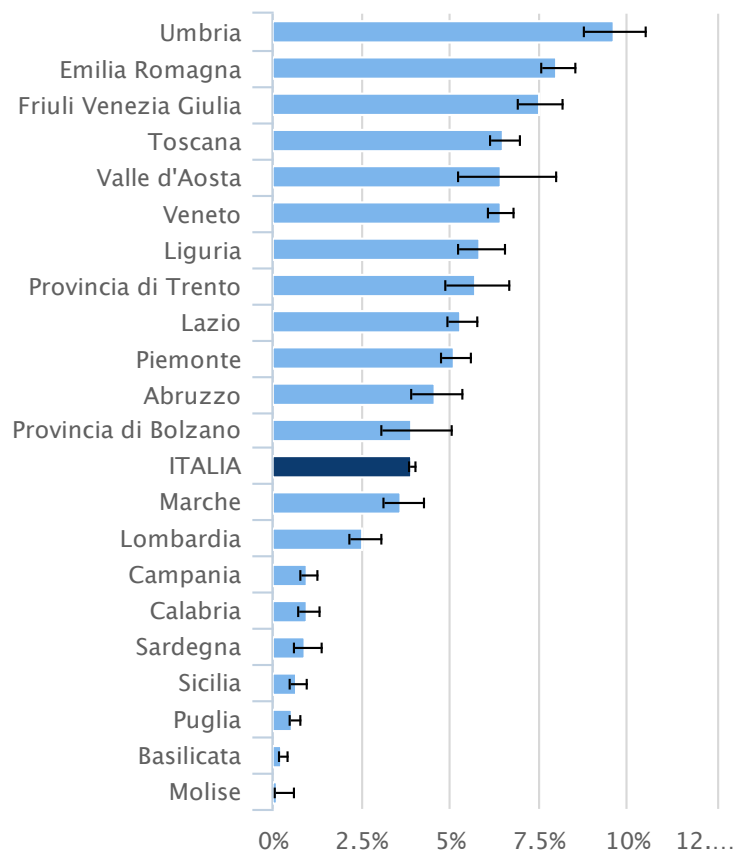


In Italia secondo i dati del pool nazionale di ASL la quota di stranieri residenti è pari al 3,8% della popolazione. La componente straniera risulta in proporzione più numerosa nelle regioni del nord e del centro Italia mentre è meno numerosa nelle regioni del sud con valori minori rispetto alla media nazionale (Cartogramma 1.3; Grafico 1.14).

CARTOGRAMMA 1.3. Proporzione di cittadini stranieri, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



GRAFICO 1.14. Proporzione di cittadini stranieri, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.

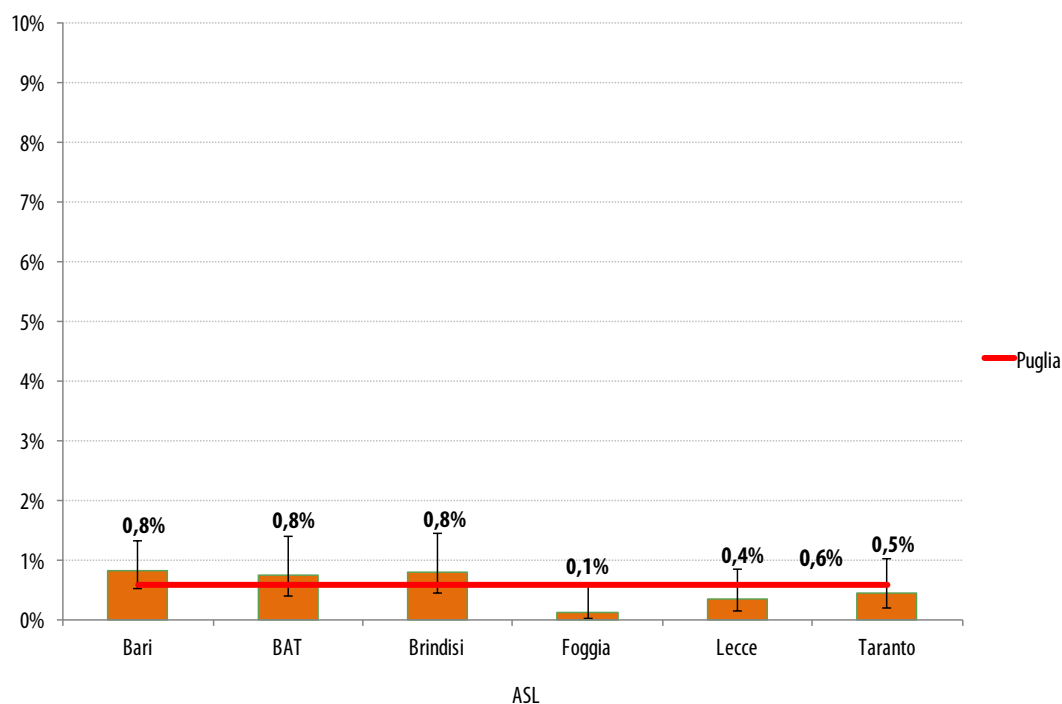


Dalla suddivisione per età e sesso non emergono differenze nella quota di stranieri residenti (Tabella 1.4). La quota di stranieri nelle diverse ASL regionali non si discosta molto dal valore medio regionale, tranne che per la ASL Foggia, in cui la proporzione di stranieri è la più bassa rilevata (Grafico 1.15).

TABELLA 1.4. Distribuzione dei soggetti intervistati per cittadinanza, sesso ed età. Puglia, anni 2011-2014.

	Italiani		Stranieri	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Età				
18-34	99,3	99,0 - 99,6	0,7	0,4 - 1,1
35-49	99,2	98,8 - 99,5	0,8	0,5 - 1,2
50-69	99,7	99,4 - 99,8	0,3	0,2 - 0,6
Sesso				
uomini	99,5	99,3 - 99,7	0,5	0,3 - 0,7
donne	99,3	99,0 - 99,5	0,7	0,5 - 1,0

GRAFICO 1.15. Proporzione di cittadini stranieri, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014 (n=8.769).



Stato civile

In Puglia, le persone coniugate o conviventi rappresentano il 62,0% del campione, le persone celibi/nubili il 32,6%, i separati/divorziati il 3,4% ed i vedovi il 2,1%. I valori rilevati tramite la sorveglianza PASSI sono inferiori rispetto alla rilevazione ISTAT relativa all'anno 2014 per i soggetti celibi/nubili e vedovi, maggiori per le altre due categorie considerate (Grafico 1.16).

Dall'analisi del trend si evidenzia come la quota di soggetti coniugati si sia mantenuta stabile negli ultimi sette anni (Grafico 1.17).

GRAFICO 1.16. Distribuzione dei soggetti intervistati e della popolazione ISTAT per stato civile. Puglia, sorveglianza PASSI 2011-14 e ISTAT 2014 (n=8.780).

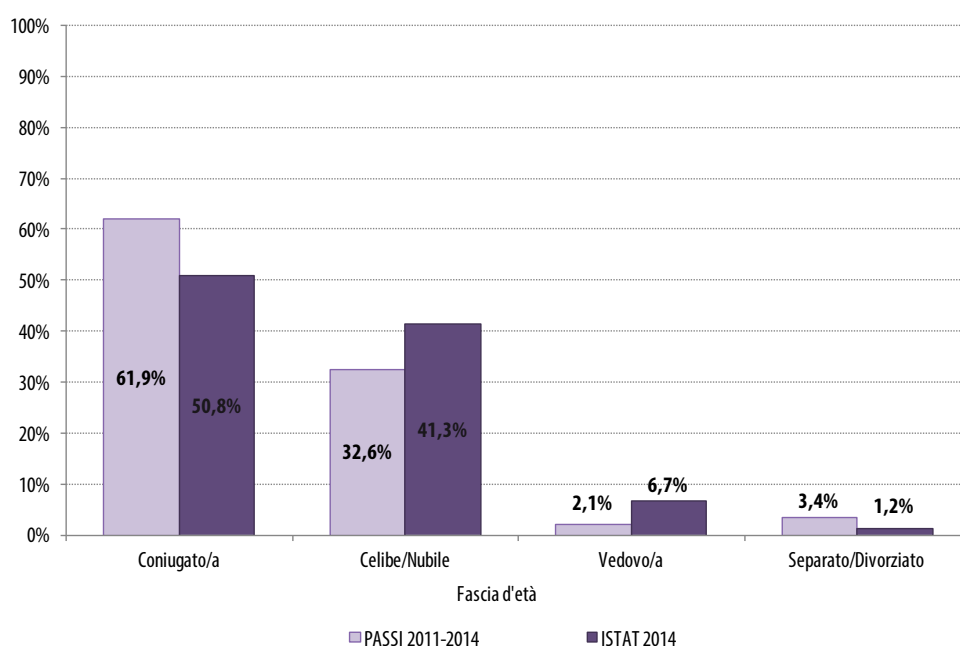
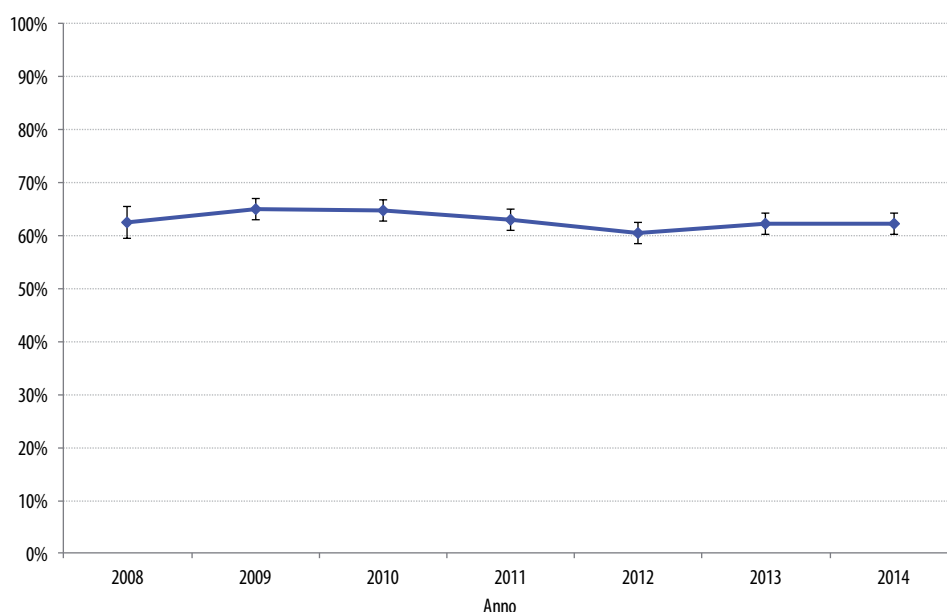


GRAFICO 1.17. Proporzione dei soggetti coniugati, trend annuale. Puglia, anni 2008-2014 (n=14.734).



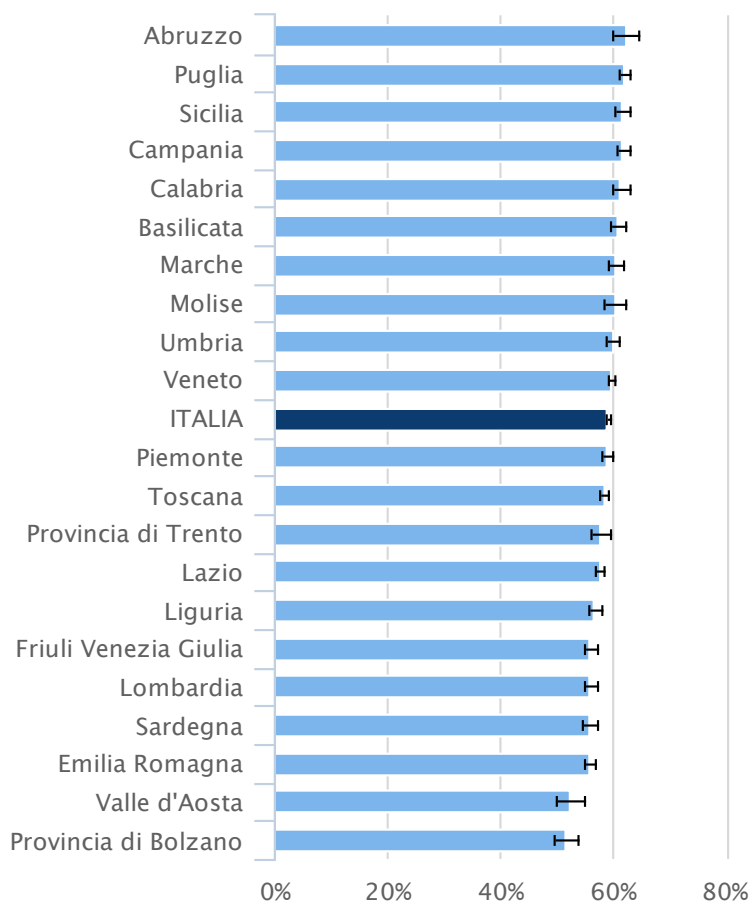
In Italia il 59,0% della popolazione ha dichiarato di essere sposato o convivente, il 33,3% di essere celibe/nubile, il 2,4% vedovo, il 5,3% separato o divorziato.

A livello nazionale i dati PASSI mostrano un chiaro gradiente nord-sud nella distribuzione dei soggetti sposati o conviventi rispetto alle altre categorie per regione di residenza, con le regioni del sud e l'Abruzzo nelle quali la proporzione di persone coniugate è al di sopra del valore medio nazionale. La Puglia è risultata la seconda regione in Italia per percentuale di soggetti sposati (Cartogramma 1.4; Grafico 1.18).

CARTOGRAMMA 1.4. Proporzioni di soggetti coniugati, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



GRAFICO 1.18. Proporzioni di soggetti coniugati, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



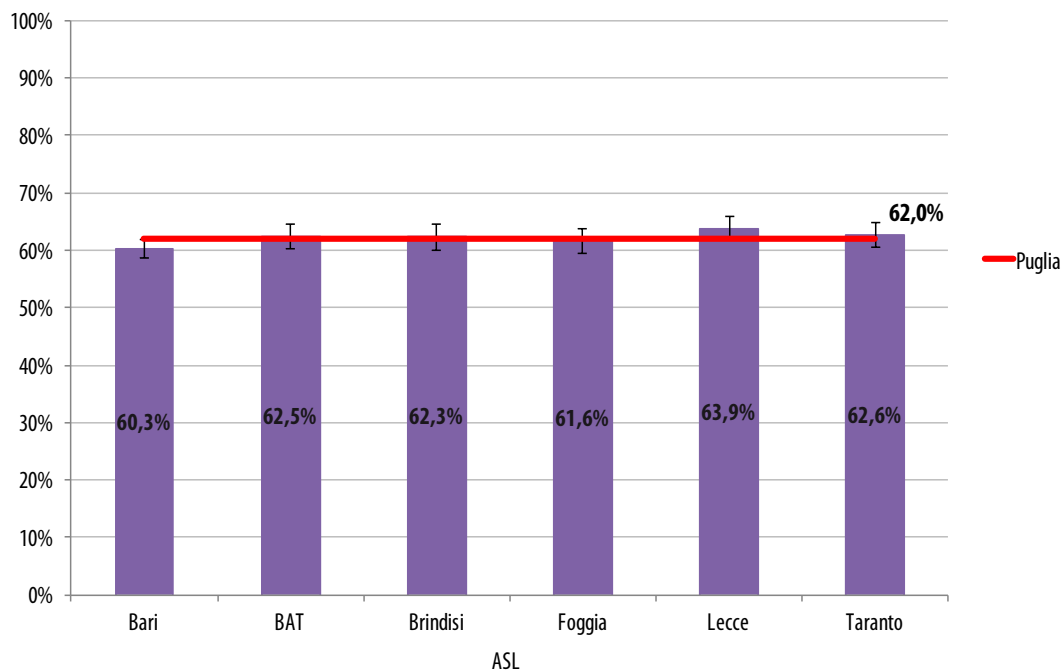
L'esame della distribuzione del campione di intervistati per stato civile, sesso ed età evidenzia una maggiore proporzione di soggetti sposati tra quanti hanno un'età compresa tra 35 e 69 anni; tra i soggetti più giovani prevalgono le persone celibi o nubili (Tabella 1.5).

La proporzione dei soggetti coniugati risulta omogenea nelle diverse ASL regionali (Grafico 1.19).

TABELLA 1.5. Distribuzione dei soggetti intervistati per stato civile, sesso ed età. Puglia, PASSI 2011-2014.

	Coniugati/Conviventi		Celibe/Nubile		Vedovo/a		Separato/a	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Età								
18-34	20,2	18,7 - 21,8	78,9	77,3 - 80,4	0,1	0,1 - 0,4	0,8	0,5 - 1,2
35-49	76,3	74,8 - 77,9	17,6	16,2 - 19	0,8	0,5 - 1,2	5,3	4,5 - 6,2
50-69	84,9	83,5 - 86,1	6,2	5,4 - 7,2	5,0	4,3 - 5,9	3,9	3,2 - 4,6
Sesso								
uomini	60,1	58,9 - 61,2	36,3	35,2 - 37,3	0,8	0,6 - 1,1	2,9	2,4 - 3,5
donne	63,7	62,5 - 65	29,0	28 - 30,1	3,4	2,9 - 3,9	3,8	3,3 - 4,5

GRAFICO 1.19. Proporzione dei soggetti coniugati per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014 (n=8.780).



Occupazione

In Puglia più della metà delle persone intervistate ha dichiarato di essere occupato lavorativamente (Grafico 1.20). I dati ISTAT per l'anno 2014 riportano un tasso di occupazione per la regione Puglia pari al 45,1% (Grafico 1.21).

L'analisi del trend temporale dal 2008 ad oggi mostra una diminuzione della quota di soggetti occupati, che si sono ridotti di circa l'8% (Grafico 1.22).

GRAFICO 1.20. Distribuzione dei soggetti intervistati per situazione occupazionale. Puglia, sorveglianza PASSI 2011-14 (n=8.781).

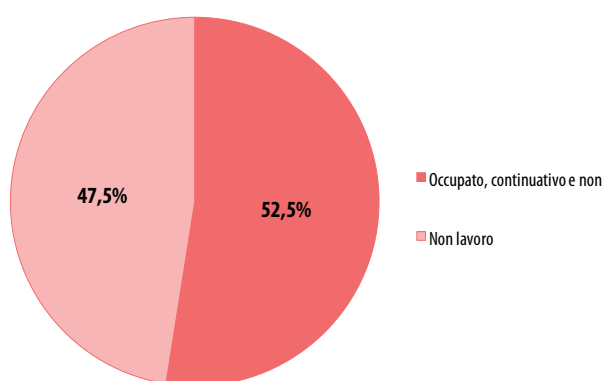


GRAFICO 1.21. Tassi di occupazione, disoccupazione, inattività in Puglia. ISTAT 2014.

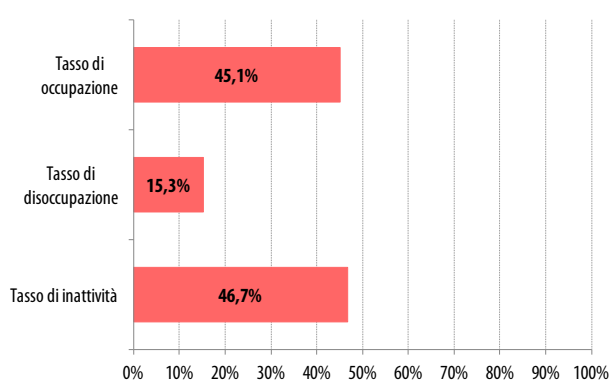
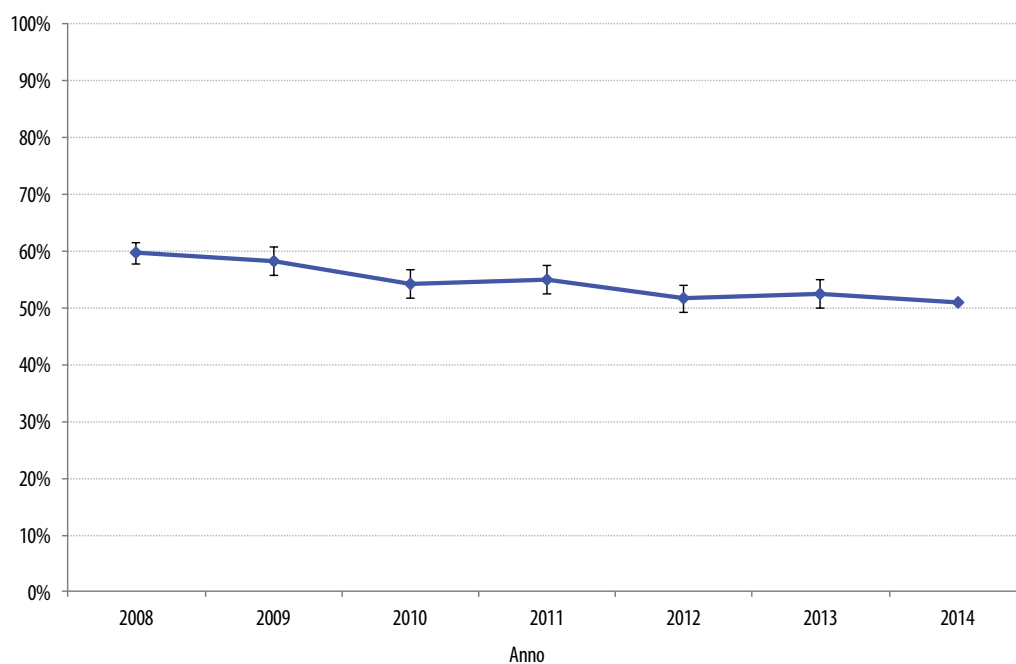


GRAFICO 1.22. Proporzione di soggetti intervistati con occupazione lavorativa continuativa e non, trend annuale. Puglia, anni 2011 - 2014 (n=14.739).

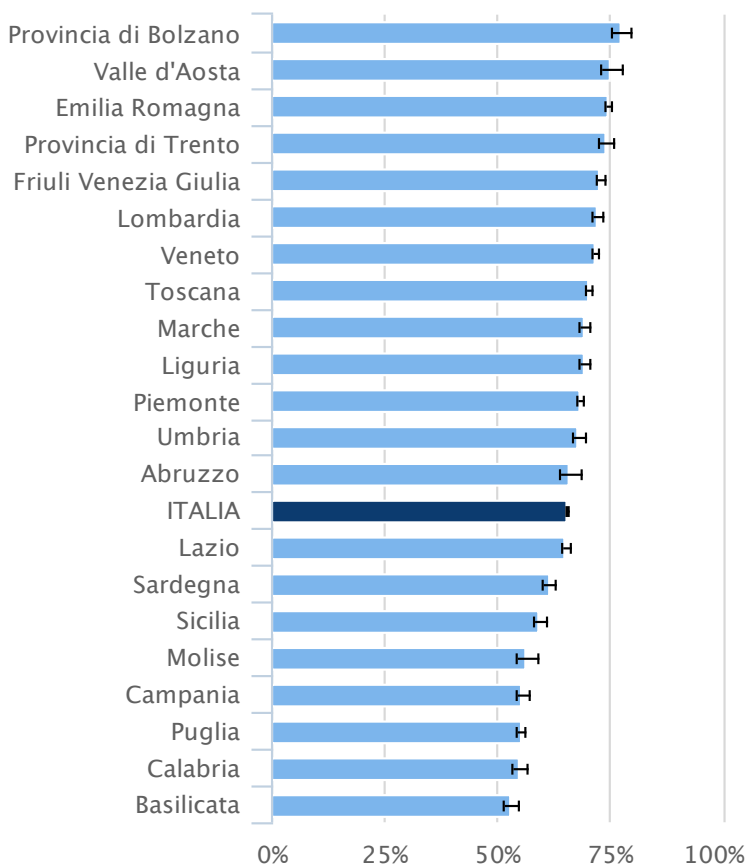


In Italia la proporzione di soggetti occupati lavorativamente differisce profondamente tra il Nord della nazione, che presenta valori di circa il 15% maggiori rispetto al valore medio nazionale, e il sud, dove gli occupati sono il 10% in meno rispetto alla media del Paese. La Puglia è terz'ultima per proporzione di occupati (Cartogramma 1.5; Grafico 1.23).

CARTOGRAMMA 1.5. Proporzione di soggetti con occupazione lavorativa, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



GRAFICO 1.23. Proporzione di soggetti con occupazione lavorativa, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



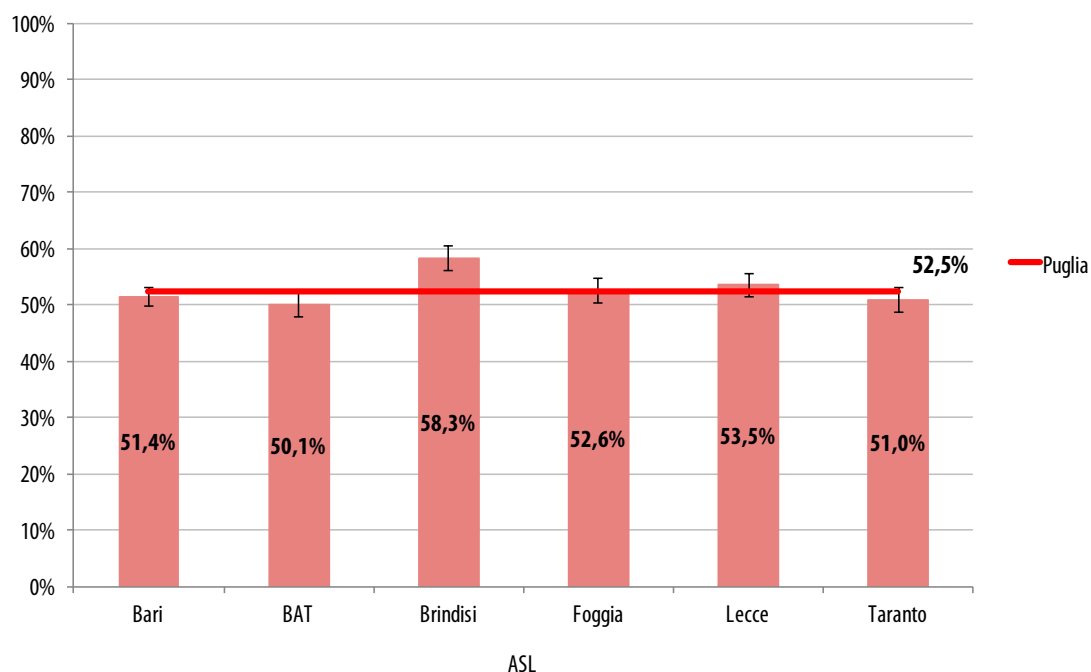
Suddividendo il campione per età e sesso, proporzioni più elevate di soggetti occupati si osservano tra i più giovani (18-34 anni) e gli adulti (35-49 anni) e tra gli uomini (Tabella 1.6).

L'analisi della distribuzione per ASL di residenza mostra la presenza di una quota di occupati lievemente maggiore rispetto al dato medio regionale nella ASL BAT (Grafico 1.24) .

TABELLA 1.6. Distribuzione dei soggetti intervistati per occupazione lavorativa, sesso ed età. Puglia, anni 2011-14.

	Occupati, continuativamente e non		Non lavoro	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Età				
18-34	51,7	49,74 - 53,6	48,3	46,4 - 50,26
35-49	69,1	67,51 - 70,66	30,9	29,34 - 32,49
50-69	37,7	36,04 - 39,37	62,3	60,63 - 63,96
Sesso				
uomini	66,6	65,22 - 67,99	33,4	32,01 - 34,78
donne	38,9	37,45 - 40,3	61,1	59,7 - 62,55

GRAFICO 1.24. Proporzione di soggetti intervistati con occupazione lavorativa continuativa e non, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014 (n=8.781).



Vive solo

In Puglia il 6,4% del campione ha riferito di vivere da solo (Grafico 1.25).

Il trend temporale mostra che tale condizione di vita è in lento e progressivo aumento nella nostra regione (Grafico 1.26).

GRAFICO 1.25. Distribuzione dei soggetti intervistati che dichiarano di vivere da soli. Puglia, sorveglianza PASSI 2011-2014 e ISTAT 2014 (n=8.764).

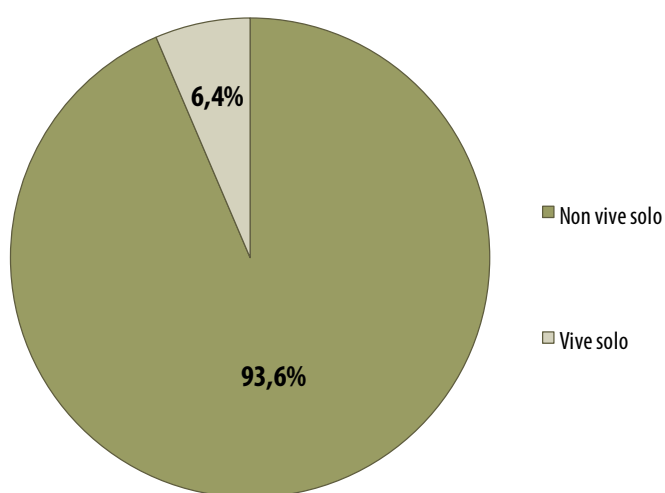
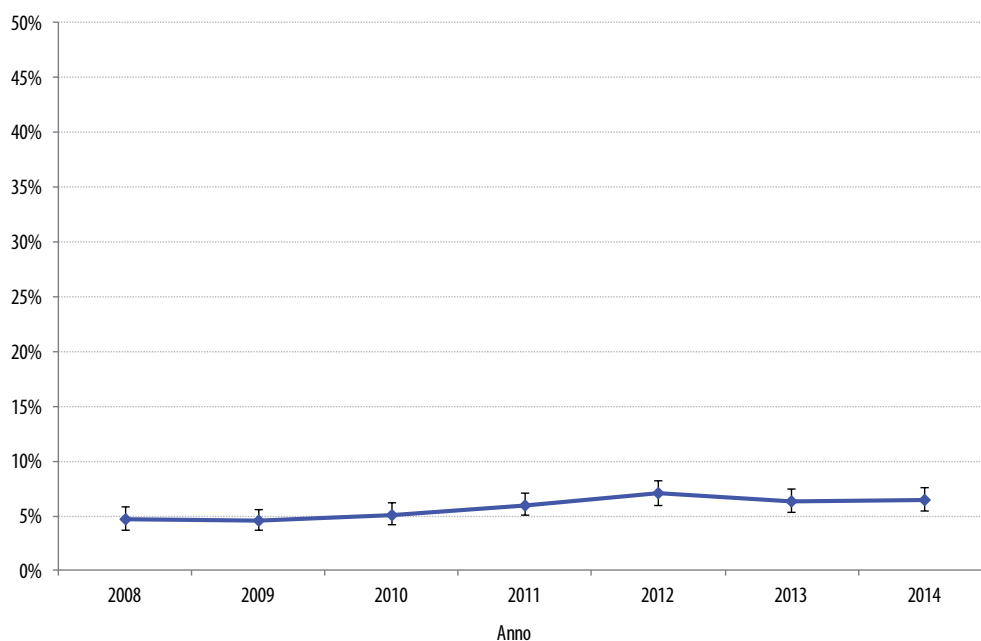


GRAFICO 1.26. Proporzione dei soggetti intervistati che dichiarano di vivere da soli, trend annuale. Puglia, anni 2011 - 2014 (n=14.702).



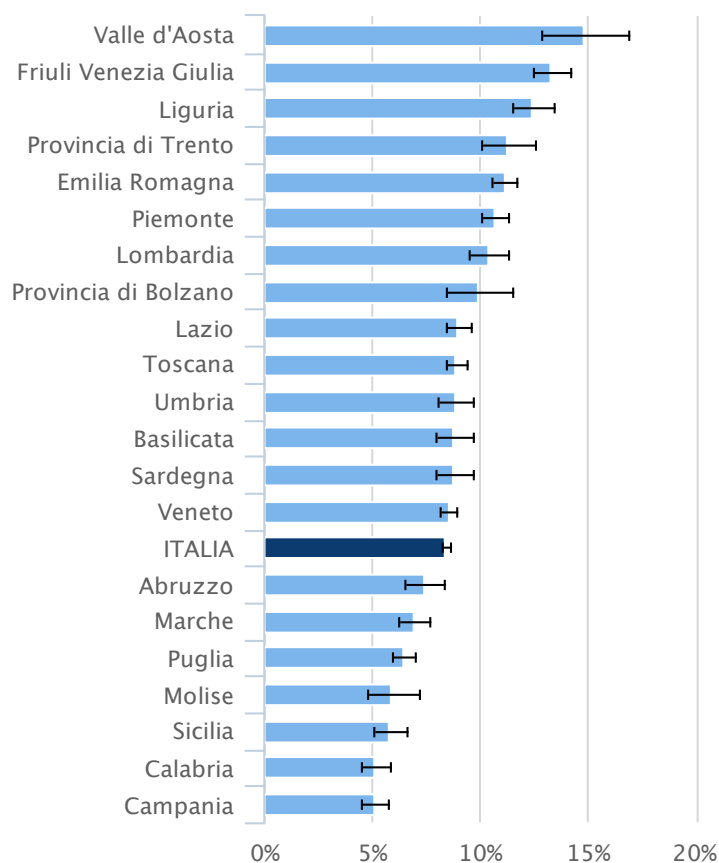
In Italia le persone che vivono sole rappresentano l'8,6% della popolazione.

Sono persone che prevalentemente risiedono nelle regioni del nord e centro Italia. La Puglia è tra le regioni in cui si osserva una proporzione di soggetti che vivono soli minore rispetto al valore medio nazionale (Cartogramma 1.6; Grafico 1.27).

CARTOGRAMMA 1.6. Proporzione di soggetti che vivono soli, per regione di residenza. Italia, PASSI 2011 - 2014.



GRAFICO 1.27. Proporzione di soggetti che vivono soli, per regione di residenza. Italia, PASSI 2011 - 2014.

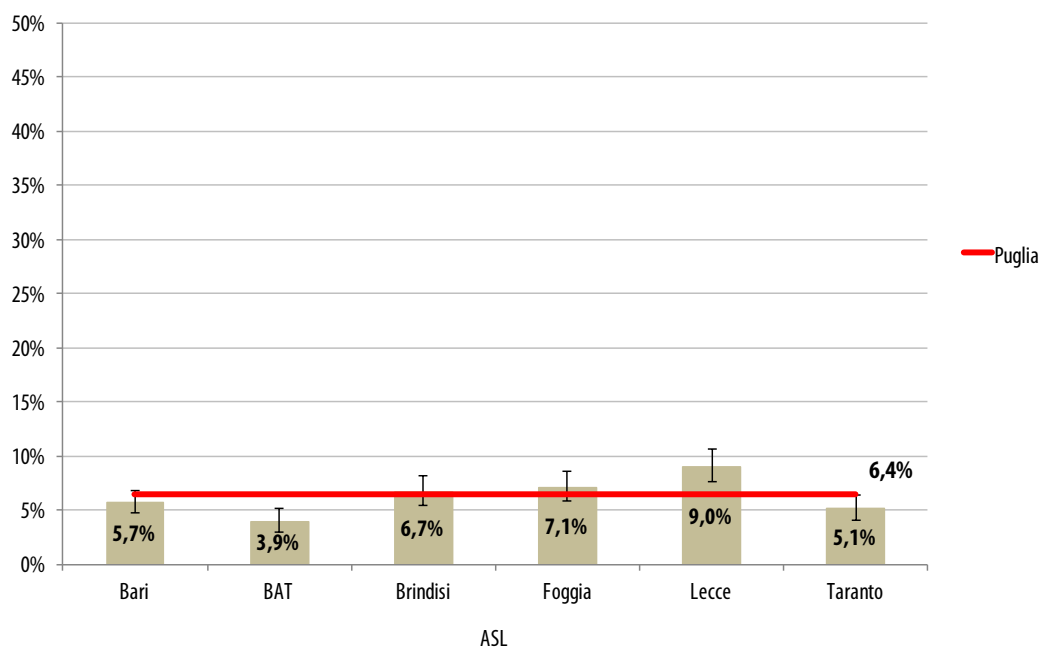


La proporzione dei intervistati che riferiscono di vivere soli è maggiore tra i più adulti e tra gli uomini (Tabella 1.7). Tra le ASL pugliesi la proporzione di persone che vivono sole è risultata maggiore nella ASL Lecce e minore nella ASL BAT (Grafico 1.28).

TABELLA 1.7. Distribuzione dei soggetti intervistati per condizione di vita, sesso ed età. Puglia, anni 2011-14.

	Vive solo		Non vive solo	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Età				
18-34	6,2	5,3 - 7,2	93,8	92,8 - 94,7
35-49	5,2	4,43 - 6,09	94,8	93,91 - 95,57
50-69	7,8	6,86 - 8,8	92,2	91,2 - 93,14
Sesso				
uomini	7,1	6,31 - 7,9	92,9	92,1 - 93,69
donne	5,8	5,13 - 6,54	94,2	93,46 - 94,87

GRAFICO 1.28. Proporzioni di soggetti che vivono soli, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014 (n=8.764).

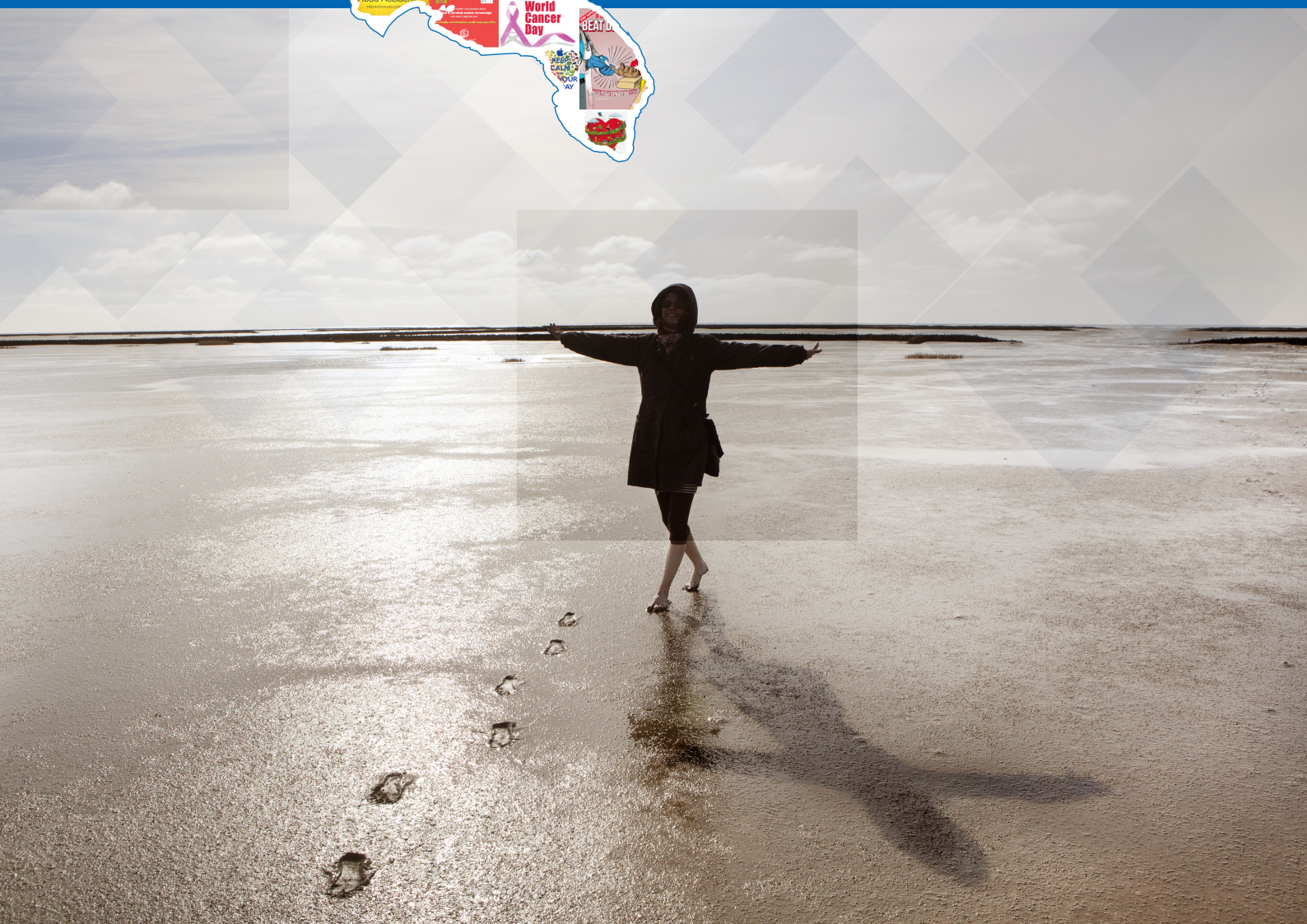


Dalla sorveglianza degli stili di vita
alle buone pratiche per la salute

I PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI NEGLI ANNI 2011/2014



BENESSERE



2. Qualità della vita e salute



- ✓ Il **72,6%** dei pugliesi dichiara di sentirsi bene/molto bene
- ✓ Il basso grado d'istruzione e le difficoltà economiche condizionano negativamente la percezione dello stato di salute
- ✓ Le cause psicologiche incidono quasi quanto le cause fisiche sulla salute

La "qualità della vita relativa alla salute" è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale e diversi fattori ad esso correlati, come le condizioni socio-economiche, le malattie e i comportamenti a rischio. Utilizzando il concetto della "qualità della vita" ci si scosta dalla definizione di salute come assenza di malattia per utilizzare la definizione più ampia voluta dall'OMS che concepisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale".

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

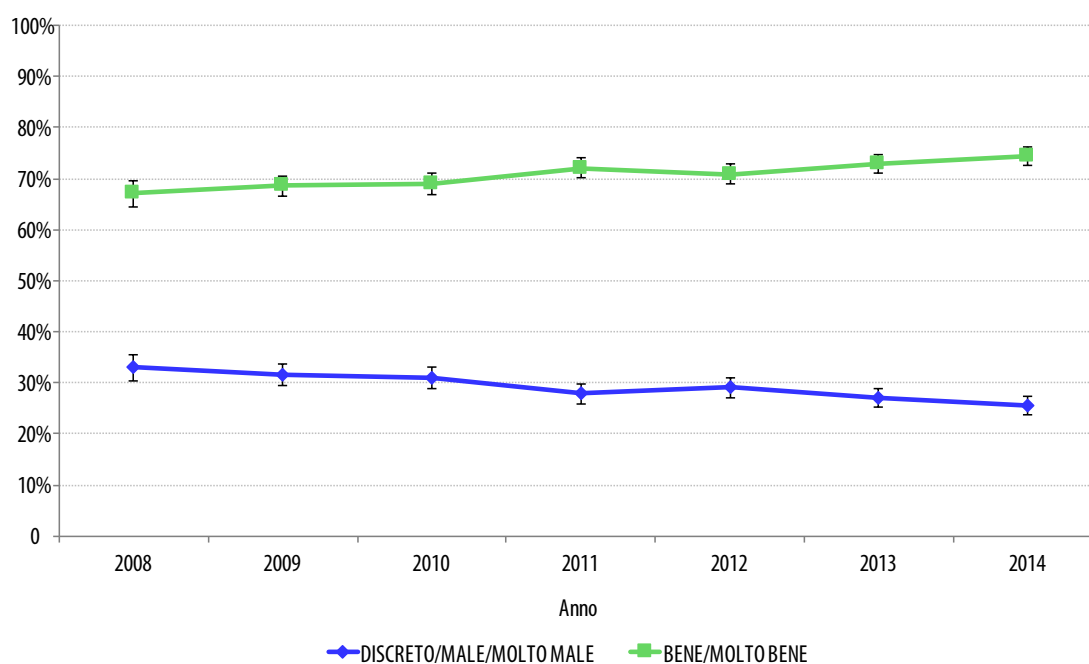
Quante persone percepiscono positivamente il proprio stato di salute?

Nel periodo 2011-14, nella Regione Puglia il 72,6% delle persone intervistate dichiara di avere uno stato di salute buono/molto buono; il 24,3% percepisce come discreto il proprio stato di salute, mentre solo il 3,1% dichiara di avere un cattivo o pessimo stato di salute (Tabella 2.1). L'analisi del trend annuale mostra un aumento dei soggetti che percepiscono positivamente il proprio stato di salute, contestualmente si osserva una riduzione dei soggetti che dichiarano di avere un cattivo stato di salute (Grafico 2.1).

TABELLA 2.1. Distribuzione dei soggetti intervistati per percezione del proprio stato di salute. Puglia, anni 2011-2014

Percezione dello stato di salute	%	IC95%
Molto bene/bene	72,6	71,7-73,5
Discretamente	24,3	23,4-25,2
Male/molto male	3,1	2,8-3,5

GRAFICO 2.1. Distribuzione dei soggetti intervistati per stato di salute percepito, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



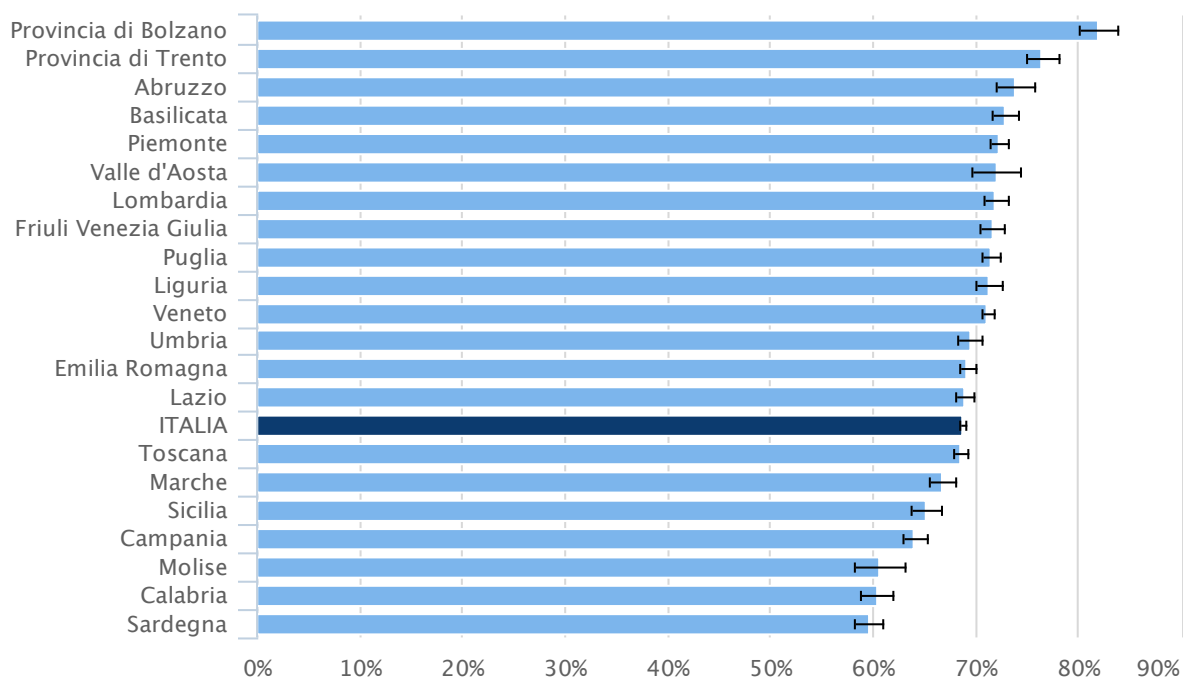
Persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute in Italia

La distribuzione della percezione positiva del proprio stato di salute in Italia, si presenta piuttosto variegata, con realtà regionali sia al Nord che al Sud che superano la media nazionale (69,0%). La P.A. di Bolzano è quella che si attesta su valori più alti (83,0%); per ciò che riguarda l'Italia centro-meridionale a pari merito si attestano Abruzzo e Basilicata (entrambe con il 73,7%). Una percezione negativa del proprio stato di salute, con valori inferiori alla media nazionale, è presente al Nord, nella regione Toscana (67,8%) e per il Sud, nella regione Sardegna (59,5%) (Cartogramma 2.1; Grafico 2.2).

CARTOGRAMMA 2.1. Prevalenza dei soggetti che percepiscono positivamente il proprio stato di salute. Italia, anni 2011 - 2014.



GRAFICO 2.2. Prevalenza dei soggetti che percepiscono positivamente il proprio stato di salute per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute in Puglia.

In Puglia la proporzione di soggetti che percepiscono positivamente il proprio stato di salute è maggiore nei soggetti più giovani, tra gli uomini, nei soggetti con grado di istruzione elevato e in quelli senza difficoltà economiche. La presenza di almeno una patologia severa condiziona negativamente la percezione del proprio stato di salute.

L'analisi multivariata indica che la probabilità di percepire positivamente il proprio stato di salute diminuisce con l'aumentare dell'età, delle difficoltà economiche e con il diminuire del grado di istruzione (Tabella 2.2).

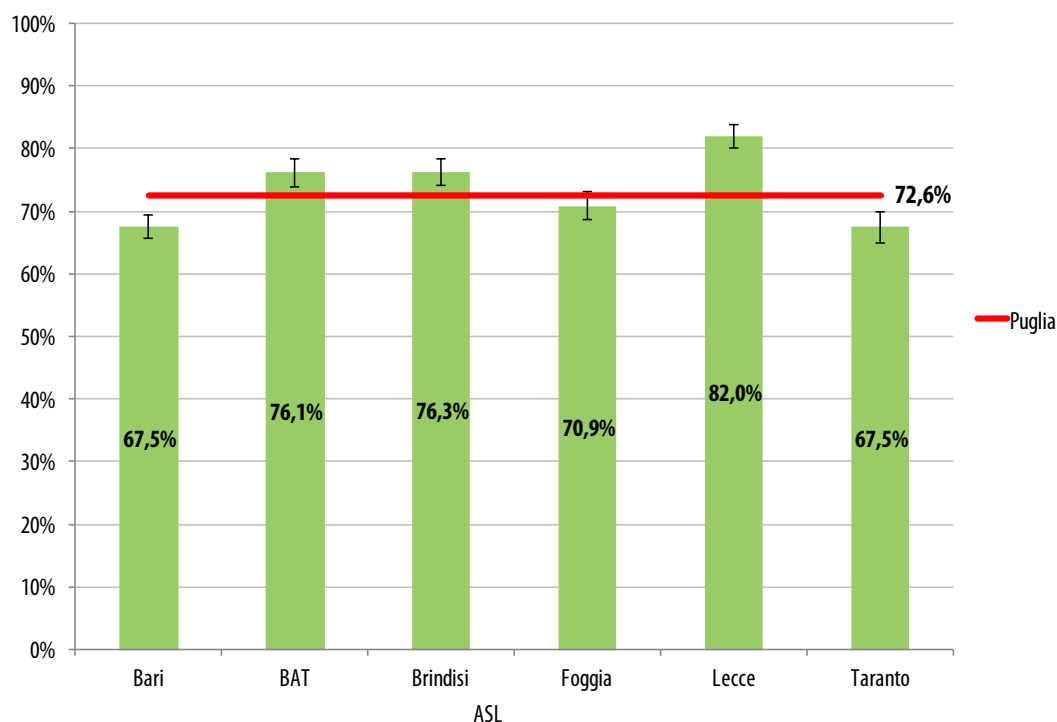
TABELLA 2.2. Proporzioni di soggetti che hanno una percezione positiva del proprio stato di salute, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	90,7	89,5 – 91,7	1,00	
35-49	76,5	74,9 – 78,0	0,39	0,000
50-69	53,1	51,3 – 54,9	0,19	0,000
Sesso				
uomini	75,0	73,7 – 76,2	1,00	
donne	70,3	69,0 – 71,5	0,75	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	47,5	44,5 – 50,5	1,00	
media inferiore	70,2	68,5 – 71,9	1,29	0,004
media superiore	79,1	77,8 – 80,4	1,35	0,001
laurea	82,8	80,3 – 85,0	1,67	0,000
Difficoltà economiche				
molte	62,8	60,7 – 64,8	1,00	
qualche	72,0	70,6 – 73,4	1,41	0,000
nessuna	82,2	80,6 – 83,6	1,97	0,000
Cittadinanza				
italiana	72,5	71,6 – 73,4	1,00	
straniera	83,6	69,9 – 91,8	1,71	0,229
Patologie severe				
assenti	79,4	78,5-80,3	1,00	
almeno una ^o	36,1	33,6-38,8	0,23	0,000

^o Almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, insufficienza renale, malattie croniche epatiche e neoplastiche

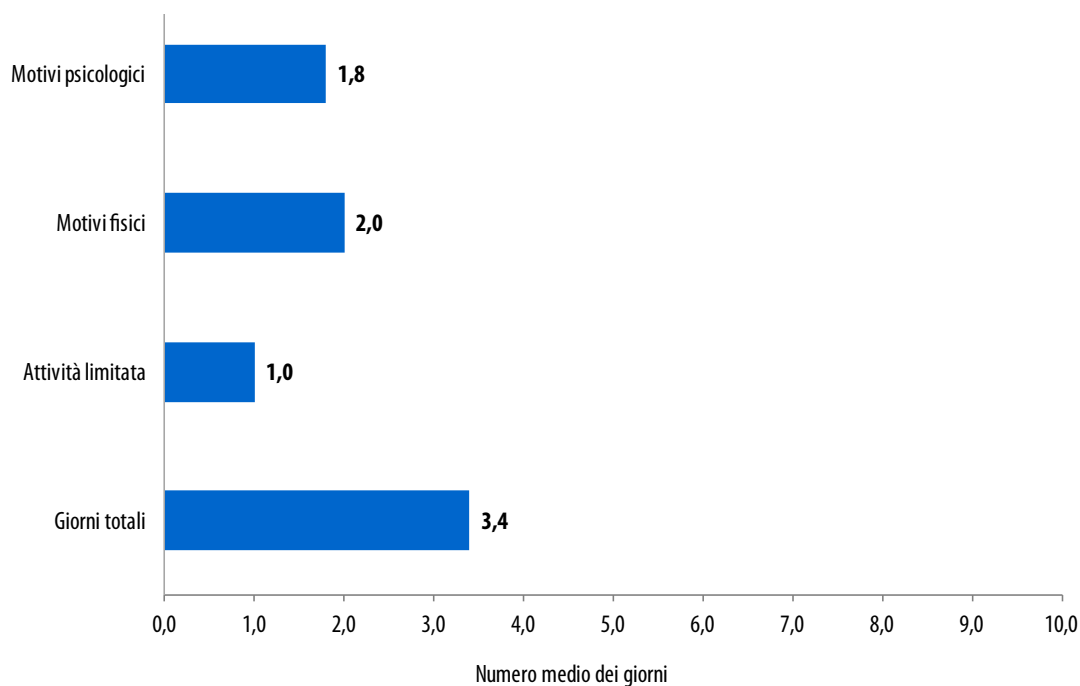
La prevalenza di soggetti che dichiarano di sentirsi bene/molto bene risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nella ASL Bari e nella ASL Taranto (67,5%) e più elevati nella ASL Lecce (82,0%) (Grafico 2.3).

GRAFICO 2.3. Proporzione di soggetti che percepiscono positivamente il proprio stato di salute, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



I giorni di cattiva salute in un mese sono in media 3,4; i giorni di cattiva salute per motivi fisici sono in media 2,0 mentre i motivi psicologici provocano in media 1,8 giorni di cattiva salute. L'attività limitata in media si osserva 1 giorno solo al mese (Grafico 2.4).

GRAFICO 2.4. Numero medio di giorni non in salute negli ultimi 30 giorni, per motivazione (motivi psicologici, fisici, limitata attività, giorni totali). Puglia, anni 2011 - 2014.



La Tabella 2.3 descrive i giorni percepiti in cattiva salute dalla popolazione pugliese in relazione a problemi fisici, psicologici e alla limitazione delle comuni attività giornaliere in base alle caratteristiche socio-demografiche dei soggetti intervistati.

Il numero totale dei giorni non in salute è in media maggiore nei soggetti in età più avanzata, mentre i motivi psicologici di malessere incidono maggiormente nelle fasce di età più giovani e più anziane (18-34 anni e 50-69 anni). Le donne hanno più giornate in cattiva salute in un mese rispetto agli uomini, mentre i giorni di attività limitata non mostrano differenze nei due sessi. Un più basso grado di scolarizzazione e le molte difficoltà economiche condizionano la qualità della vita aumentando le giornate in cattiva salute durante il mese, come anche il fatto di avere patologie croniche. I cittadini italiani, rispetto agli stranieri, riferiscono in media il doppio delle giornate in un mese nelle quali lamentano un cattivo stato di salute; gli stranieri hanno, invece, un numero di giornate al mese di limitata attività maggiore rispetto ai cittadini italiani.

TABELLA 2.3. Numero medio di giorni non in salute per motivi fisici, psicologici, per attività limitata negli ultimi trenta giorni, per caratteristiche socio-demografiche dei soggetti intervistati. Puglia, anni 2011 – 2014.

	giorni totali*			motivi fisici			motivi psicologici			attività limitata		
	N	Coef.	p	N	Coef.	p	N	Coef.	p	N	Coef.	p
Età												
18-34	2,9	0,00	0,478	1,4	0,02	0,000	1,7	0,00	0,284	0,5	0,01	0,000
35-49	2,8			1,6			1,5			0,8		
50-69	4,4			3,0			2,3			1,7		
Sesso												
uomini	2,8	1,19	0,000	1,7	0,59	0,000	1,5	0,72	0,000	1,0	0,14	0,129
donne	3,9			2,3			2,1			1,1		
Grado di Istruzione												
nessuna/elementare	5,2	0,13	0,257	3,9	0,22	0,010	2,5	0,08	0,368	2,5	0,21	0,001
media inferiore	3,5			2,1			1,8			1,0		
media superiore	2,9			1,5			1,6			0,7		
laurea	2,8			1,6			1,6			0,7		
Difficoltà economiche												
molte	4,9	0,84	0,000	3,0	0,52	0,000	2,9	0,64	0,000	1,7	0,32	0,000
qualche	3,1			1,9			1,5			0,9		
nessuna	2,4			1,3			1,3			0,6		
Cittadinanza												
italiana	3,4	1,85	0,005	2,0	0,70	0,252	1,8	1,18	0,006	1,0	0,31	0,690
straniera	1,6			1,3			0,7			1,3		
Patologie croniche												
no	2,6	4,63	0,000	1,4	3,30	0,000	1,4	2,51	0,000	0,6	2,07	0,000
sì	7,5			5,2			3,9			3,1		

* Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato

Conclusioni e raccomandazioni

La percezione soggettiva del “sentirsi male” più che l’oggettiva valutazione di uno stato patologico determina da parte del soggetto la richiesta di assistenza e cure da parte del sistema sanitario. A fronte di ciò è fondamentale misurare lo stato di salute percepito al fine di programmare gli interventi e finalizzare le risorse sanitarie.

La Puglia, rispetto al contesto nazionale, presenta un maggiore livello di percezione del benessere: infatti più del 70% del campione analizzato ammette di sentirsi bene/molto bene, rispetto al 69,0% del pool nazionale ASL.

I dati PASSI mostrano che ciò che condiziona una peggiore percezione dello stato di salute sono l’età più avanzata, il sesso femminile, il basso livello di istruzione, le difficoltà economiche e la presenza di patologie severe; queste categorie richiedono quindi una maggiore e più mirata attenzione nella sorveglianza, nella ricerca e nell’offerta dei servizi sanitari.



Appunti e annotazioni

Appunti e annotazioni



3. Depressione



- ✓ Il **4,7%** dei pugliesi ha sintomi di depressione
- ✓ La **presenza di almeno una patologia cronica** è il fattore maggiormente predisponente alla depressione
- ✓ Oltre il **40%** dei soggetti depressi **non chiede aiuto**

La depressione è una patologia caratterizzata da un tono dell'umore basso per un periodo prolungato, sofferenza psicologica, perdita d'interesse e piacere nei confronti delle attività quotidiane, in associazione con disturbi del sonno, dell'appetito, difficoltà di concentrazione, difficoltà nello svolgimento delle comuni attività e tendenza all'isolamento. Il disturbo depressivo può essere cronico o ricorrente ed in alcuni casi può portare al suicidio. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la depressione affligge nel mondo più di 350 milioni di persone di tutte le età e in ogni comunità, rappresentando uno dei principali responsabili del carico globale di malattia. In più, nonostante per questa patologia siano disponibili trattamenti farmacologici e psicoterapeutici, l'accesso alle cure è molto basso: in alcuni Paesi meno del 10% delle persone che ne avrebbe bisogno riceve i trattamenti necessari.

Nei Paesi sviluppati l'attuale crisi economica ha provocato delle criticità a livello sociale, economico e lavorativo che hanno portato ad un conseguente aumento dell'incidenza di depressione tra la popolazione generale.

Secondo stime effettuate con dati 2010 dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (Ihme), la depressione ha provocato in Italia il 4,2% di anni di

vita persi per disabilità e morte prematura, rappresentando così la quarta causa principale di Disability-Adjusted Life Year (DALY).

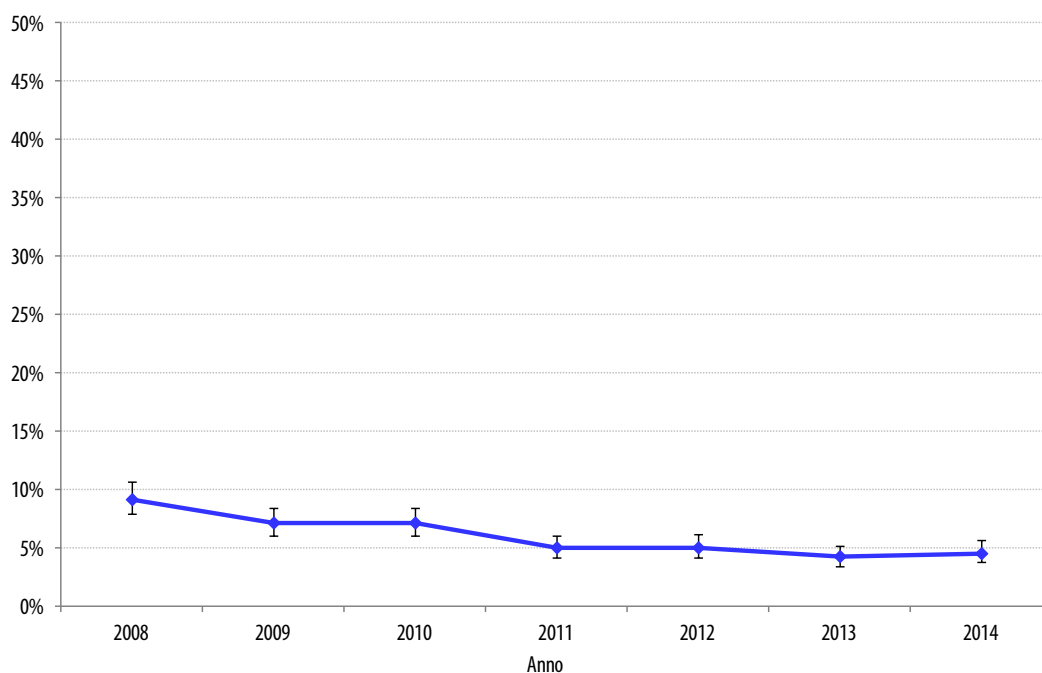
PASSI indaga la prevalenza di sintomi depressivi, utilizzando il Phq-2 (Patient Health Questionnaire), un questionario a 2 domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere nei confronti delle attività quotidiane. PASSI correla i sintomi depressivi con la possibilità di ricevere aiuto e di accedere ai servizi offerti dal Sistema Sanitario.

I dati ricavati dalla precedente sorveglianza PASSI (2008-2011) indicano che il 7% degli adulti in Italia riferisce sintomi di depressione, sottolineando come gruppi più vulnerabili siano le donne e le persone con condizioni sociali e di salute più fragili.

Quante persone sono depresse

Nel periodo 2011-14, nella regione Puglia il 4,7% delle persone intervistate ha riferito sintomi depressivi. L'analisi del trend annuale mostra una lenta ma graduale diminuzione dei soggetti depressi. In termini percentuali la proporzione di depressi è calata dal 9,1% del 2008 al 4,5% del 2014 (Grafico 3.1).

GRAFICO 3.1. Proporzione di soggetti che riferiscono sintomi di depressione, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Depressi in Italia

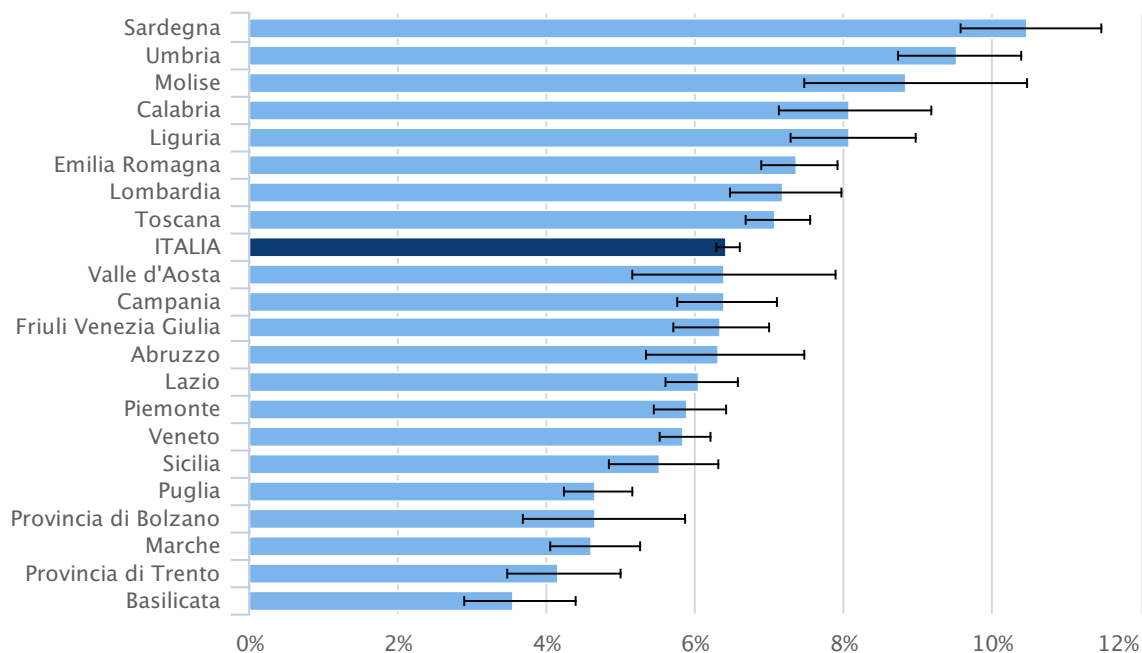
In Italia il 6,5% dei soggetti intervistati ha dichiarato di essere depresso. La distribuzione della depressione per regione di residenza mostra un aspetto disomogeneo nella nostra nazione, con valori di prevalenza peggiori rispetto al valore nazionale sia al Nord che al Sud. Fra le regioni del Nord, la Liguria è quella con la quota maggiore di depressi (8,1%), al Centro troviamo l'Umbria (9,5%), mentre nel Sud e nelle isole primeggia la Sardegna, con il valore più alto di prevalenza di soggetti depressi per tutta l'Italia (10,5%). Le regioni con la minor proporzione di soggetti depressi sono la Basilicata per il Sud (3,6%) e la Provincia di Trento per il Nord (4,2%) (Cartogramma 3.1; Grafico 3.2).

CARTOGRAMMA 3.1. Prevalenza di depressione per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 3.2. Prevalenza di depressione per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Depressi in Puglia

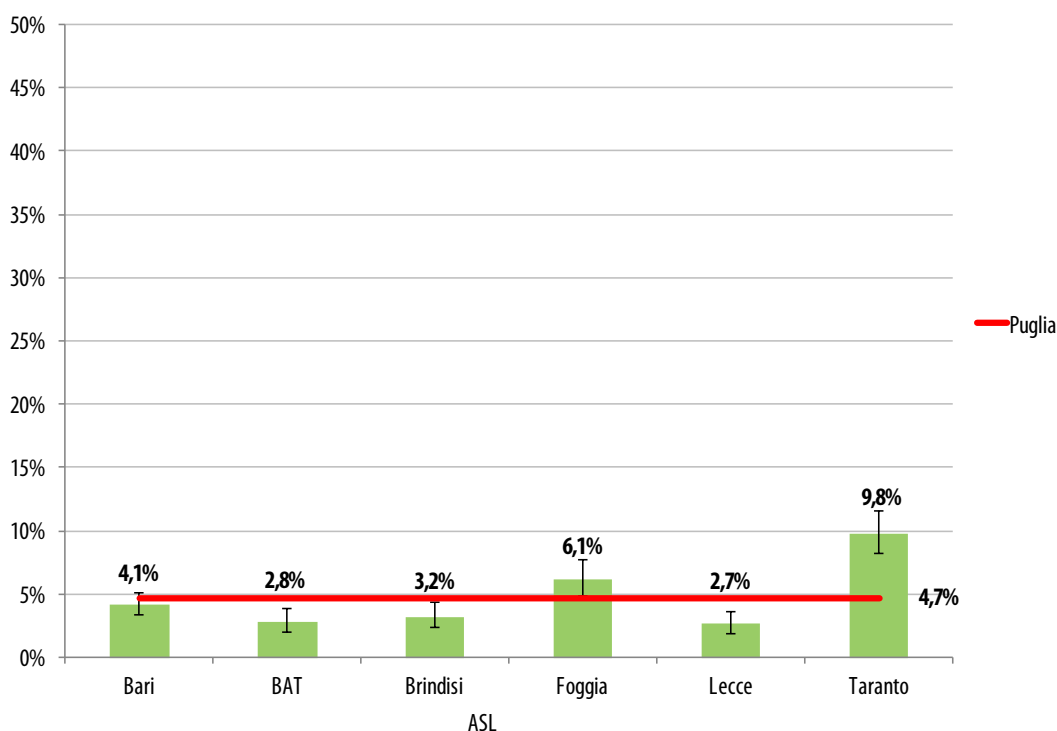
L'analisi multivariata mostra come la probabilità di manifestare sintomi depressivi diminuisca al diminuire delle difficoltà economiche ed aumenta nel sesso femminile. La mancanza di lavoro regolare, la vita da soli e la presenza di almeno una patologia cronica aumentano il rischio di sviluppare depressione (Tabella 3.1).

TABELLA 3.1. Proporzione di soggetti che riferiscono sintomi di depressione, per caratteristiche socio-demografiche.

Puglia, anni 2011 – 2014.

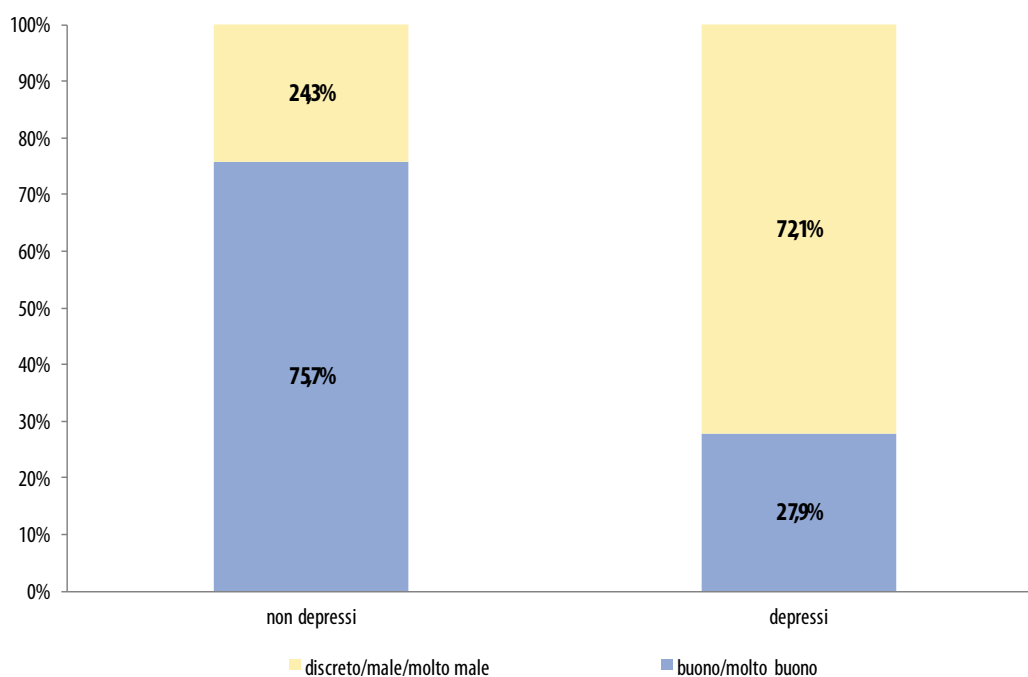
	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	3,5	2,9 – 4,3	1,00	
35-49	4,0	3,3 – 4,8	0,99	0,934
50-69	6,4	5,6 – 7,4	1,04	0,805
Sesso				
uomini	3,6	3,0 – 4,2	1,00	
donne	5,8	5,1 – 6,5	1,58	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	8,1	6,5 – 10,0	1,00	
media inferiore	5,2	4,4 – 6,1	1,06	0,709
media superiore	3,7	3,1 – 4,4	1,03	0,852
laurea	3,3	2,4 – 4,7	1,08	0,747
Difficoltà economiche				
molte	8,7	7,5 – 10,0	1,00	
qualche	3,9	3,3 – 4,5	0,49	0,000
nessuna	2,6	2,0 – 3,3	0,39	0,000
Cittadinanza				
italiana	4,7	4,3 – 5,2	1,00	
straniera	–	–	–	–
Vive solo				
no	4,5	4,1 – 5,0	1,00	
sì	6,9	4,9 – 9,5	1,68	0,007
Lavoro regolare				
sì	2,6	2,1 – 3,1	1,00	
no/non continuativo	6,4	5,7 – 7,1	1,67	0,000
Patologie croniche				
no	3,3	2,9 – 3,7	1,00	
almeno una	12,3	10,5 – 14,2	3,56	0,000

La proporzione di soggetti depressi risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nella ASL Lecce (2,7%) e più elevati nella ASL Taranto (9,8%) (Grafico 3.3).

GRAFICO 3.3. Proporzione di soggetti che riferiscono sintomi di depressione, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

Percezione dello stato di salute fra i depressi.

Tra le persone intervistate, la proporzione di coloro che hanno una cattiva percezione del proprio stato di salute è pari al 72,1% tra i soggetti che manifestano sintomi depressivi, mentre è pari al 24,3% fra i non depressi (Grafico 3.4).

GRAFICO 3.4. Distribuzione della percezione del proprio stato di salute, fra i depressi ed i non depressi. Puglia, anni 2011 - 2014.

Coloro che manifestano sintomi depressivi hanno mai chiesto aiuto a qualcuno?

Più della metà dei soggetti depressi (57,7%) ha chiesto aiuto per i disturbi manifestati, mentre il 42,3% non ha chiesto aiuto. Nello specifico, coloro che hanno chiesto aiuto si rivolgono ad un medico o ad un operatore sanitario (29,2%), alla famiglia (20,8%) e solo il 7,7% si è rivolto sia ai propri familiari che al personale medico/sanitario (Tabella 3.2).

TABELLA 3.2. Distribuzione di soggetti con sintomi depressivi che hanno richiesto aiuto, per tipo di figura consultata. Puglia, anni 2011 - 2014.

Richiesta d'aiuto e soggetti a cui è stato richiesto aiuto	%	IC95%
Si	57,7	52,6 – 62,5
Medico/operatore sanitario	29,2	25,0 – 33,9
Familiari	20,8	17,1 – 25,1
Entrambi	7,7	5,4 - 10,8
No	42,3	37,5 - 47,4

Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia il 4,7% dei soggetti intervistati riferisce sintomi di depressione, quota che risulta inferiore a quella rilevata dal pool nazionale di ASL.

I pugliesi con sintomi di depressione sono soprattutto donne e hanno condizioni socio-economiche difficili e una salute già compromessa dalla presenza di altre patologie.

Anche la mancanza di un lavoro stabile risulta essere un fattore di rischio rilevante.

Il trend di riduzione degli ultimi sette anni (dal 9,1% del 2008 al 4,5% del 2014) indica che gli sforzi fatti nel prevenire tale problema di salute sono stati efficaci; tuttavia è necessario continuare a porre la dovuta attenzione a questa patologia che può incidere naturalmente sui costi sanitari.

La maggior parte dei depressi (72,1%), infatti, riferisce di percepire negativamente il proprio stato di salute, verosimilmente a causa del fatto che la depressione determina il peggioramento della propria qualità di vita e una importante limitazione nelle attività quotidiane. Inoltre il “non sentirsi bene” può a sua volta condizionare l'umore.

È necessario inoltre sottolineare che oltre il 40% dei soggetti depressi non chiede aiuto né ai propri familiari né agli operatori socio-sanitari pregiudicando la possibilità di intervento nei confronti di questi soggetti.

Per questo motivo sarebbe utile promuovere e sostenere l'attenzione degli operatori e della comunità su questi temi, curarne la formazione, in modo tale che chi è affetto da depressione possa giovare delle informazioni e del supporto utili a risolvere il problema.

Dalla sorveglianza degli stili di vita
alle buone pratiche per la salute

I PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI NEGLI ANNI 2011/2014



STILI DI VITA



4. Attività fisica



- ✓ Il **38,4%** dei pugliesi **non fa attività fisica**
- ✓ Solo il **26%** degli operatori sanitari suggerisce ai propri pazienti sedentari di iniziare una attività fisica
- ✓ **1 sedentario su 6** non è consapevole di svolgere scarsa attività fisica

L'attività fisica è uno dei più importanti determinanti di salute per l'uomo in tutte le fasi della vita. Lo scenario epidemiologico attuale, i progressi nella ricerca delle scienze motorie e le prove acquisite su base scientifica rendono oggi l'attività fisica uno strumento prioritario e fondamentale per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie a patogenesi multifattoriale. Infatti, oltre a costituire l'elemento essenziale per il bilancio energetico e il controllo del peso corporeo, l'attività fisica promuove molteplici benefici per la salute tra i quali rientrano la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e neoplastiche, il miglioramento della tolleranza al glucosio con riduzione del rischio di ammalarsi di diabete di tipo 2, un'azione positiva sulla salute mentale dell'individuo mediante la riduzione delle reazioni allo stress, di ansia e depressione, nonché una più tardiva incidenza di malattia di Alzheimer e altre forme di demenza.

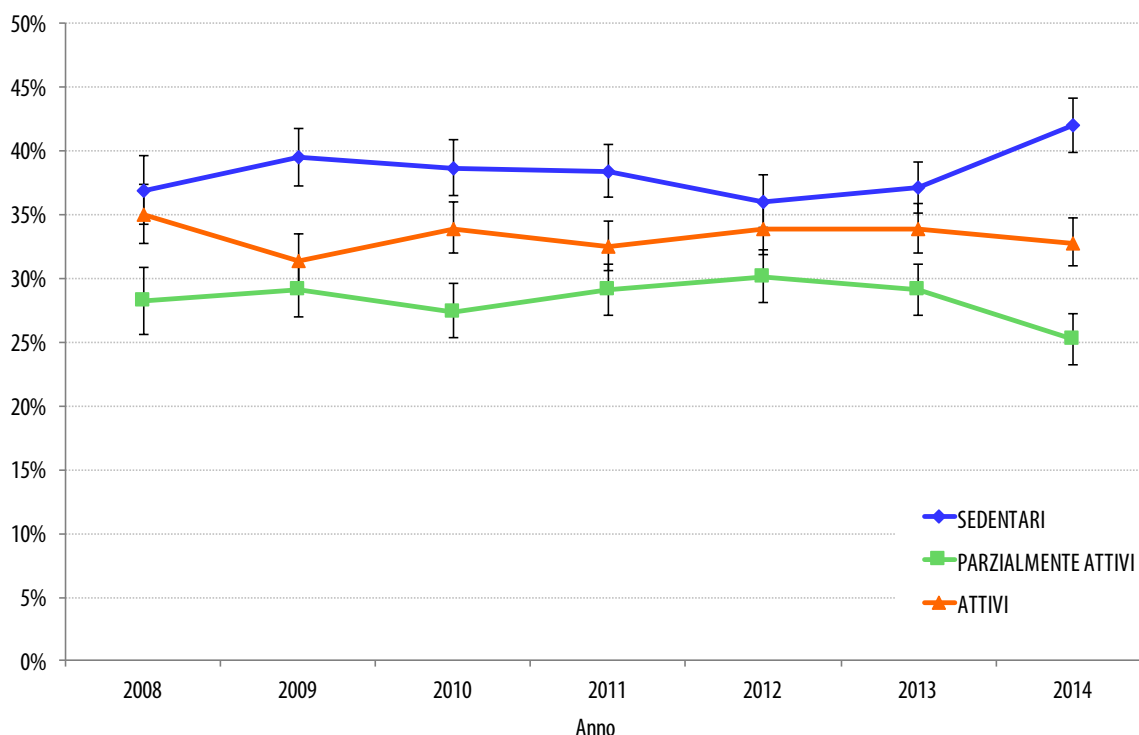
Quante persone sono attive fisicamente?

Nel periodo 2011-2014, nella regione Puglia il 33,2% delle persone intervistate riferisce di avere uno stile di vita attivo, poiché conduce un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandate; il 28,4% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 38,4% è completamente sedentario (Tabella 4.1). L'analisi del trend annuale mostra un graduale aumento dei soggetti sedentari, contestuale ad una riduzione dei soggetti parzialmente attivi. Più stabile resta la quota dei soggetti fisicamente attivi (Grafico 4.1).

TABELLA 4.1. Distribuzione dei soggetti intervistati per livello di attività fisica praticata. Puglia, anni 2011-2014.

Livello di attività fisica	%	IC95%	
Attivo ¹	33,2	32,3-34,2	¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)
Parzialmente attivo ²	28,4	27,4-29,3	² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati
Sedentario ³	38,4	37,4-39,4	³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

GRAFICO 4.1. Distribuzione dei soggetti intervistati per livello di attività fisica praticata, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



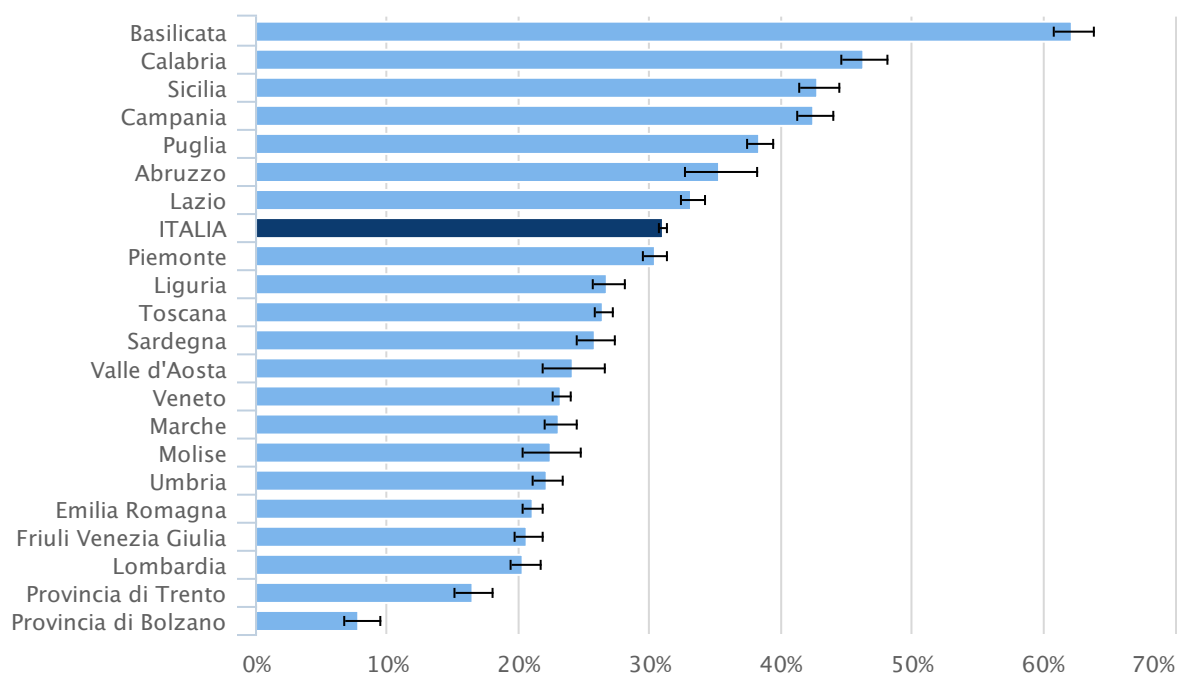
Sedentari in Italia

Secondo i dati del pool delle regioni partecipanti al PASSI, il 31,0% degli italiani è sedentario. La distribuzione della sedentarietà per regione di residenza divide l'Italia nettamente in due macroaree, con una maggiore diffusione nelle regioni centromeridionali. Il valore più alto si registra in Basilicata (62,6%), quello più basso nella P. A. Bolzano (7,9%). Al Sud fanno eccezione il Molise (23,0%) e la Sardegna (25,8%) che presentano valori significativamente minori anche rispetto alla media nazionale (31,0%; Cartogramma 4.1) (Grafico 4.2).

CARTOGRAMMA 4.1. Prevalenza dei sedentari per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



GRAFICO 4.2. Prevalenza dei sedentari per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Sedentari in Puglia

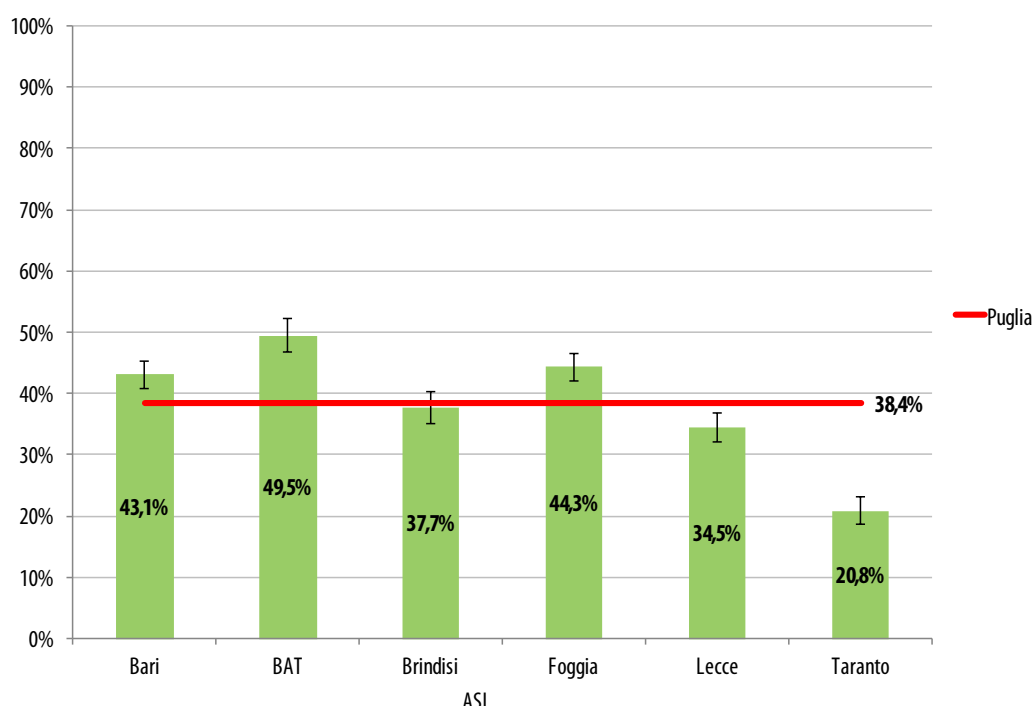
L'analisi multivariata indica che la probabilità di essere sedentari è associata all'appartenenza a fasce d'età più elevate, all'essere donna e all'essere straniero. Non avere difficoltà economiche e il titolo di laurea sembrano ridurre il rischio di essere sedentario (Tabella 4.2).

TABELLA 4.2. Proporzione di soggetti sedentari, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	28,0	26,4 – 29,7	1,00	
35-49	40,3	38,5 – 42,1	1,68	0,000
50-69	45,9	44,2 – 47,6	1,92	0,000
Sesso				
uomini	34,2	32,8 – 35,6	1,00	
donne	42,5	41,1 – 43,9	1,46	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	50,2	45,6 – 50,1	1,00	
media inferiore	40,7	39,3 – 42,2	0,96	0,645
media superiore	34,8	33,8 – 36,3	0,89	0,212
laurea	32,2	31,1 – 35,9	0,79	0,035
Difficoltà economiche				
molte	45,8	43,7 – 48,0	1,00	
qualche	37,6	36,1 – 39,1	0,72	0,000
nessuna	33,3	31,4 – 35,3	0,68	0,000
Cittadinanza				
italiana	38,4	37,4 – 39,4	1,00	
straniera	51,6	37,6 – 65,4	1,82	0,049

La proporzione di soggetti sedentari risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nella ASL Taranto e più elevati nella ASL Barletta-Andria-Trani (Grafico 4.3).

GRAFICO 4.3. Proporzione di soggetti sedentari, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:

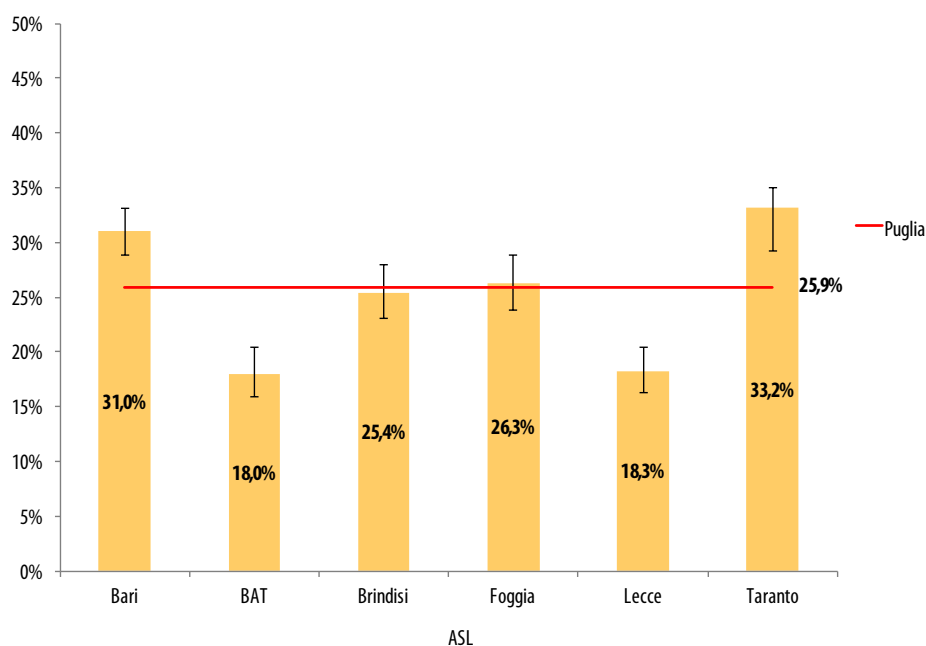
- il 50,1% delle persone depresse
- il 46,7% degli ipertesi
- il 41,9% delle persone in eccesso ponderale.
- Il 37,3% dei fumatori

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

In Puglia solo il 25,8% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e il 25,9% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente, questa proporzione si attesta al 32,9% per i soggetti in sovrappeso e al 37,1% per i soggetti con almeno una patologia cronica.

Nelle ASL regionali la percentuale di persone a cui è stato suggerito di fare più attività fisica da parte del medico o di un altro operatore sanitario varia dal 18,0% della ASL BAT al 33,2% della ASL Taranto (Grafico 4.4).

GRAFICO 4.4. Proporzione di soggetti cui è stato suggerito da un operatore sanitario di fare attività fisica, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



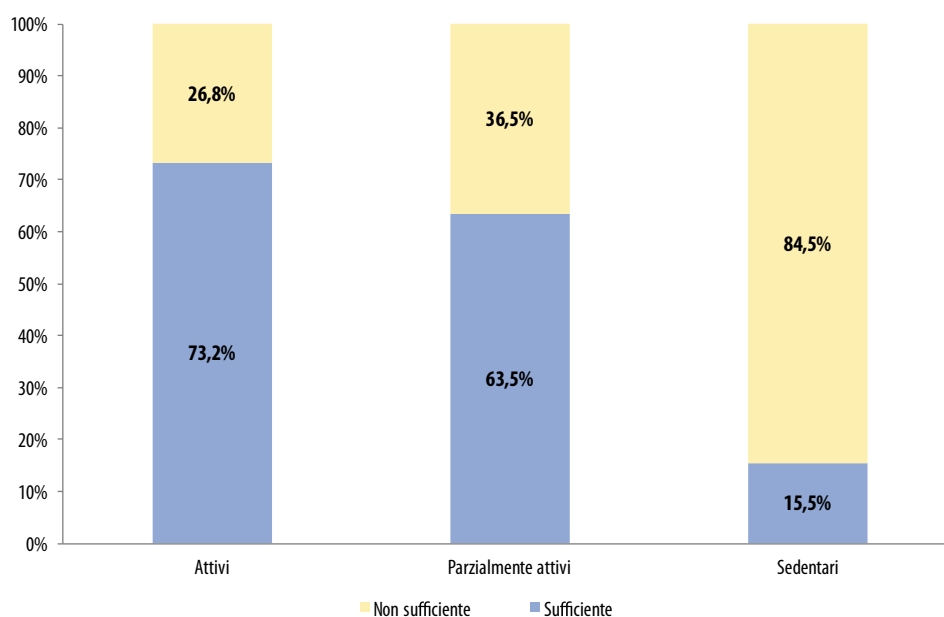
Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Tra le persone attive, il 26,8% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.

Il 63,5% delle persone parzialmente attive e il 15,5% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente e quindi ha una percezione scorretta del livello di attività fisica praticata (Grafico 4.5).

GRAFICO 4.5. Distribuzione della percezione del livello di attività fisica praticata, per categoria di attività fisica. Puglia, anni 2011 - 2014.



Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia si stima che solo una persona adulta su tre (33%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il 38% può essere considerato completamente sedentario.

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

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

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

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



Appunti e annotazioni

Appunti e annotazioni



5. Situazione nutrizionale



- ✓ Quasi **1 pugliese su 2** è sovrappeso
- ✓ Solo il **46,5%** degli operatori sanitari suggerisce ai propri assistiti di ridurre il peso corporeo
- ✓ Il **60,6%** dei **sovrappeso** non è consapevole del proprio eccesso ponderale

La situazione nutrizionale e le abitudini alimentari hanno un impatto considerevole sulla salute di una popolazione. L'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili; un'alimentazione ipercalorica e sbilanciata e il conseguente eccesso di peso favoriscono l'insorgenza di numerose patologie e aggravano le patologie preesistenti, riducendo la durata della vita e peggiorandone la qualità.

L'OMS stima che, a livello globale, circa 3,4 milioni di adulti muoiano all'anno per cause correlate all'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità). Si stima che il 44% dei casi di diabete, il 23% delle malattie ischemiche del cuore e tra il 7% e il 41% di alcune forme di cancro (esofago, pancreas, colecisti, colon-retto, mammella, endometrio e rene) sono attribuibili all'eccesso ponderale. L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha stimato che una persona gravemente obesa perda in media 8-10 anni di vita, quanto un fumatore, e ogni 15 kg di peso in eccesso il rischio di morte prematura aumenta del 30%. In Italia l'eccesso ponderale è il quarto fattore più importante per la morte prematura e per gli anni vissuti in disabilità.

L'eccesso ponderale è determinato da stili di vita scorretti: la causa principale è la

dieta ipercalorica e l'inattività fisica. Nell'ottica di sanità pubblica, per contrastare il fenomeno risulta quindi fondamentale continuare a monitorarlo, condurre interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti individuali, promuovere i corretti stili di vita con campagne informative e programmi specifici rivolti a gruppi target della popolazione. È inoltre opportuno considerare le strategie di marketing aziendali come una parte dei determinanti sociali della salute da affrontare con interventi specifici (es. riduzione della pubblicità di cibi e bevande spazzatura rivolta ai bambini, programmi scolastici finalizzati alla riduzione del consumo di bevande zuccherate, bando di distributori automatici di cibi e bevande spazzatura dai luoghi pubblici).

Il riferimento per valutare le caratteristiche ponderali della popolazione è l'Indice di Massa Corporea ($BMI = \text{Body Mass Index}$) che è calcolato dividendo il peso in Kg per la statura in metri elevata al quadrato. A seconda del valore ottenuto sono identificate quattro categorie: Sottopeso ($BMI < 18,5$), Normopeso ($18,5 \leq BMI \leq 24,9$), Sovrappeso ($25,0 \leq BMI \leq 29,9$) e Obeso ($BMI \geq 30$).

Quale è la situazione nutrizionale della popolazione?

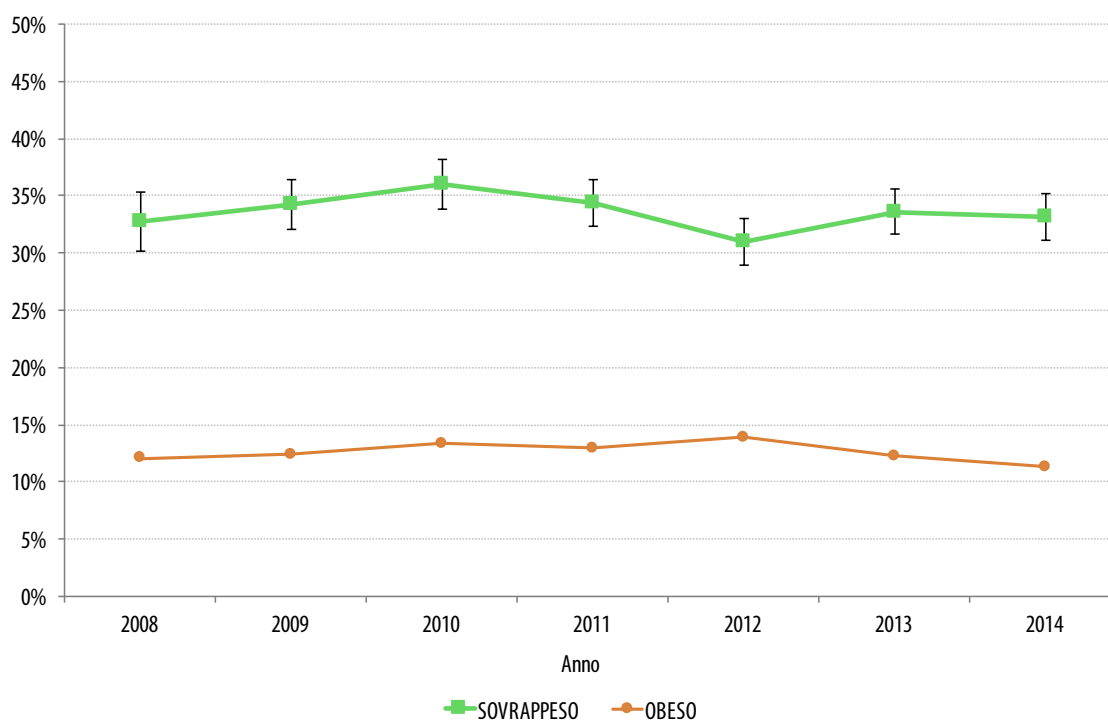
Nel periodo 2011-2014, nella regione Puglia il 54,4% della popolazione risulta essere sottopeso/normopeso, il 33,0% risulta essere in sovrappeso ed il 12,6% rientra nella categoria degli obesi (Tabella 5.1). L'analisi del trend annuale mostra un andamento costante nel periodo 2008-2014 (Grafico 5.1).

TABELLA 5.1. Distribuzione degli intervistati per situazione nutrizionale. Puglia, anni 2011 - 2014.

BMI*	%	IC95%
Sottopeso	2,4	2,1-2,7
Normopeso	52,0	51,0-52,0
Sovrappeso	33,0	32,1-34,0
Obeso	12,6	11,9-13,3

*BMI =Indice di massa corporea

GRAFICO 5.1. Proporzione dei soggetti intervistati sovrappeso e obesi, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



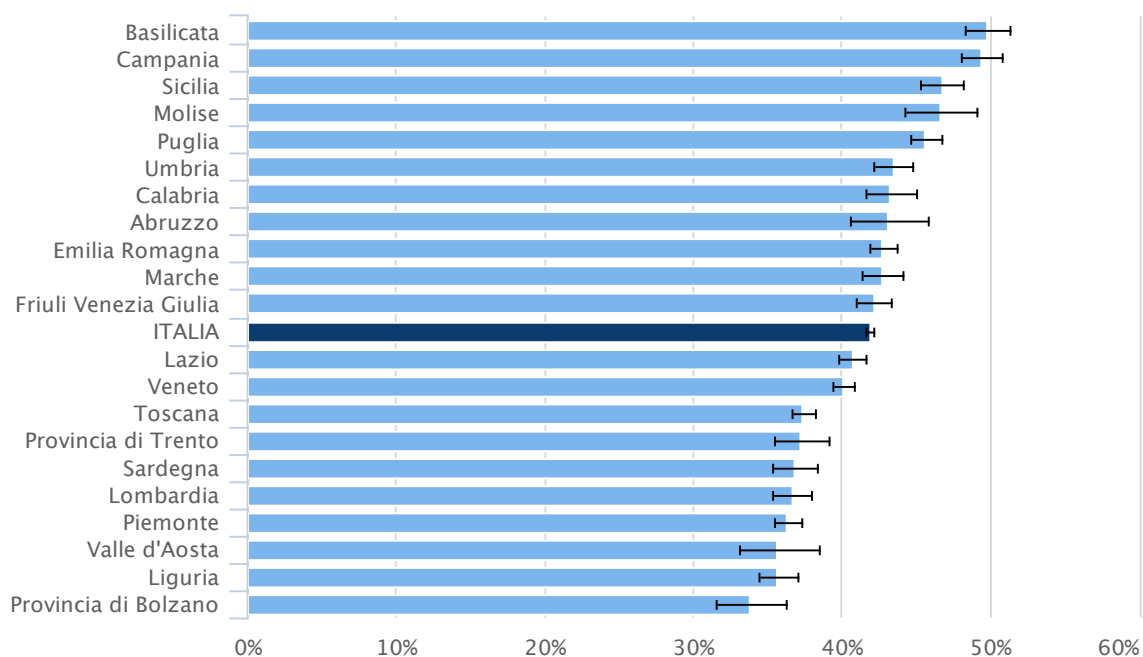
Situazione nutrizionale in Italia

Secondo i dati PASSI nazionali, il 41,9% degli italiani è in eccesso ponderale. La distribuzione dei soggetti sovrappeso/obesi per regione di residenza divide l'Italia in tre macro-aree: al Nord e in Sardegna si registra una proporzione di soggetti sovrappeso/obesi inferiore alla media nazionale, nell'Italia centrale si ha una proporzione simile al valore nazionale e al Sud la proporzione di soggetti in eccesso ponderale è superiore alla media nazionale. Tra le regioni meridionali fa eccezione la Calabria in cui la proporzione di soggetti in eccesso ponderale è simile alla media nazionale (Cartogramma 5.1) (Grafico 5.2).

CARTOGRAMMA 5.1. Prevalenza dell'eccesso ponderale per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



GRAFICO 5.2. Prevalenza degli individui in eccesso ponderale per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Situazione nutrizionale in Puglia: sovrappeso e obesi

L'analisi multivariata indica che la probabilità di essere sovrappeso è associata al sesso maschile, all'aumentare dell'età, mentre un livello di istruzione elevato (diploma/laurea) ne riduce la probabilità (Tabella 5.2).

TABELLA 5.2. Proporzione di soggetti sovrappeso, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

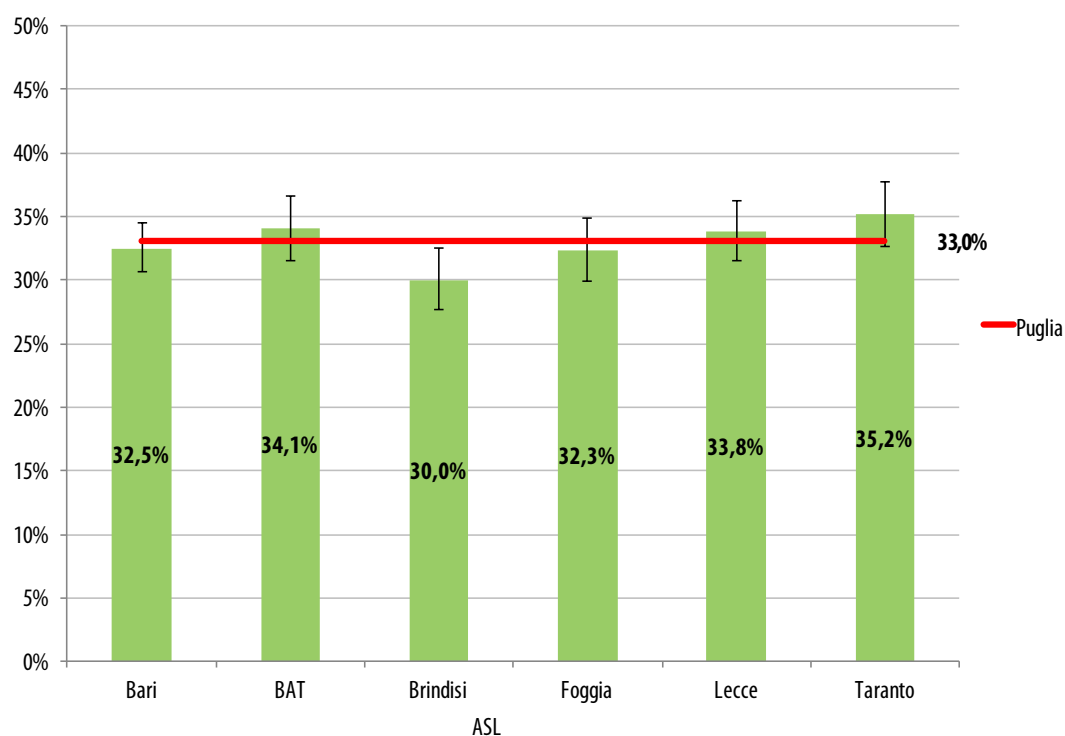
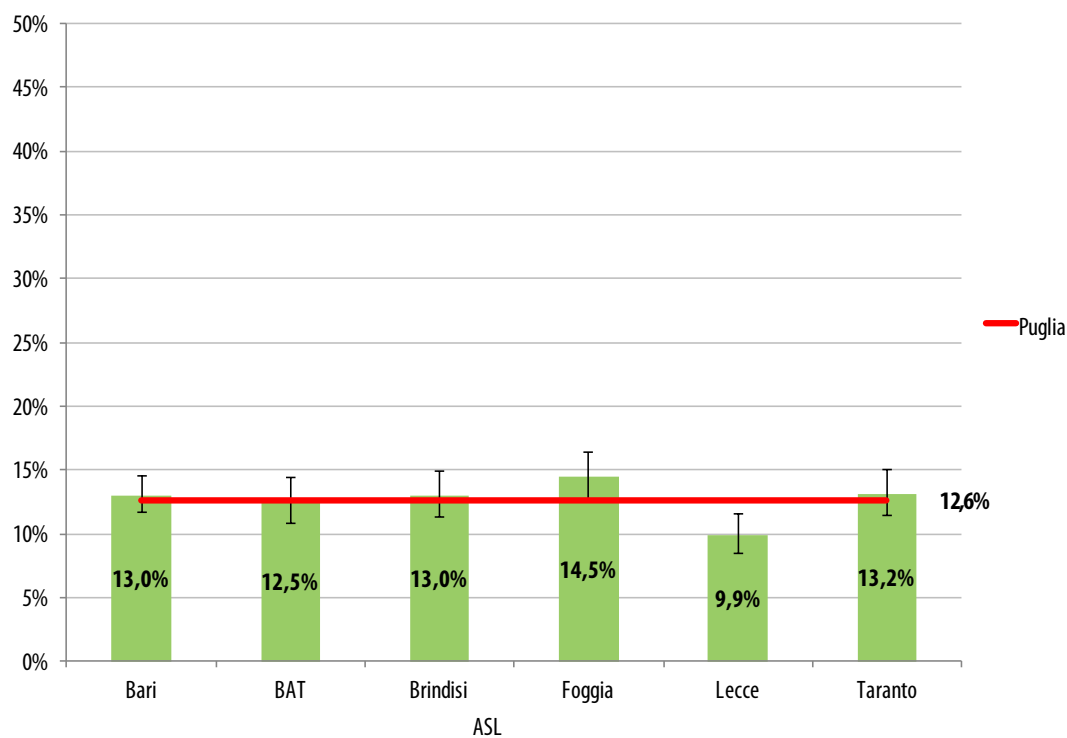
Individui sovrappeso	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	21,0	19,5 – 22,6	1,00	
35-49	34,4	32,7 – 36,1	1,95	0,000
50-69	42,2	40,5 – 44,0	2,64	0,000
Sesso				
Uomini	40,7	39,2 – 42,2	1,00	
Donne	25,6	24,4 – 27,0	0,47	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	42,2	39,3 – 45,2	1,00	
media inferiore	36,9	35,1 – 38,7	0,94	0,431
media superiore	29,3	27,8 – 30,8	0,80	0,010
Laurea	25,5	22,9 – 28,4	0,66	0,000
Difficoltà economiche				
molte	35,4	33,4 – 37,5	1,00	
qualche	33,5	32,1 – 35,0	0,98	0,739
nessuna	30,1	28,2 – 31,9	0,93	0,337
Cittadinanza				
italiana	33,0	32,0 – 34,0	1,00	
straniera	36,9	24,5 – 51,4	1,35	0,351

L'analisi multivariata indica che la probabilità di essere obeso è associata all'aumentare dell'età, mentre gradi di istruzione più elevati e difficoltà economiche assenti sembrano svolgere un effetto protettivo (Tabella 5.3).

Tabella 5.3. Proporzione di soggetti obesi, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

Individui obesi	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	5,0	4,2 – 5,9	1,00	
35-49	12,1	11,0 – 13,4	2,37	0,000
50-69	19,7	18,3 – 21,2	3,72	0,000
Sesso				
uomini	12,2	11,2 – 13,2	1,00	
donne	13,0	12,1 – 14,1	1,04	0,597
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	23,5	21,1 – 26,2	1,00	
media inferiore	15,1	13,8 – 16,4	0,82	0,033
media superiore	9,0	8,1 – 10,0	0,59	0,000
laurea	6,9	5,5 – 8,7	0,45	0,000
Difficoltà economiche				
molte	16,2	14,7 – 17,8	1,00	
qualche	13,0	12,0 – 14,1	0,86	0,067
nessuna	8,7	7,7 – 10,0	0,71	0,001
Cittadinanza				
italiana	12,6	11,9 – 13,3	1,00	
straniera	14,1	6,7 – 27,3	1,18	0,699

La proporzione di soggetti sovrappeso e obesi risulta omogenea nelle ASL regionali (Grafico 5.3), anche se una prevalenza di soggetti obesi minore rispetto alla media regionale si registra nella ASL Lecce (9,9%) (Grafico 5.4).

GRAFICO 5.3. Proporzione di soggetti sovrappeso, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

GRAFICO 5.4. Proporzione di soggetti obesi, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.


Eccesso ponderale e fattori di rischio

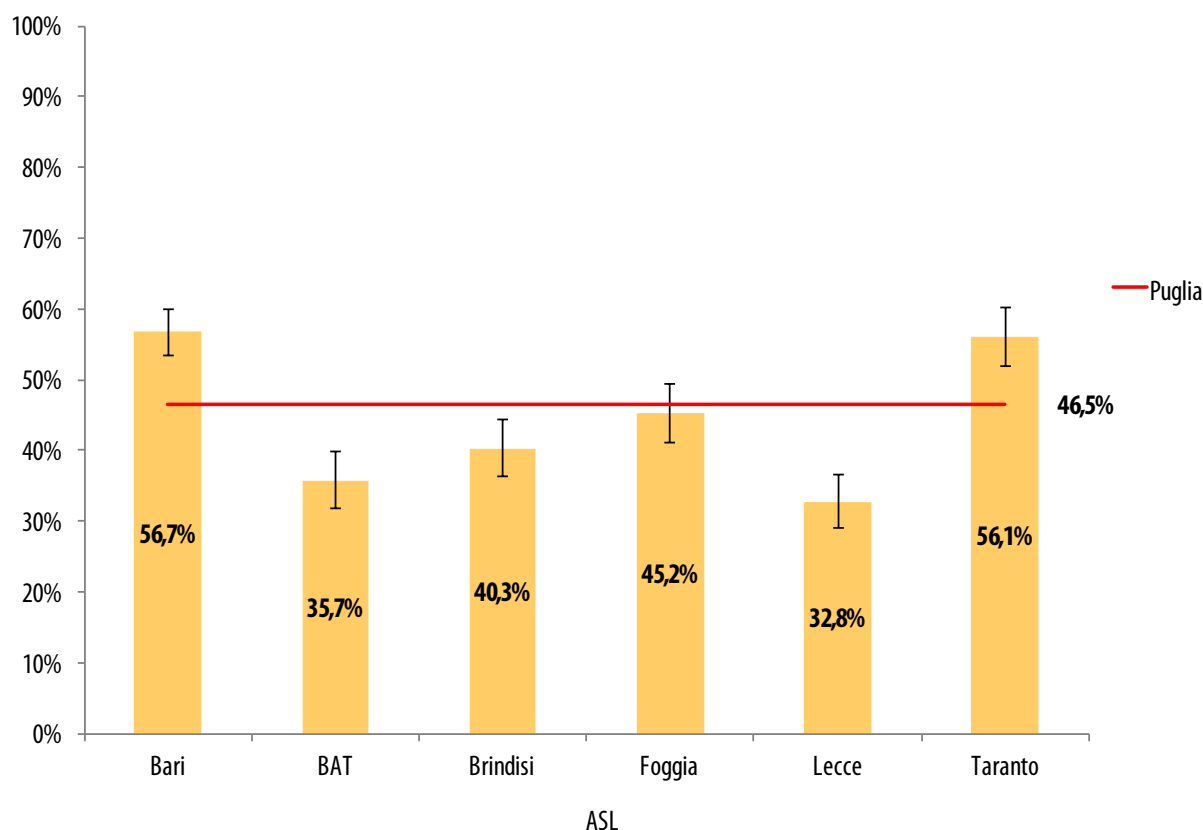
L'eccesso ponderale è associato a condizioni patologiche considerate fattori di rischio per le malattie cardiovascolari; in particolare è emerso che tra i soggetti intervistati in eccesso ponderale:

- il 31,9% risulta essere iperteso
- il 27,4% presenta ipercolesterolemia
- il 7,7% è affetto da diabete mellito
- il 7,5% soffre di patologie respiratorie
- il 3,1% ha in anamnesi un pregresso infarto del miocardio

Gli operatori sanitari promuovono la perdita di peso tra i propri assistiti sovrappeso o obesi?

In Puglia il 46,5% degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto consiglio di perdere peso da un medico o un altro operatore sanitario. La proporzione degli intervistati a cui è stato consigliato di perdere peso è pari al 36,6% nei sovrappeso e al 70,9% negli obesi. Si osservano differenze notevoli nella prevalenza con cui viene suggerito tale consiglio per ASL di residenza, con valori minimi nella ASL Lecce e valori più elevati della media regionale nelle ASL Bari e Taranto (Grafico 5.5).

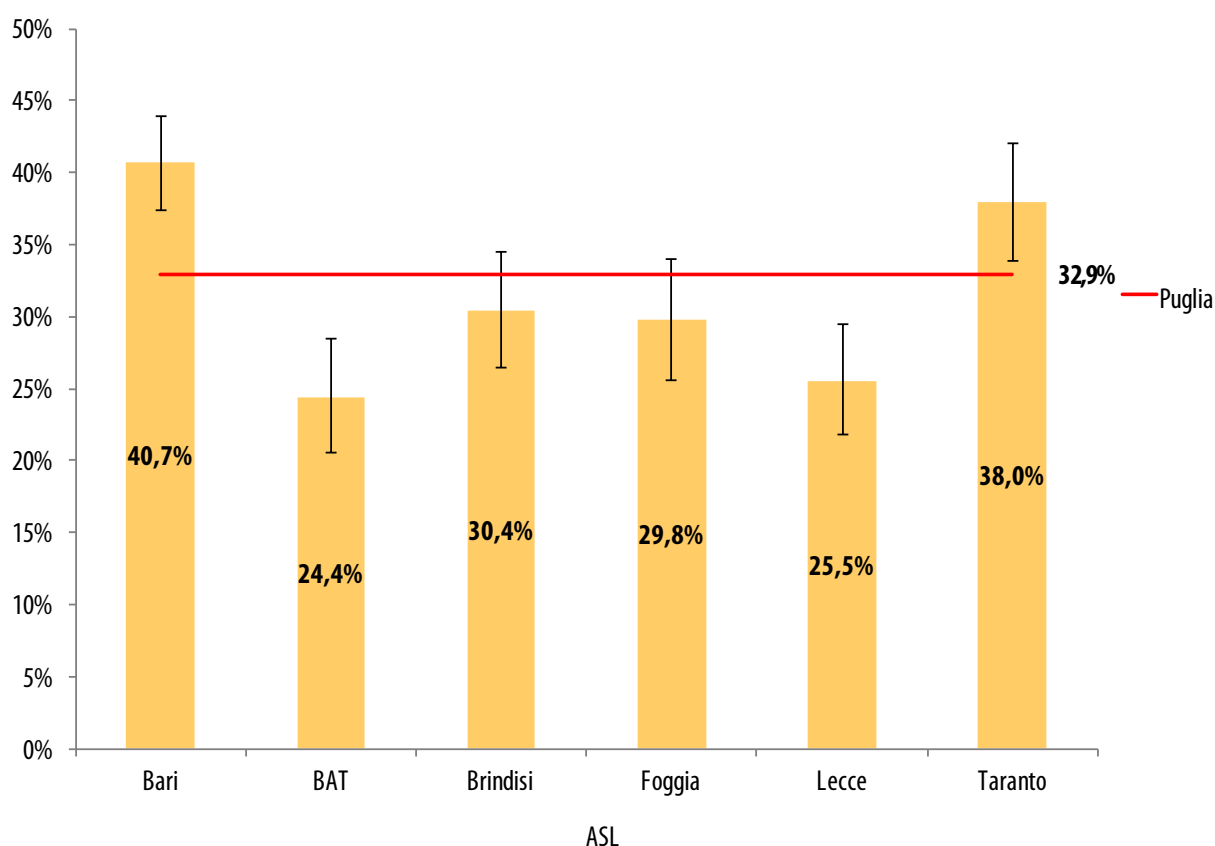
GRAFICO 5.5. Proporzione di soggetti in eccesso ponderale cui è stato suggerito di perdere peso da parte di un medico o un altro operatore sanitario, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



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

In Puglia il 32,9% degli intervistati in eccesso ponderale ha ricevuto consiglio da un operatore sanitario di fare attività fisica. Questa proporzione è pari al 28,6% dei soggetti sovrappeso e al 43,8% dei soggetti obesi. La variabilità nella proporzione con cui viene riferito tale consiglio per ASL di residenza è marcata: la minore proporzione si riscontra nella ASL BAT (24,4%), mentre la maggiore nella ASL Bari (40,7%) (Grafico 5.6).

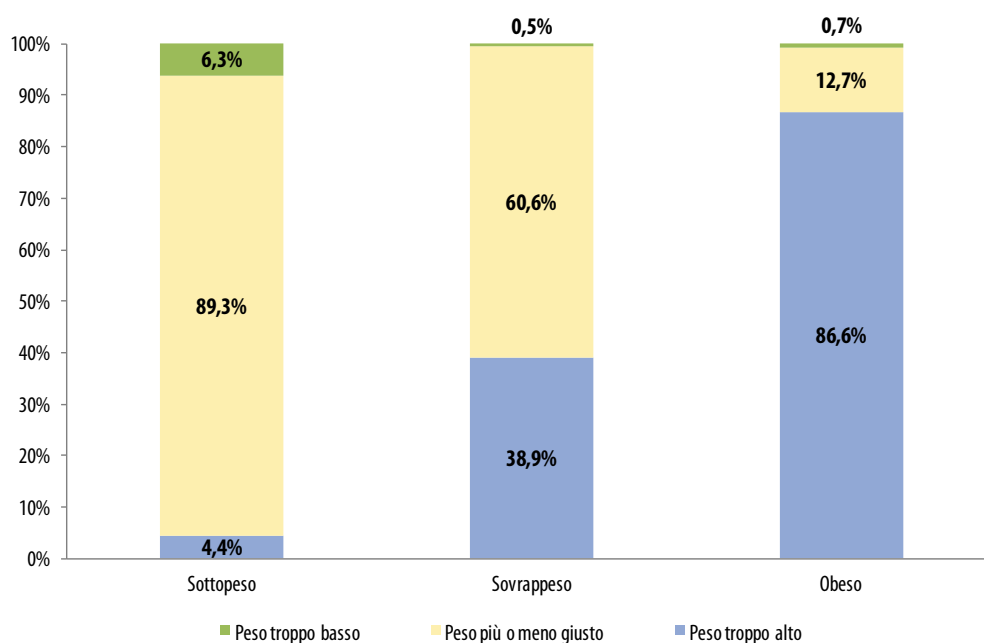
GRAFICO 5.6. Proporzioni di soggetti in eccesso ponderale cui è stato suggerito di fare attività fisica da un operatore sanitario, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Come viene percepito il proprio peso?

La percezione che la persona ha del proprio peso è un fattore che condiziona il cambiamento del proprio stile di vita e non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso e altezza riferiti. Tra gli intervistati obesi l'86,6% è consapevole che il proprio peso sia elevato. Tra i sovrappeso solo il 38,9% è consapevole che il proprio peso sia elevato (Grafico 5.7).

GRAFICO 5.7. Distribuzione della percezione del proprio stato nutrizionale in base al BMI. Puglia, anni 2011-2014.



Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sovrappeso il 47,4% considera il proprio peso giusto rispetto al 69,1% degli uomini (Tabella 5.4). Tra le donne obese l'88,8% considera il proprio peso troppo alto, mentre tra gli uomini obesi tale percentuale risulta dell'84,2% (Tabella 5.5).

TABELLA 5.4. Distribuzione della percezione del proprio peso nei soggetti sovrappeso, per sesso. Puglia, anni 2011-2014.

Autopercezione del peso nei soggetti sovrappeso	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Alto	30,4	52,1	38,9
Giusto	69,1	47,4	60,6
Basso	0,5	0,5	0,5

TABELLA 5.5. Distribuzione della percezione del proprio peso nei soggetti obesi, per sesso. Puglia, anni 2011-2014.

Autopercezione del peso nei soggetti obesi	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Alto	84,2	88,8	86,6
Giusto	14,9	10,6	12,7
Basso	0,9	0,6	0,7

Qual è la proporzione delle persone in eccesso ponderale che segue una dieta nella regione Puglia?

Solo il 22,0% dei soggetti intervistati in eccesso ponderale dichiara di seguire una dieta per perdere peso. In particolare la proporzione di persone in eccesso ponderale che segue una dieta è più alta:

- negli obesi (33,0% rispetto al 17,8% nei sovrappeso)
- nelle donne (28,6% rispetto al 17,5% negli uomini)
- nei sovrappeso che considerano alto il proprio peso (32,3%) rispetto a coloro che ritengono il proprio peso giusto (11,0%)
- in coloro che hanno avuto un consiglio da parte di un operatore sanitario (36,1%) rispetto a chi non ha avuto alcun consiglio nutrizionale (11,0%)

Conclusioni e raccomandazioni

L'eccesso ponderale rappresenta un problema prioritario e di fondamentale importanza per la sanità pubblica, in quanto è il secondo principale fattore di rischio modificabile per l'insorgenza di malattie croniche in Italia.

In Puglia si stima che quasi una persona su due è in eccesso ponderale, ciò impone all'autorità di programmazione sanitaria regionale una strategia per contrastare il fenomeno.

I dati raccolti confermano una uniformità della prevalenza di sovrappeso/obesità sul territorio regionale.

Si evidenzia, inoltre, come gli individui in stato di eccesso ponderale sottostimino la propria condizione e come, seppur con una certa variabilità in riferimento alle ASL di residenza, gli operatori sanitari non pongano la giusta attenzione al problema.

Di conseguenza, al di là dei provvedimenti rivolti agli individui per contenere il proprio peso corporeo, mediante prescrizioni dietetiche, attività fisica, ecc., è indispensabile mettere in atto politiche intersettoriali volte a prediligere raccomandazioni comunitarie con strategie nutrizionali di massa che favoriscano la promozione della salute in senso generale e che aumentino l'accessibilità e il conseguente consumo di alimenti definiti "protettivi" per la salute.

Appunti e annotazioni



6. “Five a day”



- ✓ Solo l'**8,0%** dei pugliesi consuma 5 o più porzioni di frutta/verdura al giorno
- ✓ La media regionale di chi consuma **5** o più porzioni di frutta e verdura **non si è modificata** dal 2008 al 2014
- ✓ L'abitudine al consumo di frutta e verdura è **fortemente disomogenea** tra le ASL regionali

Le regole di una sana alimentazione sono poche e semplici: non mangiare troppo, mangiare soprattutto frutta e verdura (almeno 5 porzioni al giorno), poi pasta, riso e pane (meglio se integrali) o altri cereali e tuberi (tra cui le patate) o i legumi. La carne va bene solo in quantità molto moderate (non più di 2 volte alla settimana), da evitare o ridurre al minimo è la quantità di carni conservate (salamme, speck, scatolame, ecc). Il pesce è consigliato 2 volte alla settimana. Formaggi e uova sono da mangiare al posto della carne e non in aggiunta a essa. Il consumo di dolci (molto meglio se fatti in casa) dovrebbe essere contenuto e riservato ai pranzi speciali. I condimenti andrebbero fatti con olio di oliva e poco sale, mentre sono da evitare completamente i cibi spazzatura (prodotti industriali con molte calorie e pochi nutrienti) e le bevande zuccherate.

Le linee guida italiane dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie (asma e bronchiti), assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre l'apporto calorico della dieta.

La quantità giornaliera raccomandata di frutta e verdura (escluse le patate e altri tuberi amidacei) è di 400 grammi, corrispondente a circa cinque porzioni (five a day), è la quantità minima consigliata dall'OMS per essere efficace nella prevenzione delle malattie croniche (malattie cardiache, cancro, diabete, obesità). Una porzione di frutta e verdura corrisponde a circa 80 grammi, ossia la quantità che sta in una mano oppure in mezzo piatto nel caso di verdure cotte.

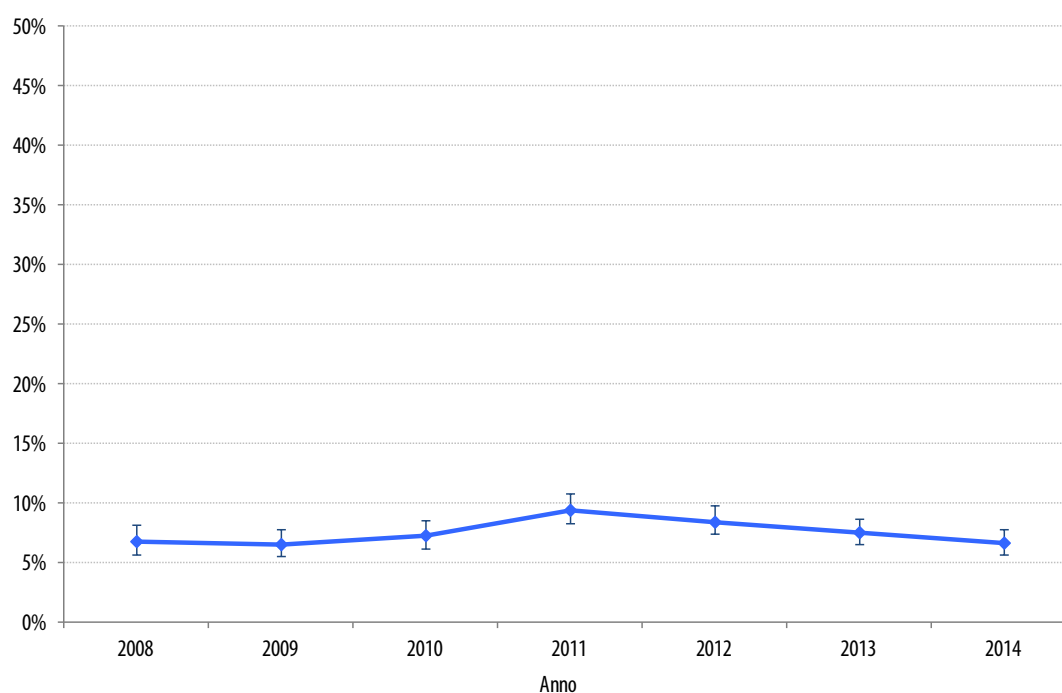
Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day")?

In Puglia solo l'8,0% degli intervistati consuma 5 o più porzioni tra frutta e verdura al giorno, con un trend pressoché costante negli anni (Grafico 6.1). La maggior parte degli intervistati consuma 1-2 porzioni di frutta/verdura al giorno (55,5%) (Tabella 6.1).

TABELLA 6.1. Distribuzione dei soggetti intervistati per numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno. Puglia, anni 2011-2014.

Porzioni di frutta e verdura consumate/die	%	IC95%
0 porzioni	4,4	4,0 – 4,9
1-2 porzioni	55,5	54,4 – 56,5
3-4 porzioni	32,1	31,2 – 33,1
5 o più porzioni	8,0	7,4 – 8,6

GRAFICO 6.1. Proporzione di soggetti intervistati che consumano 5 o più porzioni di frutta/verdura al giorno, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Qual è la distribuzione dell'abitudine al consumo di 5 o più porzioni di frutta e verdura ("five a day") in Italia?

Il 9,5% degli italiani consumano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno.

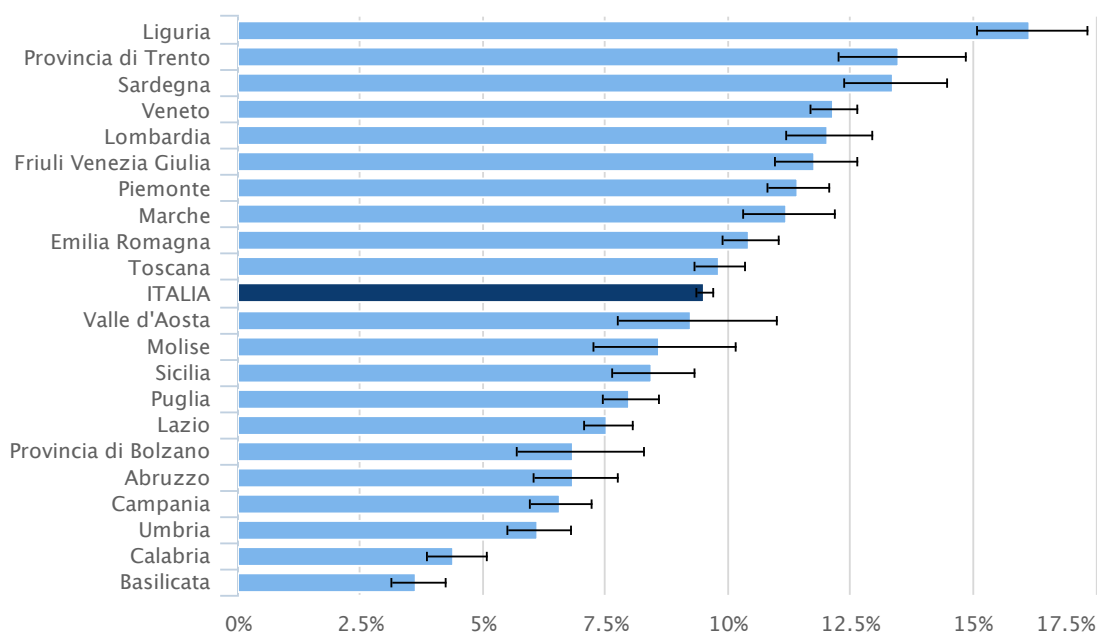
I dati del sistema PASSI dividono l'Italia in due macro-aree: al nord e nelle Marche la proporzione di coloro che consumano 5 o più porzioni al giorno è superiore alla media nazionale (9,5 %); al Centro e al Sud il valore è inferiore alla media nazionale (Cartogramma 6.1; Grafico 6.2).

CARTOGRAMMA 6.1. Distribuzione del consumo di 5 porzioni di frutta e verdura per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 6.2. Prevalenza degli individui che consumano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



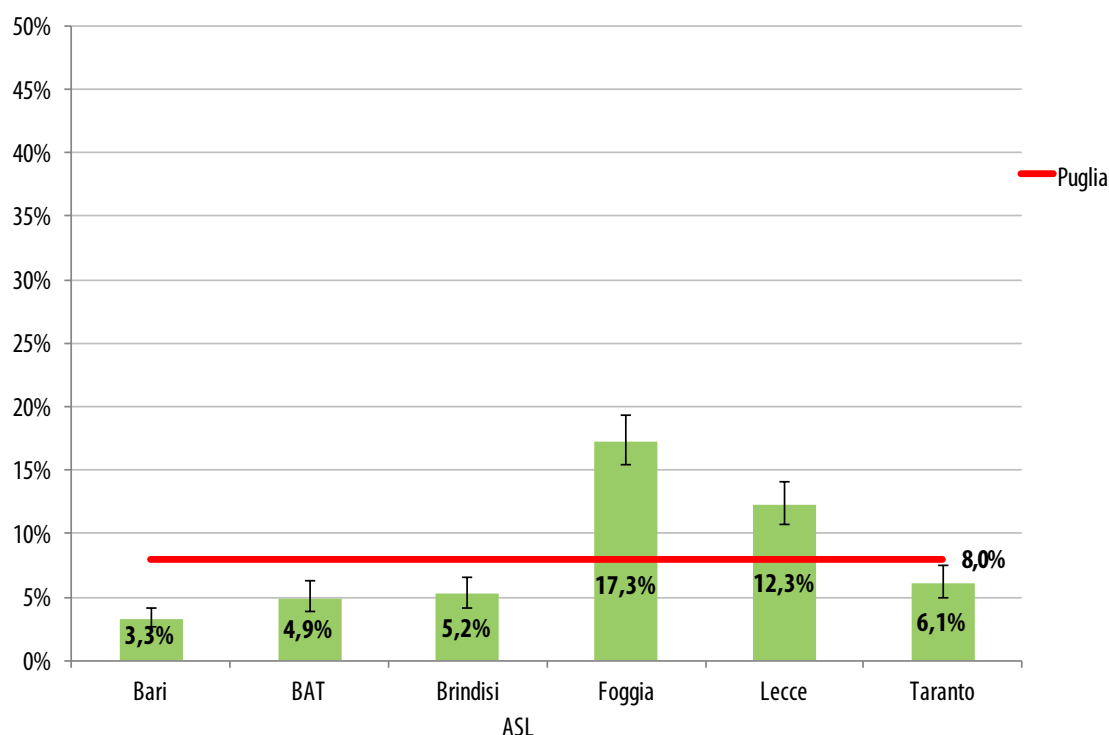
Qual è la distribuzione dell'abitudine al consumo di 5 o più porzioni di frutta e verdura ("five a day") in Puglia?

L'analisi multivariata evidenzia che la probabilità di consumare 5 porzioni/die cresce con l'aumentare dell'età, nelle donne e in coloro che hanno un titolo di studio medio/superiore (Tabella 6.2).

TABELLA 6.2. Proporzione di soggetti che consumano 5 o più porzioni/die di frutta e verdura, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	4,4	3,6 – 5,2	1,00	
35-49	8,0	7,1 – 9,1	2,05	0,000
50-69	11,1	10,1 – 12,2	3,15	0,000
Sesso				
uomini	7,2	6,5 – 8,0	1,00	
donne	8,8	8,0 – 9,6	1,23	0,010
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	8,8	7,3 – 10,7	1,00	
media inferiore	7,8	6,9 – 8,8	1,16	0,259
media superiore	7,7	6,9 – 8,6	1,33	0,035
laurea	8,6	7,0 – 10,6	1,39	0,050
Difficoltà economiche				
molte	7,2	6,2 – 8,4	1,00	
qualche	8,1	7,3 – 9,0	1,08	0,427
nessuna	8,3	7,3 – 9,5	1,17	0,199
Cittadinanza				
italiana	8,0	7,5 – 8,6	1,00	
straniera	2,3	0,3 – 14,5	0,31	0,240
BMI				
sottopeso/normopeso	7,7	7,0 – 8,5	1,00	
sovrappeso	8,2	7,2 – 9,3	0,91	0,328
obeso	8,6	7,1 – 10,5	0,90	0,427

Nel territorio pugliese sono state evidenziate grosse discrepanze nel consumo di frutta e verdura secondo le modalità "five a day", in particolare il consumo "five a day" raggiunge il valore massimo nell'ASL Foggia ed è più che doppio rispetto alla media regionale, mentre è notevolmente inferiore alla media regionale nelle ASL Bari, BAT e Brindisi (Grafico 6.3).

GRAFICO 6.3. Proporzione di soggetti che aderiscono al “five a day”, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

Conclusioni e raccomandazioni

La Puglia si pone agli ultimi posti tra le regioni italiane per il consumo di frutta e verdura. Solo l'8,0% della popolazione pugliese consuma 5 o più porzioni di frutta e verdura/die: questo espone la popolazione a rischio di carenze nutrizionali (vitamine e sali minerali) e favorisce l'insorgenza di condizioni patologiche croniche. E' fondamentale implementare la fruibilità di accesso a questa tipologia di alimenti, nonché favorire azioni di promozione della salute e di educazione sanitaria.

Il *Center for Disease Control and Prevention* raccomanda strategie mirate ad incrementare l'accessibilità a frutta e verdura attraverso incentivi per la coltivazione di prodotti salutari sia a livello agricolo, sia a livello comunitario (dove si raccomanda la creazione di orti di quartiere) e mediante la promozione di piatti a base vegetale nelle mense/bar aziendali, nelle scuole e in occasioni di riunioni, incontri, seminari e convegni. Anche le iniziative volte all'introduzione di una giornata vegetariana nella ristorazione collettiva avviate in numerose città in tutto il mondo a seguito dell'esperienza di Gent in Belgio sono finalizzate a rendere più facile la scelta di una dieta più ricca di alimenti vegetali. Il consiglio comunale di Gent ha deciso di introdurre una giornata (il giovedì – Donerdag Veggiedag) senza carne nella ristorazione pubblica collettiva e nelle scuole e di offrire nelle altre giornate valide alternative vegetariane alla carne. Altri interventi risultati efficaci nell'incrementare il consumo di frutta e verdura nella popolazione sono quelli relativi alla modifica dell'architettura delle scelte all'interno di mense (disposizione del banco di frutta e verdura) e supermercati (design dei carrelli della spesa).

7. Consumo di alcol



- ✓ Il **47,6%** dei pugliesi **consuma alcolici**
- ✓ L'**11,3%** rientra nella categoria dei **bevitori a rischio**
- ✓ Solo il **7,5%** dei bevitori a rischio ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di alcolici

L'eccessivo consumo di alcol è associato a numerose malattie croniche (cirrosi epatica, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, malattie cardiovascolari, tumori e problemi di salute materno-infantile) e può creare dipendenza; inoltre, come effetto immediato provoca alterazioni psicomotorie che espongono a un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società.

Si stima che in Italia siano almeno 30.000 le morti causate dall'alcol, che risulta essere la prima causa di morte tra i giovani fino ai 24 anni di età, in relazione principalmente agli incidenti stradali.

Anche l'impatto economico è notevole: i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontano a più dell'1% del Pil.

I rischi di danni alcol-correlati variano in funzione di diversi fattori:

- la quantità di alcol bevuta abitualmente
- la quantità assunta in una singola occasione
- le modalità e il contesto di assunzione dell'alcol

- *le caratteristiche individuali, come età, sesso, condizioni patologiche pre-esistenti, che determinano una differente suscettibilità agli effetti nocivi dell'alcol.*

Il monitoraggio del consumo dell'alcol nella popolazione è stato introdotto nel Sistema PASSI a partire dal 2010.

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

La definizione delle quantità-soglia per il forte consumo di alcol è stata recentemente abbassata dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), in accordo con le più recenti evidenze scientifiche: in base alla nuova definizione sono da considerare binge-drinker coloro che consumano almeno una volta al mese 5 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione per gli uomini e 4 o più unità in un'unica occasione per le donne.

Quante persone consumano alcol?

Nel periodo 2011-14, nella regione Puglia il 47,6% delle persone intervistate ha riferito di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni: di questi l'11,3% degli intervistati rientra nella categoria dei bevitori a rischio, il 5,8% in quella dei bevitori *binge*, il 4,8% nei bevitori fuori pasto e il 2,7% rientra nei forti bevitori (Tabella 7.1). L'analisi del trend annuale mostra una lieve diminuzione dei bevitori a rischio (Grafico 7.1).

TABELLA 7.1. Proporzioni dei soggetti intervistati per tipologia di consumo alcolico. Puglia, anni 2011 - 2014.

Tipologia di consumo	%	IC95%
Bevitori a rischio ¹	11,3	10,6-12,0
Binge ²	5,8	5,4-6,3
Fuori pasto ³	4,8	4,4-5,3
Forte bevitore ⁴	2,7	2,3-3,0

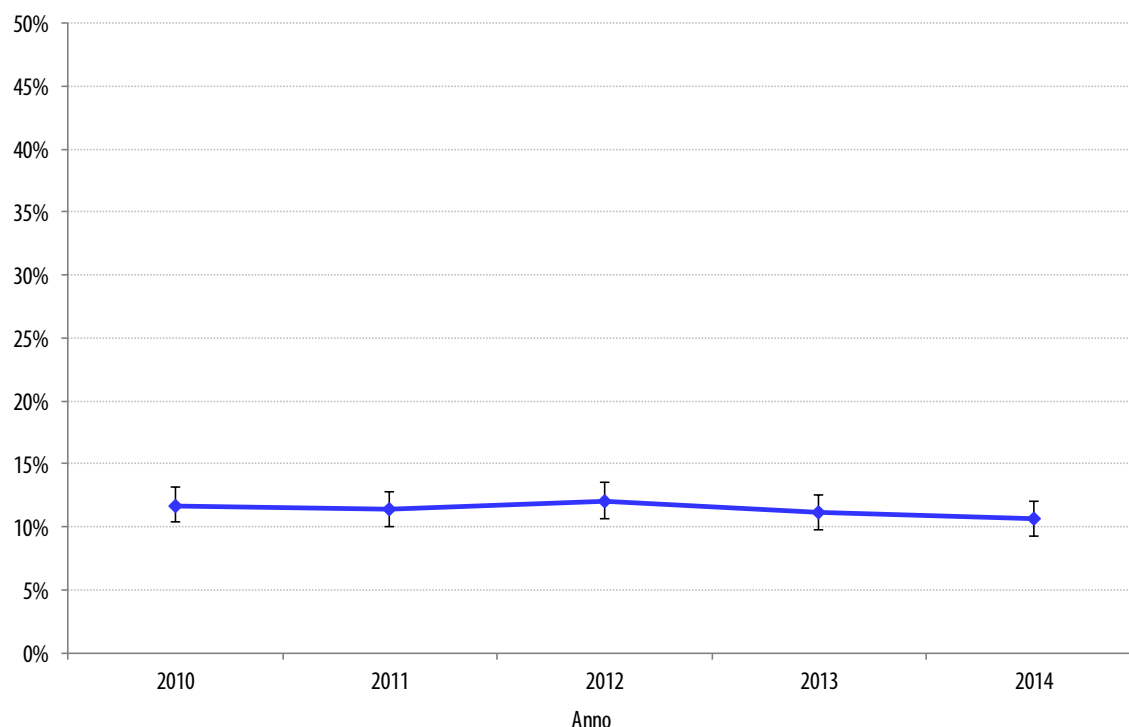
¹ i bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (binge/fuori pasto/forte bevitore).

² 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 un'unica occasione per le donne.

³ consumo di alcol abitualmente fuori pasto.

⁴ consumo di più di 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini e di più di 1 unità alcolica al giorno per le donne.

GRAFICO 7.1. Proporzioni di bevitori a rischio tra i soggetti intervistati, trend annuale. Puglia, anni 2010 - 2014.



Bevitori a rischio in Italia

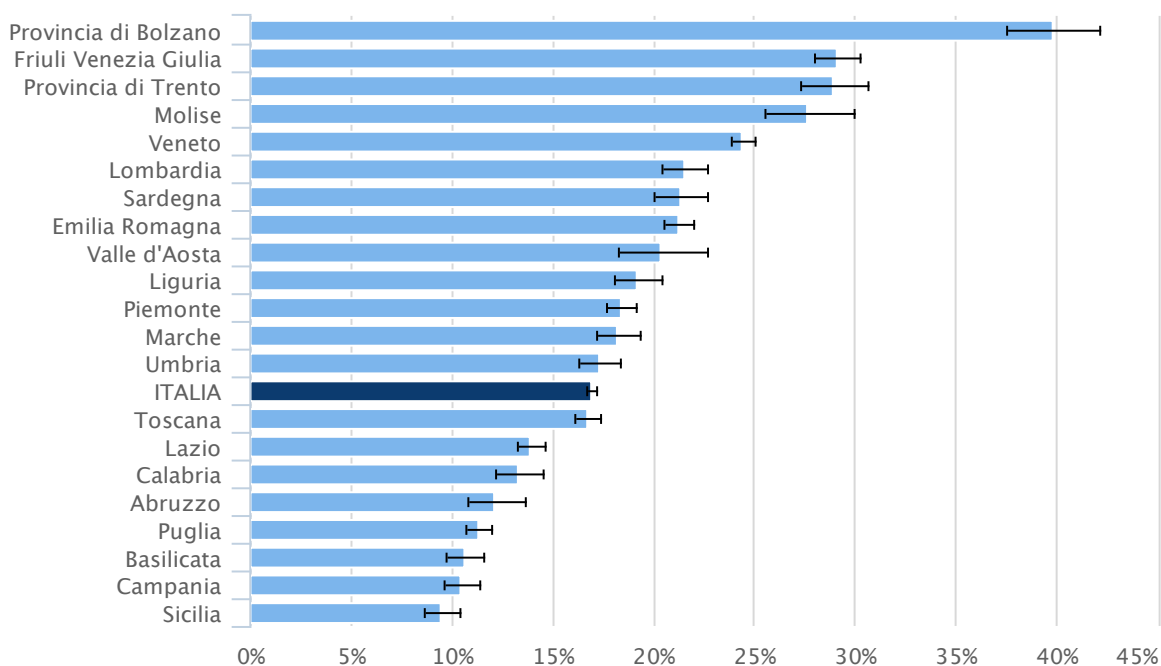
Il 16,9% degli italiani, secondo i dati PASSI, può essere definito bevitore a rischio. La distribuzione della prevalenza dei bevitori a rischio per regione di residenza divide l'Italia in due macroaree in maniera netta, con una maggiore diffusione nelle regioni settentrionali. Il valore più alto si registra nella P. A. di Bolzano (39,8%) e quello più basso nella regione Sicilia (9,4%). Al Sud fanno eccezione il Molise (27,6%) e la Sardegna (21,3%) che presentano valori significativamente maggiori anche rispetto alla media nazionale (Cartogramma 7.1; Grafico 7.2).

CARTOGRAMMA 7.1. Prevalenza dei bevitori a rischio per regione di residenza. Italia, anni 2011-2014.



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

GRAFICO 7.2. Prevalenza dei bevitori a rischio per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Bevitori a rischio in Puglia

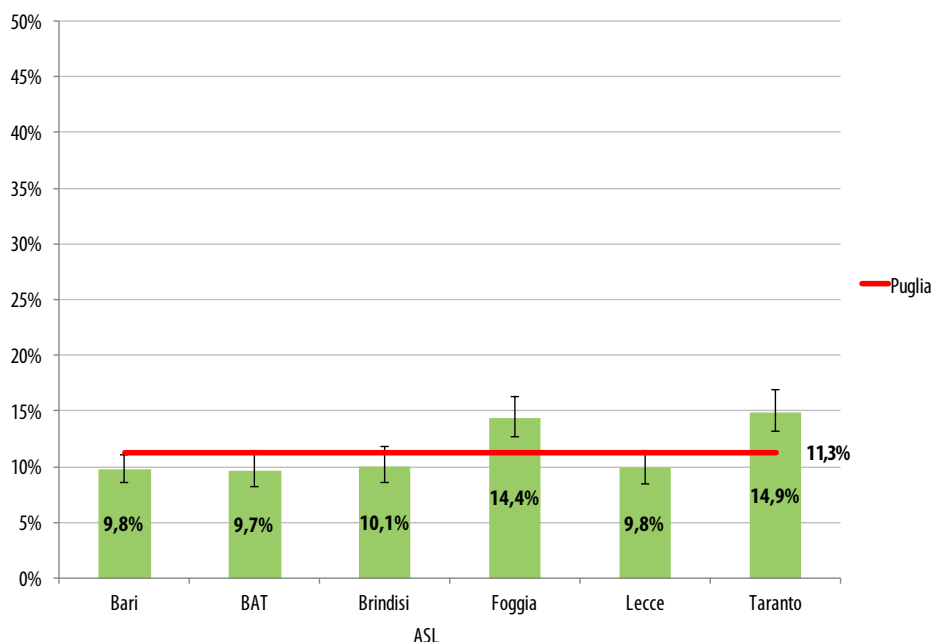
L'analisi multivariata indica che la probabilità di essere bevitori a rischio è associata all'essere uomo, mentre l'appartenenza a classi di età più elevata riduce tale probabilità (Tabella 7.2).

TABELLA 7.2. Proporzione di bevitori a rischio, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-24	22,2	19,8 – 24,7	1,00	
25-34	15,2	13,5 – 17,2	0,62	0,000
35-49	8,8	7,9 – 9,9	0,33	0,000
50-69	7,5	6,6 – 8,5	0,27	0,000
Sesso				
uomini	16,5	15,4 – 17,7	1,00	
donne	6,3	5,6 – 7,1	0,34	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	7,6	6,2 – 9,4	1,00	
media inferiore	10,9	9,8 – 12,1	0,91	0,494
media superiore	12,5	11,5 – 13,7	0,86	0,296
laurea	11,7	9,8 – 13,9	1,00	0,984
Difficoltà economiche				
molte	9,8	8,6 – 11,1	1,00	
qualche	11,3	10,3 – 12,3	1,16	0,124
nessuna	12,6	11,3 – 14,0	1,14	0,219
Cittadinanza				
italiana	11,3	10,6 – 12,0	1,00	
straniera	12,6	5,9 – 24,9	1,30	0,544

La proporzione di soggetti bevitori a rischio risulta differente sul territorio regionale, con valori più elevati della media regionale nelle ASL Taranto e Foggia (Grafico 7.3).

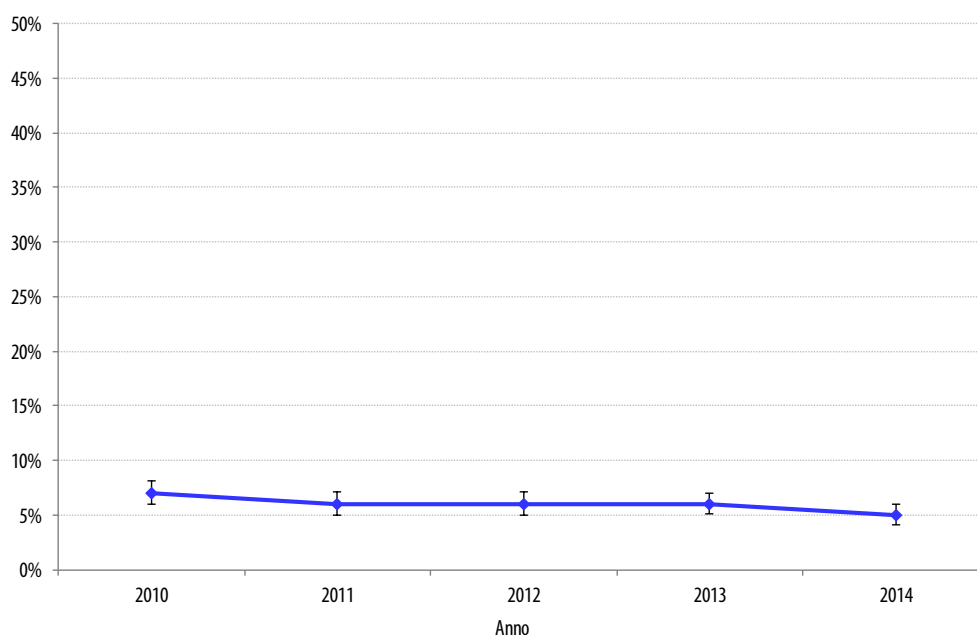
GRAFICO 7.3. Proporzione di soggetti bevitori a rischio, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Bevitori binge

Nel periodo 2011-14, nella regione Puglia il 5,8% delle persone ha riferito di aver consumato occasionalmente un alto numero di unità alcoliche, negli ultimi 30 giorni. L'analisi del trend annuale mostra una lieve diminuzione dei soggetti *binge-drinker* (Grafico 7.4).

GRAFICO 7.4. Proporzione di bevitori binge tra i soggetti intervistati, trend annuale. Puglia, anni 2010 - 2014.



Bevitori binge in Italia

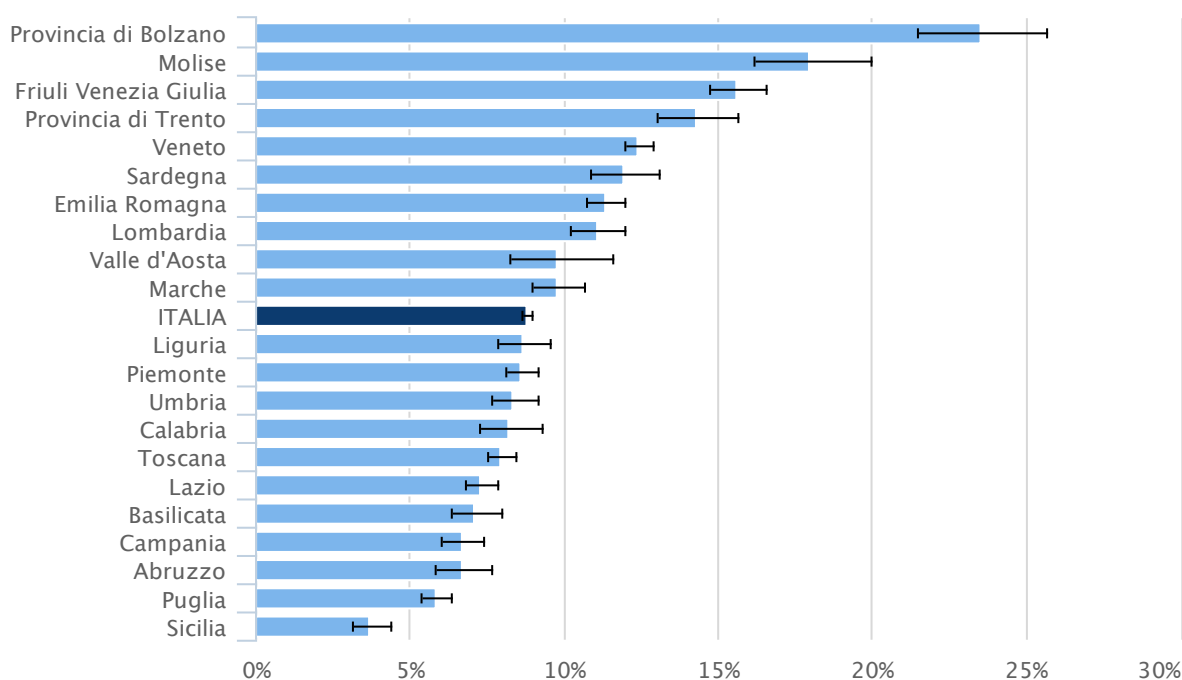
L'8,8% degli italiani può essere definito bevitore *binge*. La distribuzione dei bevitori binge per regione di residenza risulta disomogenea: il valore più alto si registra nella P. A. di Bolzano (23,5%) e quello più basso nella regione Sicilia (3,7%) (Cartogramma 7.2; Grafico 7.5).

CARTOGRAMMA 7.2. Prevalenza dei bevitori binge per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

GRAFICO 7.5. Prevalenza dei bevitori *binge* per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Bevitori binge in Puglia

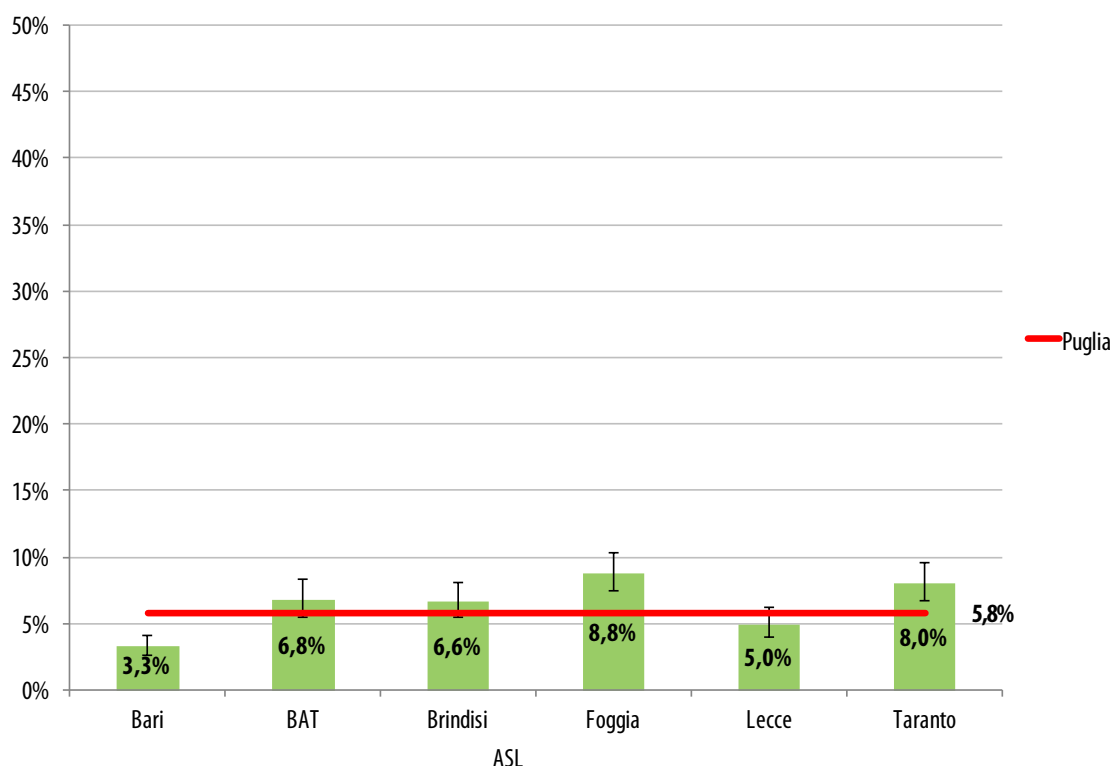
La probabilità di essere bevitori *binge* è associata al sesso maschile, mentre l'appartenenza a classi di età più elevate sembra avere un effetto protettivo (Tabella 7.3).

TABELLA 7.3. Proporzione di bevitori *binge*, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-24	10,8	9,1 - 12,7	1,00	
25-34	7,2	6,0 - 8,6	0,63	0,002
35-49	5,5	4,8 - 6,4	0,48	0,000
50-69	3,6	3,0 - 4,3	0,30	0,000
Sesso				
uomini	9,4	8,5 - 10,3	1,00	
donne	2,5	2,0 - 3,0	0,24	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	3,5	2,6 - 4,8	1,00	
media inferiore	5,9	5,1 - 6,8	1,02	0,938
media superiore	6,4	5,6 - 7,2	0,98	0,906
laurea	6,2	4,9 - 7,9	1,23	0,363
Difficoltà economiche				
molte	5,6	4,7 - 6,6	1,00	
qualche	5,9	5,2 - 6,6	1,04	0,733
nessuna	6,1	5,2 - 7,1	0,91	0,501
Cittadinanza				
italiana	5,9	5,4 - 6,4	1,00	
straniera	4,4	1,4 - 13,4	0,83	0,776

La proporzione di soggetti bevitori *binge* risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nella ASL Bari e più elevati nelle ASL Foggia e Taranto (Grafico 7.6).

GRAFICO 7.6. Proporzione di soggetti bevitori *binge*, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Gli operatori sanitari consigliano ai loro assistiti di ridurre il consumo di alcolici?

In Puglia, il 12,1% dei bevitori a rischio ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se consumano alcol; il 7,5% ha ricevuto il consiglio di ridurre la quantità di alcol assunta. La Tabella 7.4 mostra la proporzione dei soggetti che hanno ricevuto il consiglio di smettere di assumere alcol, per tipologia di consumo alcolico.

TABELLA 7.4. Proporzione dei soggetti con consumo di alcol a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di smettere da un medico o un operatore, per tipologia di consumo alcolico. Puglia, anni 2011 - 2014.

Tipologia di consumo	%	IC95%
<i>Binge</i>	6,4	4,4-9,1
Fuori pasto	7,7	5,1-11,5
Forte bevitore	13,6	9,3-19,5

Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia si stima che quasi la metà della popolazione (47,6%) consumi alcol. Tra questi, però, solo l'11,3% è da considerarsi a rischio. Questo valore è notevolmente inferiore alla media nazionale (16,1%).

Dalla sorveglianza emerge come i bevitori a rischio rientrino prevalentemente nella fascia d'età 18-24 anni e che si tratti in particolare di soggetti di sesso maschile; per tale motivo si dovrebbero proporre maggiori attività di educazione alla salute tra i più giovani.

Inoltre, i dati mostrano che in ambito sanitario gli operatori non promuovono sufficientemente la riduzione del consumo di alcolici tra i propri assistiti.

L'unico modo per annullare completamente i rischi legati al consumo di alcol è l'astensione. Tuttavia sono stati individuati livelli e modalità di consumo che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili. Perciò molte istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno formulato raccomandazioni per chi desidera assumere bevande alcoliche, specificando i limiti da non superare (2-3 unità alcoliche al giorno per l'uomo, 1-2 unità alcoliche per la donna e una sola unità alcolica per gli anziani, da consumarsi durante i pasti).

Alla luce delle nuove evidenze, per l'alcol è appropriato formulare raccomandazioni multiple, articolandole in base alle diverse soglie di consumo accettabile.

Appunti e annotazioni

8. Fumo



- ✓ Il **26,6%** dei pugliesi **fuma**
- ✓ Il **46,5%** degli operatori sanitari suggerisce ai propri pazienti di **smettere di fumare**
- ✓ Il **96,3%** di chi vuole smettere di fumare tenta senza l'ausilio di alcun supporto esterno

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio responsabili dell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, 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 dovuta 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.

La lotta al tabacco, quindi, è una delle più grandi sfide di sanità pubblica della storia.

Il fumo di tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive, altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie e vasculopatie. Il fumo provoca più decessi di quelli determinati complessivamente da alcol, AIDS, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi.

A livello mondiale l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stimato nel

2015 la presenza di circa un miliardo di fumatori, di cui circa l'80% vive in Paesi a basso e medio reddito, nei quali il carico di malattia e mortalità correlate è più pesante. Il 70% dei consumatori inizia a fumare prima dei 18 anni di età e il 94% prima dei 25 anni. In Europa, il 28% della popolazione fuma e il 21% è un ex fumatore. In Italia, i fumatori sono 10,9 milioni (6,3 milioni maschi e 4,6 milioni femmine), con maggior prevalenza nella fascia di età 25-44 anni.

L'OMS stima che il consumo di tabacco uccida attualmente quasi 6 milioni di persone ogni anno nel mondo. Tale cifra potrebbe raggiungere gli otto milioni entro il 2030 se non verranno assunti provvedimenti volti a invertire questa preoccupante tendenza.

L'OMS ha definito il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella regione Europea", in cui ogni anno muoiono circa 700.000 persone; di queste, circa il 12% sono italiane.

Quante persone fumano?

Nel periodo 2011-14, nella regione Puglia il 26,6% delle persone intervistate ha dichiarato di essere fumatore, il 14,8% di essere un ex fumatore e il restante 58,6% di non fumare (Tabella 8.1). L'analisi del trend annuale mostra una graduale diminuzione dei soggetti fumatori (Grafico 8.1).

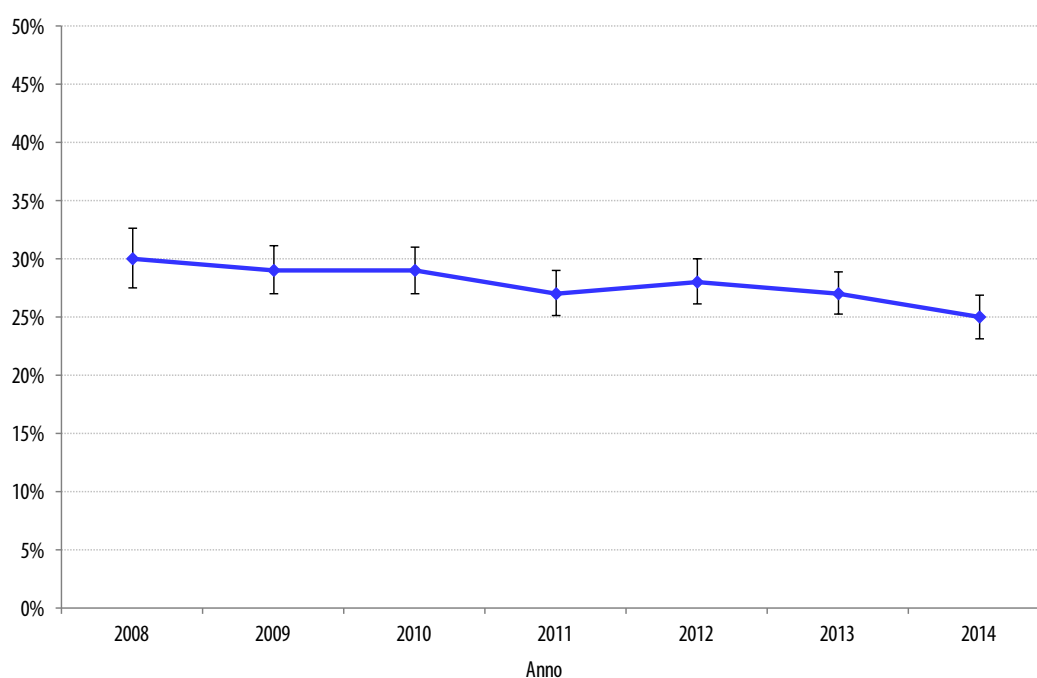
TABELLA 8.1. Distribuzione dei soggetti intervistati per abitudine al fumo. Puglia, anni 2011 - 2014.

Abitudine al fumo	%	IC95%
Fumatore	26,6	25,7 - 27,5
Ex fumatore ¹	14,8	14,0 - 15,5
Non fumatore	58,6	57,6 - 59,7

¹ Fumatore, secondo la definizione dell'OMS, è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di sei mesi

² Soggetto che ha smesso di fumare da almeno 6 mesi.

GRAFICO 8.1. Proporzione di fumatori, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Fumatori in Italia

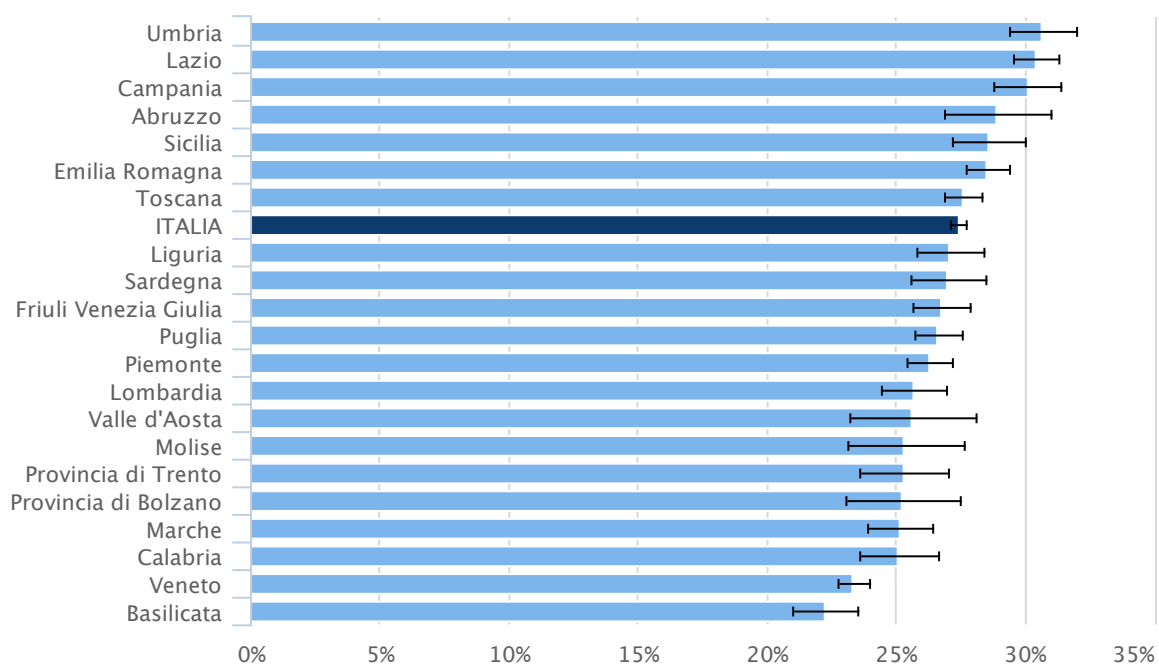
La proporzione di fumatori in Italia è pari al 27,4%; l'abitudine al fumo si distribuisce in maniera abbastanza omogenea nelle diverse regioni di residenza. Valori più alti rispetto alla media nazionale si registrano in Umbria (30,7%), Lazio (30,4%) e Campania (30,1%); quelli più bassi in Basilicata (22,2%) e Veneto (23,3%) (Cartogramma 8.1; Grafico 8.2).

CARTOGRAMMA 8.1. Prevalenza dei fumatori per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 8.2. Prevalenza dei fumatori per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Fumatori in Puglia

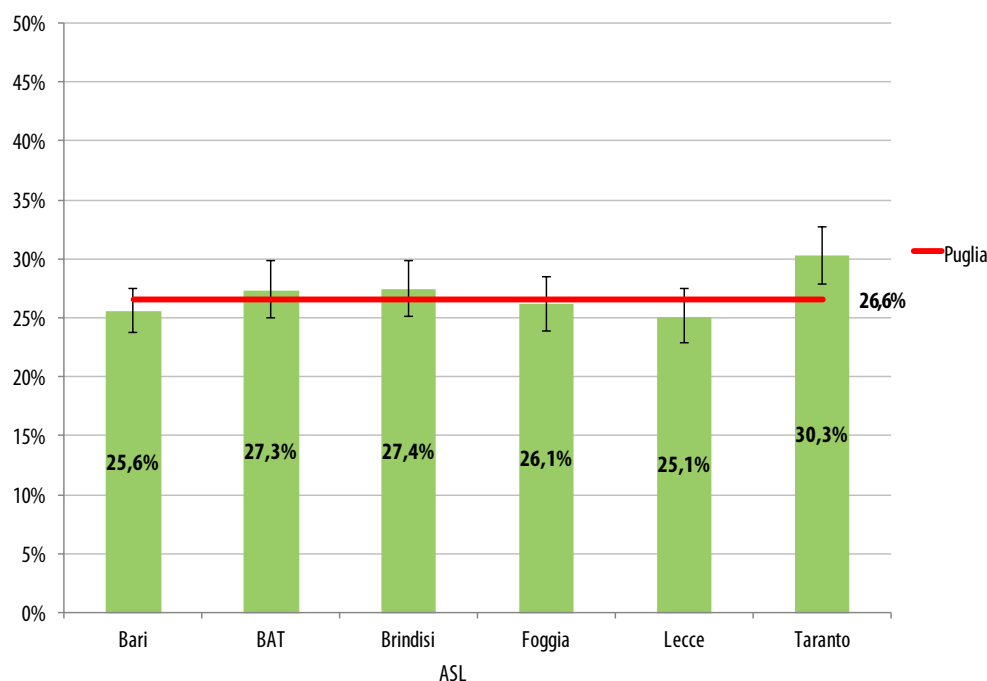
L'analisi multivariata indica che la probabilità di essere fumatori è associata al sesso maschile, al livello di istruzione medio-inferiore e all'appartenenza alla classe di età 25-34 anni. L'assenza di difficoltà economiche e l'appartenenza alla fascia di età 50-69 anni sembra invece avere un effetto protettivo (Tabella 8.2).

TABELLA 8.2. Proporzione di soggetti fumatori, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-24	28,0	25,4 - 30,7	1,00	
25-34	34,6	32,2 - 37,1	1,44	0,000
35-49	27,8	26,2 - 29,5	0,97	0,758
50-69	20,9	19,5 - 22,4	0,67	0,000
Sesso				
uomini	34,3	32,8 - 35,7	1,00	
donne	19,2	18,1 - 20,4	0,46	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	20,5	18,2 - 23,0	1,00	
media inferiore	30,6	29,0 - 32,4	1,29	0,006
media superiore	26,9	25,4 - 28,4	1,04	0,660
laurea	21,0	18,6 - 23,7	0,80	0,075
Difficoltà economiche				
molte	29,8	27,9 - 31,8	1,00	
qualche	26,4	25,1 - 27,8	0,86	0,015
nessuna	24,1	22,4 - 25,8	0,74	0,000
Cittadinanza				
italiana	26,6	25,7 - 27,5	1,00	
straniera	30,9	19,6 - 45,2	1,16	0,660

La proporzione di soggetti fumatori risulta omogenea sul territorio regionale, un valore poco più elevato della media regionale si registra nella ASL Taranto (30,3%) (Grafico 8.3).

GRAFICO 8.3. Proporzione di soggetti fumatori, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Gli operatori sanitari promuovono l'astensione dal fumo tra i loro assistiti?

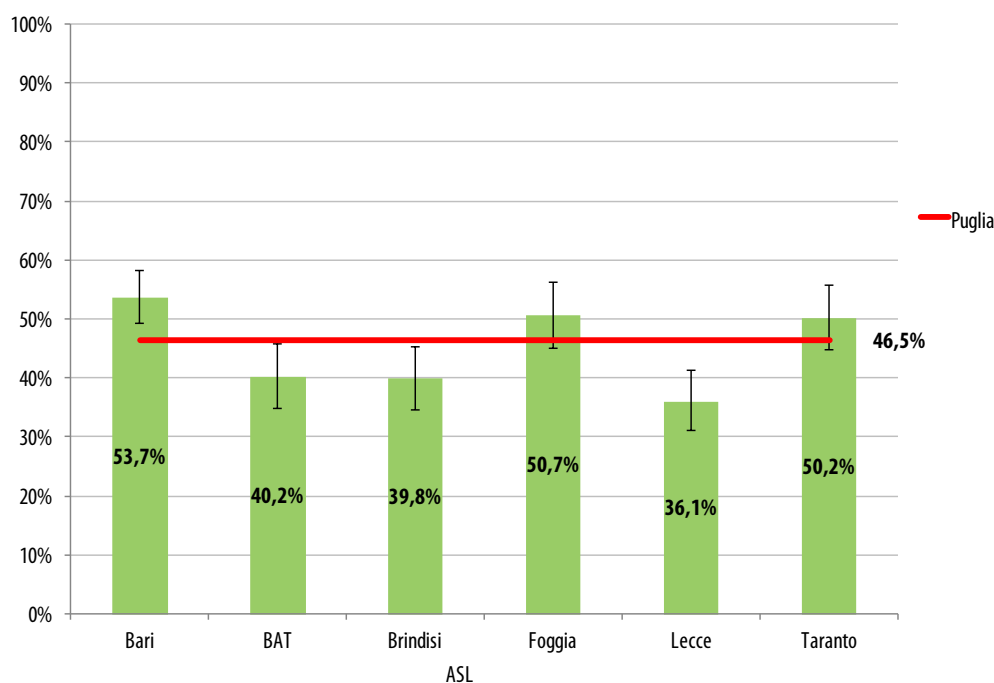
In Puglia solo il 29,4% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se fumano. Il 46,5% dei fumatori ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere; tra motivi indicati per smettere di fumare prevale quello relativo alla prevenzione (20,4%) (Tabella 8.3).

TABELLA 8.3. Distribuzione dei soggetti intervistati fumatori (SI/NO) per consiglio e motivazione a smettere di fumare. Puglia, anni 2011 - 2014.

Consiglio e motivo consiglio	%	IC95%
Si	46,5	44,3 – 48,7
<i>a scopo preventivo</i>	20,4	18,6 - 22,3
<i>per motivi di salute</i>	11,0	9,7 – 12,5
<i>entrambe le ragioni</i>	15,1	13,5 - 16,7
No	53,5	51,3 - 55,8

Sul territorio regionale la prevalenza di soggetti a cui è stato suggerito di smettere di fumare da parte del medico o di un altro operatore sanitario varia dal 36,1% nella ASL Lecce al 53,7% nella ASL Bari (Grafico 8.4).

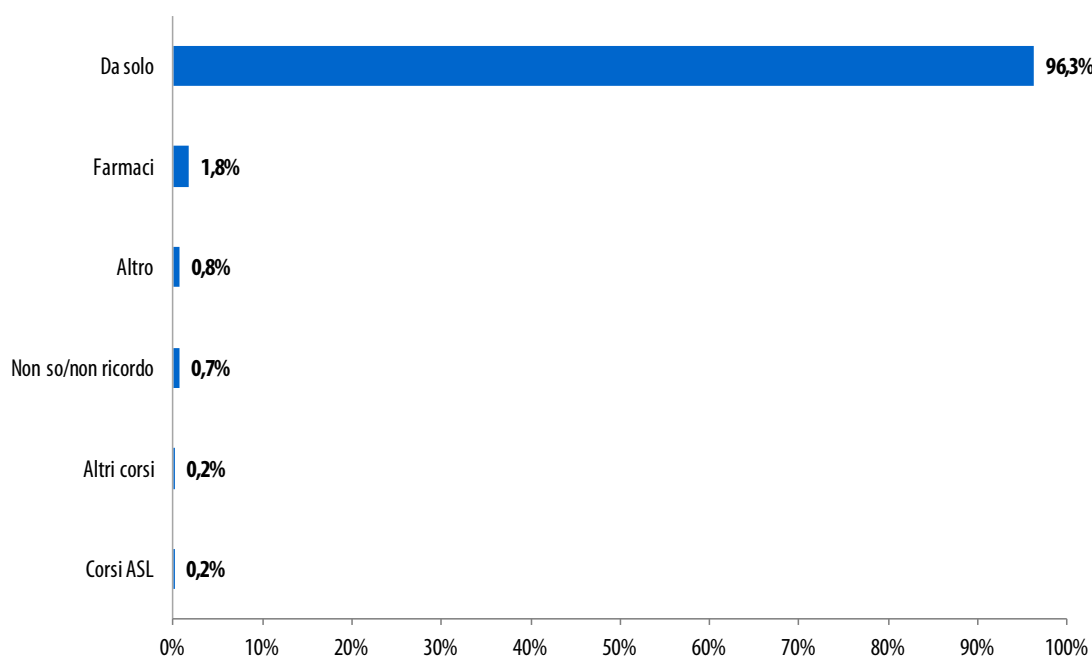
GRAFICO 8.4. Proporzione di soggetti fumatori cui è stato suggerito da un operatore sanitario di smettere di fumare, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Il 38,1% dei fumatori ha dichiarato di aver tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno. Di questi tentativi l'83,0% è fallito, l'8,3% è ancora in corso e l'8,7% è riuscito.

Negli ultimi 12 mesi, la quasi totalità di coloro che hanno tentato di smettere di fumare dichiara di averlo fatto autonomamente (96,3%), mentre solo lo 0,2% ha usufruito di un corso ASL (Grafico 8.5).

GRAFICO 8.5. Distribuzione di soggetti per modalità di cessazione dell'abitudine al fumo. Puglia, anni 2011 - 2014.



Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia più di un quarto della popolazione fuma, proporzione sostanzialmente sovrapponibile a quella del pool nazionale di ASL. La prevalenza più elevata di fumatori si riscontra in giovani e adulti tra 25 e 34 anni, in chi ha un basso grado di istruzione e molte difficoltà economiche. I dati PASSI suggeriscono quindi la necessità di potenziare le campagne di lotta al tabagismo rivolte in particolar modo ai giovanissimi e da attuare nelle scuole.

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente l'astensione dal fumo tra i loro assistiti: chi decide di smettere di fumare, infatti, lo fa in maniera autonoma senza ricorso ai corsi ASL né ad altri ausili esterni. È importante promuovere tra i medici e gli altri operatori sanitari azioni volte ad accrescere la consapevolezza del ruolo importante che essi rivestono nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo e nell'incentivare nei propri pazienti scelte orientate alla promozione della propria salute e ad un corretto stile di vita. Smettere di fumare significa, infatti, dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e il rischio di tumore del polmone dopo 10 anni.

Appunti e annotazioni

9. Fumo passivo



- ✓ L'**88,4%** dei pugliesi ritiene che venga rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo nei luoghi pubblici
- ✓ Il **90,1%** dei pugliesi ritiene che venga rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo nei luoghi di lavoro
- ✓ L'**84,6%** vieta il fumo in ambito domestico, percentuale che aumenta all'**89,5%** in presenza di bambini

Il fumo, prodotto dalla sigaretta o espirato dal fumatore, immette nell'aria ossidi di carbonio e di azoto, una gran quantità di micro-particelle, diversi cancerogeni umani, piridina (responsabile del cattivo odore) e sostanze irritanti per le mucose. A causa della sua tossicità e della sua diffusione, il fumo di tabacco rappresenta il principale inquinante degli ambienti confinati.

Le persone esposte al fumo passivo sono soggette ad un aumentato rischio di gravi patologie. Ad esempio, in gravidanza il fumo passivo può causare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; in età adulta il fumo passivo è causa di cardiopatia ischemica, ictus e tumore al polmone. L'esposizione nel corso dell'infanzia provoca otite media, asma, bronchite e polmonite. I bambini sono soggetti a fumo passivo più pesantemente degli adulti perché non possono evitare la principale fonte di esposizione rappresentata dai loro genitori e dai parenti che fumano in casa.

Negli ultimi 20 anni, diversi Paesi, tra cui l'Italia (Legge n. 2/2003 "Tutela della salute dei non fumatori" entrata in vigore il 10 Gennaio 2005), hanno approvato legislazioni mirate alla protezione della salute dei non fumatori, attraverso il divieto di fumare in locali aperti al pubblico, come bar, cinema, ristoranti, alberghi

e sui luoghi di lavoro. È stato possibile valutare estesamente gli effetti dei divieti: in relazione agli effetti sulla salute, i divieti hanno comportato un cambiamento nella prevalenza di disturbi respiratori e una riduzione di eventi coronarici acuti; per quanto riguarda le attività produttive, non hanno comportato riduzione dei profitti, contrariamente a quanto paventato dalla pubblicistica dell'industria del tabacco; per quanto concerne l'adesione da parte della popolazione, questa tende ad assumere via via atteggiamenti favorevoli e tendenti a sostenere i divieti di fumare nei luoghi aperti al pubblico.

La percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e sul luogo di lavoro

Nel periodo 2011-14, nella regione Puglia la maggior parte delle persone intervistate ritiene che il divieto di fumare nei luoghi pubblici (88,4%) e sul posto di lavoro (90,1%) venga rispettato sempre o quasi sempre (Tabelle 9.1 e 9.2). L'analisi del trend annuale mostra un graduale aumento della percezione del rispetto del divieto di fumo, in particolar modo nei luoghi pubblici (Grafici 9.1 e 9.2).

TABELLA 9.1. Distribuzione dell'opinione dei soggetti intervistati sul rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici, negli ultimi 30 giorni. Puglia, anni 2011 - 2014.

Percezione rispetto nei luoghi pubblici	%	IC95%
Sempre	68,4	67,3 - 69,5
Quasi sempre	20,0	19,1 - 20,9
A volte	8,2	7,6 - 8,9
Mai	3,1	2,7 - 3,6
Non so/non ricordo	0,3	0,2 - 0,4

TABELLA 9.2. Distribuzione dell'opinione dei soggetti intervistati che lavorano in ambienti chiusi sul rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro. Puglia, anni 2011 - 2014.

Percezione rispetto nei luoghi di lavoro	%	IC95%
Sempre	77,7	76,3 - 79,0
Quasi sempre	12,4	11,4 - 13,6
A volte	5,6	4,9 - 6,4
Mai	4,2	3,5 - 4,9
Non so/non ricordo	0,1	0,0 - 0,3

GRAFICO 9.1. Proporzione di intervistati che ritengono i divieti di fumo rispettati nei luoghi pubblici negli ultimi 30 giorni, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.

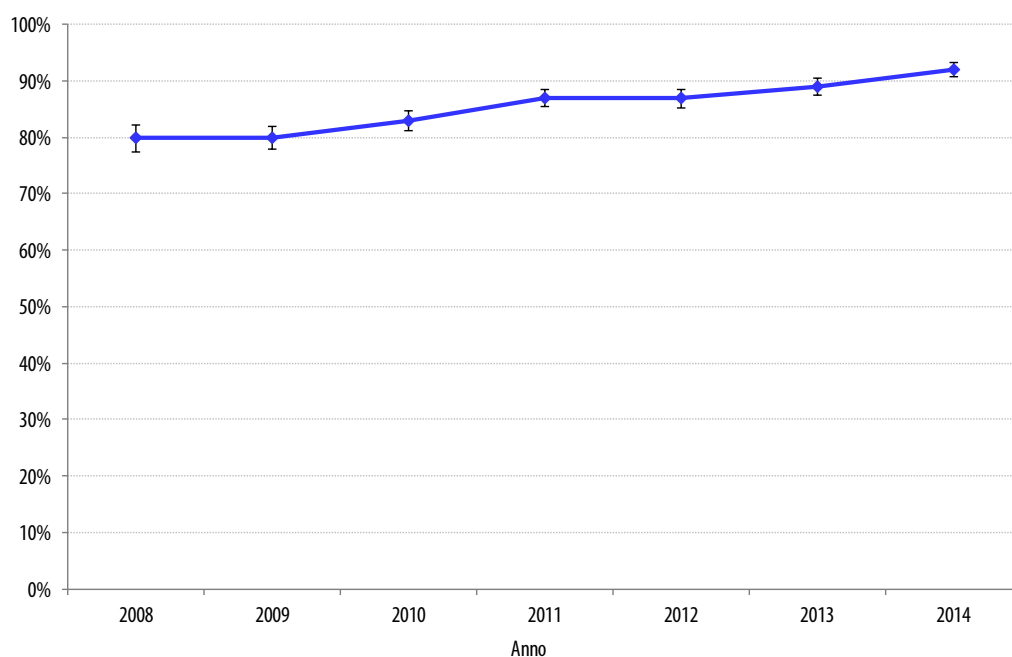
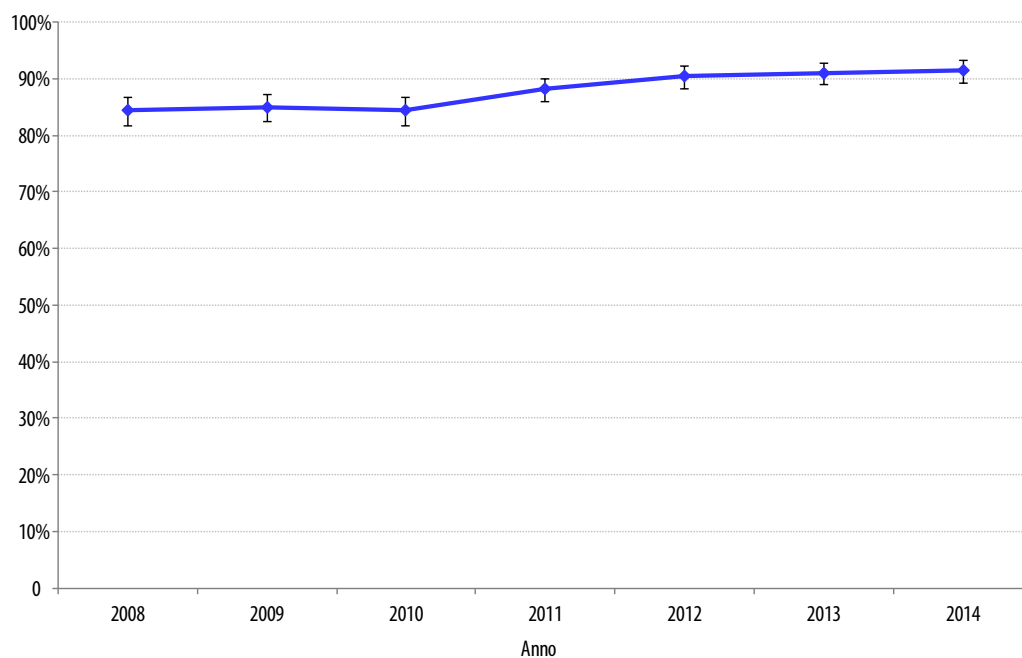
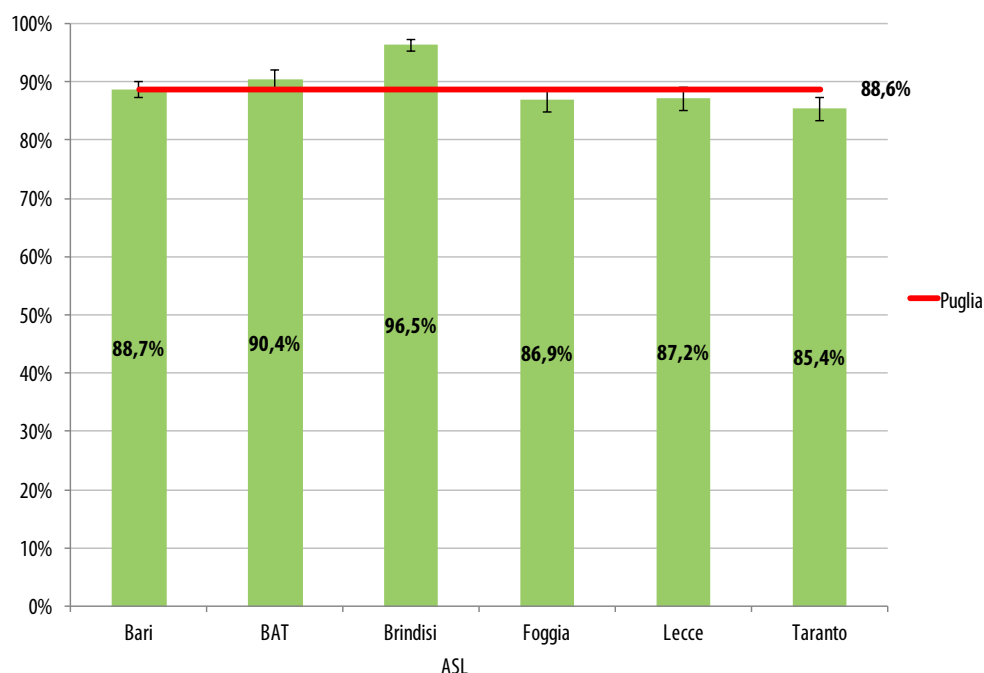


GRAFICO 9.2. Proporzione di intervistati, che lavorano in ambienti chiusi, che ritengono i divieti di fumo rispettati nei luoghi di lavoro negli ultimi 30 giorni, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



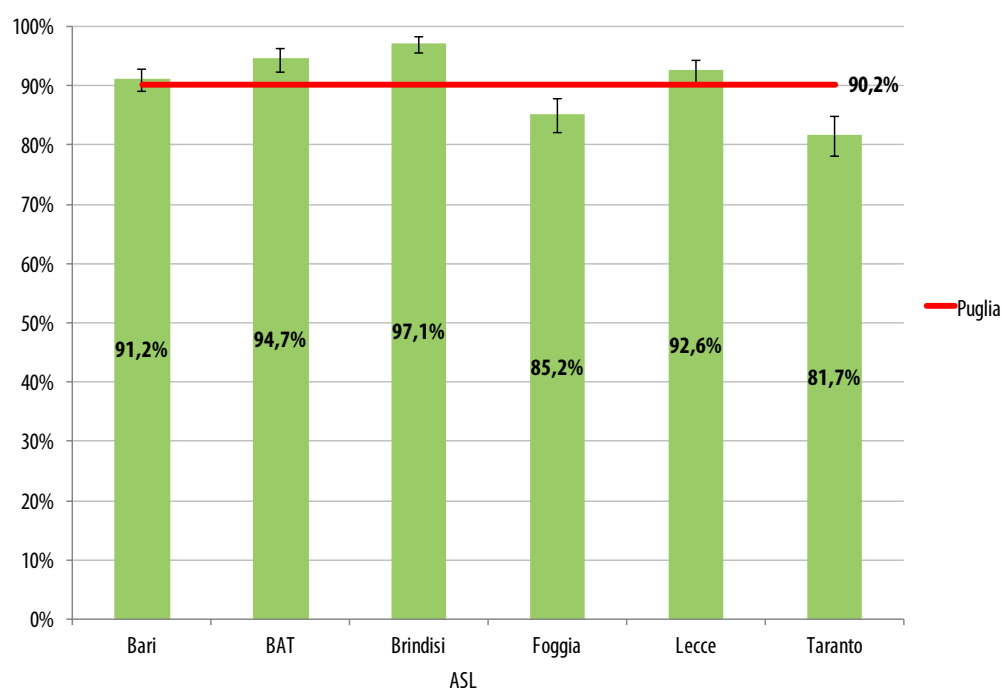
La proporzione dei soggetti intervistati che ritiene che il divieto di fumo nei luoghi pubblici sia sempre o quasi sempre rispettato risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nella ASL Taranto (85,4%) e più elevati nella ASL Brindisi (96,5%) (Grafico 9.3).

GRAFICO 9.3. Proporzione dei soggetti intervistati che ritiene che il divieto di fumo nei luoghi pubblici sia sempre/quasi sempre rispettato, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



La proporzione dei soggetti intervistati che ritiene che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro sia sempre o quasi sempre rispettato risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nella ASL Taranto (81,7%) e più elevati nella ASL Brindisi (97,1%) (Grafico 9.4).

GRAFICO 9.4. Proporzione dei soggetti intervistati che ritiene che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro sia sempre/quasi sempre rispettato, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

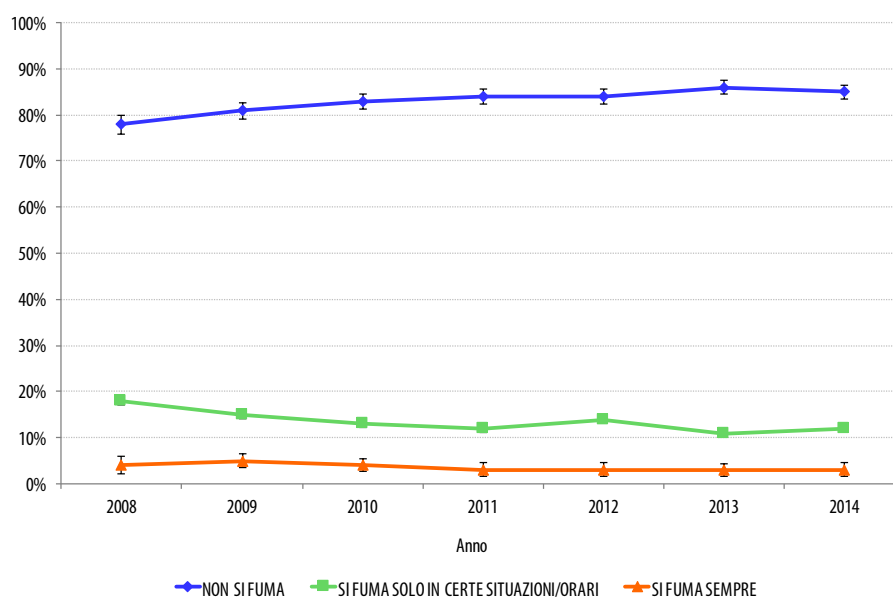


L'abitudine al fumo in ambito domestico, in particolare in presenza di minori

L'84,6% dei soggetti intervistati dichiara che nelle proprie abitazioni non è permesso fumare, il 12,4% lo consente solo in alcuni ambienti o situazioni, mentre il restante 3,0% dichiara di non avere restrizioni. In presenza di minori di 15 anni, l'89,5% non permette il fumo in casa, l'8,8% solo in particolari situazioni o ambienti, mentre l'1,7% fuma liberamente.

L'analisi del trend annuale mostra un lievissimo aumento dell'attitudine a vietare il fumo in casa, mentre la possibilità di fumare liberamente è rimasta invariata (Grafico 9.5).

GRAFICO 9.5. Distribuzione dei soggetti intervistati per attitudine al fumo nell'ambiente domestico, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Conclusioni e raccomandazioni

“Ci sono quattro ingredienti che portano al successo gli sforzi della Sanità Pubblica nel ridurre l'esposizione al fumo passivo: prove scientifiche altamente credibili, difensori appassionati, campagne informative con i media, leggi e regolamenti”. Così conclude, già nel 1998, un rapporto speciale comparso sul *New England Journal of Medicine* sugli interventi efficaci per la riduzione dell'esposizione al fumo e al fumo passivo. In questo studio si ribadisce come l'imposizione di divieti e limitazioni nei luoghi di lavoro e nei locali aperti al pubblico, tramite leggi e regolamenti, è fortemente raccomandata in quanto si è dimostrata capace di ridurre l'esposizione al fumo passivo e il numero di sigarette fumate quotidianamente e aumentare il numero di fumatori che smettono di fumare. L'impegno a fare rispettare tali divieti è indice del grado di civiltà dell'intera comunità nazionale.

L'introduzione della Legge n. 2/2003 sembra abbia influito sulla riduzione del fumo nei luoghi pubblici e di lavoro; al contrario in ambito domestico, probabilmente per una insufficiente educazione alla salute, la situazione non è significativamente migliorata.

In Puglia si stima che l'88,4% e il 90,1% della popolazione percepisca che il divieto di fumare, rispettivamente nei luoghi pubblici e sul posto di lavoro, venga rispettato sempre o quasi sempre, con un graduale aumento negli anni, in particolar modo nei luoghi pubblici.

L'84,6% della popolazione vieta il fumo in casa, con trend annuale in aumento di circa il 7% in 7 anni. La percentuale di chi vieta il fumo in casa aumenta all'89,5% in presenza di minori.

Dalla sorveglianza degli stili di vita
alle buone pratiche per la salute

I PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI NEGLI ANNI 2011/2014



MALATTIE CRONICHE



10. Rischio cardiovascolare



- ✓ Il **20,5%** dei pugliesi è **iperteso**
- ✓ Il **19,8%** degli intervistati pugliesi dichiara di avere **alti livelli di colesterolemia**
- ✓ Il **98,4%** dei pugliesi presenta **almeno un fattore di rischio cardiovascolare**

Le malattie cardiovascolari (MCV) interessano il cuore e i vasi e comprendono forme cliniche diverse e di differente gravità, che spesso costituiscono un pericolo per la vita. Le MCV rappresentano, infatti, la prima causa di morte nel mondo: nel 2012 l'OMS ha stimato che 17,5 milioni di persone (pari al 31% di tutti i decessi) sono decedute a causa di una malattia cardiovascolare, in particolare 7,4 milioni per malattia coronarica e 6,7 milioni per ictus cerebrale. Queste malattie hanno anche un impatto notevole in termini di disabilità e di costi sanitari ad essa associati.

Molti dei fattori di rischio delle MCV sono modificabili e, pertanto, suscettibili di interventi di prevenzione: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc). Il punteggio cardiovascolare stima la probabilità, in termini assoluti, che il soggetto ha di andare incontro ad un evento cardiovascolare maggiore nei successivi 10 anni sulla base di otto importanti fattori di rischio (diabete, abitudine al fumo, valore della pressione arteriosa sistolica, terapia antipertensiva, colesterolemia totale, colesterolo HDL, sesso ed età).

Il sistema PASSI costituisce un valido strumento nella prevenzione delle MCV in quanto consente di stimare la distribuzione dei principali fattori di rischio responsabili di tali malattie (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete) e valutare l'utilizzo di strumenti di stratificazione del rischio cardiovascolare nella popolazione propedeutico all'avvio di idonei percorsi preventivi o clinico-diagnostici.

Ipertensione arteriosa

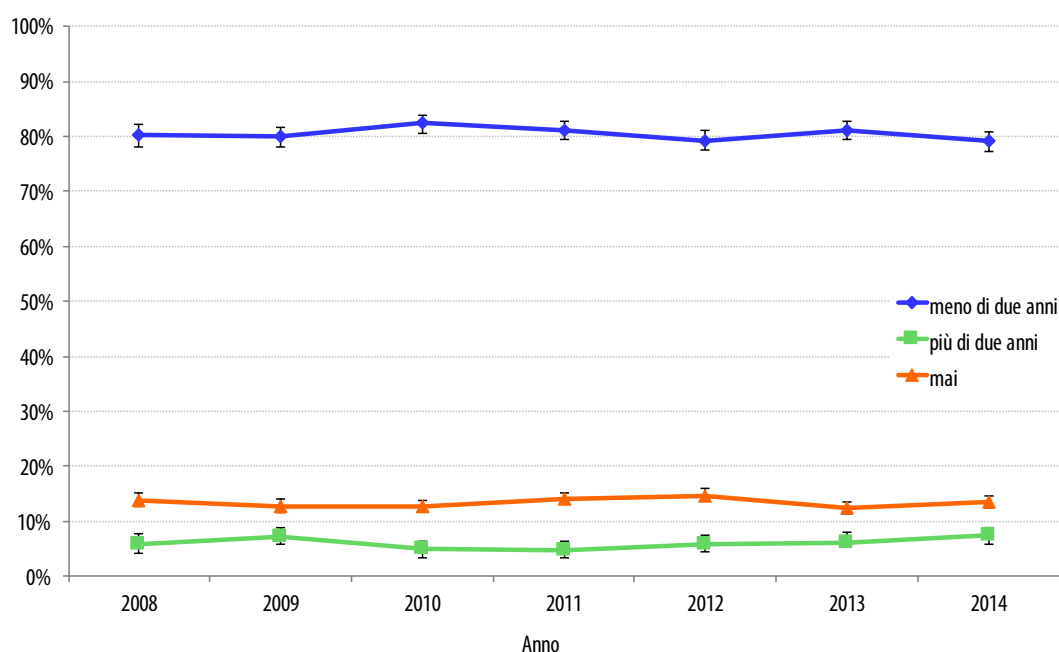
Secondo le stime più recenti del Ministero della Salute, circa 15 milioni di italiani soffrono di ipertensione, ma solo la metà di questi ne è consapevole. Controllare regolarmente la pressione arteriosa e mantenerla a livelli raccomandati, attraverso l'adozione di uno stile di vita sano e assumendo specifiche terapie laddove necessario, è fondamentale, poiché questa condizione rappresenta il fattore di rischio più importante per l'ictus, quindi per le malattie legate all'invecchiamento (disturbi della memoria, disabilità), nonché per l'infarto del miocardio, gli aneurismi, le arteriopatie periferiche, l'insufficienza renale cronica, la retinopatia.

Nel periodo 2011-14, nella regione Puglia l'80,1% delle persone intervistate riferisce di aver effettuato almeno un controllo della pressione arteriosa negli ultimi due anni (Tabella 10.1). L'analisi del trend annuale mostra come il dato si mantenga stabile nel corso degli anni per le tre categorie esaminate (Grafico 10.1).

TABELLA 10.1. Distribuzione dei soggetti intervistati, per tempo trascorso dall'ultima rilevazione della pressione arteriosa. Puglia, anni 2011 - 2014.

Ultima rilevazione della pressione arteriosa	%	IC95%
Meno di due anni fa	80,1	79,3-81,0
Più di due anni fa	6,1	5,6-6,6
Mai	13,8	13,1-14,6

GRAFICO 10.1. Distribuzione dei soggetti intervistati per tempo trascorso dall'ultima rilevazione della pressione arteriosa, trend annuale. Puglia anni 2008 - 2014.



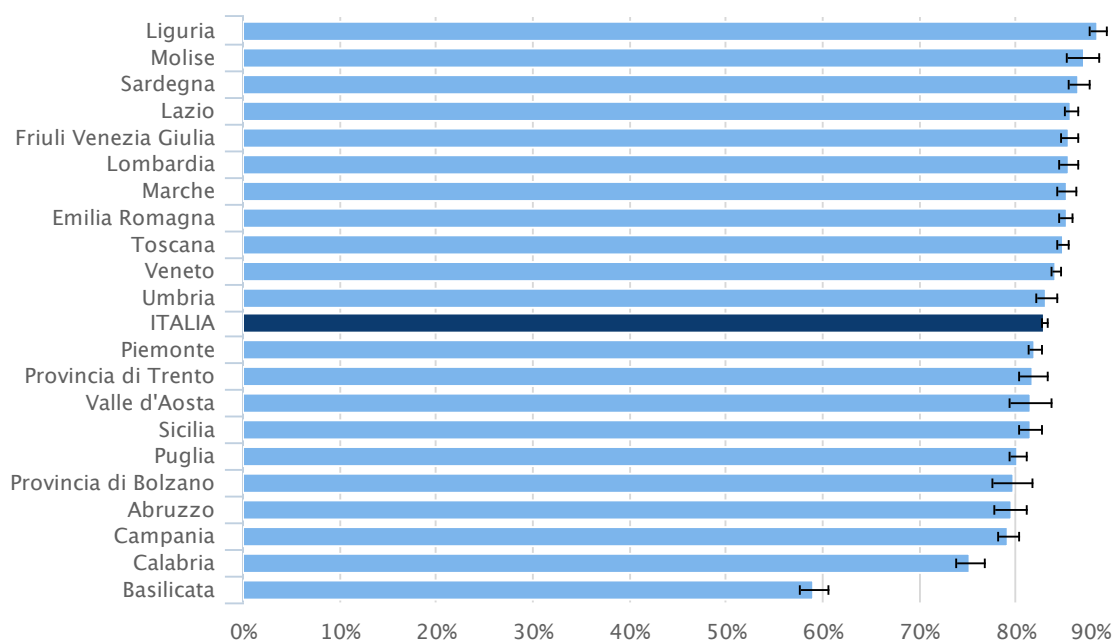
Misurazione della pressione arteriosa in Italia

Dai dati PASSI 2011-2014 risulta che in Italia più di 8 persone su 10 riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista. Le regioni del Sud insieme all'Abruzzo e alla Provincia Autonoma di Bolzano sono quelle in cui la prevalenza di soggetti che hanno controllato la pressione è minore rispetto alla media nazionale (Cartogramma 10.1; Grafico 10.2).

CARTOGRAMMA 10.1. Prevalenza di intervistati che hanno riferito una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Italia, anni 2011 - 2014.



GRAFICO 10.2. Prevalenza di intervistati che hanno riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Misurazione della pressione arteriosa in Puglia

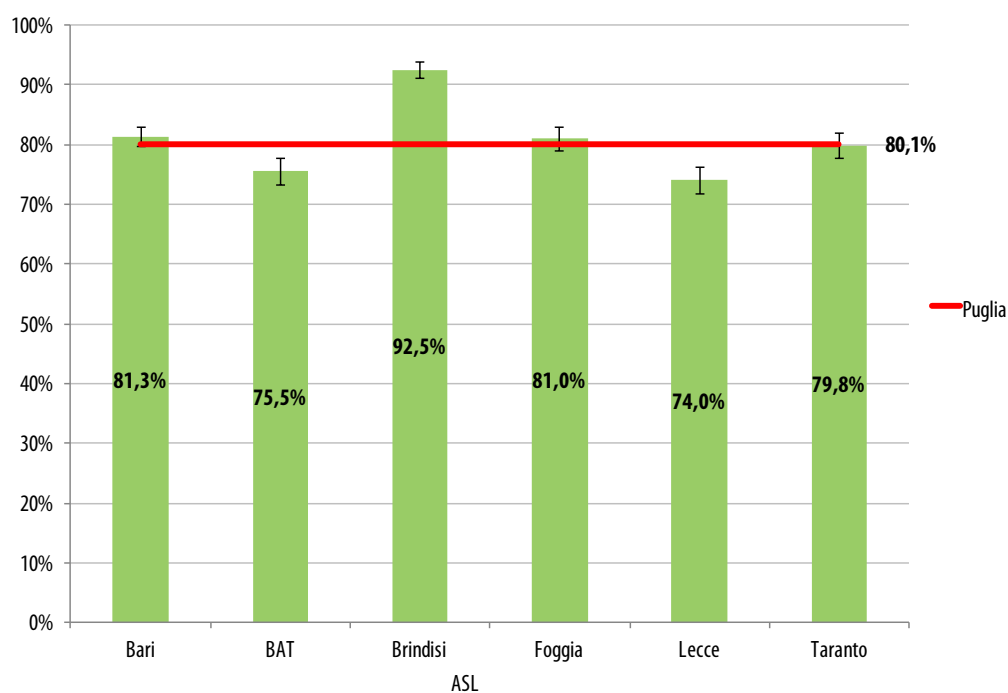
In Puglia la proporzione di intervistati che hanno riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni è significativamente maggiore tra le persone a partire dai 35 anni, tra le donne e tra le persone con basso grado di istruzione e con qualche difficoltà economica (Tabella 10.2).

TABELLA 10.2. Proporzione di intervistati che hanno riferito una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	66,9	65,1 – 68,7	1,00	
35-49	81,1	79,6 – 82,5	2,58	0,000
50-69	90,8	89,7 – 91,8	4,36	0,000
Sesso				
uomini	77,4	76,1 – 78,6	1,00	
donne	82,8	81,7 – 83,9	1,46	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	91,0	89,1 – 92,6	1,00	
media inferiore	80,0	78,5 – 81,4	0,66	0,005
media superiore	77,0	75,5 – 78,3	0,71	0,027
laurea	80,1	77,4 – 82,5	0,78	0,173
Difficoltà economiche				
molte	76,1	74,2 – 77,9	1,00	
qualche	82,6	81,4 – 83,7	1,61	0,000
nessuna	79,7	78,0 – 81,3	1,39	0,000
Cittadinanza				
italiana	80,2	79,3 – 81,0	1,00	
straniera	67,2	52,9 – 79,0	0,51	0,061

La proporzione di intervistati che hanno riferito una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni risulta sovrapponibile alla media regionale nelle ASL Bari, Foggia e Taranto, inferiore nelle ASL BAT e Lecce, superiore nella ASL Brindisi (Grafico 10.3).

GRAFICO 10.3. Proporzione di intervistati che hanno riferito una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Quante persone sono ipertese in Italia?

Lo studio PASSI 2011-2014 stima che in Italia il 20,0% della popolazione sia affetto da ipertensione. La prevalenza di ipertesi è minore rispetto alla media nazionale nelle regioni del nord Italia, con il valore minimo in Valle d'Aosta (16,6%) e maggiore nelle regioni meridionali, con il massimo valore registrato in Calabria (26,2%) (Tabella 10.3).

TABELLA 10.3. Prevalenza di intervistati che hanno riferito di essere ipertesi, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.

Regione	Ipertensione riferita (%)	Confronto con la media nazionale
Valle d'Aosta	16,6	migliore del valore medio nazionale
Abruzzo	16,9	
Liguria	17,7	
Toscana	17,8	
Provincia di Trento	18,1	
Provincia di Bolzano	18,2	
Lombardia	18,4	
Emilia Romagna	19,6	in linea con il valore medio nazionale
Piemonte	19,7	
Sardegna	19,7	
Basilicata	19,9	
Marche	20,0	
Sicilia	20,3	
Friuli Venezia Giulia	20,5	
Puglia	20,5	
Veneto	20,5	
Lazio	20,8	
Campania	21,4	peggiore del valore medio nazionale
Umbria	21,6	
Molise	22,6	
Calabria	26,2	
ITALIA	20,0	-

Quante persone sono ipertese in Puglia?

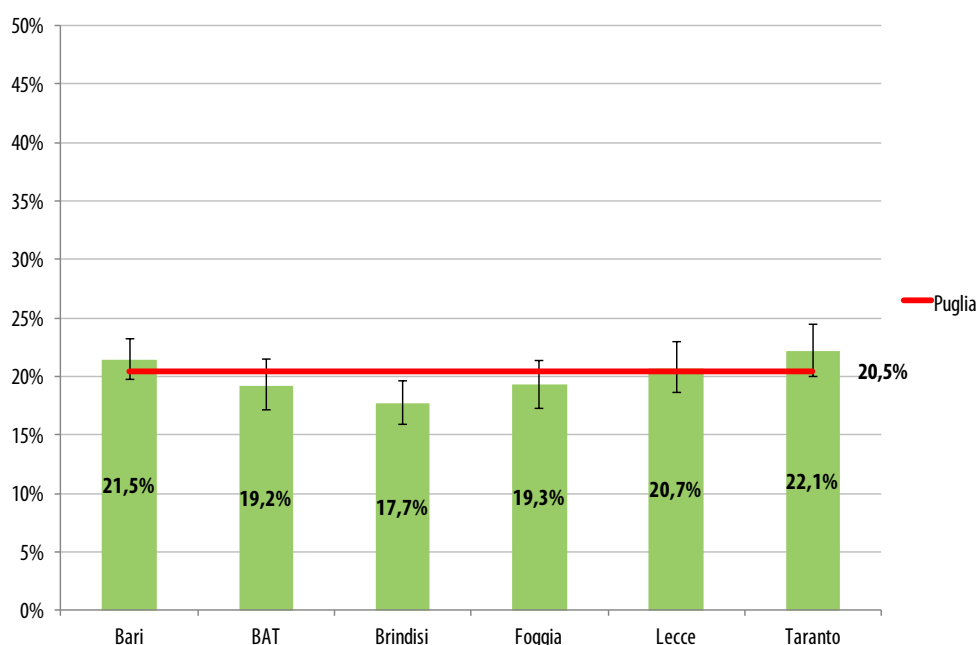
Nel periodo 2011 - 2014, nella regione Puglia il 20,5% degli intervistati ha dichiarato di essere iperteso. Come mostrato nella Tabella 10.4, la percentuale di ipertesi risulta maggiore nelle fasce di età più avanzate e tra le persone con basso livello di istruzione.

TABELLA 10.4. Proporzione di intervistati che hanno dichiarato di essere ipertesi, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	2,3	1,7 – 3,0	1,00	
35-49	12,0	10,8 – 13,3	4,62	0,000
50-69	40,7	38,9 – 42,6	18,67	0,000
Sesso				
uomini	20,7	19,5 – 22,0	1,00	
donne	20,2	19,1 – 21,4	1,05	0,495
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	44,6	41,5 – 47,7	1,00	
media inferiore	21,7	20,1 – 23,3	0,67	0,000
media superiore	13,5	12,3 – 14,7	0,57	0,000
laurea	12,4	10,4 – 14,8	0,52	0,000
Difficoltà economiche				
molte	23,5	21,6 – 25,5	1,00	
qualche	21,5	20,2 – 22,8	1,07	0,399
nessuna	16,1	14,6 – 17,7	1,06	0,552
Cittadinanza				
italiana	20,5	19,7 – 21,4	1,00	
straniera	10,0	4,0 – 22,9	0,42	0,129

L'analisi della proporzione di soggetti ipertesi per ASL di residenza mostra valori sostanzialmente in linea con il dato medio regionale, con il valore più elevato registrato nella ASL Taranto e quello più basso osservato nella ASL Brindisi (Grafico 10.4).

GRAFICO 10.4. Proporzione di intervistati che hanno dichiarato di essere ipertesi, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

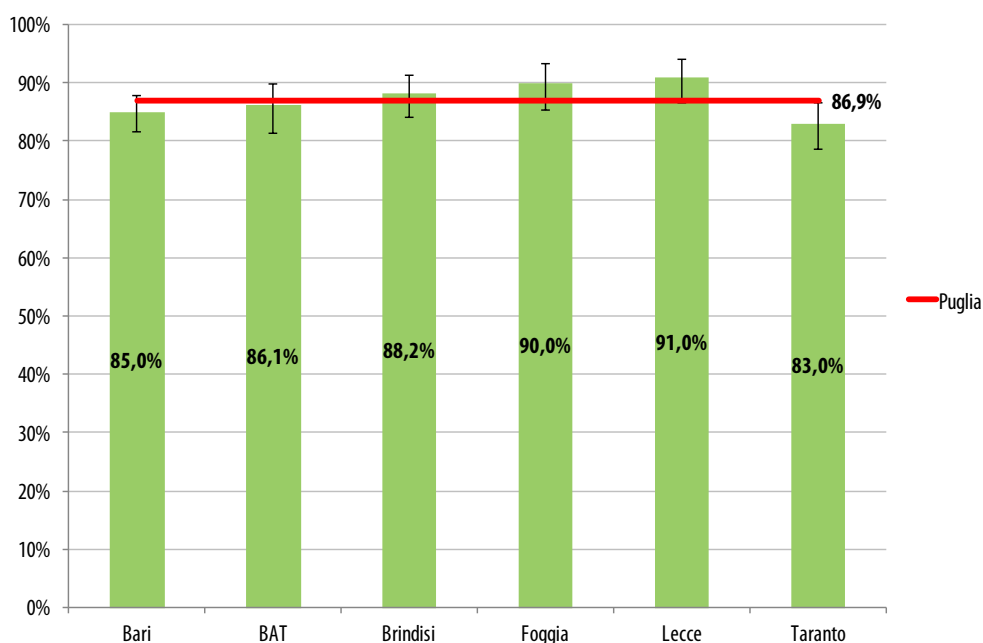


Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

In Puglia, l'86,9% degli intervistati ipertesi ha riferito di assumere farmaci antiipertensivi.

Analizzando la distribuzione della proporzione di ipertesi in trattamento farmacologico per territorio di residenza, questa risulta omogenea tra le varie ASL pugliesi. La proporzione più elevata di ipertesi in trattamento si osserva nelle ASL Lecce e Foggia, mentre quella più bassa nella ASL Taranto (Grafico 10.5).

GRAFICO 10.5. Proporzione di ipertesi in trattamento farmacologico, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



La maggior parte delle persone intervistate che riferiscono di essere ipertesi ha riferito di aver ricevuto da parte del medico il consiglio di adottare cambiamenti nel proprio stile di vita. In particolare:

- al 92,7% è stato consigliato di ridurre il consumo di sale;
- al 87,2% è stato consigliato di controllare o perdere peso;
- al 85,4% è stato consigliato di svolgere attività fisica regolare.

Ipercolesterolemia

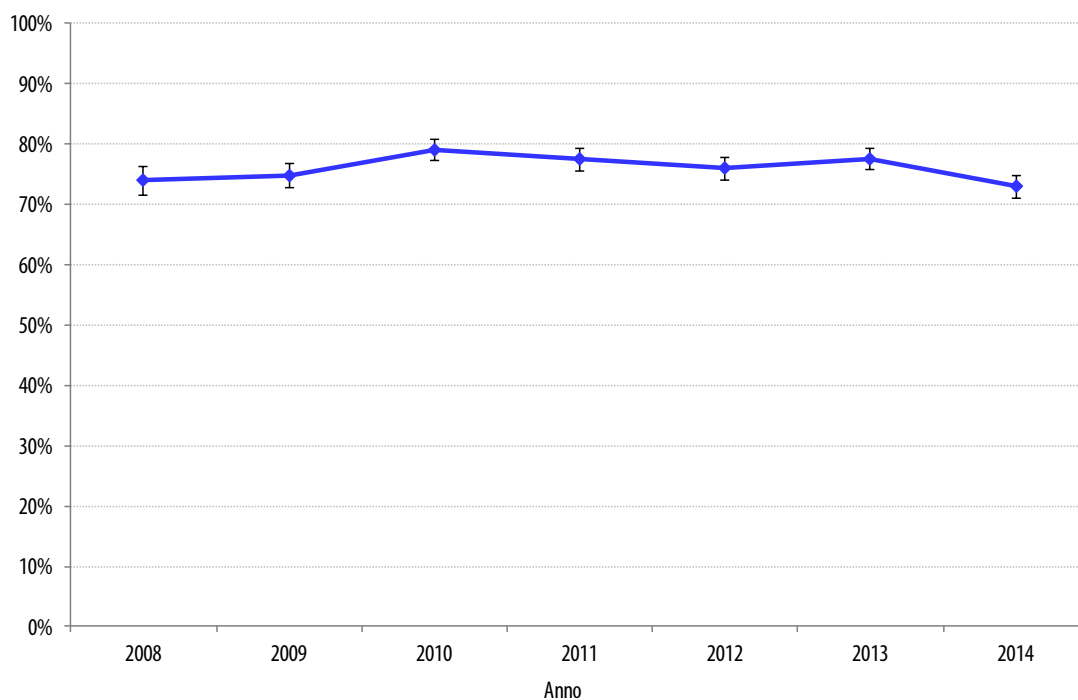
L'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'aterosclerosi, principale responsabile dell'insorgenza di patologie quali l'angina pectoris, la *claudicatio intermittens*, l'infarto del miocardio, l'ictus ischemico. La misurazione del colesterolo nel sangue è un esame semplice ma utile a valutare la presenza, per un soggetto, del rischio di sviluppare la malattia aterosclerotica.

Quante persone hanno misurato il colesterolo?

In Puglia, il 75,9% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia; il 54,8% ha effettuato l'esame nel corso dell'ultimo anno.

L'esame del trend annuale mostra come la proporzione di soggetti che hanno controllato la colesterolemia non ha subito importanti variazioni nel corso degli ultimi sette anni (Grafico 10.6).

GRAFICO 10.6. Proporzioni dei soggetti intervistati che hanno riferito una misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Misurazione del colesterolo in Italia

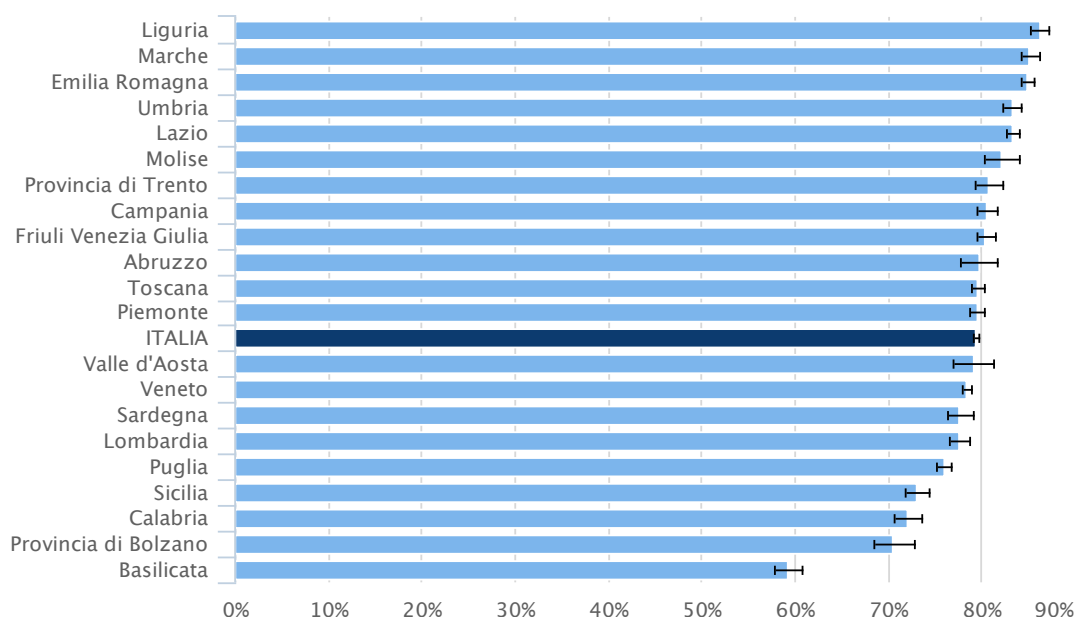
In Italia i dati PASSI hanno rilevato come il 79,3% ha misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia. La prevalenza di chi ha riferito tale misurazione si distribuisce a macchia di leopardo sul territorio italiano, con il valore massimo nella regione Liguria (88,4%) e il minimo in Basilicata (59,2%)

CARTOGRAMMA 10.2. Prevalenza di intervistati che hanno riferito una misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 10.7. Prevalenza di intervistati che hanno riferito una misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014



Misurazione del colesterolo in Puglia

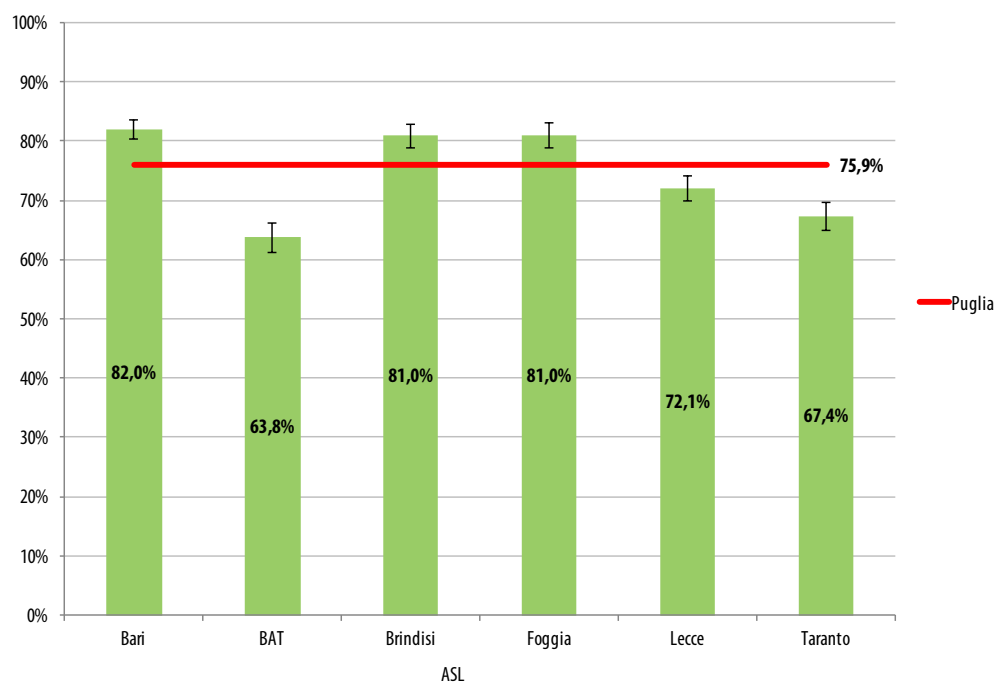
La misurazione del colesterolo è riferita più frequentemente dalle donne, dai soggetti di età superiore ai 35 anni, con “qualche” e “nessuna” difficoltà economica (Tabella 10.5).

TABELLA 10.5. Proporzioni di intervistati che hanno riferito una misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	59,1	57,3 – 61,0	1,00	
35-49	80,2	78,7 – 81,6	2,87	0,000
50-69	86,6	85,3 – 87,7	4,70	0,000
Sesso				
uomini	73,3	72,0 – 74,5	1,00	
donne	78,5	77,3 – 79,7	1,33	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	83,7	81,4 – 85,8	1,00	
media inferiore	76,5	74,9 – 78,0	1,05	0,628
media superiore	72,7	71,3 – 74,1	1,12	0,291
laurea	77,3	74,6 – 79,8	1,28	0,049
Difficoltà economiche				
molte	73,6	71,7 – 75,4	1,00	
qualche	77,7	76,4 – 78,9	1,28	0,000
nessuna	75,1	73,3 – 76,8	1,25	0,004
Cittadinanza				
italiana	76,0	75,1 – 76,8	1,00	
straniera	63,0	48,8 – 75,2	0,59	0,100

La proporzione di soggetti che riferiscono di aver effettuato almeno una volta nella vita una misurazione della colesterolemia è più elevata nella ASL Bari, mentre il dato più basso si rileva nella ASL BAT, che ha una prevalenza di soggetti che hanno misurato la colesterolemia minore del 12% rispetto alla media regionale (Grafico 10.8).

GRAFICO 10.8. Proporzione di intervistati che hanno riferito di aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Quante persone riferiscono alti livelli di colesterolemia in Italia?

Lo studio PASSI 2011-2014 stima che in Italia il 24,0% della popolazione sia affetto da ipercolesterolemia. La prevalenza di ipercolesterolemia è minore rispetto alla media nazionale nelle regioni del sud Italia, con il valore minimo in Campania (18,6%), e maggiore nelle regioni settentrionali, le regioni Molise e Sardegna, che presentano i valori più elevati in assoluto (30,6% e 31,1% rispettivamente) (Tabella 10.6).

TABELLA 10.6. Prevalenza di intervistati che hanno riferito di essere ipercolesterolemici, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.

Regione	Ipercolesterolemia riferita (%)	Confronto con la media nazionale
Campania	18,6	migliore del valore medio nazionale
Puglia	19,8	
Basilicata	19,9	
Abruzzo	20,3	
Sicilia	21,2	
Calabria	22,2	in linea con il valore medio nazionale
Liguria	23,5	
Piemonte	23,7	
Umbria	24,0	
Provincia di Bolzano	24,1	
Toscana	24,5	
Friuli Venezia Giulia	24,6	
Lazio	24,6	
Valle d'Aosta	24,6	
Veneto	26,4	peggiore del valore medio nazionale
Lombardia	26,8	
Emilia Romagna	27,6	
Marche	29,3	
Provincia di Trento	29,5	
Molise	30,6	
Sardegna	31,1	
ITALIA	24,0	

Quante persone riferiscono alti livelli di colesterolemia in Puglia?

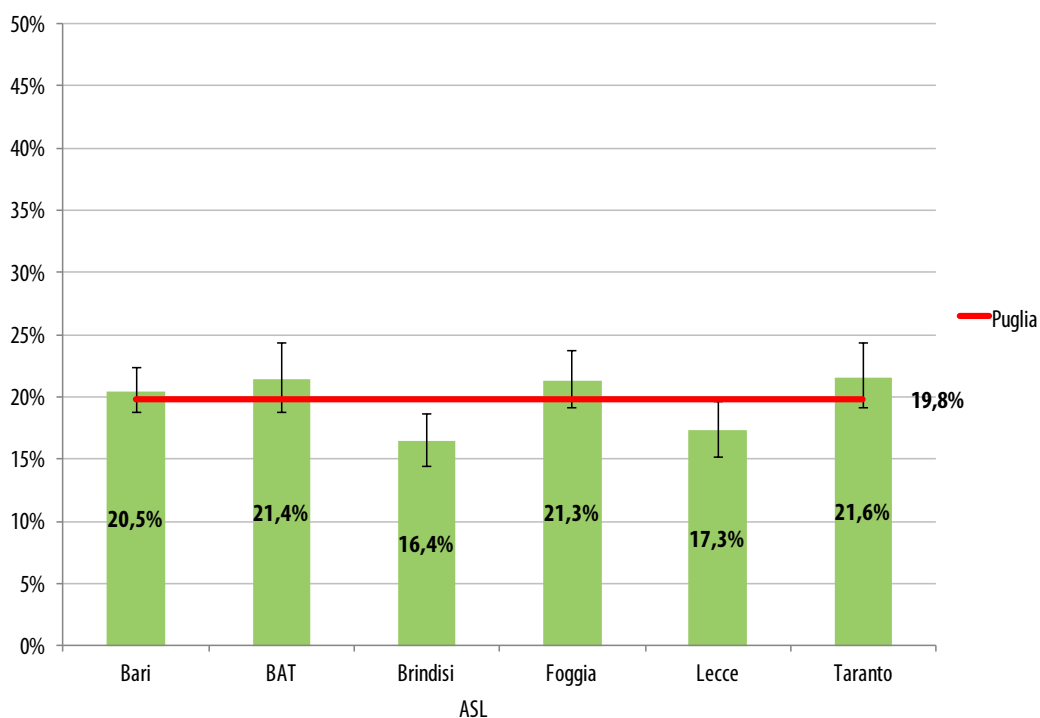
In Puglia, nel periodo 2011-2014, il 19,8% di coloro che hanno misurato il colesterolo almeno una volta nella vita riferisce la diagnosi di ipercolesterolemia. Non emergono differenze nella prevalenza dei soggetti che hanno riferito ipercolesterolemia tra i due sessi, mentre questa risulta più elevata nelle persone di età superiore ai 35 anni, in quelle con basso grado di istruzione (nessuna/elementare), con molte difficoltà economiche (Tabella 10.7).

TABELLA 10.7. Proporzioni di intervistati che hanno riferito ipercolesterolemia, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	4,7	3,7 – 5,9	1,00	
35-49	16,1	14,6 – 17,7	3,40	0,000
50-69	32,0	30,2 – 33,9	7,11	0,000
Sesso				
uomini	19,8	18,5 – 21,3	1,00	
donne	19,7	18,5 – 21,1	1,06	0,405
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	35,1	32,0 – 38,3	1,00	
media inferiore	20,9	19,2 – 22,6	0,78	0,009
media superiore	15,0	13,7 – 16,4	0,72	0,002
laurea	14,9	12,6 – 17,6	0,71	0,017
Difficoltà economiche				
molte	24,0	21,9 – 26,2	1,00	
qualche	19,0	17,6 – 20,4	0,82	0,017
nessuna	17,5	15,8 – 19,3	0,93	0,501
Cittadinanza				
italiana	19,8	18,9 – 20,8	1,00	
straniera	17,8	7,5 – 36,6	1,08	0,895

Analizzando la distribuzione della proporzione di ipercolesterolemici per ASL di residenza, le ASL con la proporzione più bassa di soggetti ipercolesterolemici sono Brindisi e Lecce. Nelle altre ASL pugliesi la percentuale di ipercolesterolemici risulta di poco superiore al dato medio regionale (Grafico 10.9).

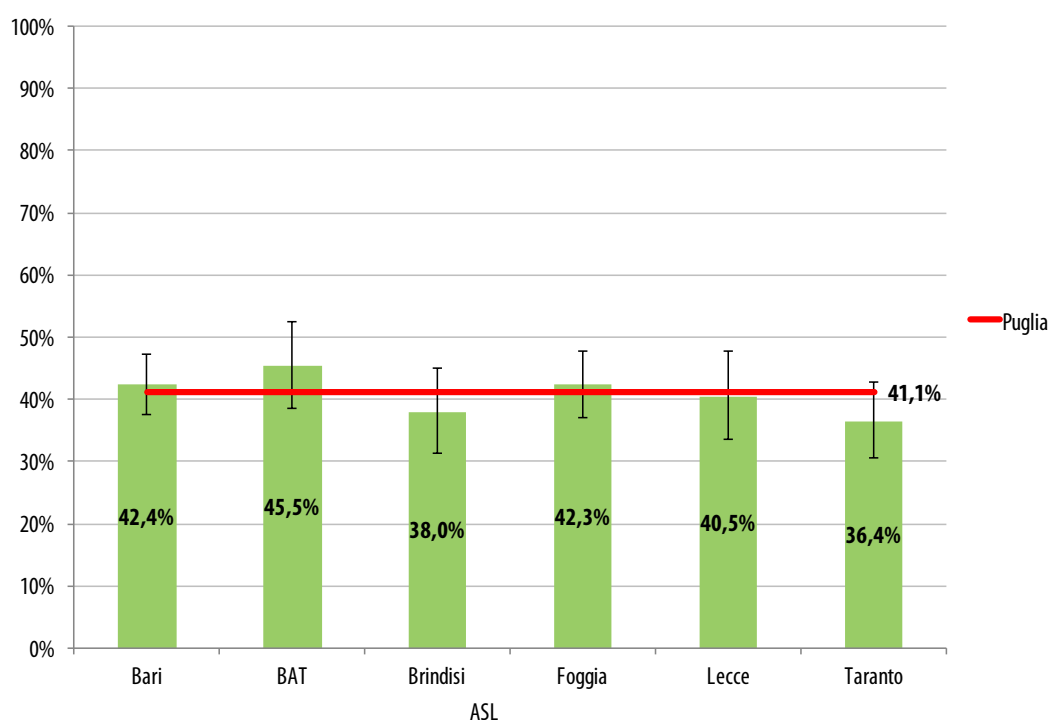
Grafico 10.9. Proporzione di ipercolesterolemici, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



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

In Puglia il 41,1% dei soggetti ipercolesterolemici ha riferito di essere in trattamento farmacologico. Per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico per ASL di residenza, il valore maggiore si osserva nella ASL BAT, mentre il valore minore si registra nella ASL Taranto (Grafico 10.10).

GRAFICO 10.10. Proporzione di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



La maggior parte delle persone con elevati livelli di colesterolo ha riferito di aver ricevuto da parte di un medico o di un operatore sanitario il consiglio di adottare cambiamenti del proprio stile di vita. In particolare:

- al 87,0% è stato consigliato di controllare il proprio peso o di perdere peso;
- al 85,9% di fare attività fisica regolare;
- al 90,8 % di mangiare più frutta e verdura;
- al 93,9% di ridurre il consumo di carne e formaggi.

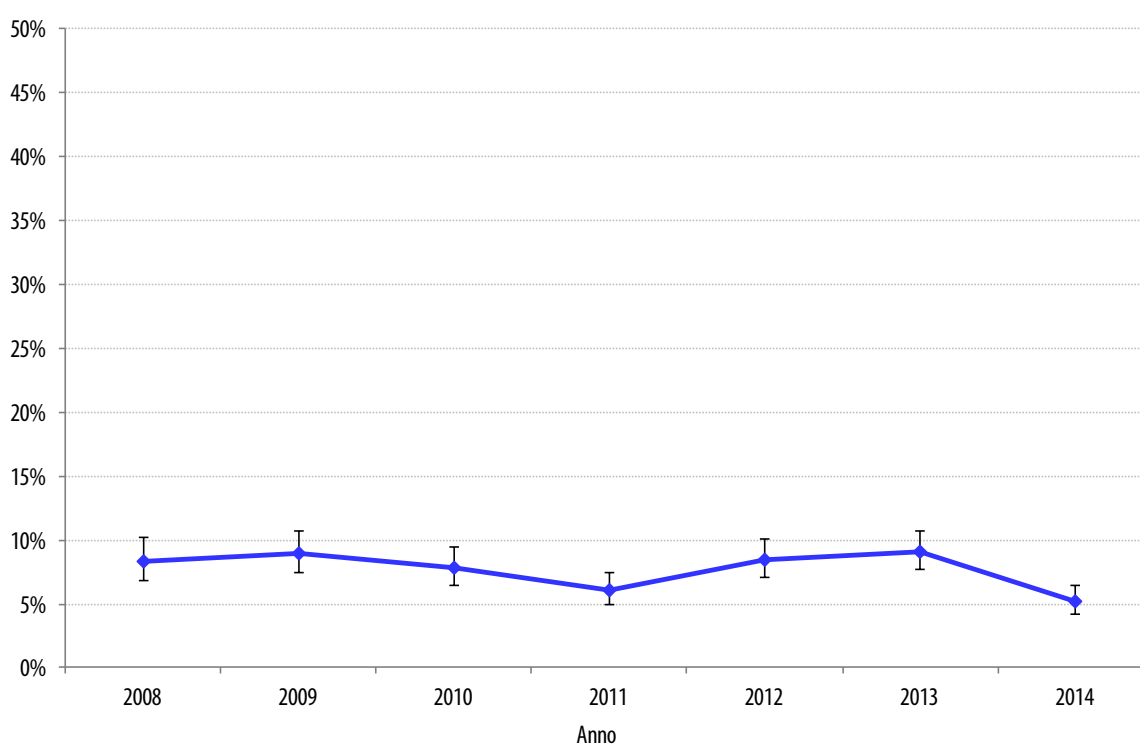
Misurazione del rischio cardiovascolare

Il punteggio individuale di rischio cardiovascolare consente di stimare la probabilità di andare incontro ad un evento cardiovascolare maggiore nei 10 anni successivi. Il calcolo del punteggio è il primo *step* per la programmazione di interventi di prevenzione commisurati all'entità del rischio, quali, ad esempio, la modifica degli stili di vita per chi ha un rischio basso ($RCV \leq 3$), l'avvio verso percorsi di approfondimento diagnostico e di cura per chi ha un rischio moderato ($RCV = 4-20$) o elevato ($RCV > 20$).

In Puglia, nel periodo 2011-2014, solo il 7,2% delle persone tra 35 e 69 anni senza patologie cardiovascolari ha dichiarato che gli è stato misurato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

Questa percentuale si è ridotta nel tempo, passando dall'8,4% nel 2008 al 5,2% nel 2014 (Grafico 10.11).

GRAFICO 10.11. Proporzione di intervistati (35-69 anni) a cui è stato misurato il rischio cardiovascolare, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Misurazione del rischio cardiovascolare in Italia

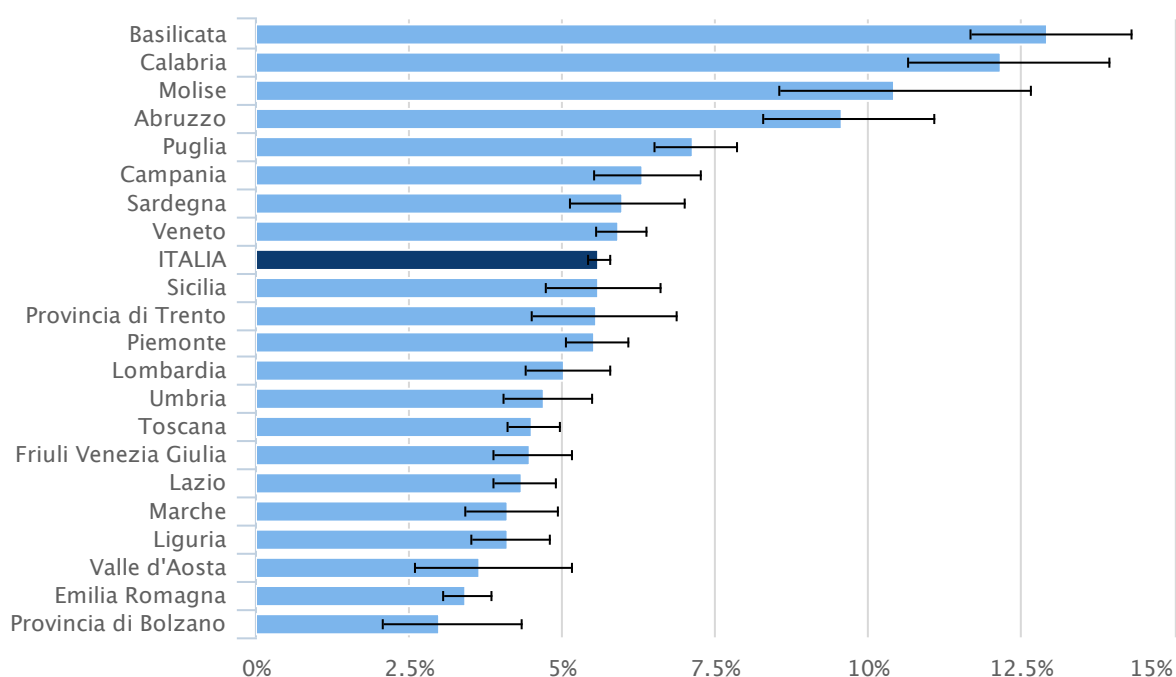
In Italia, i dati PASSI 2011-2014 rilevano che la misura del punteggio di cardiorischio è ancora poco praticata, infatti solo il 5,6% degli intervistati tra i 35 e i 69 anni, senza patologie cardiovascolari, ha dichiarato che gli è stato misurato il rischio cardiovascolare. L'analisi della prevalenza dei soggetti *screenati* per regione mostra un chiaro gradiente Nord/Sud, con le regioni del Sud (ad eccezione della Sicilia) nelle quali la pratica di misurare il rischio cardiovascolare sembra più diffusa rispetto alle regioni del nord, in cui fa eccezione solo il Veneto (Cartogramma 10.3; Grafico 10.12).

CARTOGRAMMA 10.3. Prevalenza di intervistati (35-69 anni) che hanno riferito la misurazione del rischio cardiovascolare. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 10.12. Prevalenza di intervistati (35-69 anni) che hanno riferito la misurazione del rischio cardiovascolare, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Misurazione del rischio cardiovascolare in Puglia

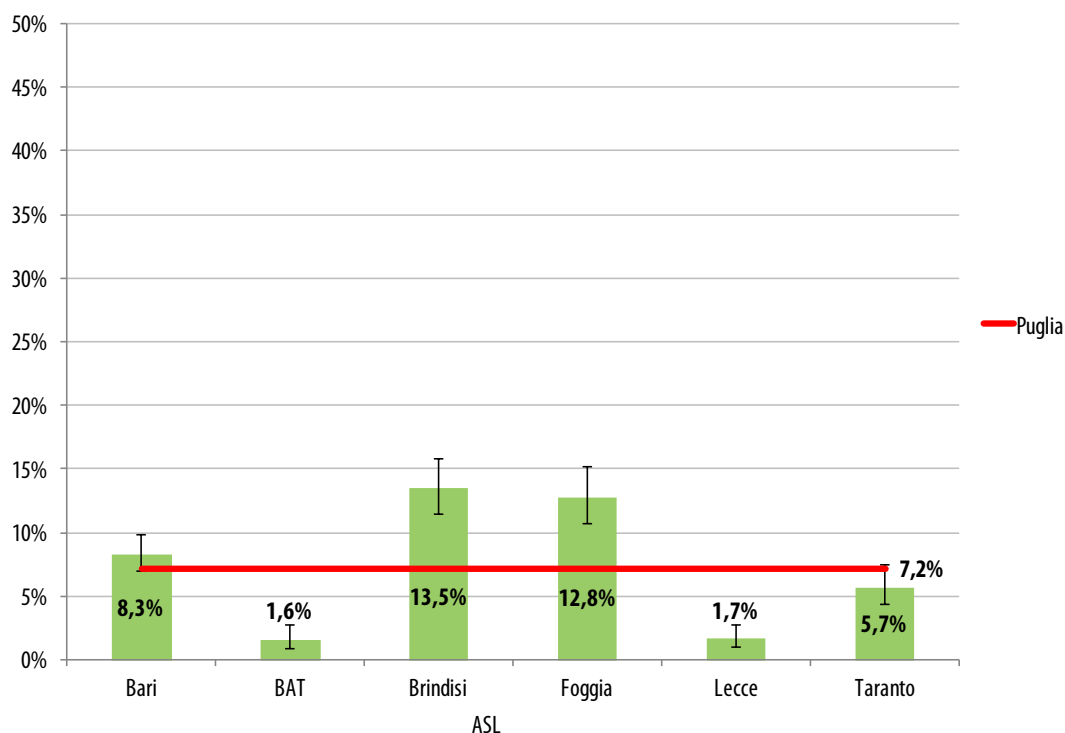
Il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare è risultato più frequente tra i soggetti di 50-59 anni, nei soggetti con grado di istruzione medio-alto e con qualche o nessuna difficoltà economica (Tabella 10.8).

TABELLA 10.8. Proporzione di intervistati che hanno riferito la misurazione del rischio cardiovascolare, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
35-39	2,8	1,9 – 4,1	1,00	-
40-49	5,1	4,2 – 6,2	1,00	-
50-59	9,2	7,8 – 10,7	0,44	0,000
60-69	11,0	9,4 – 12,8	1,00	-
Sesso				
uomini	6,7	5,8 – 7,7	1,00	
donne	7,6	6,7 – 8,6	1,19	0,103
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	7,7	6,2 – 9,5	1,00	
media inferiore	6,3	5,3 – 7,4	1,16	0,345
media superiore	7,5	6,4 – 8,7	1,41	0,037
laurea	8,5	6,5 – 11,0	1,71	0,010
Difficoltà economiche				
molte	5,5	4,4 – 6,8	1,00	
qualche	7,5	6,5 – 8,5	1,35	0,033
nessuna	8,2	6,9 – 9,8	1,47	0,019
Cittadinanza				
italiana	7,2	6,5 – 7,9	1,00	
straniera	6,0	1,4 – 22,5	0,97	0,967

I dati PASSI mostrano una importante variabilità nella proporzione di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare in base alla ASL di residenza. Rispetto al dato medio regionale, una percentuale più elevata di soggetti *screenati* si registra nella ASL Brindisi, mentre il valore più basso si osserva nella ASL BAT (Grafico 10.13).

GRAFICO 10.13. Proporzione di intervistati (35-69 anni) che hanno riferito la misurazione del rischio cardiovascolare, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



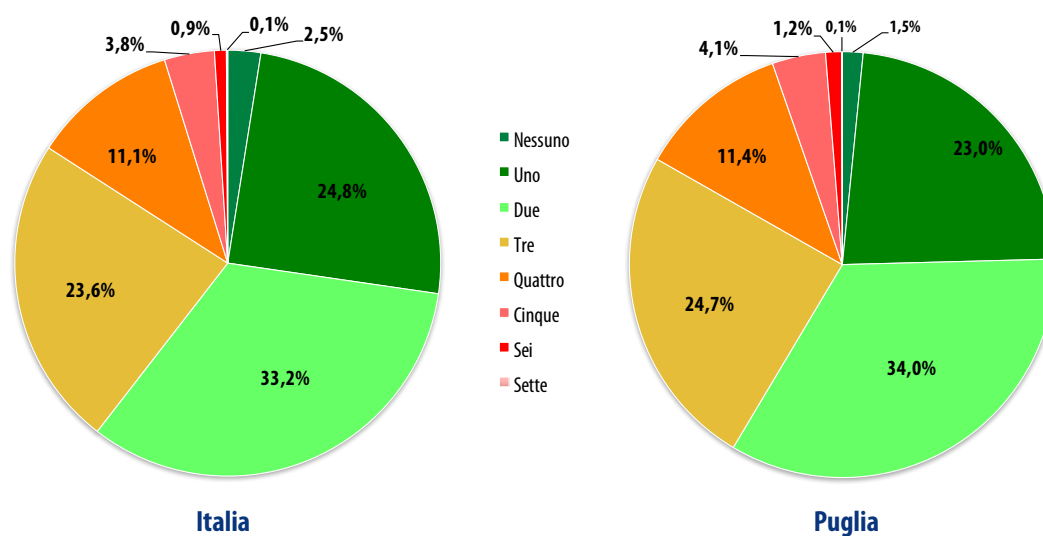
Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare in Puglia

La tabella 10.9 descrive la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare nel campione intervistato. In Puglia, su tutta la popolazione di 18-69 anni, il profilo di rischio multifattoriale è sovrapponibile al dato nazionale (Grafici 10.14 e 10.15).

TABELLA 10.9. Prevalenza di fattori di rischio cardiovascolari riferiti dagli intervistati. Puglia, anni 2011 – 2014.

Fattori di rischio cardiovascolare	%	IC95%
Iperensione	20,5	19,6 - 21,3
Ipercolesterolemia	19,8	18,9 - 20,8
Diabete	4,6	4,2 - 5,0
Sedentarietà	38,4	37,4 - 39,4
Fumo	26,6	25,7 - 27,5
Eccesso ponderale	45,6	44,6 - 46,6
Scarso consumo frutta e verdura	92,0	91,4 - 92,6

Grafici 10.14-15. Distribuzione degli intervistati per numero di fattori di rischio cardiovascolare riferiti. Italia e Puglia, anni 2011 - 2014.



Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia si stima che un quinto della popolazione tra i 18 e i 69 anni sia iperteso (20,5%), una percentuale analoga presenta valori elevati di colesterolemia (19,8%). Questi valori di prevalenza risultano in linea con le medie nazionali.

Per ridurre l'incidenza delle malattie cardiovascolari risulta prioritaria l'introduzione di programmi di prevenzione che prevedano un duplice approccio individuale e di popolazione.

L'approccio individuale riguarda le persone a maggior rischio, a cui vanno rivolti appropriati interventi assistenziali per diagnosticare, monitorare e trattare le principali condizioni a rischio; è importante soprattutto valutare il rischio complessivo che deriva dalla combinazione dei diversi fattori, come sottolinea il Piano nazionale della prevenzione. In questo senso si è rivelato fondamentale l'uso generalizzato e sistematico, da parte dei medici curanti, del calcolo del rischio cardiovascolare, che consente di identificare i soggetti con i profili di rischio più sfavorevoli su cui concentrare gli interventi, utilizzo che va ulteriormente implementato e inquadrato all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici e di follow-up dedicati.

L'approccio collettivo è finalizzato a favorire l'acquisizione di un corretto stile di vita nelle fasce di età più giovani e a migliorare abitudini e comportamenti in quelle più avanzate, al fine di ridurre l'insorgenza di tali patologie e al tempo stesso aumentare la proporzione delle persone con un basso profilo di rischio. A tal proposito il Piano Nazionale della Prevenzione prevede l'ampliamento della popolazione da sottoporre a valutazione, l'introduzione di approcci innovativi, iniziative di educazione alla salute per soggetti a rischio medio e l'implementazione di percorsi clinico-diagnostici per soggetti a rischio elevato. In questo ambito, la strategia europea "Gaining Health", recepita dal programma "Guadagnare Salute" del Ministero della Salute italiano, segnala l'efficacia delle strategie intersettoriali che mirino a rendere più facili le scelte salutari dei cittadini. Sono necessarie azioni sinergiche, che coinvolgano parti diversi della società e delle istituzioni, con il contributo dei professionisti dell'area sanitaria, dell'opinione pubblica e dei singoli individui, adeguatamente informati e motivati.



Appunti e annotazioni

Appunti e annotazioni



11. Diabete



- ✓ Il **4,6%** dei pugliesi di 18-69 anni riferisce una diagnosi di **diabete**
- ✓ L'**89,1** dei soggetti con diagnosi di diabete riferisce di essere in **trattamento farmacologico**
- ✓ I soggetti diabetici presentano **fattori di rischio cardiovascolare**, quali ipertensione e ipercolesterolemia, con maggiore frequenza rispetto alla popolazione non diabetica

Il diabete mellito è in aumento in tutto il mondo ed è caratterizzato da un carico assistenziale e una ricaduta economica importanti per il sistema sanitario.

Il diabete di tipo 1 (insulino-dipendente) è una malattia autoimmune che colpisce le persone giovani, quello di tipo 2 è una malattia cronica che compare per lo più in età adulta ed è correlato a fattori individuali. È una condizione associata allo stile di vita e a disuguaglianze sociali per cui è indispensabile disporre di strumenti di sorveglianza della diffusione del diabete e dei fattori associati nella popolazione. L'insorgenza del diabete di tipo 2 può essere prevenuta con uno stile di vita adeguato.

Il diabete risulta essere fortemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale e la sedentarietà, che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto agli altri.

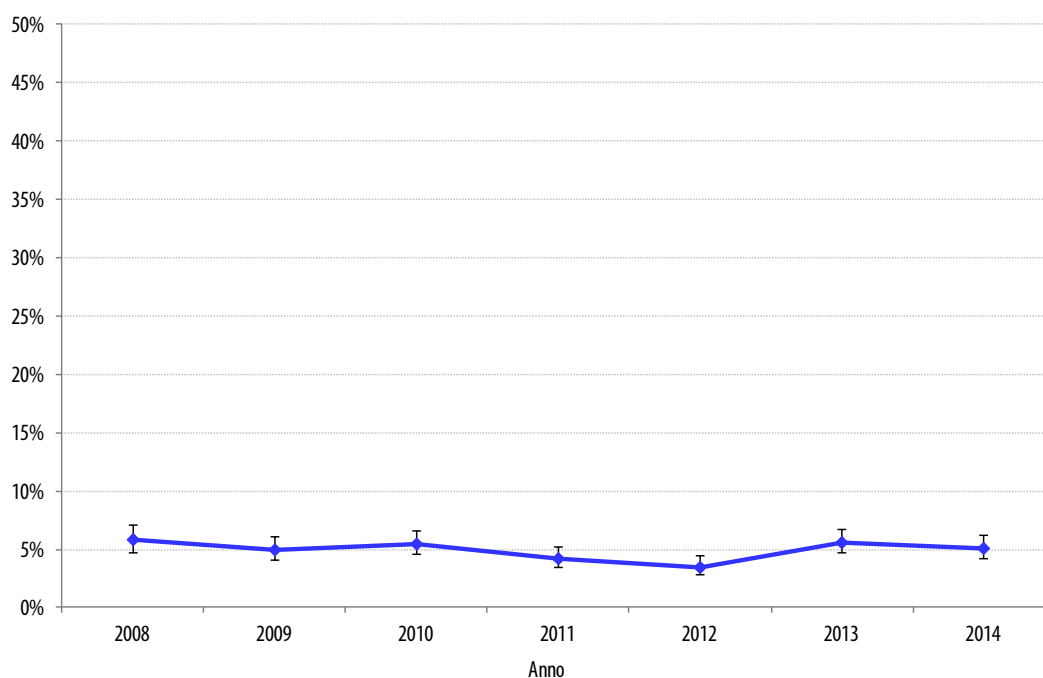
Inoltre, secondo l'OMS, circa una persona su tre affetta da diabete è inconsapevole della propria condizione, perciò l'indicatore PASSI tende a sottostimare la prevalenza di diabete effettivamente presente nella popolazione. L'importanza non solo della diagnosi ma anche della diagnosi precoce è legata a recenti e importanti progressi nel trattamento del diabete e nella prevenzione delle sue complicanze.

Qual è la prevalenza dei diabetici?

Nel periodo 2011-14, nella regione Puglia il 4,6% delle persone intervistate ha riferito una diagnosi di diabete effettuata da un medico.

L'analisi del trend annuale non mostra variazioni significative per quanto riguarda la prevalenza dei soggetti diabetici (Grafico 11.1).

GRAFICO 11.1. Prevalenza di soggetti intervistati che riferiscono una diagnosi di diabete, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



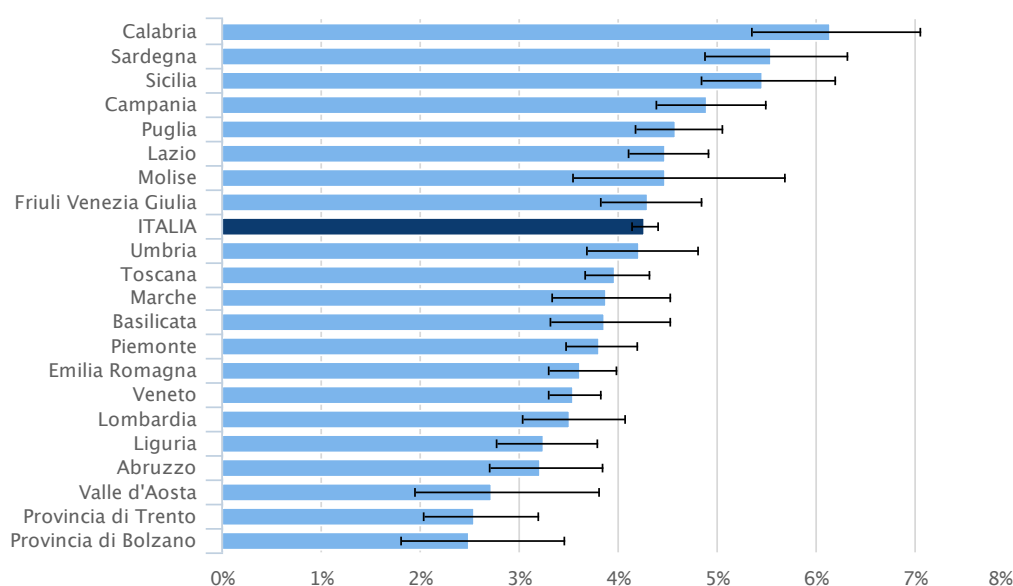
Diabetici in Italia

Poco più del 4% della popolazione adulta italiana di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici è omogenea sul territorio nazionale: prevalenze maggiori si osservano in Calabria e nelle isole; prevalenze minori nel centro-nord, in Liguria e in Emilia Romagna (Cartogramma 11.1; Grafico 11.2).

CARTOGRAMMA 11.1. Prevalenza dei diabetici per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



GRAFICO 11.2. Prevalenza dei diabetici per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Diabetici in Puglia

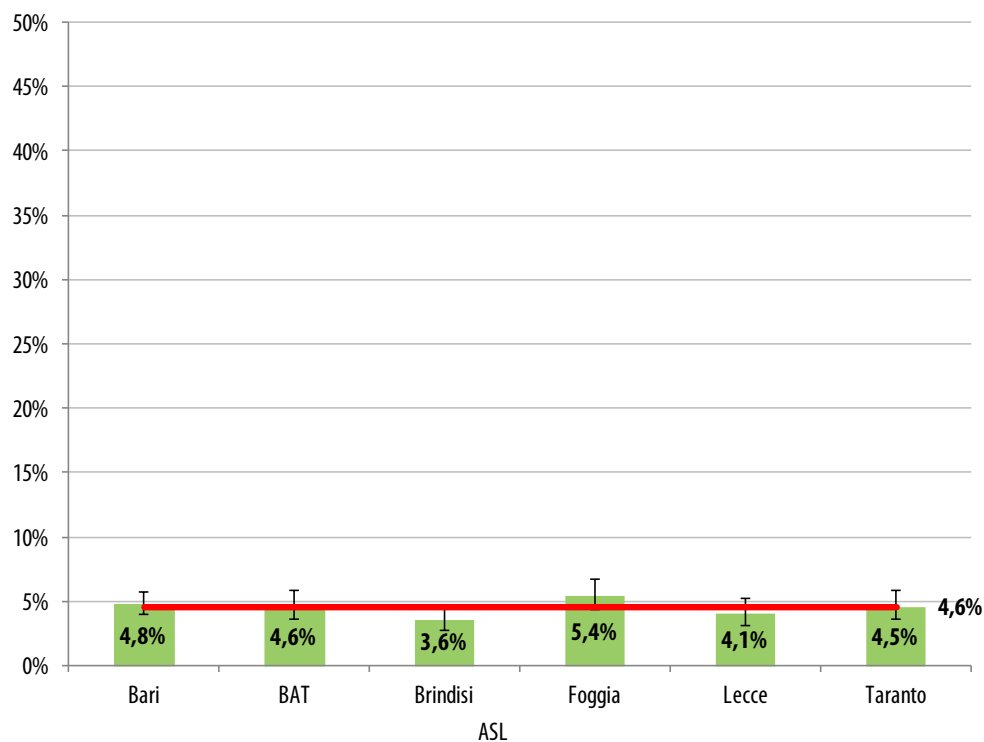
L'analisi multivariata indica che la probabilità di essere diabetici cresce all'aumentare dell'età, è maggiore negli uomini e diminuisce all'aumentare del grado di istruzione; risulta inoltre più elevata nei soggetti con difficoltà economiche (Tabella 11.1).

TABELLA 11.1. Prevalenza dei soggetti intervistati che riferiscono una diagnosi di diabete. Puglia, anni 2011-14.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	0,5	0,2-0,8	1,00	
35-49	1,6	1,2-2,2	2,55	0,007
50-69	11,0	9,9-12,2	14,82	0,000
Sesso				
uomini	5,0	4,4-5,7	1,00	
donne	4,2	3,6-4,8	0,72	0,005
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	14,0	12,0-16,2	1,00	
media inferiore	4,8	4,1-5,6	0,63	0,001
media superiore	2,4	1,9-2,9	0,45	0,000
laurea	1,8	1,1-2,9	0,35	0,000
Difficoltà economiche				
molte	6,6	5,6-7,8	1,00	
qualche	4,3	3,8-5,0	0,74	0,019
nessuna	3,2	2,6-4,0	0,90	0,561
Cittadinanza				
italiana	4,6	4,2-5,0	1,00	
straniera	5,8	1,8-17,2	1,89	0,397

La proporzione di soggetti diabetici non mostra differenze significative nelle varie ASL di residenza; il valore più basso è stato registrato nella ASL Brindisi mentre il più alto nella ASL Foggia (Grafico 11.3).

Grafico 11.3. Proporzioni di soggetti intervistati che riferiscono una diagnosi di diabete, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Fattori di rischio associati al diabete

Il diabete risulta essere fortemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale e la sedentarietà, che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto agli altri. Il 55,4% delle persone con diabete riferisce anche una diagnosi di ipertensione e il 45,1% di ipercolesterolemia (contro il 18,6% e il 18,3% osservati rispettivamente nella popolazione non diabetica); il 76,9% risulta in eccesso ponderale e il 53,7% è sedentario. Inoltre fra le persone con diabete resta alta la prevalenza di fumatori, pari al 21,3% (Tabella 11.2).

TABELLA 11.2. Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare negli intervistati diabetici e non. Puglia, anni 2011 - 2014.

Fattori di rischio	Popolazione diabetica		Popolazione non diabetica	
	%	IC95%	%	IC95%
Fumo	21,3	17,5-25,7	26,9	25,9-27,8
Iipertensione	55,4	50,2-60,4	18,6	17,7-19,4
Eccesso ponderale (BMI)	76,9	72,3-80,9	44,1	43,1-45,2
No 5-a-day	91,0	87,8-93,5	92,1	91,5-92,6
Sedentarietà	53,7	48,6-58,8	37,7	36,7-38,7
Ipercolesterolemia	45,1	40,0-50,4	18,3	17,4-19,3

Monitoraggio e terapia dei principali fattori di rischio cardiovascolari

Il 96,1% dei soggetti con diabete riferisce di aver misurato la pressione arteriosa almeno una volta negli ultimi due anni. Tra i diabetici ipertesi, il 94,9% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa.

Per quanto riguarda il colesterolo, l'83,1% dichiara di averlo controllato negli ultimi 12 mesi e l'80,0% assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

Visite e trattamento farmacologico

Di seguito sono riportate le frequenze con cui i soggetti intervistati dichiarano di essere seguiti da:

- medico di famiglia (40,7%)
- medico di famiglia e dal centro diabetologico (28,7%)
- centro diabetologico (25,5%)
- un altro medico (4,9%)
- nessuno (0,3%)

L'89,1% dei diabetici intervistati riferisce di essere in trattamento farmacologico per il controllo del diabete. In particolare:

- l'88,4% assume ipoglicemizzanti orali;
- il 17,2% è in terapia con insulina;
- lo 0,2% con altri farmaci iniettivi.

Il 47,5% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi 12 mesi (29,7% negli ultimi 4 mesi) mentre solo il 3,8% riferisce di averlo effettuato più di un anno fa. Il 42,7% non conosce l'esistenza o il significato di questo esame.

Le persone con diabete ricevono da medici o operatori sanitari consigli sugli stili di vita?

La maggioranza dei diabetici ha ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di fare regolare attività fisica (42,2% vs 25,0%), di smettere di fumare (52,5% vs 46,2%) o, se in eccesso ponderale, di perdere peso (66,6% vs 44,6). I diabetici ricevono questi consigli con frequenza maggiore rispetto alla popolazione non diabetica.

Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia, nella popolazione tra i 18 ed i 69 anni la patologia diabetica riguarda quasi 5 persone su 100 e risulta significativamente più diffusa all'aumentare dell'età, al diminuire del livello di istruzione e del benessere economico, tra chi è in eccesso ponderale e tra gli italiani rispetto ai coetanei stranieri. Le persone con diabete effettuano con frequenza maggiore, rispetto al resto della popolazione, il monitoraggio e il controllo dei fattori di rischio cardiovascolari. Tuttavia rimangono auspicabili ulteriori miglioramenti nel processo assistenziale. Sembrano passibili di miglioramento l'informazione e l'educazione dei pazienti ai corretti stili di vita, in particolar modo lo svolgimento di sufficiente attività fisica e l'adesione alla dieta da parte dei diabetici in eccesso ponderale.



Appunti e annotazioni

Dalla sorveglianza degli stili di vita
alle buone pratiche per la salute

I PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI NEGLI ANNI 2011/2014



SICUREZZA



12. Sicurezza stradale



- ✓ Il **90,2%** dei pugliesi utilizza il **casco**
- ✓ **2 pugliesi su 3** utilizzano la **cintura di sicurezza anteriore**
- ✓ Meno del **10%** dei pugliesi utilizza la **cintura di sicurezza posteriore**
- ✓ Tra coloro che convivono con un bambino di 0-6 anni, **1 persona su 3** ha difficoltà nell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, un incidente stradale è uno scontro che avviene su una strada pubblica, che coinvolge almeno un veicolo e che può avere anche conseguenze sulla salute di chi vi è coinvolto. Gli incidenti stradali rappresentano un problema di assoluta priorità per la sanità pubblica a causa dell'alto numero di morti e di invalidità temporanee e permanenti che causano nel mondo. Nel 2014, l'ISTAT ha registrato 177.031 incidenti stradali in Italia con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.381 persone.

Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Alcuni studi epidemiologici, anche riportati dall'Osservatorio Nazionale Ambiente e Traumi, hanno dimostrato che il mancato uso delle cinture di sicurezza aumenta il rischio di morire a seguito di incidente stradale di ben 2 volte. 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. Inoltre, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia, quali seggiolini di sicurezza e adattatori.

La sorveglianza PASSI misura l'abitudine ad utilizzare i dispositivi di sicurezza, in auto e moto, in base alle dichiarazioni degli intervistati. Durante l'intervista viene indagato il comportamento abituale in merito all'uso della cintura di sicurezza anteriore, posteriore e del casco. Infine a coloro che convivono con minori da 0 a 6 anni, viene chiesto se hanno difficoltà nell'utilizzo del seggiolino, quando li trasportano in auto.

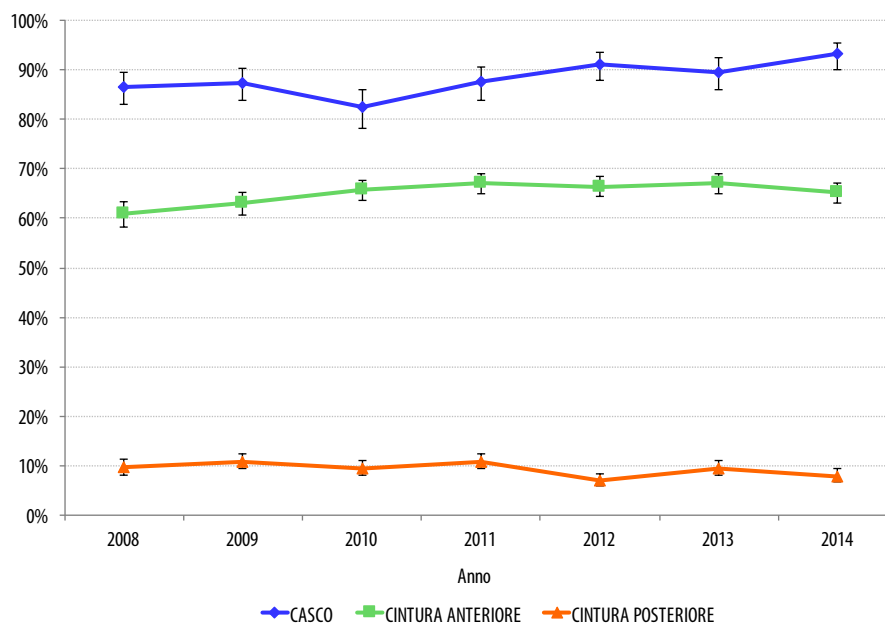
Uso dei dispositivi di sicurezza

Nel periodo 2011-14, nella regione Puglia il 66,5% delle persone tra 18 e 69 anni che ha viaggiato in auto come guidatore o passeggero sul sedile anteriore ha indossato sempre la cintura di sicurezza e il 90,2% delle persone che ha viaggiato su una moto, come guidatore o passeggero, ha indossato sempre il casco. L'uso della cintura posteriore è meno frequente: solo l'8,9% degli intervistati dichiara di indossarla sempre (Tabella 12.1). Il trend annuale sull'uso dei dispositivi di sicurezza mostra un graduale aumento nell'uso del casco e della cintura anteriore, al contrario l'uso della cintura posteriore risulta in decremento (Grafico 12.1).

TABELLA 12.1. Proporzione dei soggetti intervistati che hanno riferito l'uso dei dispositivi di sicurezza, per tipo di dispositivo. Puglia, anni 2011-14.

Uso dispositivi di sicurezza	%	IC95%
Casco	90,2	88,6-91,6
Cintura anteriore	66,5	65,4-67,4
Cintura posteriore	8,9	8,2-9,6

GRAFICO 12.1. Distribuzione di soggetti intervistati che hanno riferito l'uso dei dispositivi di sicurezza, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Uso del casco in Italia

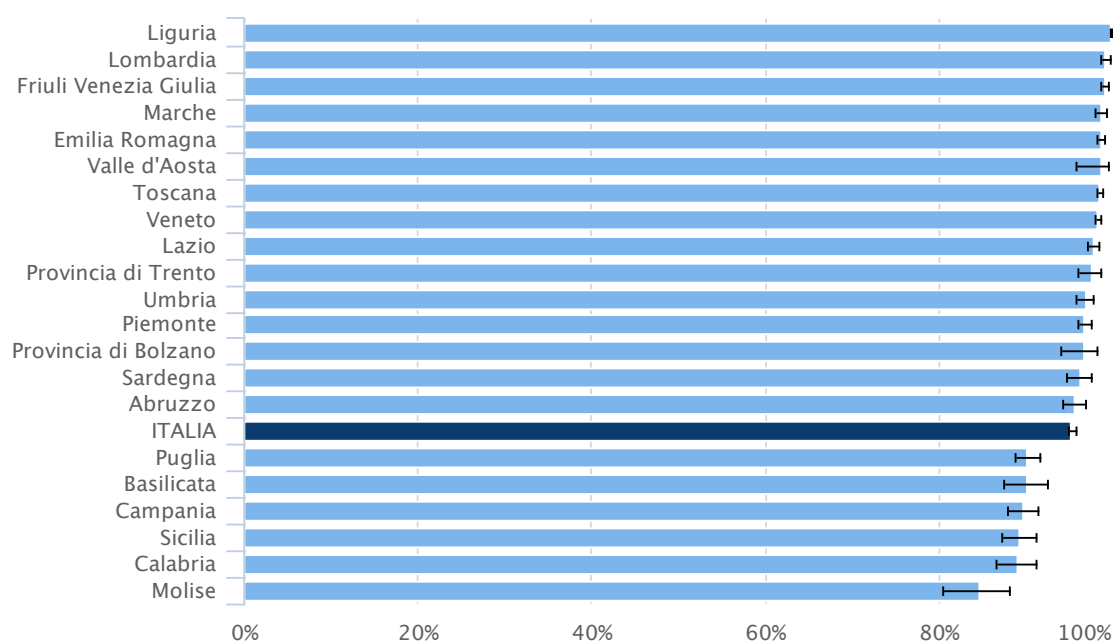
In Italia il 95,3% delle persone intervistate ha dichiarato di utilizzare il casco quando è alla guida della moto. La distribuzione dell'uso del casco per regione di residenza divide l'Italia in due macroaree, con una maggiore diffusione dell'uso del casco rispetto al valore medio nazionale nelle regioni settentrionali, in particolare in Liguria (99,9%). Al Sud è il Molise (84,6%) la regione con la quota più bassa di soggetti che riferiscono l'uso del casco quando sono in moto (Cartogramma 12.1; Grafico 12.2).

CARTOGRAMMA 12.1. Prevalenza di coloro che dichiarano di utilizzare il casco per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 12.2. Prevalenza di coloro che dichiarano di utilizzare il casco, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Uso della cintura anteriore in Italia

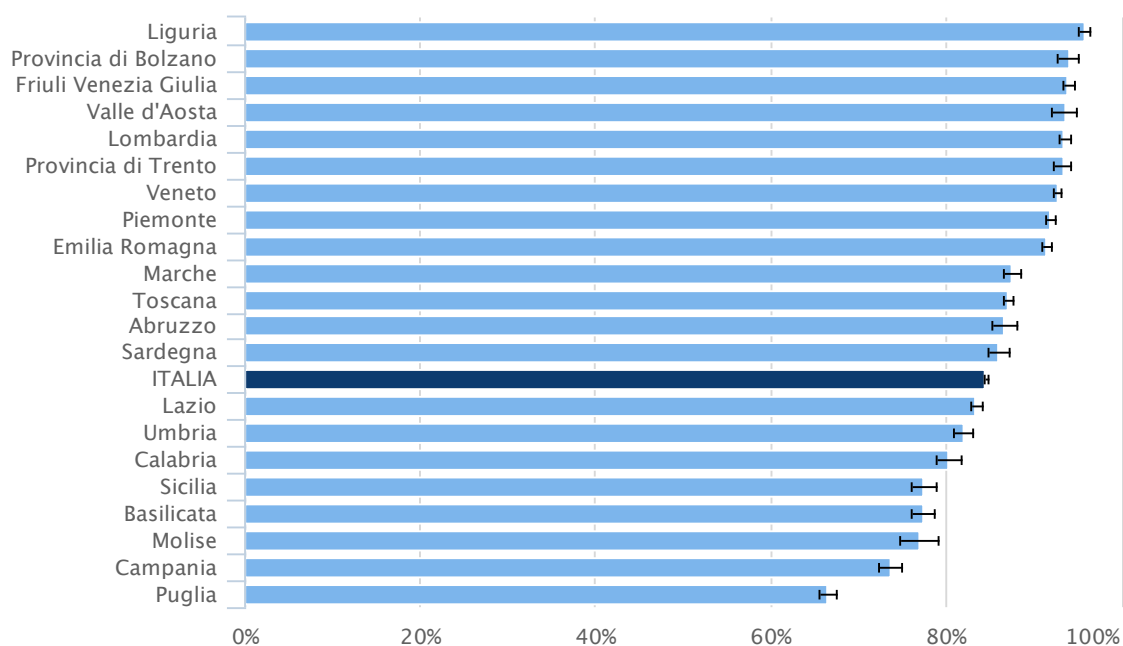
In Italia, l'85,5% degli intervistati usa la cintura anteriore. Anche sull'uso della cintura anteriore la prevalenza per regione di residenza divide l'Italia a metà, con valori più alti rispetto alla media nazionale nelle regioni centro-settentrionali e con valori più bassi nelle regioni centro-meridionali. La regione più virtuosa è la Liguria (95,7%) mentre la Puglia è la regione in cui la cintura si usa meno (66,5%) (Cartogramma 12.2; Grafico 12.3)

CARTOGRAMMA 12.2. Prevalenza di coloro che dichiarano di utilizzare la cintura anteriore per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

GRAFICO 12.3. Prevalenza di coloro che dichiarano di utilizzare la cintura anteriore per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Uso della cintura posteriore in Italia

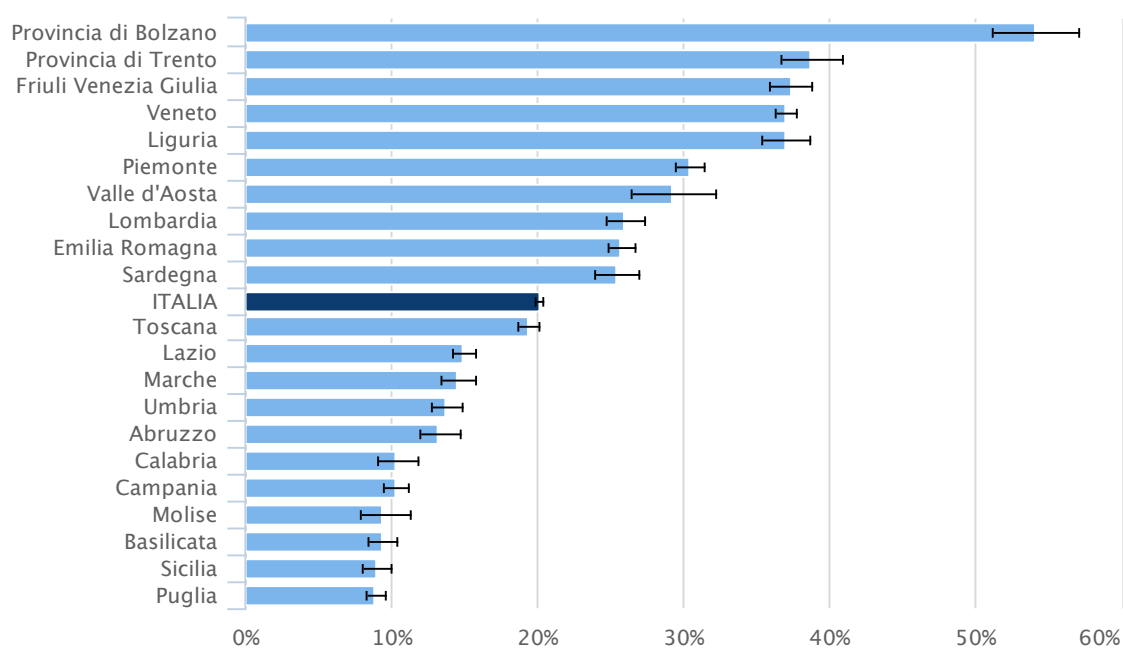
L'adesione alla buona pratica dell'uso della cintura posteriore è molto bassa in Italia e si attesta al 20,1% della popolazione. Le zone più virtuose nell'utilizzo della cintura posteriore sono quelle del nord Italia e la Sardegna. In particolare, la P. A. di Bolzano è quella nella quale l'uso della cintura posteriore è più frequente (54,1%); per il Sud ed isole il valore peggiore si registra in Puglia, nella quale solo l'8,9% della popolazione utilizza la cintura posteriore (Cartogramma 12.3; Grafico 12.4).

CARTOGRAMMA 12.3. Prevalenza degli intervistati che dichiarano di utilizzare la cintura posteriore, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 12.4. Prevalenza degli intervistati che dichiarano di utilizzare la cintura posteriore per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Uso del casco in Puglia

L'uso del casco in Puglia è più frequente nelle fasce di età più elevate, tra persone con un elevato grado di istruzione e senza difficoltà economiche, italiane (Tabella 12.2).

TABELLA 12.2. Proporzioni di coloro che dichiarano di utilizzare il casco, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-24	85,9	82,4 – 88,7	1,00	
25-34	92,0	88,6 – 94,4	1,66	0,040
35-49	92,7	89,8 – 94,8	2,22	0,001
50-69	91,8	87,4 – 94,7	2,06	0,015
Sesso				
uomini	90,4	88,4 – 92,0	1,00	
donne	90,0	86,9 – 92,4	0,97	0,867
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	82,7	70,3 – 90,6	1,00	
media inferiore	85,9	82,2 – 88,9	1,38	0,424
media superiore	91,1	88,9 – 92,9	2,45	0,030
laurea	97,6	94,4 – 99,0	7,14	0,001
Difficoltà economiche				
molte	86,2	82,0 – 89,6	1,00	
qualche	90,0	87,4 – 92,1	1,25	0,290
nessuna	92,9	90,3 – 94,9	1,70	0,034
Cittadinanza				
italiana	90,4	88,8 – 91,8	1,00	
straniera	58,6	17,2 – 90,6	0,18	0,069

Uso della cintura anteriore in Puglia

L'utilizzo della cintura anteriore è più frequente nei soggetti di 50 – 69 anni d'età, nei diplomati e nei laureati e nelle persone con qualche o nessuna difficoltà economica (Tabella 12.3).

TABELLA 12.3. Proporzione di coloro che dichiarano di utilizzare la cintura anteriore, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-24	65,3	62,5 – 68,1	1,00	
25-34	65,8	63,3 – 68,1	0,94	0,483
35-49	66,1	64,3 – 67,8	1,07	0,370
50-69	67,6	65,9 – 69,3	1,27	0,003
Sesso				
uomini	65,7	64,2 – 67,1	1,00	
donne	67,2	65,8 – 68,6	1,06	0,232
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	62,1	59,0 – 65,0	1,00	
media inferiore	61,4	59,6 – 63,1	1,05	0,534
media superiore	67,8	66,2 – 69,3	1,39	0,000
laurea	79,9	77,2 – 82,2	2,53	0,000
Difficoltà economiche				
molte	59,9	57,8 – 62,0	1,00	
qualche	67,2	65,7 – 68,6	1,26	0,000
nessuna	70,7	68,8 – 72,5	1,32	0,000
Cittadinanza				
italiana	66,4	65,4 – 67,4	1,00	
straniera	67,4	53,0 – 79,2	1,19	0,573

Uso della cintura posteriore in Puglia

In Puglia l'uso della cintura posteriore è poco diffuso: ad utilizzarla sono prevalentemente i soggetti di 50-69 anni e le persone con basso titolo di istruzione (Tabella 12.4).

TABELLA 12.4. Proporzioni di coloro che dichiarano di utilizzare la cintura posteriore, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-24	6,7	5,3 – 8,4	1,00	
25-34	9,1	7,6 – 10,8	1,34	0,075
35-49	8,6	7,5 – 9,8	1,30	0,075
50-69	10,1	8,9 – 11,5	1,51	0,007
Sesso				
uomini	9,4	8,3 – 10,5	1,00	
donne	8,5	7,7 – 9,5	0,87	0,115
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	11,1	9,1 – 13,5	1,00	
media inferiore	8,0	7,0 – 9,3	0,74	0,042
media superiore	8,5	7,5 – 9,6	0,83	0,209
laurea	10,5	8,6 – 12,9	1,01	0,959
Difficoltà economiche				
molte	9,2	7,9 – 10,7	1,00	
qualche	8,2	7,3 – 9,3	0,88	0,273
nessuna	9,6	8,3 – 11,0	1,02	0,851
Cittadinanza				
italiana	8,9	8,2 – 9,6	1,00	
straniera	8,7	3,1 – 21,9	0,95	0,933

La prevalenza di coloro che hanno riferito l'uso dei dispositivi di sicurezza quando sono alla guida risulta differente sul territorio regionale: in merito all'uso del casco, valori più bassi si osservano nella ASL Taranto (81,8%) e più elevati nella ASL Brindisi (96,9%) (Grafico 12.5). La cintura anteriore viene utilizzata meno nella ASL BAT (47,9%) e maggiormente nella ASL Bari (76,1%); anche l'uso della cintura posteriore è minore nell'ASL BAT (5,3%) e più elevato nell'ASL Brindisi (10,7%) (Grafici 12.6 e 12.7).

GRAFICO 12.5. Proporzione di soggetti che hanno riferito l'uso del casco, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

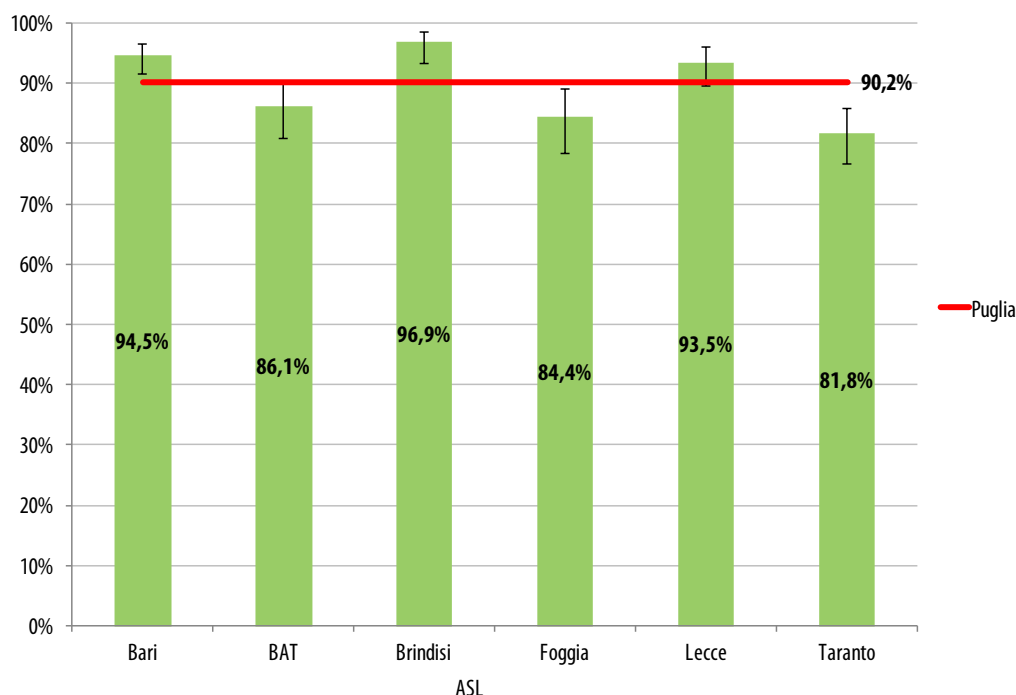
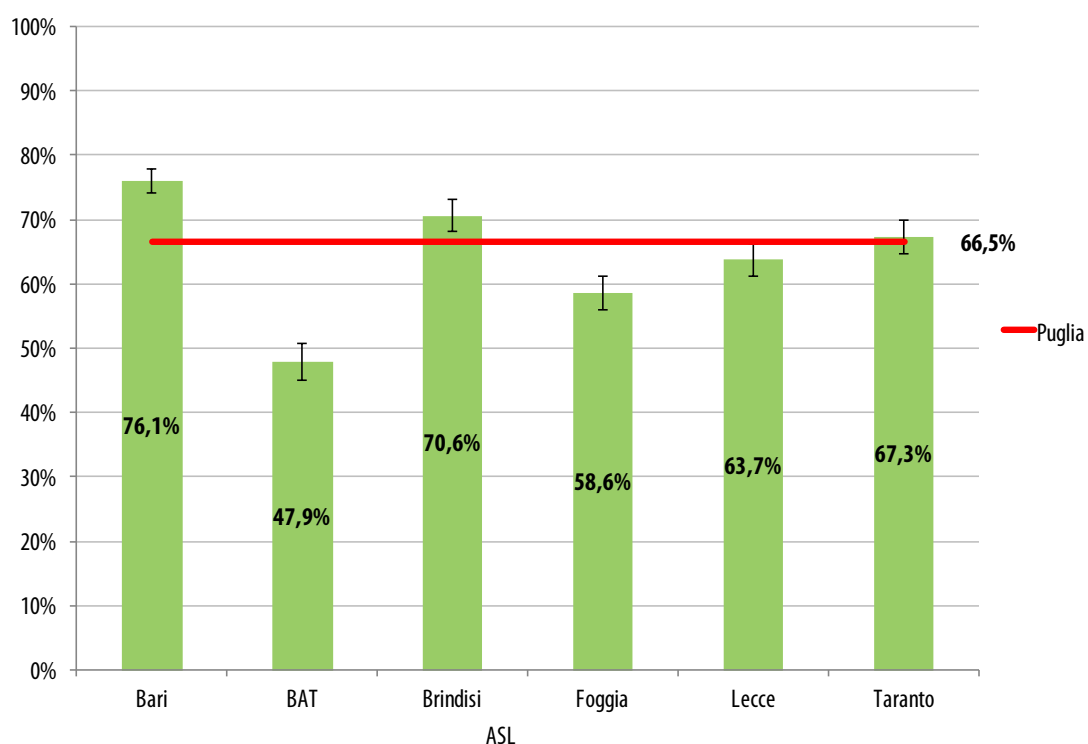
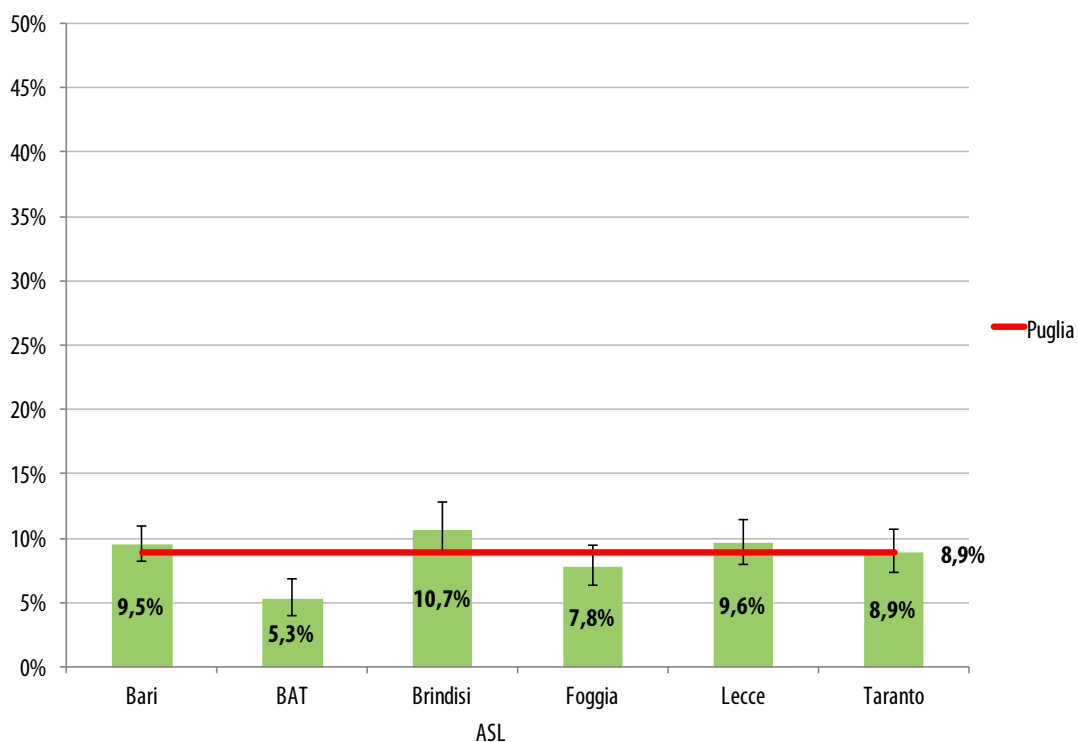


GRAFICO 12.6. Proporzione di soggetti che hanno riferito l'uso della cintura anteriore, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.**GRAFICO 12.7.** Proporzione di soggetti che hanno riferito l'uso della cintura posteriore, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

Difficoltà nell'uso dei dispositivi di sicurezza per bambini

Il 34,4% dei soggetti intervistati che convivono con bambini fino ai 6 anni di età ha dichiarato di avere difficoltà nell'utilizzo dei sistemi di sicurezza per bambini: sono prevalentemente i soggetti di età superiore a 34 anni, le donne, i più disagiati economicamente ad avere le maggiori difficoltà (Tabella 12.5).

TABELLA 12.5. Proporzioni degli intervistati conviventi con bambini di 0-6 anni che dichiarano di avere difficoltà ad utilizzare i dispositivi di sicurezza per bambini, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	30,3	25,9 – 35,0	1,00	
35-69	36,8	33,4 – 40,4	1,54	0,002
Sesso				
uomini	31,2	27,2 – 35,6	1,00	
donne	37,0	33,3 – 40,8	1,44	0,007
Grado di istruzione				
bassa	37,5	33,0 – 42,3	1,00	
alta	32,3	28,8 – 36,0	0,82	0,171
Difficoltà economiche				
molte	43,9	37,7 – 50,4	1,00	
qualche	31,6	27,7 – 35,8	0,59	0,002
nessuna	31,7	26,7 – 37,2	0,61	0,012

La difficoltà nell'utilizzo di dispositivi sono più frequenti nei soggetti che convivono con bambini di età superiore a 1 anno, in coloro che non usano la cintura di sicurezza e in coloro che non hanno visto o sentito campagne informative (Tabella 12.6).

TABELLA 12.6. Proporzioni degli intervistati che convivono con bambini di età 0-6 anni che dichiarano di avere difficoltà ad utilizzare i dispositivi di sicurezza per bambini, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

Età del bambino	%	IC 95%	OR	p
0-1 anno	16,7	12,3 – 22,1	1,00	
2-6 anni	39,7	36,4 – 43,0	3,06	0,000
Uso della cintura anteriore				
no	44,0	39,3 – 48,8	1,00	
sì	27,8	24,5 – 31,4	0,51	0,000
Visto o sentito campagne informative				
no	40,8	35,9 – 45,9	1,00	
sì	30,2	26,9 – 33,7	0,67	0,000

Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia si stima che quasi la totalità degli intervistati utilizzi il casco e 2 cittadini su 3 usano la cintura di sicurezza anteriore, mentre l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza da parte degli occupanti dei sedili posteriori delle auto continua ad essere scarsamente diffuso, non raggiungendo nemmeno il 10% degli intervistati.

Il dato relativo all'utilizzo del casco è superiore al dato medio nazionale, mentre per l'utilizzo delle cinture anteriore e posteriore, la prevalenza risulta inferiore a quella nazionale e la Puglia rappresenta la regione italiana con la più bassa prevalenza di utilizzo di tali dispositivi.

Per questi dispositivi di sicurezza stradale (cinture anteriori e posteriori), i sistemi di controllo e di sanzione devono quindi rafforzarsi ed essere accompagnati da azioni di comunicazione più incisive ed efficaci nell'accrescere la consapevolezza dei viaggiatori sull'importanza del loro utilizzo.

Più di un terzo di coloro che convivono con bambini fino ai 6 anni di età ha difficoltà ad utilizzare i dispositivi di sicurezza stradale per bambini, in particolare quando i bambini hanno età compresa fra i 2 ed i 6 anni. Ciò accade nonostante oltre il 60% degli intervistati abbia sentito campagne di promozione sull'argomento. Emerge quindi la necessità che anche le campagne di informazione debbano essere intensificate e migliorate nei contenuti, ma soprattutto mirate nei confronti di questo target definito.

Appunti e annotazioni

13. Alcol e guida



- ✓ Il **7,7%** dei pugliesi ha dichiarato di aver guidato almeno una volta dopo aver bevuto
- ✓ Dal 2010 al 2014 la proporzione di intervistati che riferisce **controlli alla guida da parte delle Forze dell'Ordine diminuisce dal 31,0% al 22,9%**
- ✓ Negli ultimi 2 anni si riduce la frequenza con cui viene eseguito l'etil-test nelle persone fermate per controlli (**7,0% nel 2014**)

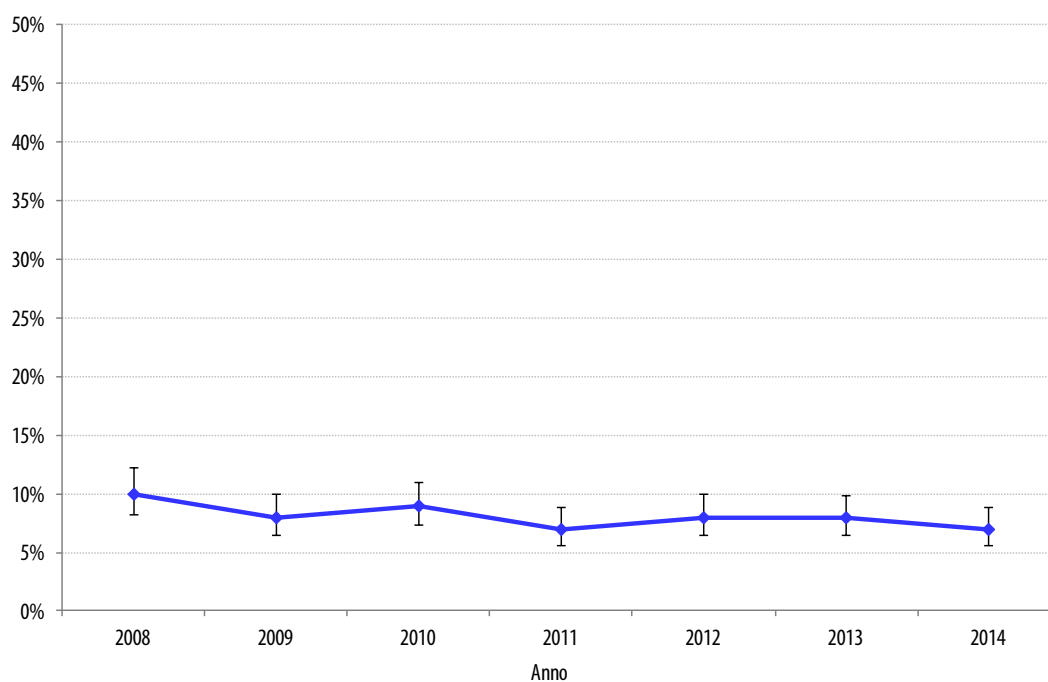
Nei Paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in media uno su cinque tra i guidatori deceduti a seguito di un incidente stradale ha una concentrazione di alcol nel sangue superiore al limite legale di 0,5 grammi per litro. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità, in Italia la frazione di decessi per incidenti stradali alcol-attribuibile è del 37% per i maschi e del 18% per le donne. È da tenere presente che il consumo di alcol influenza sia il rischio di incidenti stradali che la gravità delle conseguenze provocate da questi ultimi. In Italia, il sistema di sorveglianza PASSI rileva i dati relativi alla frequenza di guida dopo aver consumato alcol riferita dagli intervistati e i dati relativi ai controlli effettuati dalle Forze dell'Ordine e alla frequenza con cui, in occasione dei controlli, si esegue l'etil-test.

Quante persone guidano dopo aver bevuto?

Nel periodo 2011 - 2014, nella regione Puglia il 7,7% delle persone intervistate ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto; tale proporzione risulta pari al 9,3% dei giovani tra i 18-21 anni e al 10,0% nei giovani tra i 18-25 anni.

L'analisi del trend annuale mostra una graduale riduzione della proporzione dei soggetti che guidano dopo aver bevuto (Grafico 13.1).

GRAFICO 13.1. Proporzion degli intervistati che hanno riferito di aver guidato dopo aver bevuto, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Persone che si mettono alla guida dopo aver bevuto in Italia

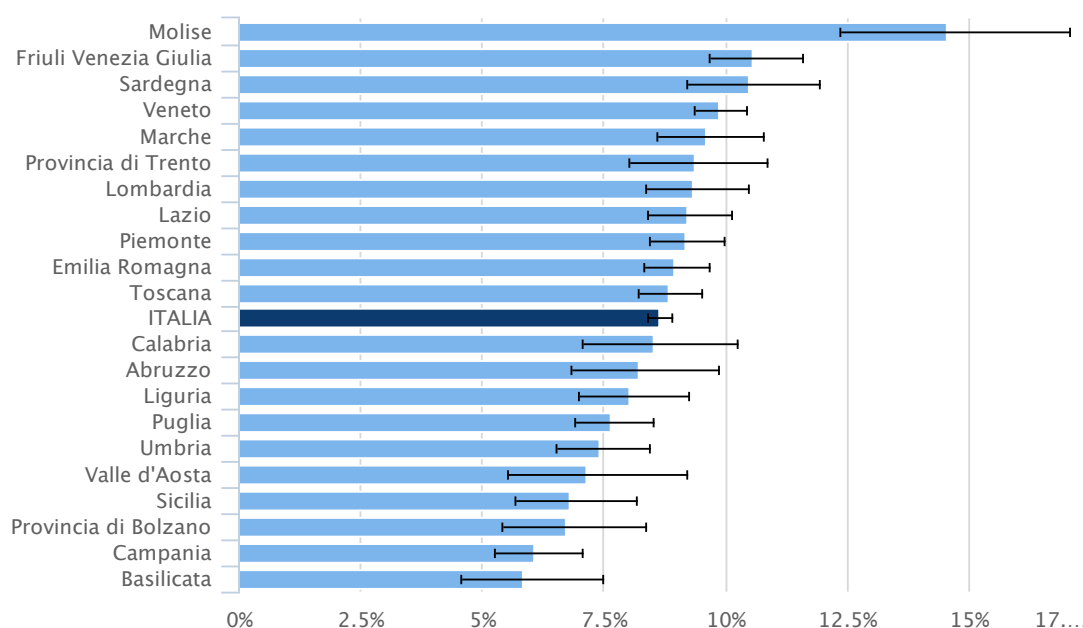
In Italia l'8,6% dei soggetti intervistati ha dichiarato di essersi messo alla guida dopo aver bevuto. La prevalenza di coloro che guidano dopo aver bevuto per regione di residenza non si discosta dal valore medio nazionale; la regione con la prevalenza più alta è risultata il Molise (14,5%), quella con la prevalenza più bassa la Basilicata (5,8%; Cartogramma 13.1) (Grafico 13.2)

CARTOGRAMMA 13.1. Prevalenza dei soggetti che si sono messi alla guida dopo aver bevuto, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 13.2. Prevalenza dei soggetti che si sono messi alla guida dopo aver bevuto per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Persone che si mettono alla guida dopo aver bevuto in Puglia

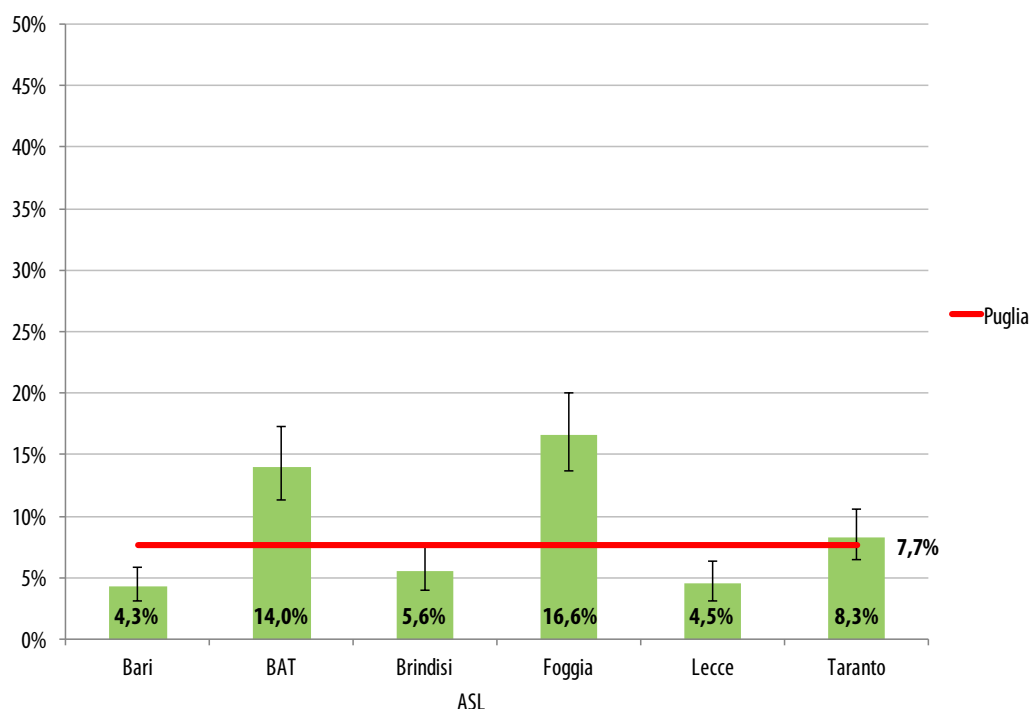
L'analisi logistica mostra come la probabilità di guidare dopo aver bevuto si riduca con l'aumentare dell'età e con il diminuire delle difficoltà economiche e aumenti nei maschi (Tabella 13.1).

TABELLA 13.1. Proporzione di soggetti che si sono messi alla guida dopo aver bevuto, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-24 anni	10,2	8,0 – 12,9	1,00	
25-34 anni	10,2	8,3 – 12,4	0,95	0,782
35-49 anni	7,4	6,1 – 8,9	0,63	0,010
50-69 anni	5,3	4,2 – 6,7	0,45	0,000
Sesso				
uomini	9,8	8,7 – 10,9	1,00	
donne	3,0	2,2 – 4,0	0,27	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	4,5	2,8 – 7,1	1,00	
media inferiore	7,7	6,3 – 9,3	1,38	0,264
media superiore	8,8	7,5 – 10,2	1,65	0,081
laurea	6,3	4,6 – 8,7	1,50	0,223
Difficoltà economiche				
molte	10,8	8,9 – 13,0	1,00	
qualche	6,8	5,7 – 8,0	0,57	0,000
nessuna	6,7	5,4 – 8,3	0,51	0,000
Cittadinanza				
italiana	7,7	6,9 – 8,6	1,00	
straniera	-	-	-	-

La proporzione di soggetti che hanno guidato dopo aver bevuto risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi rispetto alla media regionale nella ASL Bari (4,3%) e più elevati nella ASL Foggia (16,6%) (Grafico 13.3).

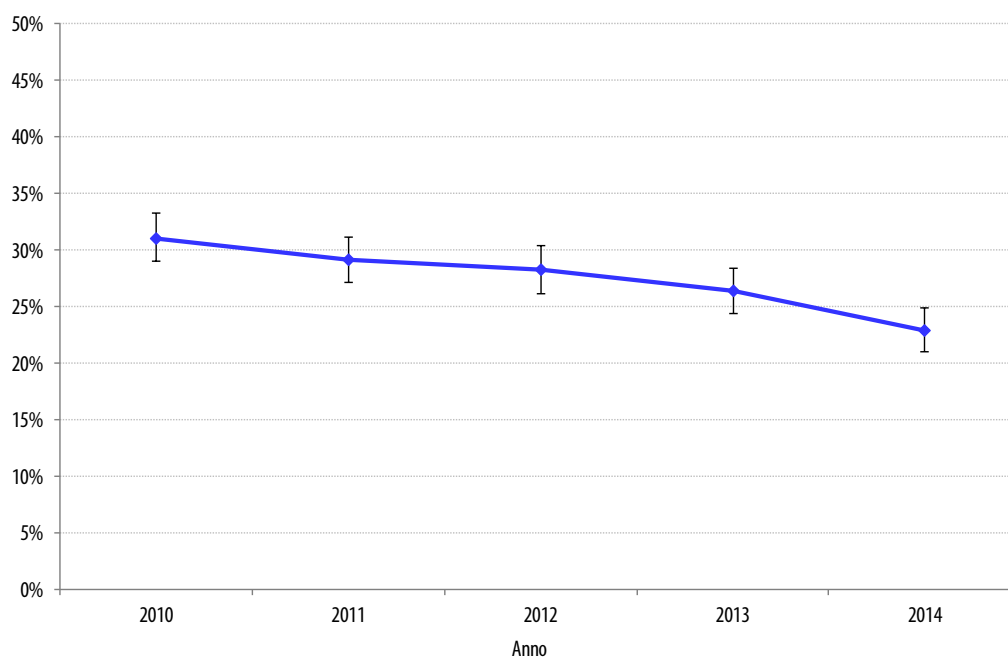
GRAFICO 13.3. Proporzione di soggetti che si sono messi alla guida dopo aver bevuto, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Quante persone sono state fermate dalle Forze dell'Ordine per un controllo?

Il 26,7% delle persone intervistate ha dichiarato di essere stato fermato alla guida dalle Forze dell'Ordine per un controllo. Il trend annuale mostra come la proporzione diminuisca dal 2010 al 2014, passando dal 31,0% nel 2010 al 22,9% nel 2014 (Grafico 13.4).

GRAFICO 13.4. Proporzione dei soggetti che sono stati fermati alla guida dalle Forze dell'Ordine per un controllo, trend annuale. Puglia, anni 2010 - 2014.



Persone che sono state fermate dalle Forze dell'Ordine in Italia

Dai dati nazionali PASSI risulta che la quota di persone che sono state fermate dalle Forze dell'Ordine per i controlli è pari al 33,6%.

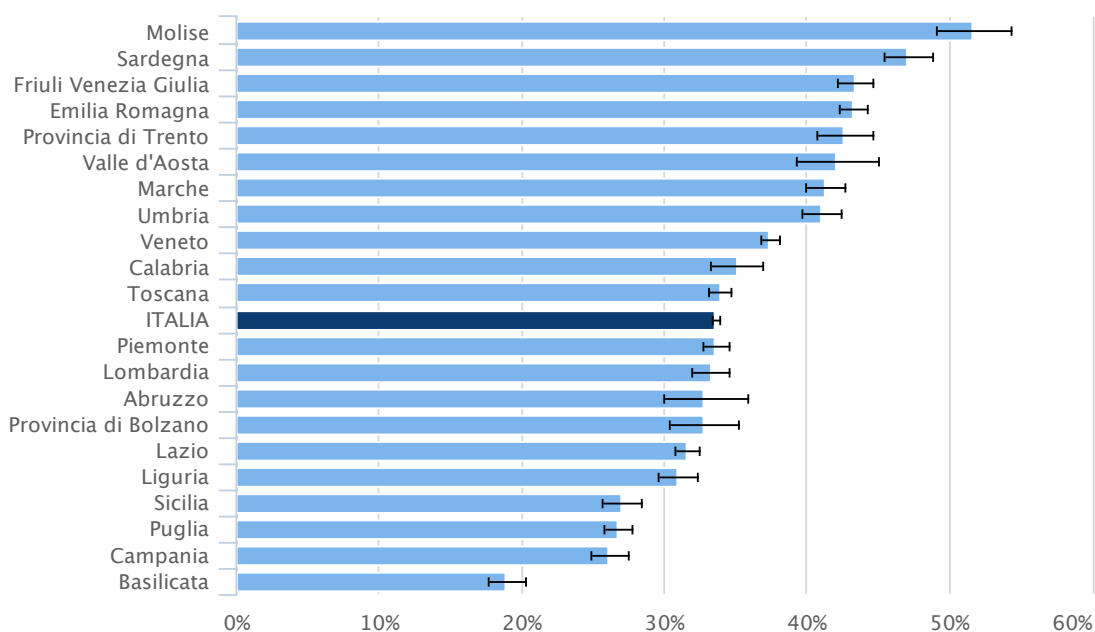
A livello regionale la prevalenza di persone che riportano di essere state fermate dalle Forze dell'Ordine risulta minore rispetto alla media nazionale in Basilicata (18,9%); la prevalenza più elevata si osserva invece in Molise (51,7%; Cartogramma 13.2) (Grafico 13.5).

CARTOGRAMMA 13.2. Prevalenza dei soggetti che sono stati fermati dalle Forze dell'Ordine, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

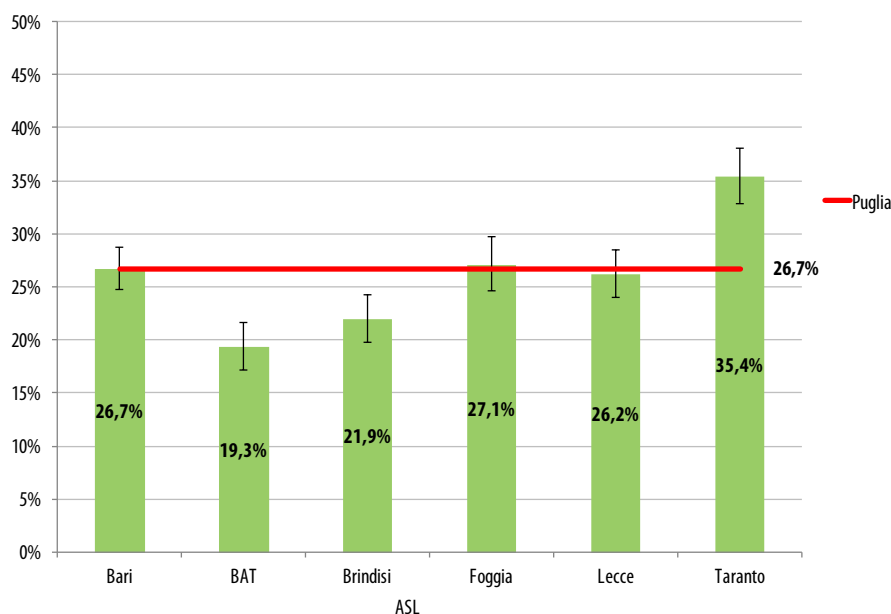
GRAFICO 13.5. Prevalenza dei soggetti che sono stati fermati dalle Forze dell'Ordine per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Persone che sono state fermate dalle Forze dell'Ordine in Puglia

La proporzione delle persone fermate per controlli dalle Forze dell'Ordine risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nella ASL BAT (19,3%) e più elevati nella ASL Taranto (35,3%) (Grafico 13.6).

GRAFICO 13.6. Proporzione di soggetti che sono stati fermati dalle Forze dell'Ordine, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

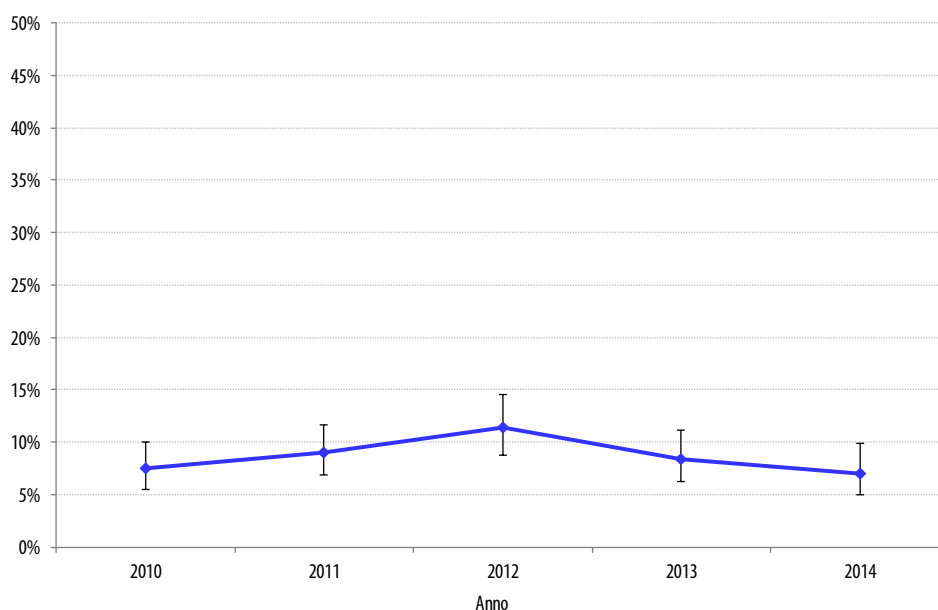


A quante persone è stato eseguito il test etilico?

Il 9,1% degli intervistati fermati per controlli dalle Forze dell'Ordine ha riferito che in quell'occasione ha anche eseguito il test etilico.

L'analisi del trend annuale mostra un picco nell'esecuzione degli etil-test nel 2012 (11,4%) (Grafico 13.7).

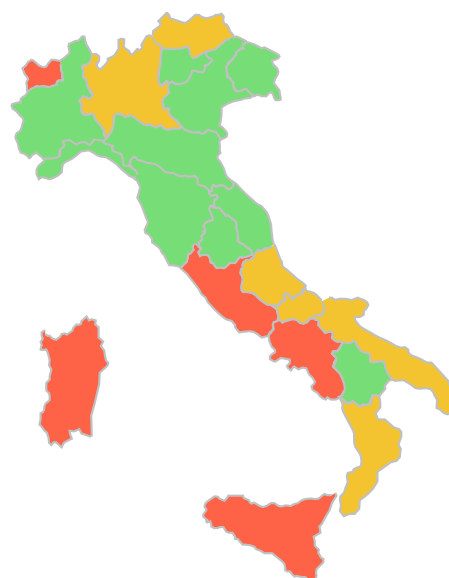
GRAFICO 13.7. Proporzione dei soggetti ai quali è stato eseguito un test etilico durante un controllo delle Forze dell'Ordine, trend annuale. Puglia, anni 2010 - 2014.



Persone che sono state sottoposte ad etil-test in Italia

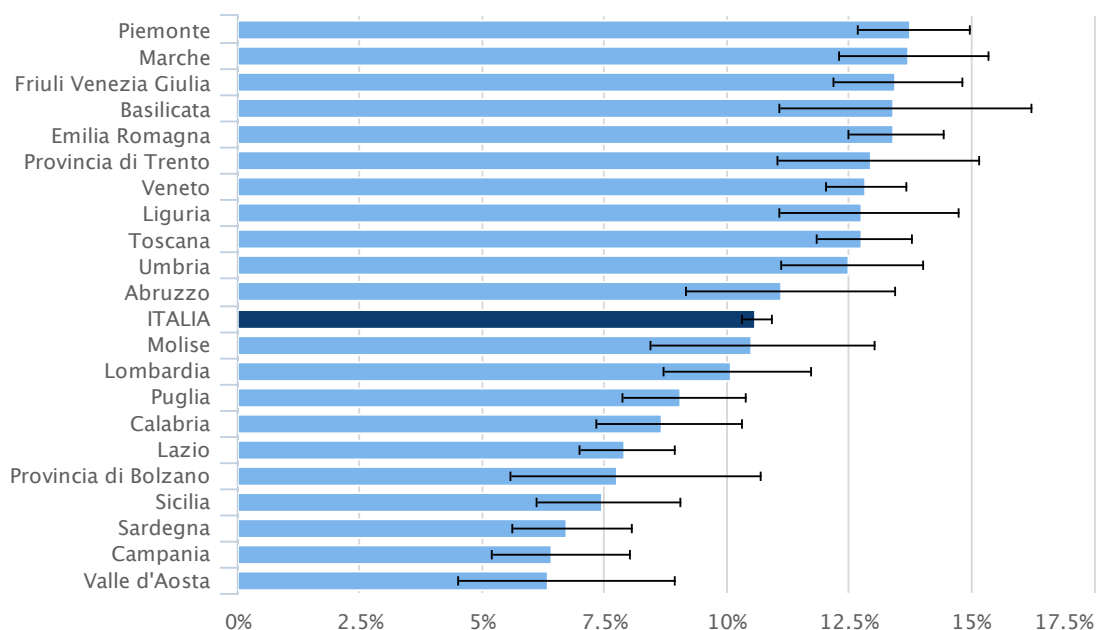
In Italia il 10,6% delle persone ha eseguito l'etil-test durante un controllo delle Forze dell'Ordine. La prevalenza delle persone sottoposte ad etil-test maggiore rispetto alla media nazionale si osserva in Piemonte (13,8%), mentre la prevalenza più bassa è riportata dalla Valle d'Aosta (6,4%) (Cartogramma 13.3 e Grafico 13.8).

CARTOGRAMMA 13.3. Prevalenza dei soggetti sottoposti ad etil-test durante un controllo delle Forze dell'Ordine per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 13.8 Prevalenza dei soggetti che sono stati sottoposti ad etil-test durante un controllo delle Forze dell'Ordine, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Conclusioni e raccomandazioni

I dati della sorveglianza PASSI mostrano come quasi l'8% dei pugliesi si mette alla guida dopo aver bevuto, proporzione inferiore rispetto a quella rilevata dal pool nazionale PASSI. Va evidenziato come questo comportamento sia prevalentemente diffuso tra i soggetti più giovani, che spesso sono anche i più inesperti alla guida, e si associ alla presenza di condizioni economiche disagiate. È necessario quindi promuovere ed incentivare la realizzazione di campagne informative dirette verso questi gruppi di popolazione allo scopo di aumentare la consapevolezza del rischio connesso alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

I controlli sistematici delle Forze dell'Ordine, anche con etil-test, sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

In Puglia la quota di controlli effettuati è molto bassa, inferiore al dato nazionale, e mostra una riduzione negli ultimi cinque anni; analogamente anche la proporzione dei soggetti sottoposti ad etil-test si attesta su valori molto bassi che risultano in diminuzione nell'ultimo biennio.

Sarebbe opportuno intensificare i controlli sulle strade, soprattutto negli orari e nei luoghi di svago dei giovani, allo scopo di evitare un aumento delle persone che guidano dopo aver bevuto e che possono costituire un pericolo per il resto della popolazione.



Appunti e annotazioni

Appunti e annotazioni

14. Sicurezza domestica



- ✓ Il **3,1%** dei pugliesi ha subito un infortunio domestico che ha richiesto cure
- ✓ Solo il **5,5%** degli intervistati ha una consapevolezza alta/molto alta del rischio
- ✓ Il **10,7%** degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici

L'infortunio domestico è un evento improvviso determinato da causa esterna involontaria che provoca un danno alla salute dell'individuo, accade nell'ambito della residenza abitativa o nelle relative pertinenze (es. scale esterne, giardini, garage, terrazze) e interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata. Difatti secondo le stime dell'Istat, nel 2011 si sono infortunate circa 2.800.000 persone, di cui il 12% erano bambini di età inferiore ai 14 anni e il 35% adulti di età superiore ai 64 anni.

Gli infortuni domestici rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica sia per la mortalità e la morbosità ad essi attribuibili, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta solitamente il luogo più sicuro. Il rischio di infortunio domestico dipende dai pericoli presenti in casa e dalle caratteristiche delle persone. Per ridurre i pericoli in casa e i comportamenti inappropriati è indispensabile che le abitazioni siano rese strutturalmente più sicure e che si diffonda la consapevolezza dei rischi e la competenza nell'individuare i pericoli, in particolare tra i genitori, le persone anziane, le persone che fanno lavoro domestico.

Il sistema PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di infortunio domestico, cioè il *primum movens* per mettere in atto misure finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali, sostiene le attività di prevenzione e comunicazione e rileva sistematicamente la prevalenza a 12 mesi di incidenti domestici nella popolazione di 18-69 anni, ma anche l'esposizione a interventi di prevenzione e informazione.

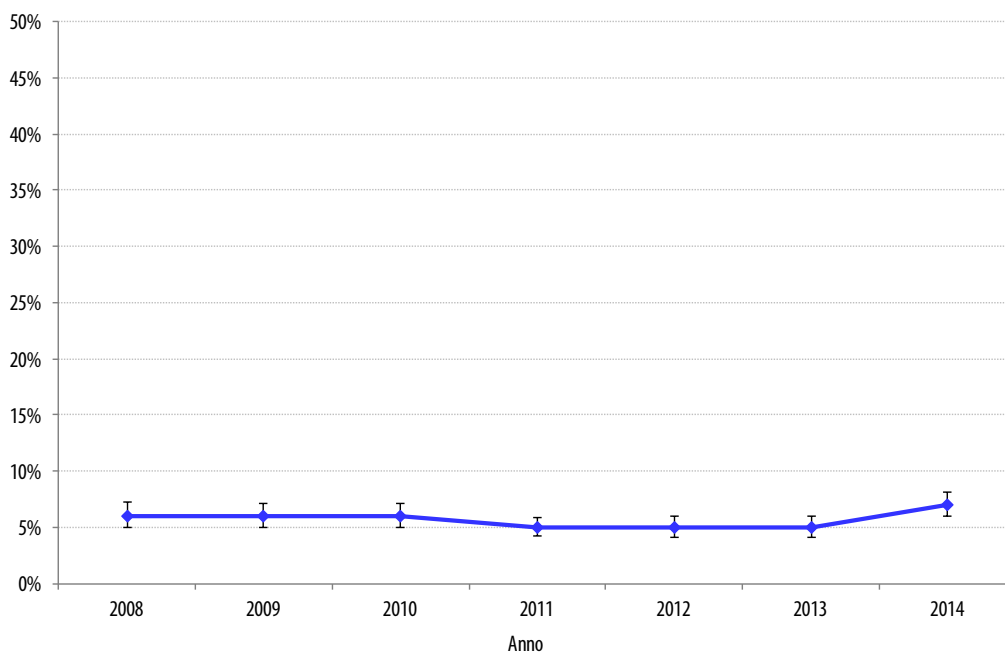
Quante persone hanno consapevolezza del rischio di infortunio?

Nel periodo 2011-14, nella regione Puglia il 5,5% delle persone intervistate ha dichiarato di considerare il rischio di infortuni domestici alto o molto alto per il proprio nucleo familiare. Tale proporzione risulta un po' più elevata in alcune delle categorie target: conviventi con bambini fino a 14 anni (6,9%) e donne (6,8%) (Tabella 14.1). L'analisi del trend annuale mostra che la percentuale di pugliesi consapevoli del rischio di infortunio domestico rimane sostanzialmente stabile nel periodo 2008-2014 (Grafico 14.1).

TABELLA 14.1. Distribuzione dei soggetti intervistati che riferiscono di percepire come alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico. Puglia, anni 2011 - 2014.

Caratteristiche	%	IC95%
Ultra 64	5,5	4,0-7,6
Conviventi con ultra 64	5,2	4,0-6,7
Donne	6,8	6,1-7,6
Conviventi con bambini fino a 14 anni	6,9	5,9-8,1

GRAFICO 14.1. Proporzione degli intervistati che riferiscono un livello di rischio alto/molto alto di infortunio domestico, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Consapevolezza del rischio di infortunio domestico in Italia

La consapevolezza del rischio di infortunio domestico risulta scarsa nella popolazione adulta italiana, solo il 6,0% degli intervistati considera alta la possibilità di avere un infortunio in casa (Grafico 14.2).

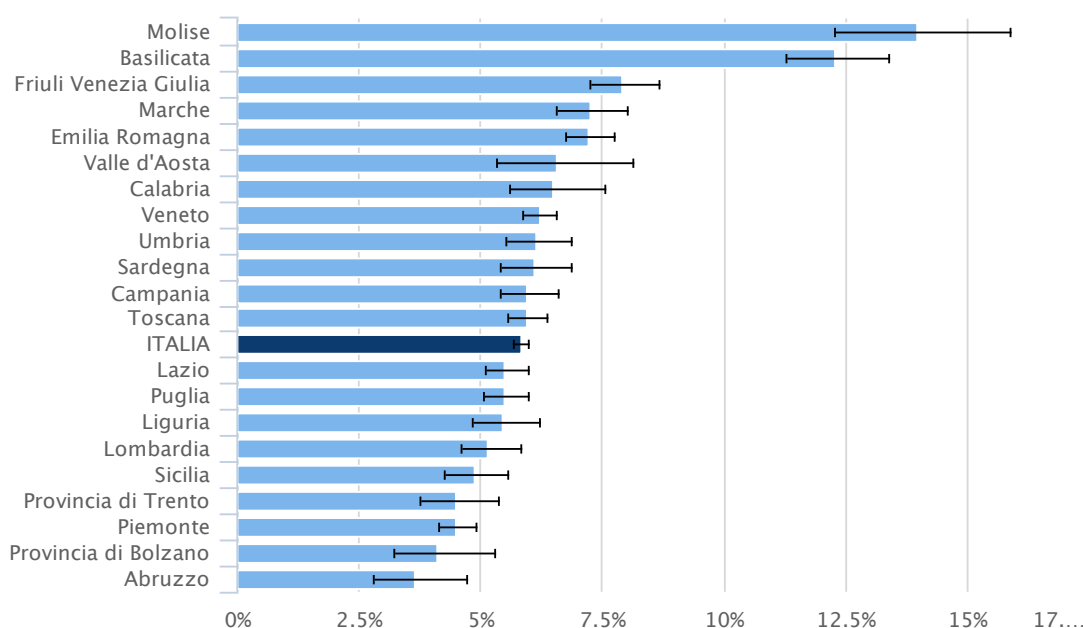
Nella maggior parte delle regioni italiane, Puglia compresa, il dato risulta in linea con quello nazionale (Cartogramma 14.1).

CARTOGRAMMA 14.1. Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 14.2. Proporzione di intervistati consapevoli del rischio di infortunio domestico, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Consapevolezza del rischio di infortunio domestico in Puglia

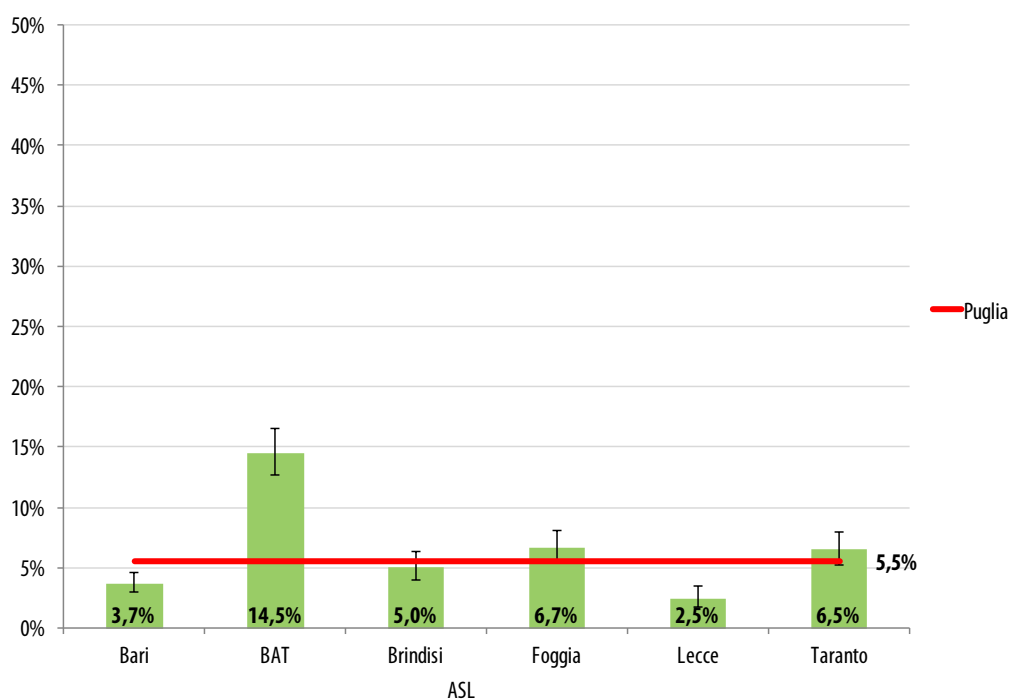
L'analisi logistica conferma che le donne hanno una elevata consapevolezza del rischio di infortunio. Non aver qualche difficoltà economica si associa ad una minore consapevolezza del rischio di infortunio (Tabella 14.2).

TABELLA 14.2. Proporzione dei soggetti intervistati che riferiscono di percepire come alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico. Puglia, anni 2011 - 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	5,4	4,6-6,3	1,00	
35-49	6,1	5,3-7,0	1,08	0,498
50-69	5,0	4,3-5,8	0,95	0,724
Sesso				
uomini	4,1	3,6-4,7	1,00	
donne	6,8	6,1-7,6	1,70	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	5,6	4,3-7,1	1,00	
media inferiore	5,6	4,9-6,5	1,06	0,730
media superiore	5,4	4,8-6,2	1,11	0,538
laurea	5,3	4,1-6,7	1,12	0,576
Difficoltà economiche				
molte	7,2	6,2-8,3	1,00	
qualche	5,4	4,8-6,2	0,73	0,004
nessuna	4,1	3,4-5,0	0,55	0,000
Cittadinanza				
italiana	5,5	5,0-6,0	1,00	
straniera	7,6	2,8-19,0	1,21	0,720

La proporzione di soggetti consapevoli dell'elevato rischio di infortunio in ambito domestico risulta notevolmente differente sul territorio regionale, con il valore più basso riscontrato nella ASL Lecce e quello più elevato, pari quasi a tre volte il valore regionale, nella ASL BAT (Grafico 14.3).

GRAFICO 14.3. Proporzione di soggetti intervistati che riferiscono di percepire come alto / medio alto il rischio di infortunio in ambiente domestico, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici?

In Puglia solo il 10,7% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici.

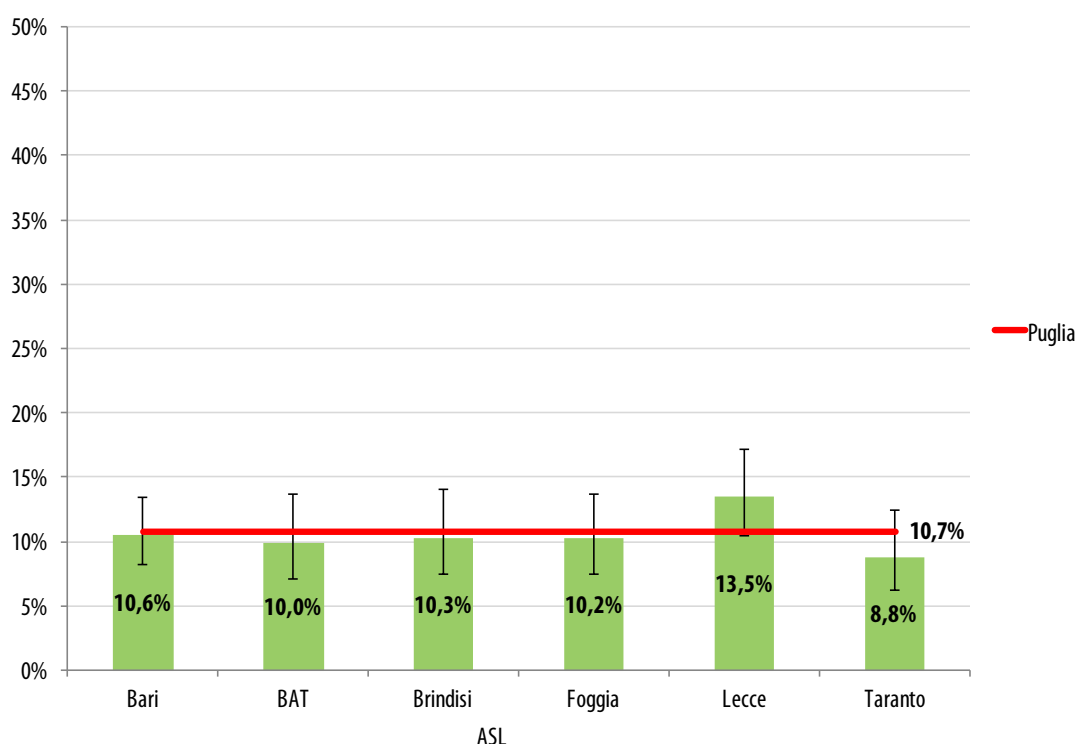
La probabilità di essere informati in merito alla prevenzione degli infortuni domestici si associa all'età avanzata (50-69), all'elevato grado di istruzione e cresce al diminuire delle difficoltà economiche (Tabella 14.3).

TABELLA 14.3. Proporzioni di intervistati che riferiscono di aver ricevuto informazioni per prevenire infortuni domestici negli ultimi 12 mesi. Puglia, anni 2011 - 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	10,3	8,3-12,8	1,00	
35-49	10,5	8,4-13,0	1,02	0,915
50-69	11,3	9,3-13,7	1,55	0,021
Sesso				
uomini	11,7	9,9-13,8	1,00	
donne	9,8	8,2-11,7	0,80	0,112
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	6,9	4,3-10,9	1,00	
media inferiore	9,2	7,1-11,7	1,35	0,324
media superiore	10,8	9,0-13,0	1,57	0,138
laurea	18,8	14,4-24,2	2,73	0,003
Difficoltà economiche				
molte	6,1	4,3-8,6	1,00	
qualche	11,6	9,7-13,8	1,89	0,005
nessuna	13,0	10,6-15,9	1,91	0,010
Cittadinanza				
italiana	10,9	9,6-12,2	1,00	
straniera	0,0	-		

La proporzione di soggetti intervistati che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici risulta omogenea nelle diverse ASL pugliesi con valori più elevati per la ASL Lecce e più bassi per la ASL Taranto (Grafico 14.4).

GRAFICO 14.4. Proporzione dei soggetti intervistati che riferiscono di aver ricevuto informazioni per prevenire infortuni domestici per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Da chi ha ricevuto le informazioni?

I soggetti intervistati riferiscono di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici negli ultimi 12 mesi da:

- mass media (49,3%)
- opuscoli (47,1 %)
- tecnici (20,8%)
- medici/operatori sanitari (10,2%)
- parenti (3,4%)

Chi ha riferito di aver ricevuto informazioni, ha adottato misure per rendere le abitazioni più sicure ?

Tra coloro i quali hanno riferito di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici, circa un terzo (30,4%) ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

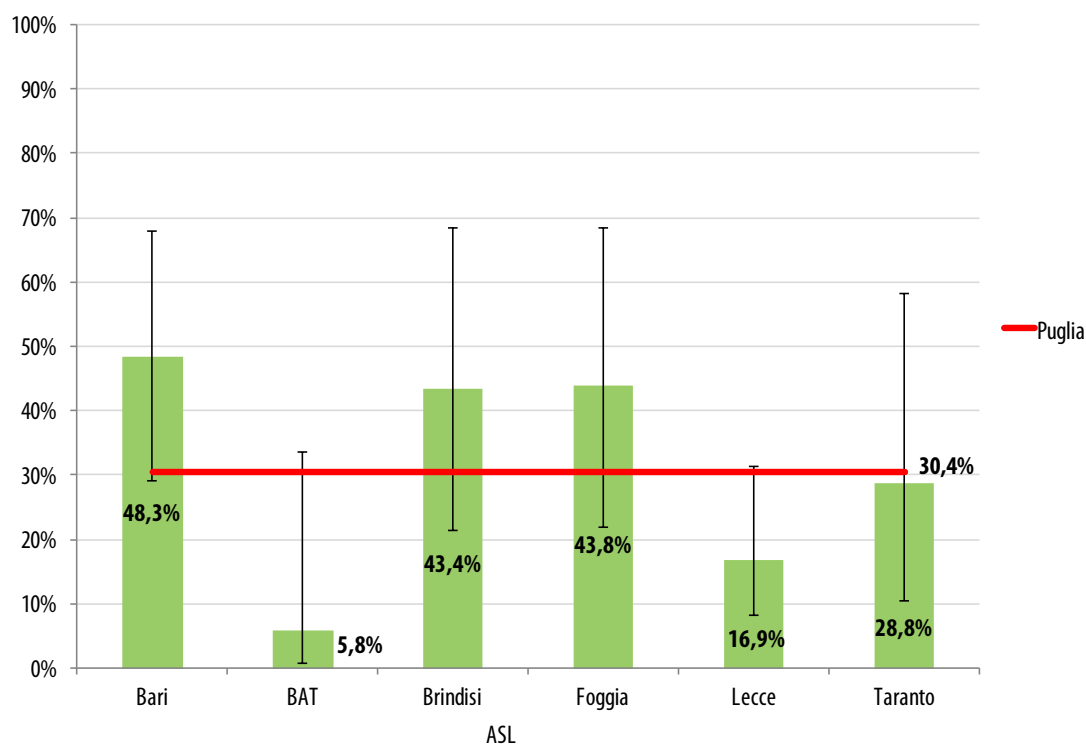
L'analisi multivariata non evidenzia associazioni statisticamente significative tra tale outcome e le variabili demografiche (Tabella 14.4).

TABELLA 14.4. Proporzione dei soggetti intervistati che riferiscono di aver modificato i propri comportamenti o adottato misure di sicurezza per l'abitazione. Puglia, anni 2011 - 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	36,4	20,7-55,6	1,00	
35-49	31,4	18,4-48,1	0,74	0,597
50-69	27,1	17,4-39,6	0,54	0,280
Sesso				
uomini	27,0	18,0-38,4	1,00	
donne	34,9	23,3-48,7	1,33	0,503
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	48,4	22,6-75,1	1,00	
media inferiore	29,7	17,6-45,5	0,41	0,249
media superiore	26,5	16,2-40,2	0,26	0,077
laurea	31,6	15,8-53,2	0,35	0,236
Difficoltà economiche				
molte	19,5	7,5-42,1	1,00	
qualche	32,7	21,9-45,6	2,07	0,225
nessuna	33,6	20,5-49,8	2,83	0,134
Cittadinanza				
italiana	30,4	23,0-39,1	1,00	
straniera	-	-	-	-

La proporzione dei soggetti intervistati che riferiscono di aver modificato i propri comportamenti o adottato misure di sicurezza nella propria abitazione risulta largamente differente sul territorio regionale: il valore più basso si registra nella ASL BAT, molto al di sotto della media regionale anche il valore registrato nella ASL Lecce mentre valori più elevati della media regionale si attestano nelle ASL Bari, Brindisi e Foggia. (Grafico 14.5).

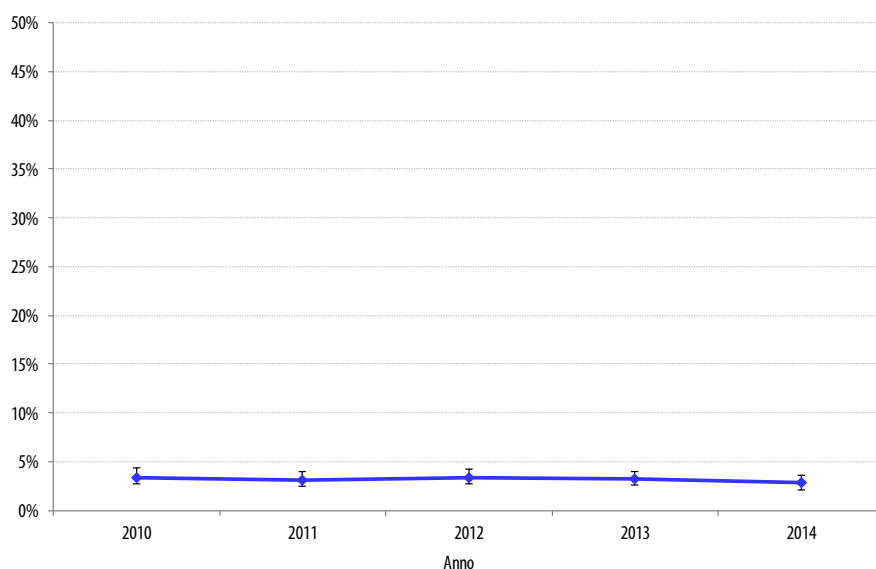
GRAFICO 14.5. Proporzione di intervistati che riferiscono di aver modificato i propri comportamenti o adottato misure di sicurezza nella propria abitazione, per ASL di residenza. Puglia, Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Quanti si sono infortunati?

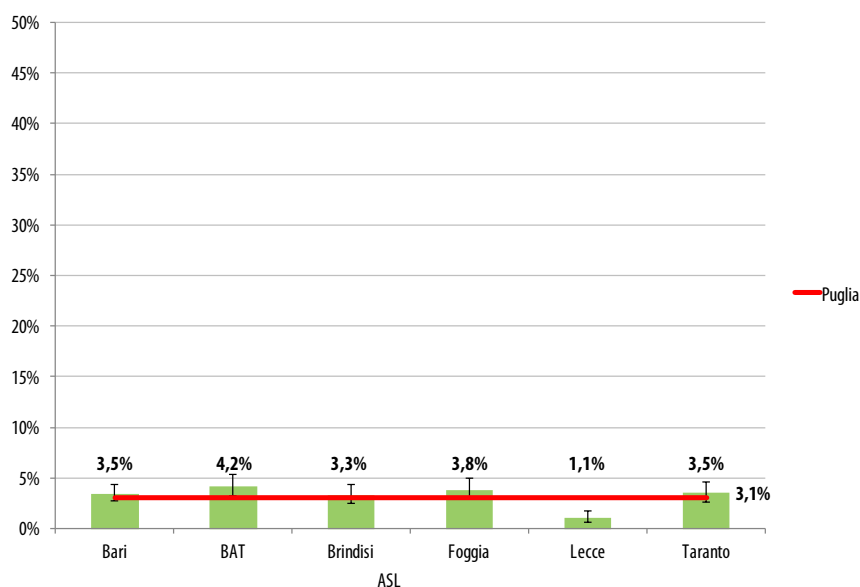
Nel periodo 2011-14, nella regione Puglia il 3,1% delle persone intervistate ha dichiarato di aver subito infortuni domestici tali da richiedere il ricorso alle cure mediche. I dati sul numero di soggetti infortunati sono disponibili a partire dal 2010, l'analisi del trend mostra una proporzione stabile nel tempo (Grafico 14.6).

GRAFICO 14.6. Proporzione di soggetti che hanno subito un infortunio domestico con richiesta di cure, trend annuale. Puglia, anni 2010 - 2014.



La proporzione di soggetti che hanno subito un infortunio domestico tale da richiedere cure risulta omogenea sul territorio regionale; fa eccezione la ASL Lecce nella quale si registrano valori nettamente più bassi (Grafico 14.7).

GRAFICO 14.7. Proporzione di soggetti che hanno subito un infortunio domestico con richiesta di cure, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia, la quasi totalità della popolazione considera la propria abitazione come un luogo sicuro; solo il 7% della popolazione ha una consapevolezza alta/molto alta del rischio di infortuni domestici.

Il 10% degli intervistati dichiara di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione del rischio negli ultimi dodici mesi, prevalentemente attraverso mass media ed opuscoli e, di questi, uno su tre adotta misure di prevenzione del rischio infortuni.

Esistono programmi efficaci per la prevenzione degli infortuni dei bambini e legati al lavoro domestico, individuati dal Sistema Nazionale Linee Guida. Le Regioni e le Aziende sanitarie sono impegnate nel Piano nazionale di prevenzione degli incidenti domestici. Queste opportunità sono importanti per far crescere la consapevolezza del rischio infortuni e suggerire modificazioni comportamentali finalizzate alla prevenzione del rischio di infortuni domestici, soprattutto nelle categorie di popolazione maggiormente esposte al rischio.



Appunti e annotazioni

Dalla sorveglianza degli stili di vita
alle buone pratiche per la salute

I PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI NEGLI ANNI 2011/2014



PROGRAMMI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE



15. Diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina



- ✓ Il **69,8%** delle donne nella fascia 25-64 anni ha effettuato un pap-test negli ultimi tre anni, solo il **28,8%** nell'ambito di un programma di screening organizzato
- ✓ Il **12,3%** delle donne in età target non è stata raggiunta da alcun intervento informativo

Secondo le stime dell'Associazione Italiana Registri Tumori, il carcinoma della cervice uterina è al secondo posto nel mondo tra i tumori che colpiscono le donne, dopo la mammella.

Incidenza e mortalità mostrano una tendenza alla riduzione nel tempo, lenta ma continua. Migliora lentamente anche la sopravvivenza: si stima infatti che a 5 anni dalla diagnosi sopravviva il 68% delle donne colpite.

La mortalità per cancro del collo dell'utero sarebbe in parte evitabile grazie alla diagnosi precoce con pap-test, la cui esecuzione è raccomandata ogni tre anni alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni.

Inoltre da pochi anni è stato introdotto in associazione al pap-test l'Hpv-test, un nuovo test di screening che si basa sul riconoscimento dell'infezione da papilloma virus (Hpv); anche l'esecuzione dell'Hpv-test è raccomandata con una periodicità triennale alle donne di 25-64 anni.

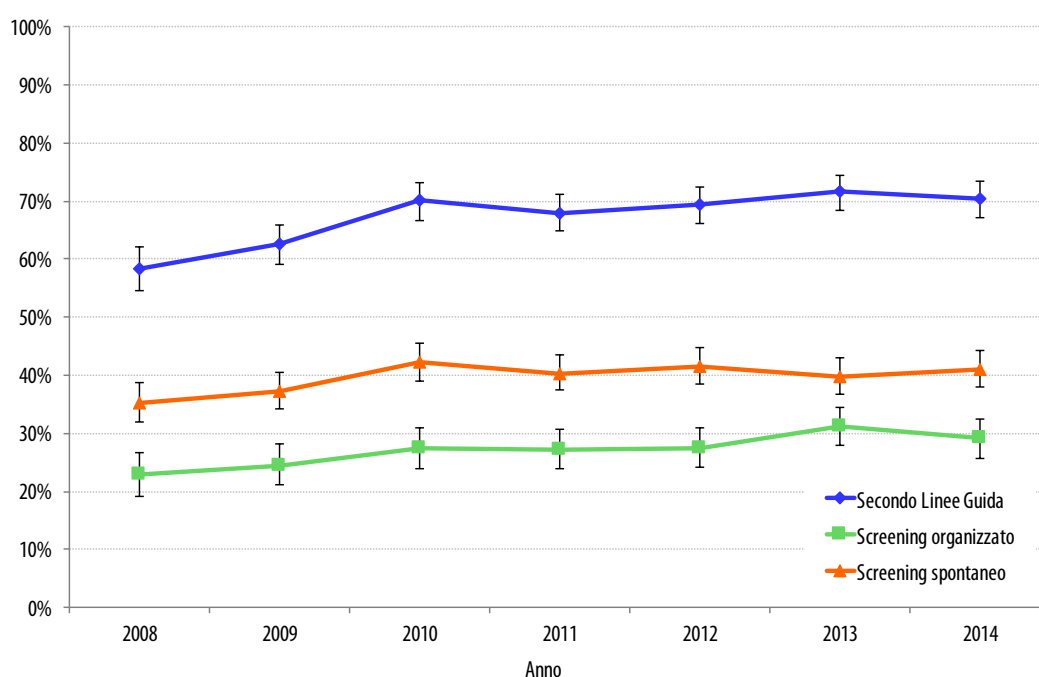
Il Sistema di Sorveglianza PASSI consente di stimare la proporzione di donne tra 25 e 64 anni che hanno effettuato un pap-test e quante tra loro l'hanno fatto all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale. La stima della copertura per il test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame. Inoltre PASSI permette di valutare la proporzione delle donne effettivamente raggiunte da interventi di promozione dello screening promossi dalle varie ASL, nonché la proporzione di donne che non ha partecipato al programma di screening, insieme alle motivazioni di questa decisione.

Quante donne hanno eseguito un pap-test in accordo con le linee guida?

Nel periodo 2011-14, nella Regione Puglia il 69,8% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali. Di queste, il 28,9% l'ha eseguito all'interno di un programma di screening organizzato e il 41,9% su iniziativa personale (screening spontaneo).

L'analisi del trend annuale mostra un aumento significativo delle donne che hanno eseguito il pap-test secondo le linee guida nel periodo 2008-2014, l'aumento si registra in riferimento sia alle donne che hanno eseguito un pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, sia alle donne che hanno fatto il pap-test su iniziativa personale; la quota dello screening spontaneo è sempre superiore (Grafico 15.1).

GRAFICO 15.1. Distribuzione di donne che hanno eseguito un pap-test secondo le linee guida, all'interno di un programma di screening organizzato o come screening spontaneo, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Donne che hanno eseguito un pap-test in accordo con le linee guida in Italia

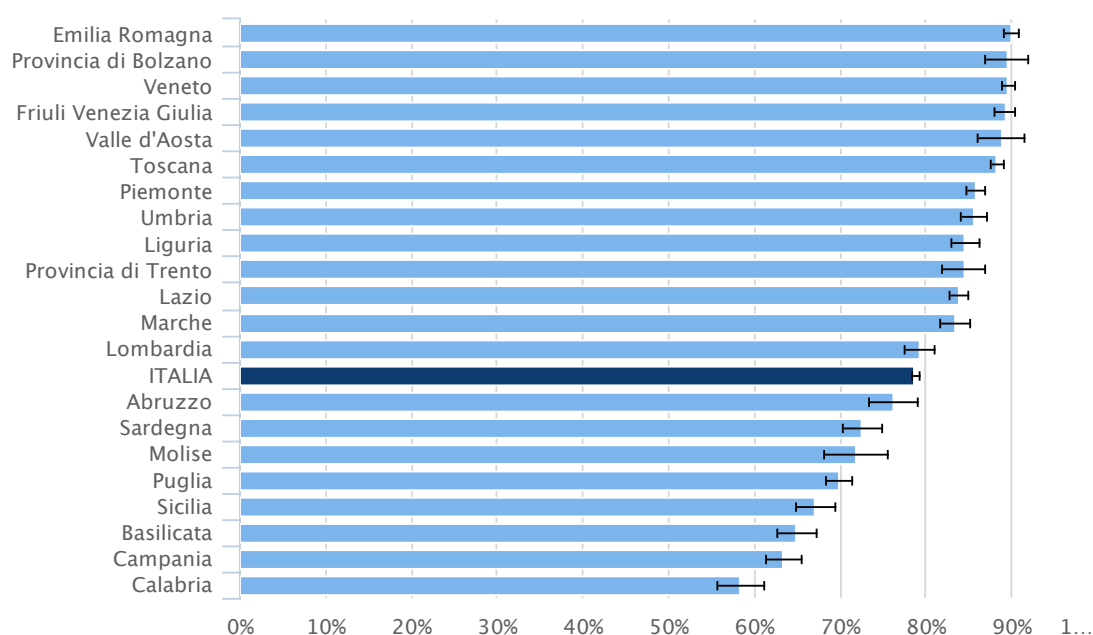
I dati 2011 - 2014 evidenziano che in Italia quasi 8 donne su 10 (78,7%) fra i 25 e i 64 anni si sottopongono a scopo preventivo al pap-test secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali. La copertura dello screening cervicale non è uniforme sul territorio nazionale, ma evidenzia un chiaro gradiente Nord-Sud: il dato più elevato si registra in Emilia Romagna (89,8%) mentre il dato più basso in Calabria (58,3%) (Cartogramma 15.1, Grafico 15.2).

CARTOGRAMMA 15.1. Prevalenza delle donne che hanno eseguito il pap-test negli ultimi due anni. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 15.2. Prevalenza di donne che hanno eseguito un pap-test per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Donne che hanno eseguito un pap-test in accordo con le linee guida in Puglia

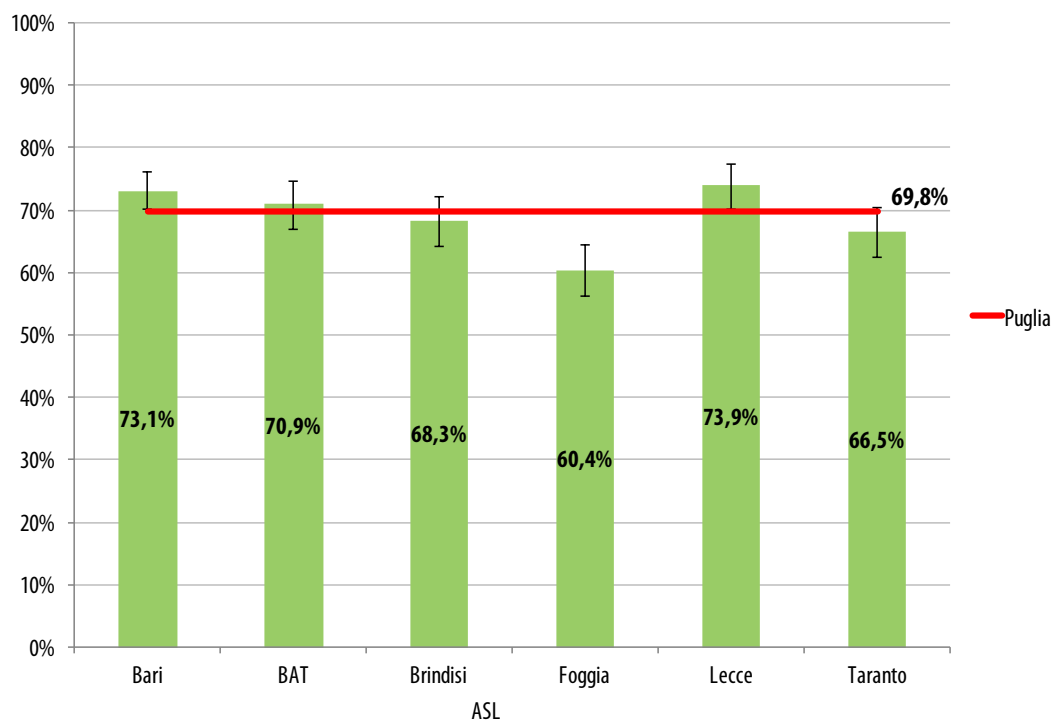
L'analisi multivariata evidenzia che l'adesione al programma di screening secondo le linee guida è maggiore nelle donne tra 35 e 49 anni e nelle donne con qualche difficoltà economica. La probabilità di eseguire lo screening cervicale, inoltre, si associa con l'essere coniugata e cresce con l'aumentare del grado d'istruzione della donna (Tabella 15.1).

TABELLA 15.1. Proporzioni di donne che hanno eseguito un pap-test in accordo con le linee guida, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011- 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
25 -34	62,3	58,8 – 65,8	1,00	
35 -49	74,8	72,4 – 77,0	1,52	0,000
50 - 64	68,6	65,8 – 71,2	1,31	0,021
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	59,1	54,5 – 63,5	1,00	
media inferiore	67,7	64,9 – 70,5	1,48	0,002
media superiore	73,5	71,0 – 75,9	2,39	0,000
laurea	74,5	70,4 – 78,2	3,00	0,000
Difficoltà economiche				
molte	62,3	59,0 – 65,5	1,00	
qualche	72,8	70,6 – 74,9	1,30	0,006
nessuna	71,6	68,4 – 74,5	1,14	0,273
Cittadinanza				
italiana	69,9	68,3 – 71,4	1,00	
straniera	58,4	39,4 – 75,2	0,64	0,272
Stato civile				
coniugata	75,2	73,4 – 76,9	1,00	
non coniugata	56,1	52,8 – 59,3	0,41	0,000
Convivenza				
non convivente	59,3	56,2 – 62,2	1,00	
convivente	74,6	72,8 – 76,4	1,04	0,746

La proporzione di donne che hanno eseguito il pap-test secondo le linee guida risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nella ASL Foggia e più elevati nelle ASL Bari e Lecce (Grafico 15.3).

GRAFICO 15.3. Proporzione di donne che hanno eseguito il pap-test in accordo con le linee guida, per Asl di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Quante donne hanno eseguito un pap-test in un programma di screening organizzato e quante come prevenzione individuale in Italia

In Italia la prevenzione del tumore della cervice uterina avviene con maggiore frequenza nell'ambito di programmi organizzati dalle Asl, cui aderisce il 41,7% della popolazione target femminile, rispetto al 36,5% di donne che si sottopone ad un pap-test nei tempi raccomandati per scelta spontanea.

La geografia dello screening organizzato e di quello spontaneo mette in luce in Italia una situazione disomogenea con significative differenze fra le varie regioni. Valle d' Aosta (75,7%), Toscana (65,2%) ed Emilia Romagna (65,2%) sono le regioni nelle quali si registra la maggiore adesione al programma di screening organizzato, mentre Liguria (67,7%) e Lombardia (58,3%) costituiscono le regioni nelle quali si registra la maggiore prevalenza di pap-test spontaneo (Cartogrammi 15.2-3) (Grafici 15.4-5).

CARTOGRAMMA 15.2. Prevalenza delle donne che hanno eseguito il pap-test in un programma di screening organizzato.
Italia, anni 2011 - 2014.

CARTOGRAMMA 15.3. Prevalenza delle donne che hanno eseguito il pap-test come prevenzione individuale.
Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 15.4. Prevalenza delle donne che hanno eseguito il pap-test seguendo uno screening organizzato per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.

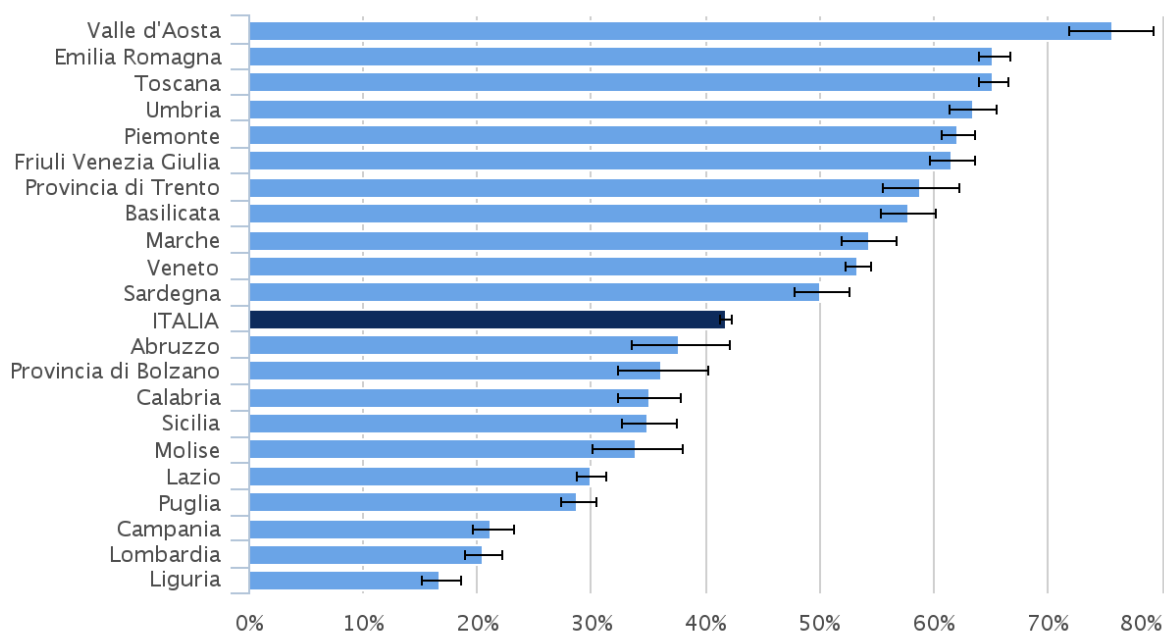
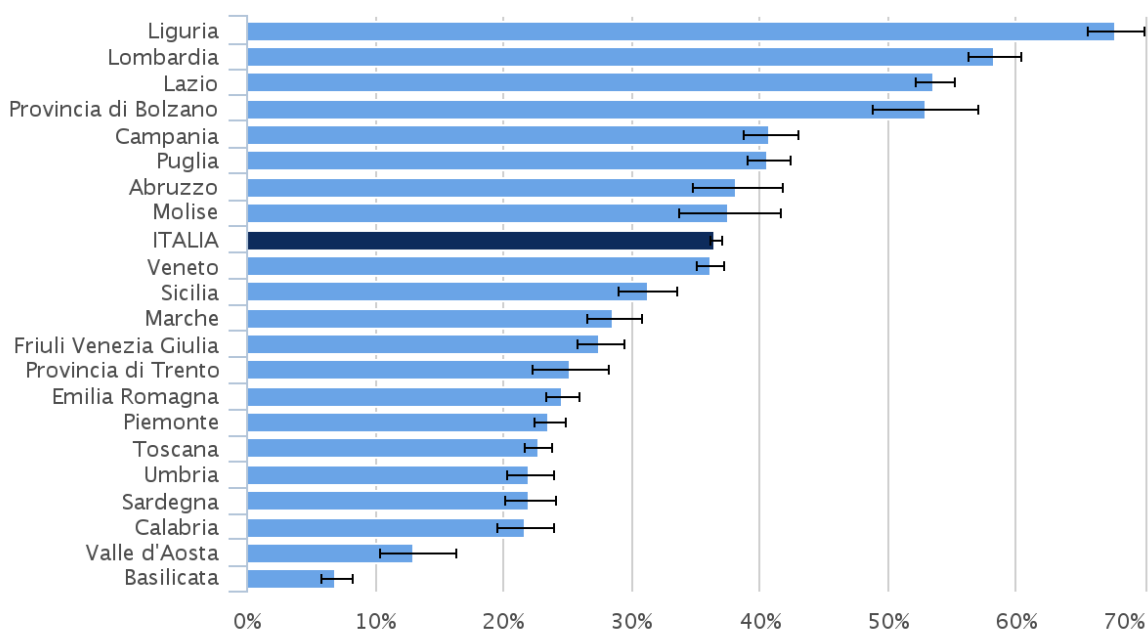


GRAFICO 15.5. Prevalenza delle donne che hanno eseguito il pap-test spontaneamente per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Quante donne hanno eseguito un pap-test in un programma di screening organizzato e quante come prevenzione individuale in Puglia

L'analisi multivariata evidenzia un aumento dell'adesione al programma di screening organizzato all'aumentare dell'età (Tabella 15.2), in particolare le donne di età compresa fra 50 e 64 anni aderiscono maggiormente al programma di screening organizzato.

TABELLA 15.2. Proporzioni di donne che hanno eseguito un pap-test seguendo uno screening organizzato, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
25 -34	17,8	15,2 – 20,8	1,00	
35 -49	26,3	24,1 – 28,6	1,37	0,009
50 - 64	38,9	36,1 – 41,7	2,49	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	35,3	31,0 – 39,8	1,00	
media inferiore	31,6	29,0 – 34,4	1,16	0,242
media superiore	26,5	24,1 – 29,1	1,05	0,705
laurea	22,5	19,0 – 26,5	1,00	0,988
Difficoltà economiche				
molte	28,7	25,8 – 31,8	1,00	
qualche	30,5	28,3 – 32,7	1,08	0,460
nessuna	25,4	22,6 – 28,6	0,95	0,664
Cittadinanza				
italiana	28,8	27,3 – 30,3	1,00	
straniera	30,1	15,6 – 50,1	1,32	0,535
Stato civile				
coniugata	32,2	30,4 – 34,1	1,00	
non coniugata	20,1	17,7 – 22,8	0,72	0,060
Convivenza				
non convivente	21,8	19,4 – 24,4	1,00	
convivente	32,0	30,1 – 33,9	1,11	0,522

L'attitudine a eseguire il pap-test ogni tre anni come prevenzione individuale è maggiore nelle donne della fascia d'età 35 – 49 anni, con grado di istruzione più elevato e con nessuna difficoltà economica, di cittadinanza italiana e coniugate o conviventi.

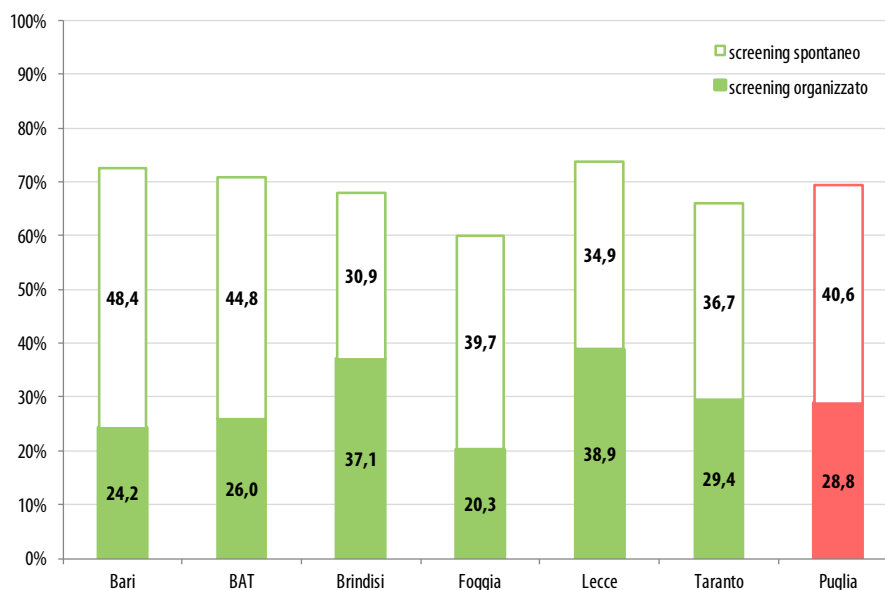
L'analisi multivariata evidenzia come la probabilità di eseguire lo screening spontaneamente si associ alla fascia d'età 50-64 anni e all'essere coniugata; inoltre cresce all'aumentare del grado d'istruzione (Tabella 15.3).

TABELLA 15.3. Proporzioni di donne che hanno eseguito un pap-test spontaneamente, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
25 -34	44,2	40,6 – 47,8	1,00	
35 -49	48,1	45,5 – 50,7	1,12	0,247
50 - 64	29,3	26,8 – 32,0	0,57	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	23,5	19,8 – 27,6	1,00	
media inferiore	35,8	33,0 – 38,7	1,36	0,022
media superiore	46,6	43,8 – 49,4	2,18	0,000
laurea	51,5	46,7 – 56,0	2,68	0,000
Difficoltà economiche				
molte	33,5	30,4 – 36,7	1,00	
qualche	41,9	39,5 – 44,3	1,19	0,071
nessuna	45,7	42,3 – 49,1	1,18	0,141
Cittadinanza				
italiana	40,7	39,0 – 42,4	1,00	
straniera	28,3	14,0 – 48,8	0,52	0,147
Stato civile				
coniugata	42,6	40,7 – 44,6	1,00	
non coniugata	35,5	32,4 – 38,7	0,55	0,000
Convivenza				
non convivente	37,0	34,1 – 40,1	1,00	
convivente	42,3	40,3 – 44,3	0,95	0,701

La percentuale di donne che hanno effettuato un pap-test in un programma di screening organizzato o su iniziativa personale è differente sul territorio regionale: valori più alti di partecipazione allo screening organizzato si registrano nelle ASL Brindisi e Lecce, mentre la prevenzione individuale prevale nelle ASL Bari e BAT (Grafico 15.6).

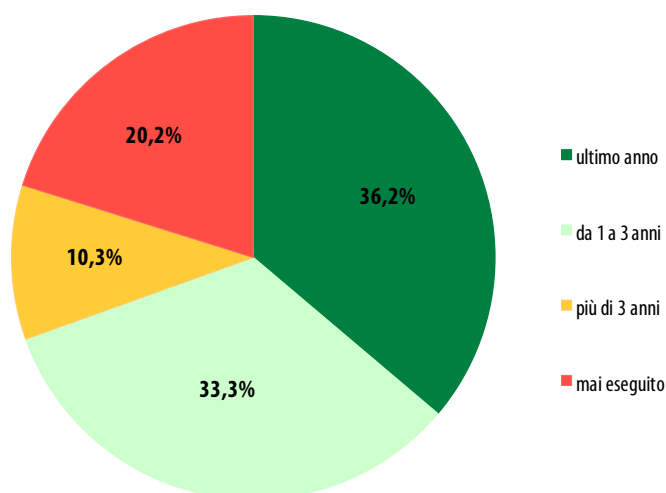
GRAFICO 15.6. Proporzione di donne che hanno eseguito un pap-test in un programma di screening organizzato e spontaneo, per Asl di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Qual è la periodicità di esecuzione del pap-test?

L'esecuzione del pap-test è raccomandata con periodicità triennale. Il 36,2% delle donne tra i 25 e 64 anni ha riferito di aver eseguito il pap-test nell'ultimo anno, il 33,3% ha riferito di averlo eseguito nel periodo tra 1 e 3 anni fa, mentre il 10,3% più di tre anni fa. Il 20,2% delle donne in età target ha riferito di non aver mai eseguito uno screening per il tumore alla cervice uterina (Grafico 15.7).

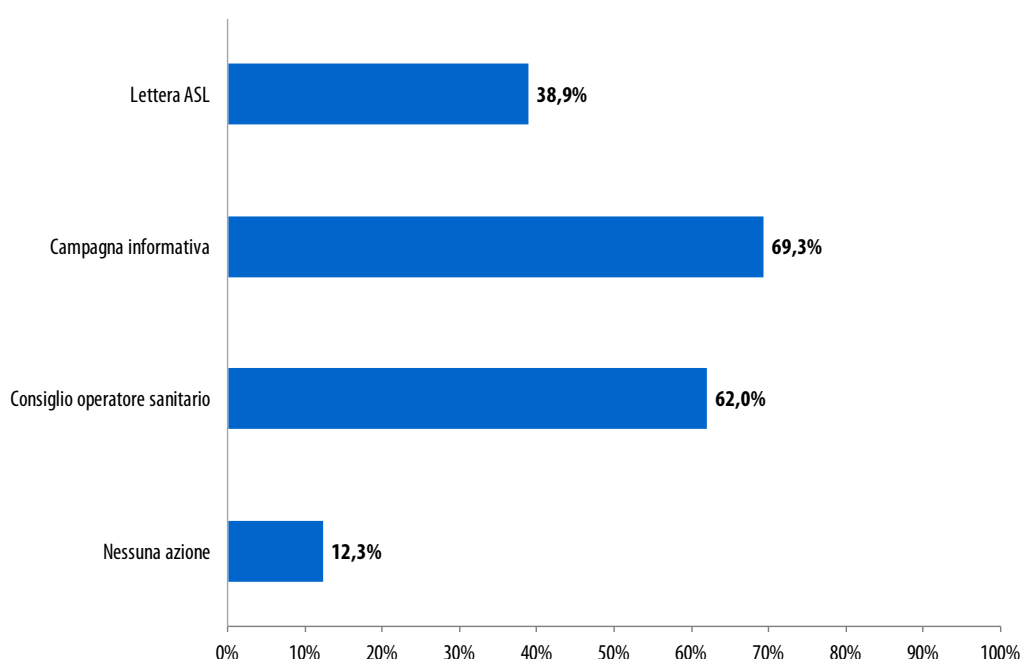
GRAFICO 15.7. Distribuzione delle donne che hanno eseguito un pap-test, per periodicità di esecuzione. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



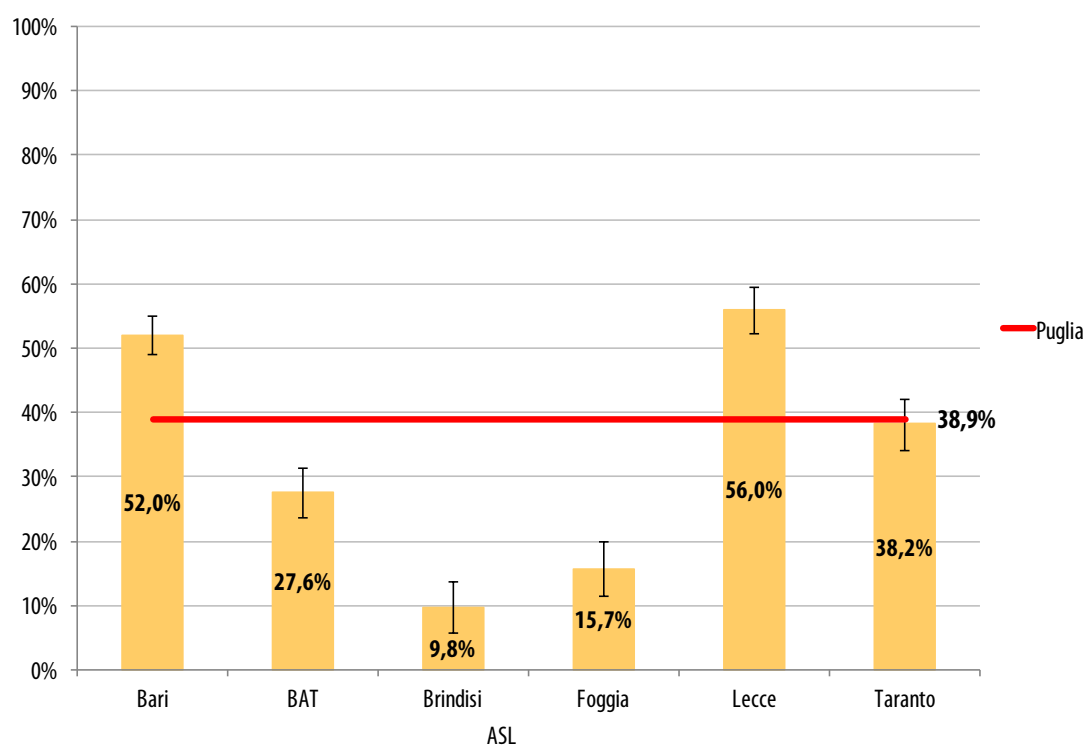
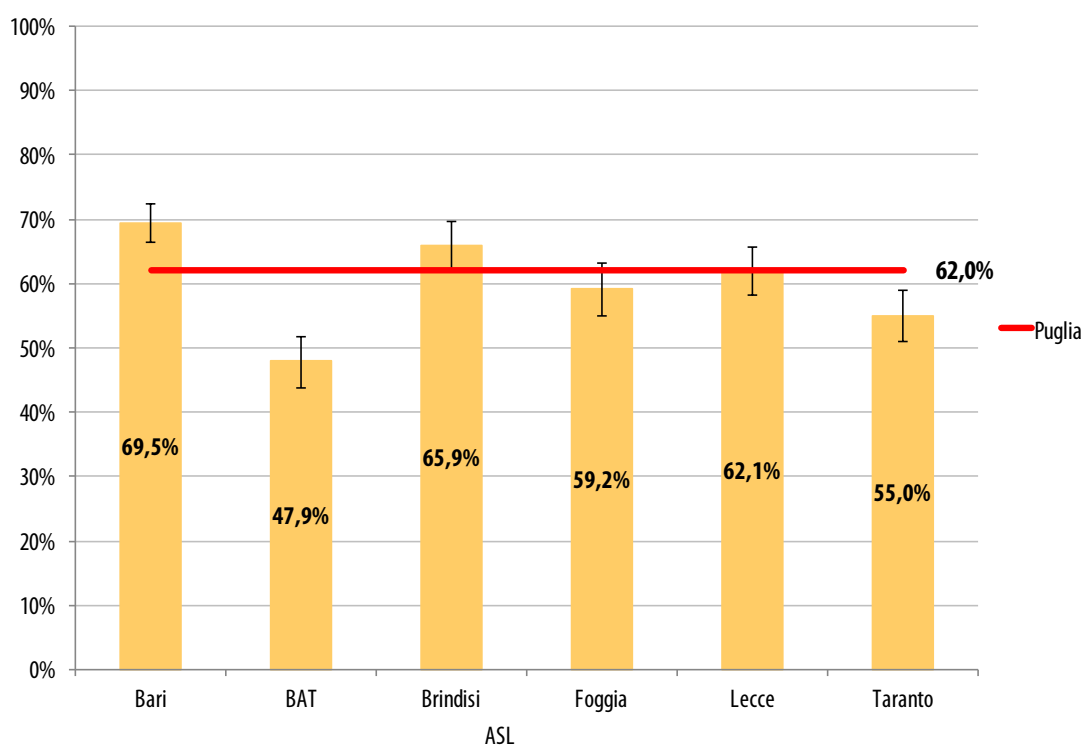
Interventi di promozione del pap-test

In Puglia il 38,9% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto una lettera da parte della ASL che la invitava ad eseguire il pap-test, mentre il 69,3% è stata raggiunta da una campagna informativa e il 62% dal consiglio di un operatore sanitario; invece il 12,3% delle donne in età target non è stato raggiunto da alcun intervento di promozione (Grafico 15.8). Nel pool PASSI nazionale la proporzione di donne che hanno ricevuto la lettera è pari al 57,2%, quella non raggiunta da interventi è pari al 9,8%; per gli altri interventi le proporzioni registrate in Puglia sono in linea con quelle nazionali.

GRAFICO 15.8. Proporzioni di donne raggiunte da un intervento di promozione del pap-test, per tipo di intervento. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



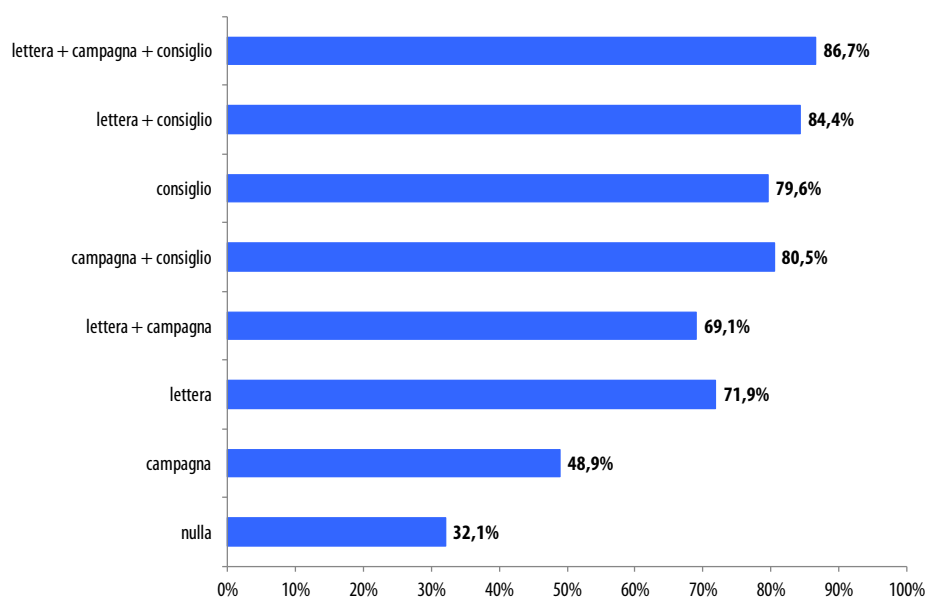
In Puglia la proporzione di donne che è stata raggiunta dagli interventi di promozione è differente sul territorio regionale. La proporzione di donne che hanno ricevuto una lettera di invito da parte della ASL è più elevata nelle ASL Lecce (56%) e Bari (52%) mentre è più bassa nelle ASL Brindisi (9,8%) e Foggia (15,7%); la proporzione di donne in età target che hanno ricevuto consiglio da un operatore sanitario risulta in media pari al 62,0%, con un dato più elevato nella ASL Bari (69,5%) e minore nella ASL BAT (47,9%) (Grafici 15.9 e 15.10).

GRAFICO 15.9. Proporzione di donne che hanno ricevuto la lettera da parte della ASL, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.**GRAFICO 15.10.** Proporzione di donne che hanno ricevuto consiglio da parte di un operatore sanitario a effettuare il pap-test, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

Efficacia degli interventi di promozione del pap-test

Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati: infatti la proporzione più elevata di donne che hanno effettuato lo screening (82,9%) si registra tra coloro che hanno ricevuto la lettera di invito associata al consiglio e alla campagna informativa, mentre solo il 32,1% di quelle non raggiunte da interventi di promozione ha effettuato il pap-test (Grafico 15.11).

GRAFICO 15.11. Proporzioni di donne che hanno effettuato un pap-test secondo le linee guida, per intervento di promozione. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Perché non è stato eseguito il pap-test a scopo preventivo?

In Puglia il 30,2% delle donne di 25-64 anni non si è sottoposta a screening per il tumore alla cervice uterina nel periodo 2011-2014: nello specifico il 20,0% delle donne intervistate non ha mai eseguito il pap-test, mentre il 10,2% l'ha eseguito più di tre anni fa.

La non esecuzione dell'esame è associata ad una molteplicità di fattori, di seguito riportati:

- "Penso di non averne bisogno" (33,1%)
- "Nessuno me lo ha consigliato" (13,4%)
- "Pigrizia" (12,7%)
- "Mi sento imbarazzata" (11,2%)
- "Non ho avuto tempo" (10,4%)
- "Ho paura del risultato dell'esame" (5,2%)
- "Non ho ricevuto la convocazione" (3,0%)
- Già operata/ Altri motivi sanitari (2,3%)
- "È difficile prendere contatti con le ASL" (1,9%)
- "Altro motivo" (1,9%)
- Esame fastidioso/doloroso (0,8%)
- Sede/data/orario non andavano bene (0,4%)
- Non in età target (0,2%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia la proporzione di donne in età target (25-64 anni) che hanno eseguito lo screening del tumore della cervice uterina secondo le linee guida è pari al 69,8%, un dato nettamente inferiore rispetto alla media nazionale (78,7%).

Si tratta di un dato non soddisfacente, in particolar modo per la proporzione di donne che aderiscono ad un programma di screening organizzato (28,8%), mentre è più elevata la proporzione di donne che eseguono un pap-test spontaneamente (40,6%), soprattutto donne di età compresa fra 35 e 49 anni, con grado di istruzione elevato e senza difficoltà economiche.

La lettera di invito, il consiglio dell'operatore sanitario e la campagna informativa sembrano essere strumenti efficaci per ottenere una maggiore compliance allo screening; tuttavia il 12,3% delle donne in età target non è stata raggiunta da alcun tipo di informazione.

Infine risulta che oltre il 20% delle donne tra 25 e 64 anni non ha mai eseguito un pap-test: di queste donne il 33,1% crede di non averne bisogno. Risulta evidente la necessità di aumentare l'attività di promozione del programma di screening del tumore della cervice, soprattutto per quanto riguarda lo screening organizzato, in modo da ridurre, in termini di morbidità e mortalità, i rischi legati all'incidenza della neoplasia.

Appunti e annotazioni



16. Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella



- ✓ Il **63,5%** delle donne pugliesi fra 50 e 69 anni effettua la mammografia secondo le linee guida
- ✓ Il **37,1%** delle donne esegue la mammografia in un programma di **screening organizzato**
- ✓ L'adesione allo screening varia notevolmente tra le ASL regionali

Secondo le stime dell'Associazione Italiana Registri Tumori, il carcinoma mammario è la neoplasia più frequentemente diagnosticata nelle donne, in cui quasi un tumore maligno ogni tre (29%) è un tumore mammario. La neoplasia della mammella rappresenta anche la principale causa di morte oncologica delle donne (circa il 17% di tutti i decessi per cancro). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è elevata (circa l'87%) e in aumento nell'ultimo decennio (AIOM – AIR-TUM, I numeri del Cancro in Italia, 2015).

La diagnosi precoce riduce la mortalità da neoplasie mammarie e si effettua mediante l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni nelle donne d'età compresa tra 50 e 69 anni. Le linee guida raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati sull'invito attivo da parte della ASL e sull'offerta alla donna di un percorso di approfondimento terapeutico definito e gratuito che, inoltre, si è dimostrato efficace nel ridurre le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione (Pacelli et al, 2014). Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico.

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, evidenza che, nel biennio 2011–2012, 3 donne su 4 (73%) sono state invitate a fare lo screening mammografico. L'estensione dei programmi, ormai ampia nelle regioni del Nord e Centro Italia, sta gradualmente aumentando anche in quelle meridionali. In Puglia è attivo un programma regionale di screening, avviato a Luglio 2007 nelle ASL Bari e BAT. Nel corso del triennio 2008-2010, la chiamata attiva è stata progressivamente estesa alle altre ASL regionali.

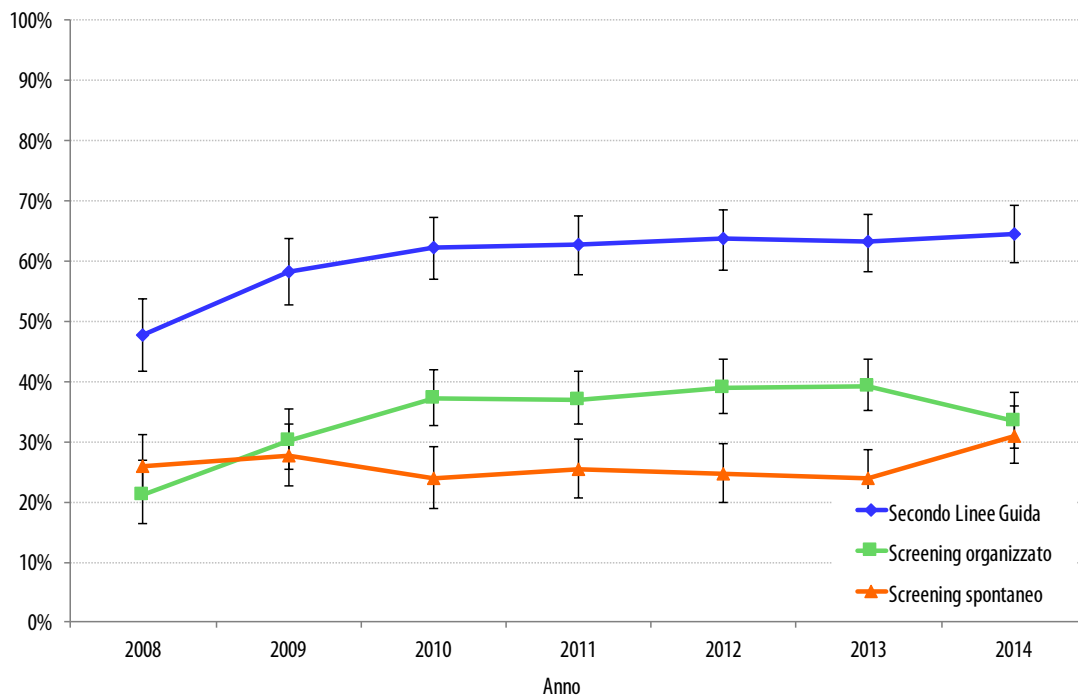
Il Sistema di Sorveglianza PASSI consente di stimare la proporzione di donne tra 50 e 69 anni che hanno effettuato una mammografia e quante tra loro l'hanno fatta all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.

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

Nel periodo 2011 - 2014, nella regione Puglia il 63,5% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali. In particolare, il 37,1% l'ha eseguita all'interno di un programma di screening organizzato e il 26,4% su iniziativa personale (screening spontaneo).

L'analisi del trend annuale mostra un costante aumento della proporzione di donne che hanno eseguito la mammografia secondo le linee guida; lo stesso aumento si registra fino al 2013 per le donne che hanno eseguito una mammografia all'interno di un programma di screening organizzato. Più stabile resta la quota delle donne che hanno fatto la mammografia su iniziativa personale dal 2008 al 2013, nel 2014 la proporzione ha raggiunto il 30% (Grafico 16.1).

GRAFICO 16.1. Distribuzione di donne che hanno eseguito una mammografia secondo le linee guida, all'interno di un programma di screening organizzato o come screening spontaneo, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Donne che hanno eseguito una mammografia in accordo con le linee guida in Italia

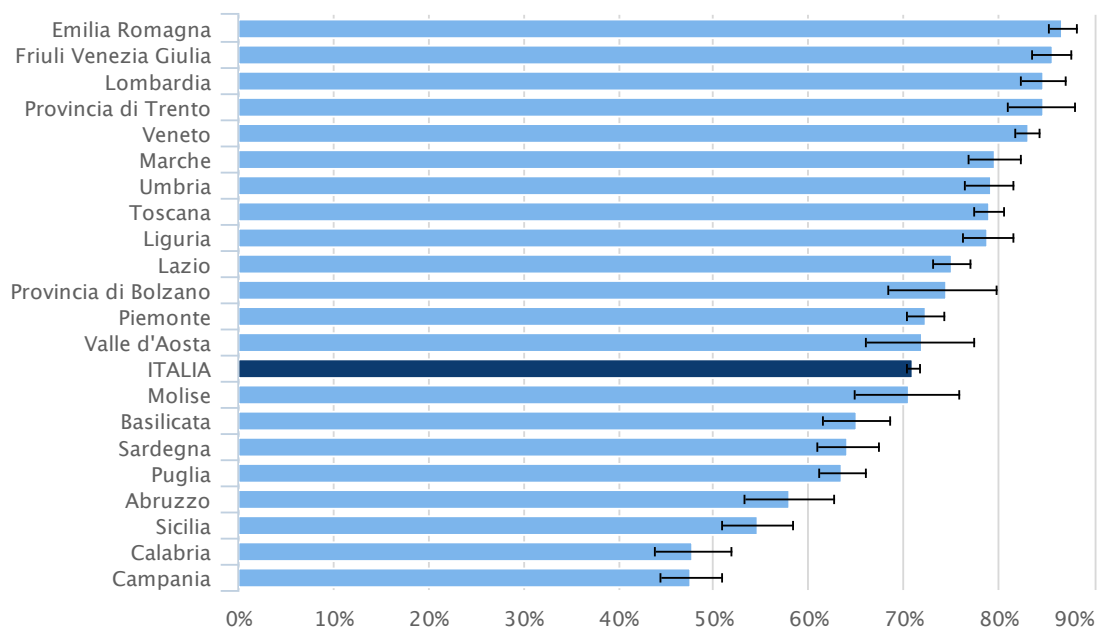
I dati Passi 2011-14 evidenziano che in Italia 7 donne su 10 fra i 50 e i 69 anni si sottopongono a scopo preventivo allo screening mammografico secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali. La copertura dello screening mammografico non è uniforme sul territorio nazionale, c'è un chiaro gradiente Nord-Sud e nelle Regioni meridionali solo la metà della popolazione target femminile si sottopone a mammografia a scopo preventivo; la Campania e la Basilicata, in particolare, sono le Regioni con la quota più bassa di donne che lo eseguono (meno del 50%) (Cartogramma 16.1; Grafico 16.2).

CARTOGRAMMA 16.1. Proporzione di donne che hanno eseguito una mammografia negli ultimi due anni. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 16.2. Proporzione di donne che hanno eseguito la mammografia negli ultimi due anni, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Donne che hanno eseguito una mammografia in accordo con le linee guida in Puglia

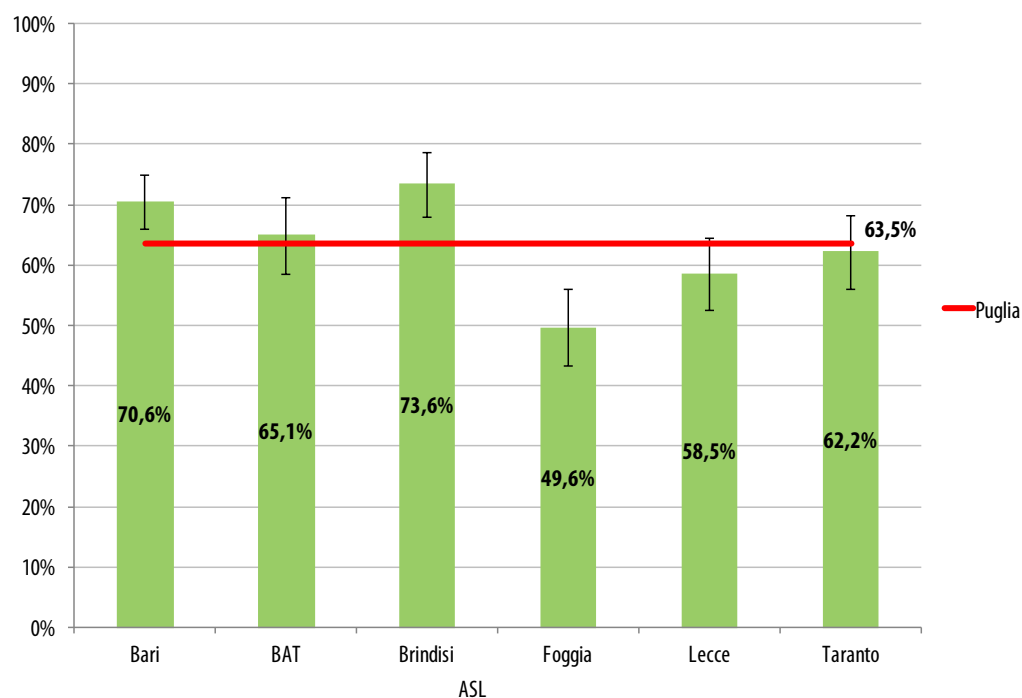
L'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne fra 50 e 59 anni, con un livello di istruzione medio inferiore e medio superiore, con qualche o nessuna difficoltà economica, nelle donne coniugate o conviventi (Tabella 16.1). Nessuna donna straniera ha riferito di aver eseguito la mammografia secondo le linee guida.

TABELLA 16.1. Proporzioni di donne che hanno eseguito una mammografia in accordo con le linee guida, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 - 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
50 - 59	66,4	63,7 - 70,1	1,00	
60 - 69	59,6	55,9 - 63,2	0,78	0,032
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	54,4	50,2 - 58,7	1,00	
media inferiore	66,1	61,8 - 70,3	1,47	0,005
media superiore	70,3	65,6 - 74,5	1,52	0,006
laurea	72,7	63,2 - 80,5	1,62	0,065
Difficoltà economiche				
molte	52,6	47,8 - 57,3	1,00	
qualche	64,8	61,4 - 68,0	1,53	0,001
nessuna	74,3	69,1 - 78,8	2,28	0,000
Cittadinanza				
italiana	63,6	61,4 - 66,2	-	-
straniera	0,0		-	-
Stato civile				
coniugata	65,1	62,4 - 67,7	1,00	
non coniugata	57,1	51,4 - 62,6	0,57	0,019
Convivenza				
convivente	64,7	61,9 - 67,4	1,00	
non convivente	60,0	54,9 - 64,9	0,79	0,278

La proporzione di donne che hanno eseguito la mammografia secondo le linee guida risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nella ASL Foggia e più elevati nelle ASL Bari e Brindisi (Grafico 16.3).

GRAFICO 16.3. Proporzioni di donne che hanno eseguito una mammografia in accordo con le linee guida, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Quante donne hanno eseguito una mammografia in un programma di screening organizzato e quante come prevenzione individuale in Italia?

La prevenzione del tumore della mammella avviene per lo più nell'ambito di programmi organizzati dalle ASL, che raggiungono più del 50% della popolazione target femminile, mentre la restante quota di donne che si sottopone a una mammografia preventiva nei tempi raccomandati (circa 20%) lo fa al di fuori dei programmi organizzati.

La geografia dello screening organizzato, dunque, determina la geografia della screening totale. Le regioni meridionali appaiono più svantaggiate, difatti nei programmi organizzati aderisce appena 1/3 della popolazione target femminile; di contro, accade che lo screening mammografico spontaneo sia più basso al Nord e maggiore al Centro e al Sud, senza tuttavia riuscire a compensare la carenza di adesione e/o di offerta di screening organizzati (Cartogrammi 16.2-3) (Grafici 16.4-5).

CARTOGRAMMA 16.2. Proporzione di donne che hanno eseguito la mammografia in un programma di screening organizzato. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

CARTOGRAMMA 16.3. Proporzione di donne che hanno eseguito la mammografia come prevenzione individuale. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 16.4. Proporzione di donne che hanno eseguito la mammografia in un programma di screening organizzato, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.

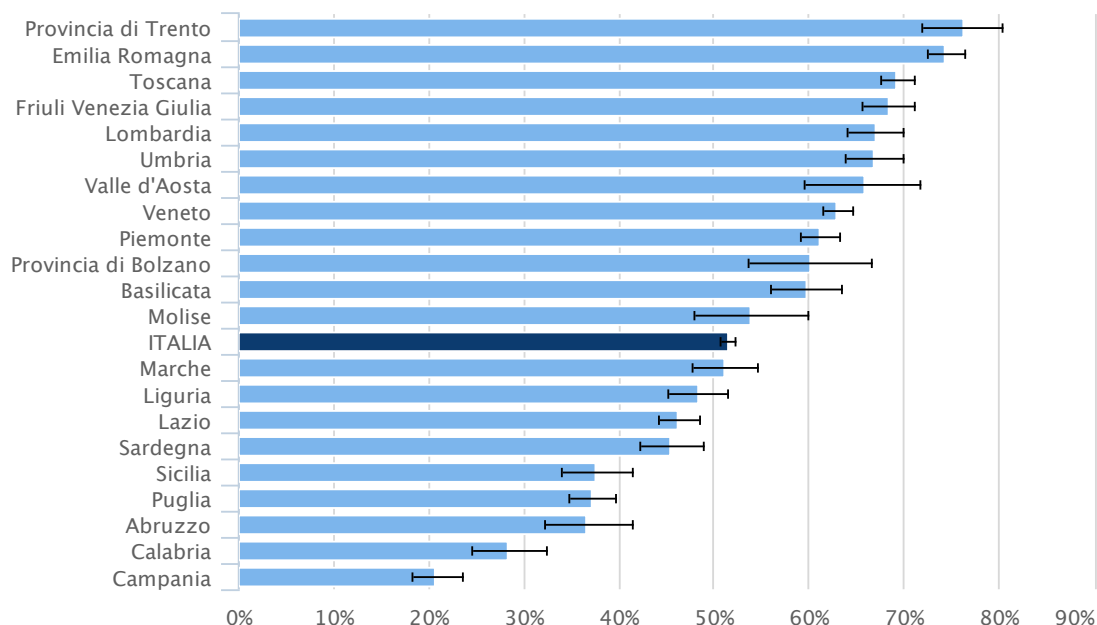
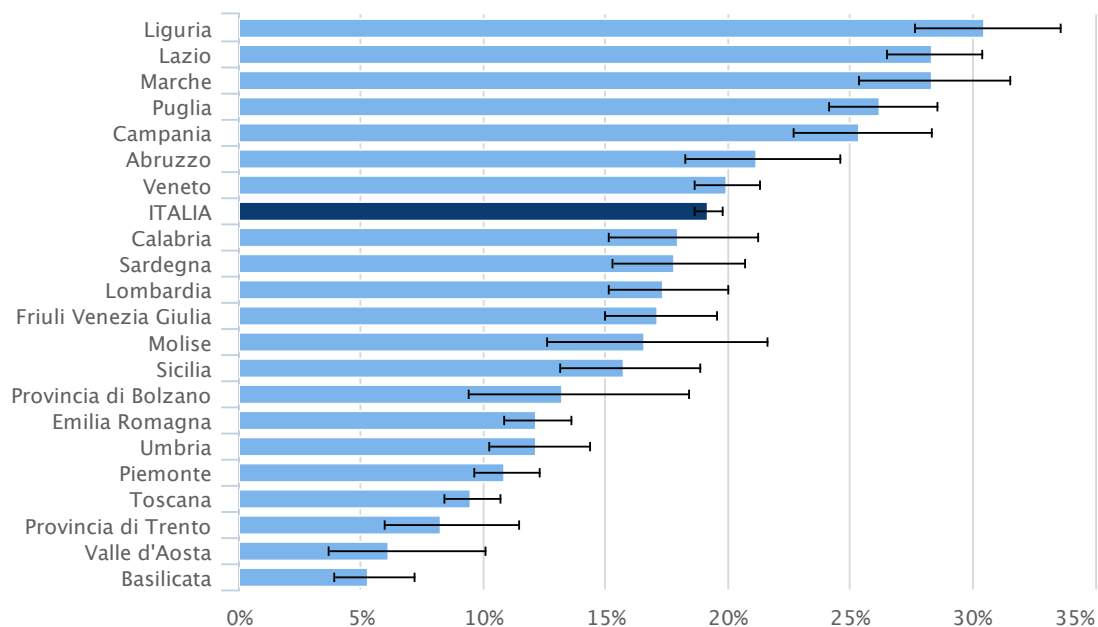


GRAFICO 16.5. Proporzione di donne che hanno eseguito la mammografia come prevenzione individuale per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Quante donne hanno eseguito una mammografia in un programma di screening organizzato e quante come prevenzione individuale in Puglia?

Le donne con grado di istruzione medio superiore e quelle con nessuna difficoltà economica aderiscono maggiormente al programma di screening organizzato (Tabella 16.2).

TABELLA 16.2. Proporzioni di donne che hanno eseguito una mammografia in un programma di screening organizzato, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 - 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
50 - 59	35,8	32,4 - 39,1	1,00	
60 - 69	38,6	35,1 - 42,3	1,07	0,527
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	38,4	34,4 - 42,6	1,00	
media inferiore	39,9	35,6 - 44,5	1,04	0,760
media superiore	33,7	29,3 - 38,4	0,74	0,043
laurea	32,6	24,3 - 42,2	0,66	0,092
Difficoltà economiche				
molte	33,5	29,1 - 38,2	1,00	
qualche	37,8	34,5 - 41,2	1,29	0,051
nessuna	39,8	34,5 - 45,3	1,59	0,008
Cittadinanza				
italiana	37,2	34,8 - 39,7	-	-
straniera	0,0		-	-
Stato civile				
coniugata	37,9	35,3 - 40,7	1,00	
non coniugata	33,7	28,5 - 39,2	0,87	0,578
Convivenza				
convivente	38,1	35,3 - 40,9	1,00	
non convivente	33,9	29,1 - 38,8	1,04	0,856

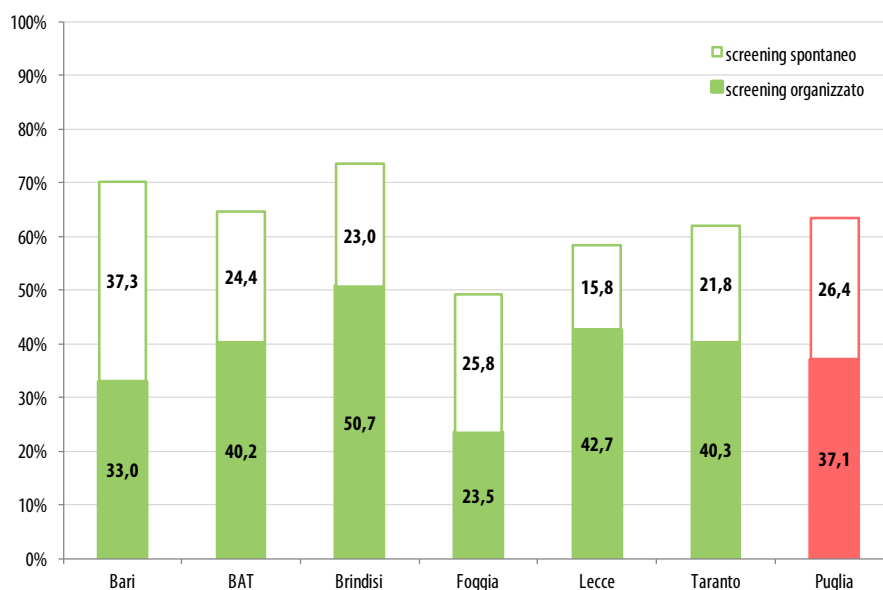
L'attitudine a eseguire la mammografia ogni due anni come prevenzione individuale è maggiore nelle donne più giovani (50 – 59 anni), con nessuna difficoltà economica e con livello di istruzione più elevato (Tabella 16.3).

TABELLA 16.3. Proporzione di donne che hanno eseguito una mammografia come prevenzione individuale, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 - 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
50 – 59	31,0	27,9 – 34,2	1,00	
60 – 69	20,8	17,9 – 24,0	0,68	0,003
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	15,8	12,9 – 19,2	1,00	
media inferiore	25,9	22,1 – 30,1	1,66	0,002
media superiore	36,4	31,9 – 41,2	2,50	0,000
laurea	40,1	31,1 – 49,8	2,97	0,000
Difficoltà economiche				
molte	19,1	15,5 – 23,2	1,00	
qualche	26,8	23,8 – 30,0	1,27	0,129
nessuna	34,2	29,2 – 39,7	1,49	0,043
Cittadinanza				
italiana	26,4	24,3 – 28,7	-	-
straniera	0,0		-	-
Stato civile				
coniugata	26,9	24,5 – 29,5	1,00	
non coniugata	23,4	18,9 – 28,7	0,62	0,067
Convivenza				
convivente	26,5	24,0 – 29,1	1,00	
non convivente	25,9	21,7 – 30,7	0,73	0,192

La proporzione di donne che hanno effettuato una mammografia in un programma di screening organizzato o su iniziativa personale è differente sul territorio regionale: valori più alti di partecipazione allo screening organizzato si registrano nelle ASL Brindisi e Lecce, la prevenzione individuale prevale nell'ASL Bari (Grafico 16.6).

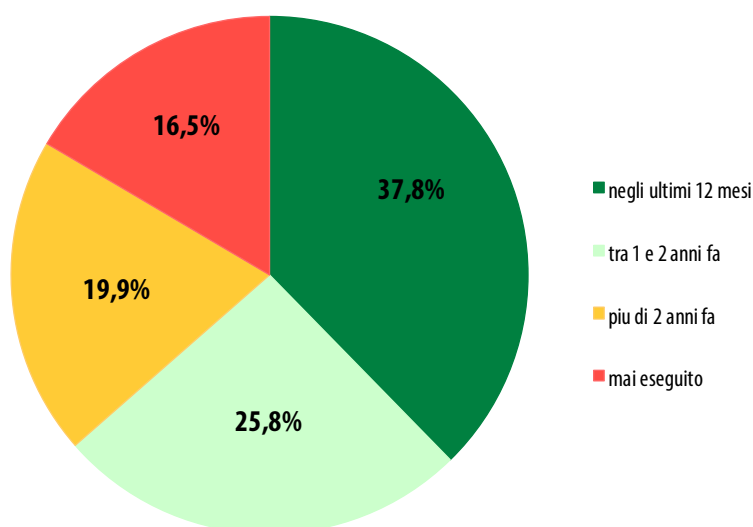
GRAFICO 16.6. Proporzione di donne che hanno eseguito una mammografia in un programma di screening organizzato e come prevenzione individuale (screening spontaneo), per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Qual è la periodicità di esecuzione della mammografia?

L'esecuzione della mammografia è raccomandata con periodicità biennale. Il 37,7% delle donne 50-69enni ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno, il 16,5% ha riferito di non aver mai eseguito una mammografia preventiva (Grafico 16.7).

GRAFICO 16.7. Distribuzione delle donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia, per periodo intercorso dall'esecuzione dell'ultima mammografia. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



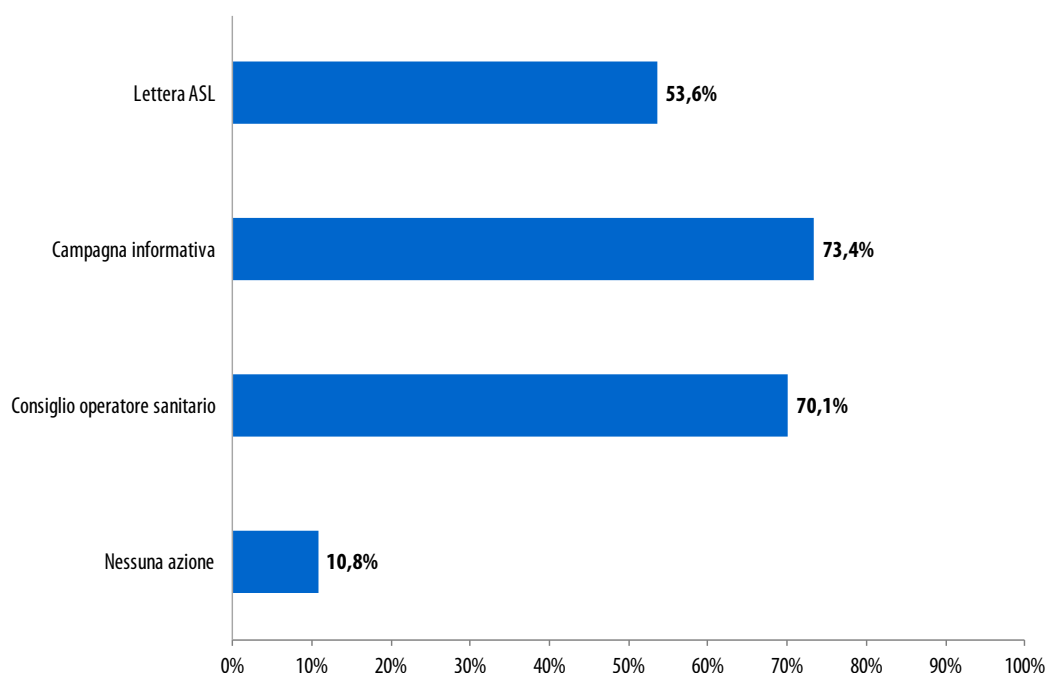
Interventi di promozione della mammografia

In Puglia il 53,6% delle donne intervistate ha riferito di aver ricevuto una lettera da parte della ASL che invitava ad eseguire la mammografia, mentre il 10,8% non è stato raggiunto da nessun intervento di promozione (Grafico 16.8).

Nel pool PASSI nazionale la proporzione di donne che hanno ricevuto la lettera è del 68,0%, chi non è stato raggiunto da interventi è pari al 6,9%; per gli altri interventi le proporzioni registrate in Puglia sono in linea con quelle nazionali.

In merito al numero di interventi di promozione di cui le donne hanno beneficiato in Puglia, il 35,9% delle donne è stato raggiunto da tutti e tre gli interventi di promozione (lettera, campagna e consiglio dell'operatore sanitario), il 36,3% da due dei tre interventi, il 17,1 da un solo intervento di promozione della mammografia.

GRAFICO 16.8. Proporzioni di donne raggiunte da un intervento di promozione della mammografia, per tipo di intervento. Puglia, anni 2011 - 2014.



La proporzione di donne che è stata raggiunta dagli interventi di promozione è differente sul territorio regionale. In tutte le ASL regionali la proporzione di donne che hanno ricevuto una lettera di invito da parte della ASL e che hanno ricevuto consiglio da parte dei sanitari è in linea o superiore al valore medio regionale, fa eccezione la ASL Foggia nella quale queste proporzioni sono molto più basse (Grafici 16.9 - 10).

GRAFICO 16.9. Proporzione di donne che hanno ricevuto la lettera di invito a effettuare la mammografia da parte della ASL, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

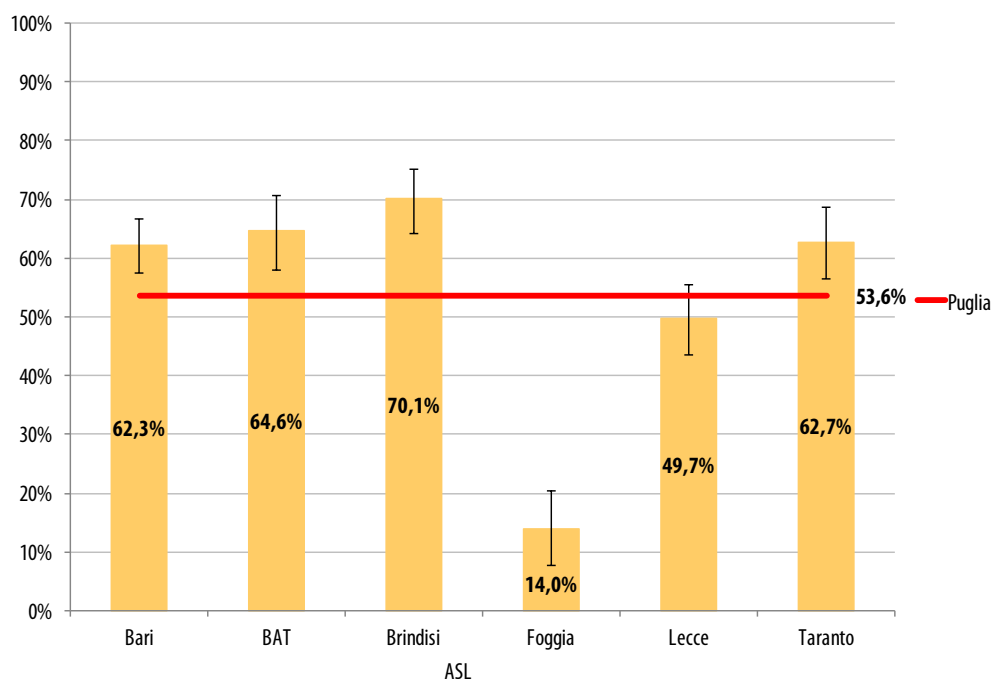
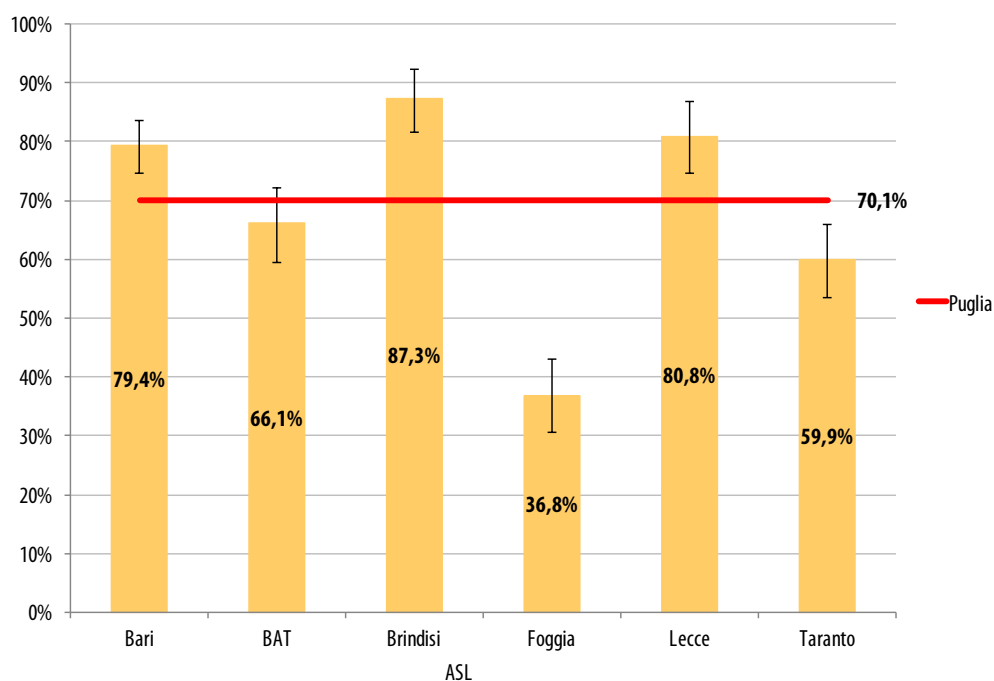


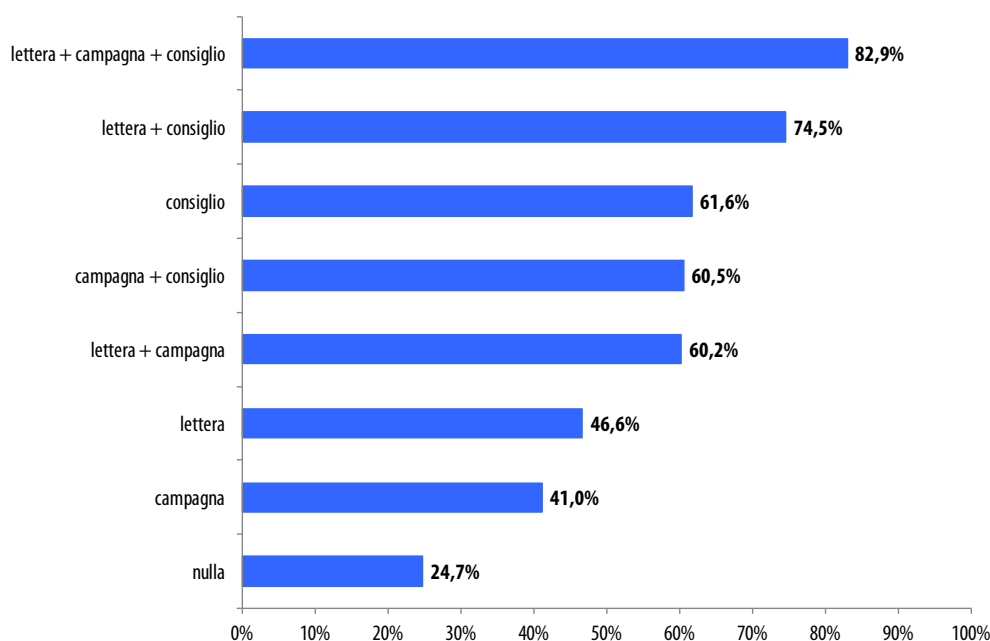
GRAFICO 16.10. Proporzione di donne che hanno ricevuto consiglio da parte di un operatore sanitario a effettuare la mammografia, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Efficacia degli interventi di promozione della mammografia

Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'adesione all'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati: infatti hanno eseguito la mammografia la maggior parte delle donne (82,9%) che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio e alla campagna e solo il 24,7% di quelle non raggiunte da interventi di promozione (Grafico 16.11).

GRAFICO 16.11. Proporzioni di donne che hanno effettuato una mammografia secondo le linee guida, per intervento di promozione ricevuta. Puglia, anni 2011 - 2014.



Perché non è stata eseguita la mammografia a scopo preventivo?

In Puglia il 36,5% delle donne di 50-69 anni non si è sottoposta a diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (16,6%) o l'ha eseguita da oltre due anni (19,9%).

La non esecuzione dell'esame è associata ad una molteplicità di motivazioni, di seguito riportate:

- "Penso di non averne bisogno" (30,1%)
- "Non ho avuto tempo" (13,2%)
- "Pigrizia" (10,2%)
- "Nessuno me lo ha consigliato" (9,8%)
- "Ho paura dell'esame" (9,8%)
- "È difficile prendere contatti con la ASL" (7,2%)
- "Non ho ricevuto la convocazione" (5,0%)
- "Non so" (2,9%)
- "Esame fastidioso/doloroso" (2,5%)
- "Già operata/ Altri motivi sanitari" (1,5%)
- "Altro motivo" (1,5%)
- "Sede/data/orario non andavano bene" (0,6%)

Conclusioni e raccomandazioni

La proporzione di donne di età compresa tra 50 e 69 anni che si sono sottoposte in Puglia ad una mammografia a scopo preventivo secondo le linee guida è in aumento costante dal 2008 e ha raggiunto il 63,5% nel quadriennio 2011 – 2014; questo valore si avvicina notevolmente allo standard considerato come desiderabile (>70%) da parte delle Linee Guida europee e italiane (Osservatorio Nazionale Screening).

Tuttavia, in Puglia, si sottopongono allo screening mammografico soprattutto donne con reddito elevato e alto grado di istruzione. Questa tendenza è confermata dai dati di effettuazione della mammografia come prevenzione spontanea. Al contrario, l'adesione allo screening organizzato appare maggiore nelle donne con basso grado di istruzione: queste rappresentano, sebbene solo in parte, il target dei programmi di screening organizzato per la riduzione delle disuguaglianze di salute.

Negli ultimi anni, più dell'80% delle donne tra 50 e 69 anni sono state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening mammografico. Quelle che sono raggiunte da diversi interventi di promozione si sottopongono, più frequentemente delle altre, a screening nei tempi raccomandati, fino ad arrivare a una copertura maggiore dell'80% tra le donne che ricevono una lettera di invito, il consiglio del medico e sono esposte a una campagna informativa. Tra le donne che non sono state mai raggiunte da alcun intervento informativo sull'utilità e l'importanza di sottoporsi a una mammografia, solo una su cinque effettua l'esame. È opportuno sottolineare che gli interventi di promozione della mammografia e l'adesione ai programmi di screening organizzato variano notevolmente nelle ASL regionali.

Alla luce dei risultati della sorveglianza PASSI emerge la necessità di rafforzare il percorso di screening organizzato nelle ASL regionali e di incentivare le campagne informative volte alla promozione dello screening mammografico, in modo da ridurre le disuguaglianze e favorire l'accesso delle donne ai percorsi stessi.

Appunti e annotazioni



Appunti e annotazioni

17. Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto



- ✓ Solo il **13,3%** dei pugliesi in età target ha effettuato lo screening del colon-retto secondo le linee guida
- ✓ Il **74,4%** dei pugliesi non è stato raggiunto da alcun intervento di promozione dello screening

Secondo le stime dell'Associazione Italiana Registri Tumori il carcinoma del colon-retto rappresenta la seconda causa più frequente di decesso per neoplasie, dopo il tumore del polmone negli uomini e il tumore della mammella nelle donne. Abbastanza rara prima dei 40 anni, questa neoplasia colpisce più frequentemente dopo i 60 anni di età. Fortunatamente migliora la sopravvivenza dei pazienti che ne sono colpiti e a 5 anni dalla diagnosi la sopravvivenza stimata è pari al 64%, grazie alla diagnosi precoce e ai miglioramenti terapeutici (AIOM – AIRTUM, I numeri del Cancro in Italia, 2015).

La diagnosi precoce viene effettuata attraverso l'esecuzione di test di screening in pazienti asintomatici di età compresa fra 50 e 69 anni: le linee guida raccomandano la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) da eseguire ogni due anni o l'endoscopia (colonscopia e retto-sigmoidoscopia) da effettuare ogni cinque anni. Questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Attualmente, il programma di screening coloretale più diffuso sul territorio nazionale è quello a due stadi, costituito da ricerca di sangue occulto nelle feci e

successiva colonscopia per i positivi al SOF oppure direttamente esame endoscopico per i soggetti che presentano particolari fattori di rischio per carcinoma del colon-retto (es. familiarità).

Sebbene negli anni l'offerta dello screening del cancro del colon-retto sia stata progressivamente estesa, non è ancora presente in modo sistematico e organizzato su tutto il territorio nazionale: l'estensione dei programmi di screening è ormai ampia in alcune regioni del Nord Italia, mentre dati molto più bassi si registrano nelle regioni meridionali.

Secondo le ultime stime disponibili dell'Osservatorio Nazionale Screening, nel biennio 2011-2012 circa 7,7 milioni di italiani sono stati invitati in un programma di screening organizzato; di questi il 47,1% ha aderito all'invito ed ha eseguito lo screening.

In Puglia un programma di screening organizzato è stato avviato in maniera sistematica alla fine del 2011 in due ASL regionali, Bari e BAT.

N.B.: Nell'analisi dei dati italiani, le ASL piemontesi sono escluse dalle stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati.

Quanti hanno eseguito lo screening del tumore del colon-retto in accordo con le linee guida in Italia?

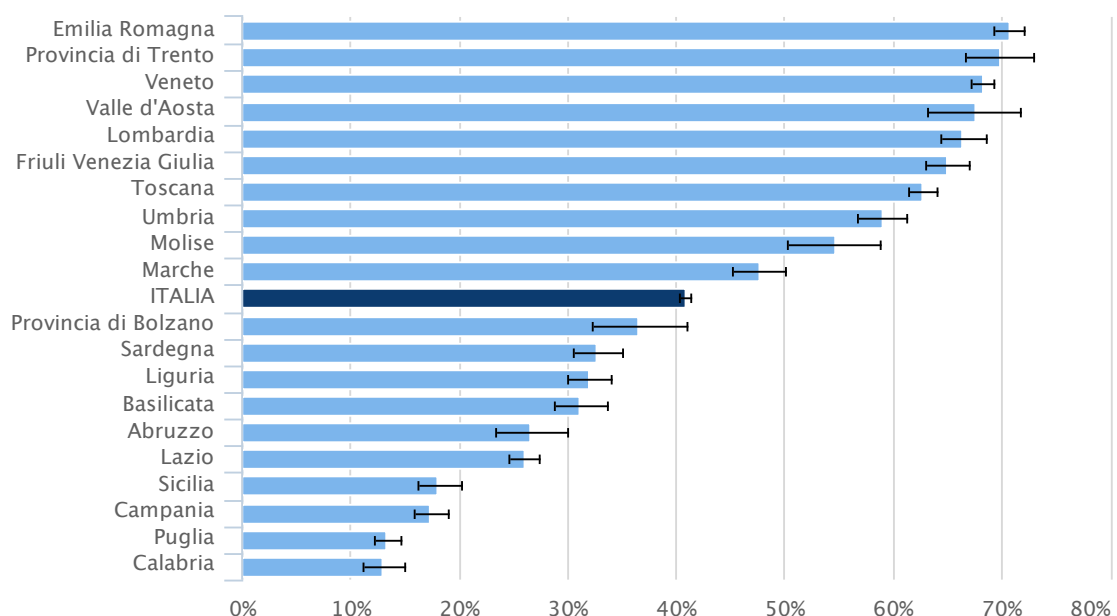
Secondo i dati PASSI, in Italia la proporzione di soggetti fra 50 e 69 anni che ha effettuato lo screening del tumore del colon-retto è pari al 40,8%. La distribuzione per Regione di residenza divide l'Italia in due macroaree: dati più elevati si rilevano nelle regioni settentrionali, in particolare in Emilia Romagna (70,7%), nella Provincia di Trento (69,9%) e in Veneto (68,3%), dati inferiori si rilevano nelle regioni meridionali con valori più bassi in Calabria (12,9%) e in Puglia (13,3%; Cartogramma 17.1) (Grafico 17.1).

CARTOGRAMMA 17.1. Proporzioni di soggetti che hanno eseguito lo screening del tumore del colon retto. Italia, anni 2011 - 2014.



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

GRAFICO 17.1. Proporzioni dei soggetti che hanno eseguito lo screening del tumore del colon retto per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Quanti hanno eseguito lo screening del tumore del colon-retto in un programma organizzato e quanti come prevenzione individuale in Italia?

La prevenzione del tumore del colon-retto avviene per lo più nell'ambito di programmi organizzati dalle ASL, che catturano il 32,8% della popolazione target, mentre la restante quota di soggetti fra 50 e 69 anni si sottopone a una ricerca del sangue occulto nelle feci oppure a una colonscopia preventiva nei tempi raccomandati (7,3%) al di fuori dei programmi organizzati, su iniziativa individuale.

Nelle regioni meridionali si registrano i dati più bassi sia in relazione alla partecipazione a programmi di screening organizzato (Calabria 5,2%; Puglia 5,9%) sia in riferimento allo screening spontaneo (Basilicata 3,3%, Sicilia 4,1%) (Cartogrammi 17.2-3; Grafici 17.2-3).

CARTOGRAMMA 17.2. Proporzione soggetti che hanno eseguito lo screening del tumore del colon-retto in un programma organizzato. Italia, anni 2011 - 2014.



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

CARTOGRAMMA 17.3. Proporzione soggetti che hanno eseguito lo screening del tumore del colon-retto come prevenzione individuale. Italia, anni 2011 - 2014.



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

GRAFICO 17.2. Proporzione dei soggetti che hanno eseguito lo screening del colon-retto in un programma organizzato per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.

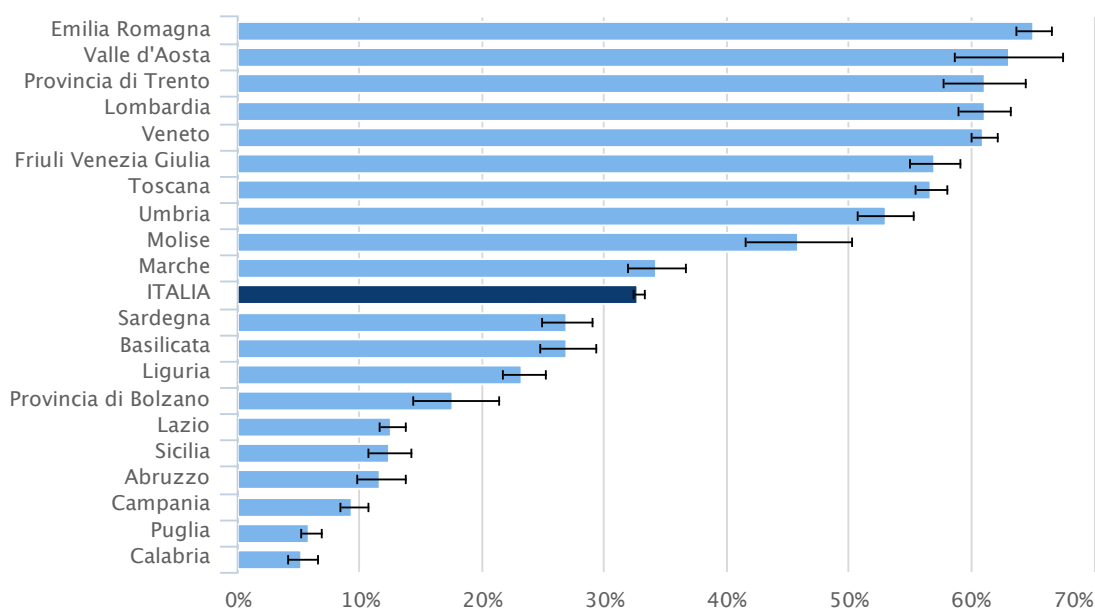
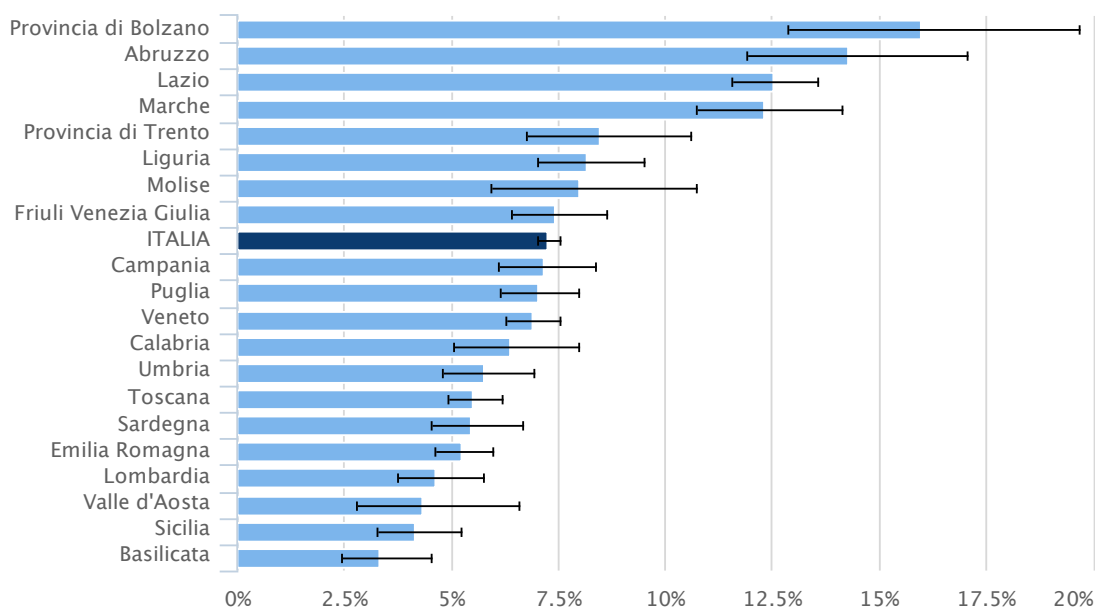


GRAFICO 17.3. Proporzione dei soggetti che hanno eseguito lo screening del colon-retto del sangue occulto fecale come prevenzione individuale per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Quanti hanno eseguito lo screening del tumore del colon-retto in accordo con le linee guida in Puglia?

Nel periodo 2011 - 2014, nella Regione Puglia, solo il 13,3% delle persone in età target (50-69 anni) ha effettuato lo screening del tumore del colon-retto in accordo con le linee guida.

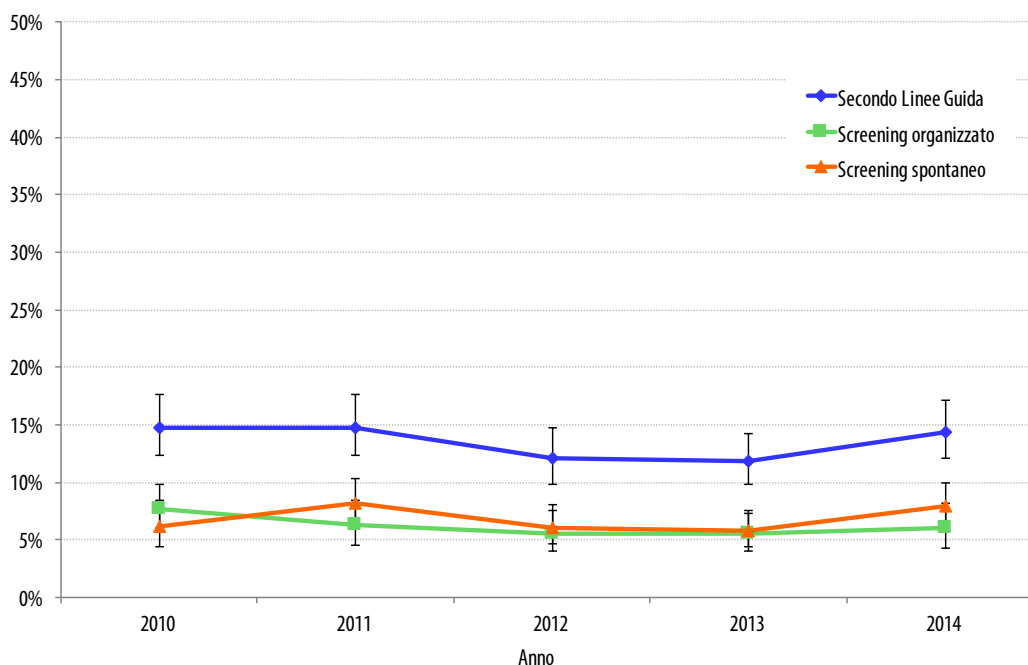
L'analisi del trend annuale per gli anni 2010-2014 non evidenzia variazioni significative della proporzione di soggetti che hanno eseguito lo screening del colon-retto secondo le linee guida, all'interno di un programma di screening organizzato o spontaneamente (Tabella 17.1) (Grafico 17.4).

TABELLA 17.1. Distribuzione (%) degli intervistati che hanno effettuato lo screening del tumore del colon-retto. Puglia, anni 2011 - 2014.

Screening colon-retto*	%	IC95%
Secondo linee-guida	13,3	12,1-14,6
Screening organizzato	5,9	5,1-6,8
Screening spontaneo	7,0	6,1-8,0

*SCREENING COLON-RETTO = ricerca sangue occulto negli ultimi 2 anni o colonscopia negli ultimi 5 anni

GRAFICO 17.4. Distribuzione di soggetti che hanno eseguito lo screening del tumore del colon-retto secondo le linee guida, all'interno di un programma di screening organizzato o come screening spontaneo, trend annuale. Puglia anni 2010 - 2014.



La proporzione di soggetti che hanno eseguito lo screening del colon-retto secondo le linee guida è bassa su tutto il territorio regionale. Il valore minore si registra nella ASL Lecce mentre il più elevato nella ASL Brindisi (Grafici 17.5 e 17.6).

GRAFICO 17.5. Proporzione di persone che hanno eseguito lo screening del colon-retto secondo le linee guida, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 – 2014.

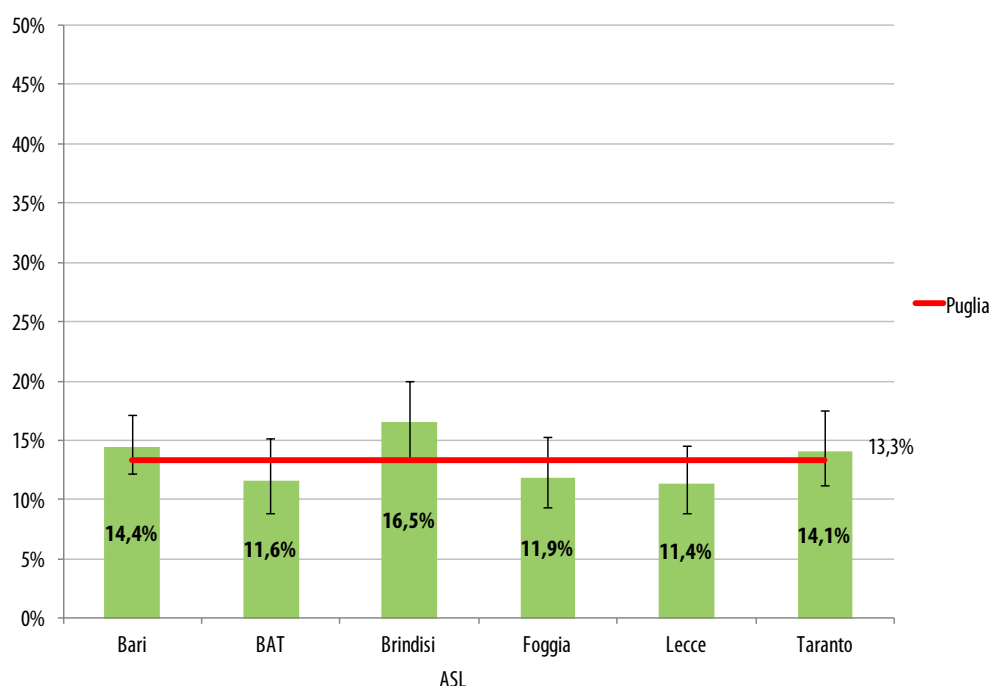
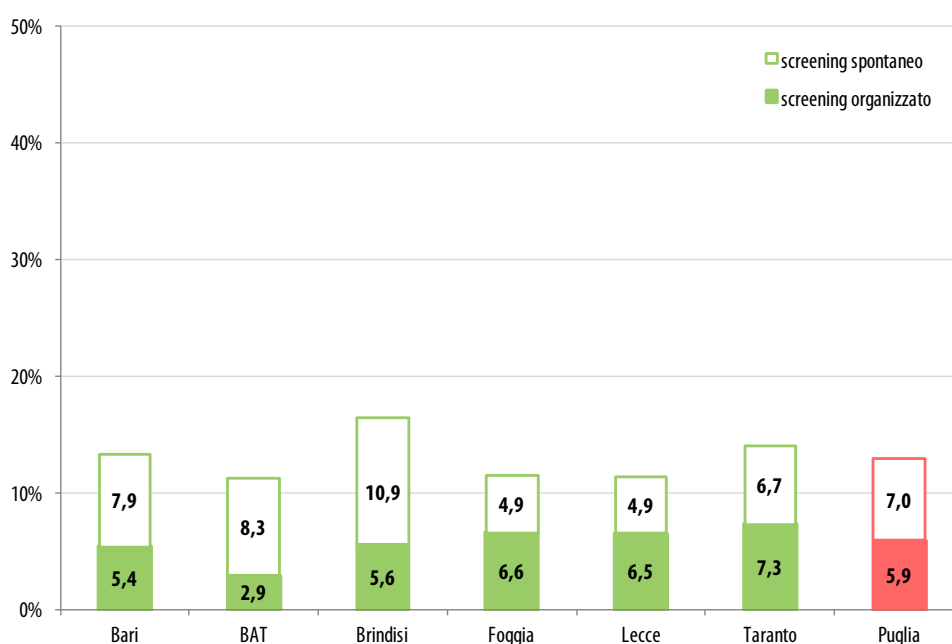


GRAFICO 17.6. Proporzione di persone che hanno eseguito lo screening del colon-retto in un programma organizzato oppure su iniziativa personale, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 – 2014.



Quanti hanno eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci in accordo con le linee guida in Italia?

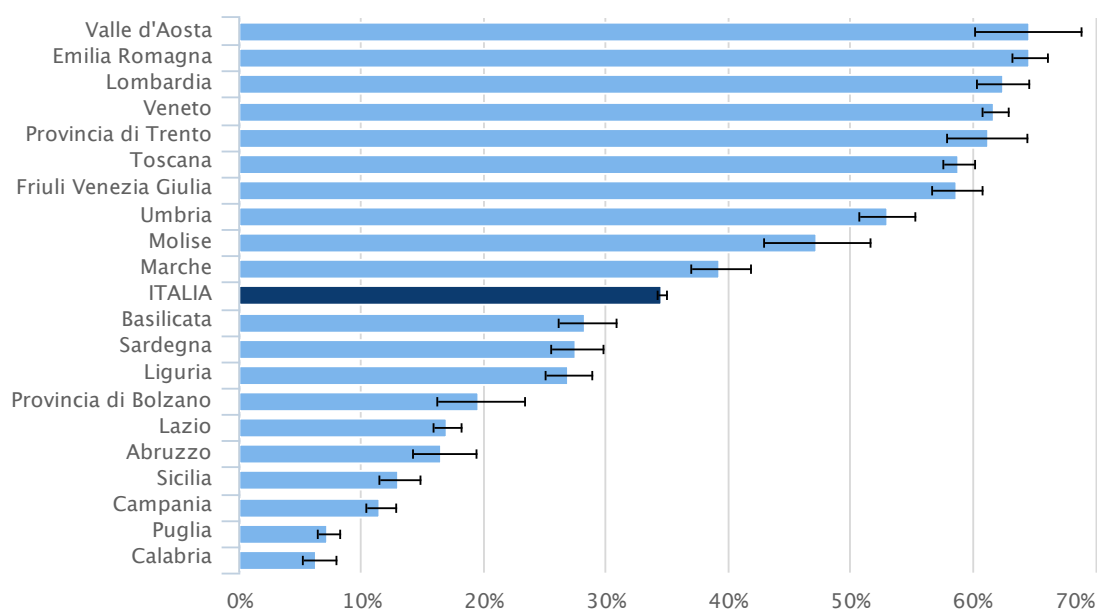
I dati Passi 2011-14 evidenziano una distribuzione disomogenea sul territorio nazionale della proporzione di soggetti che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni. I dati più elevati si registrano in Valle d' Aosta (64,7%), Emilia Romagna (64,2%) e Lombardia (62,4%), mentre i dati più bassi si riferiscono a Calabria (6,3%) e Puglia (7,2%) (Cartogramma 17.4; Grafico 17.7).

CARTOGRAMMA 17.4. Proporzione di soggetti che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni. Italia, anni 2011 - 2014.



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

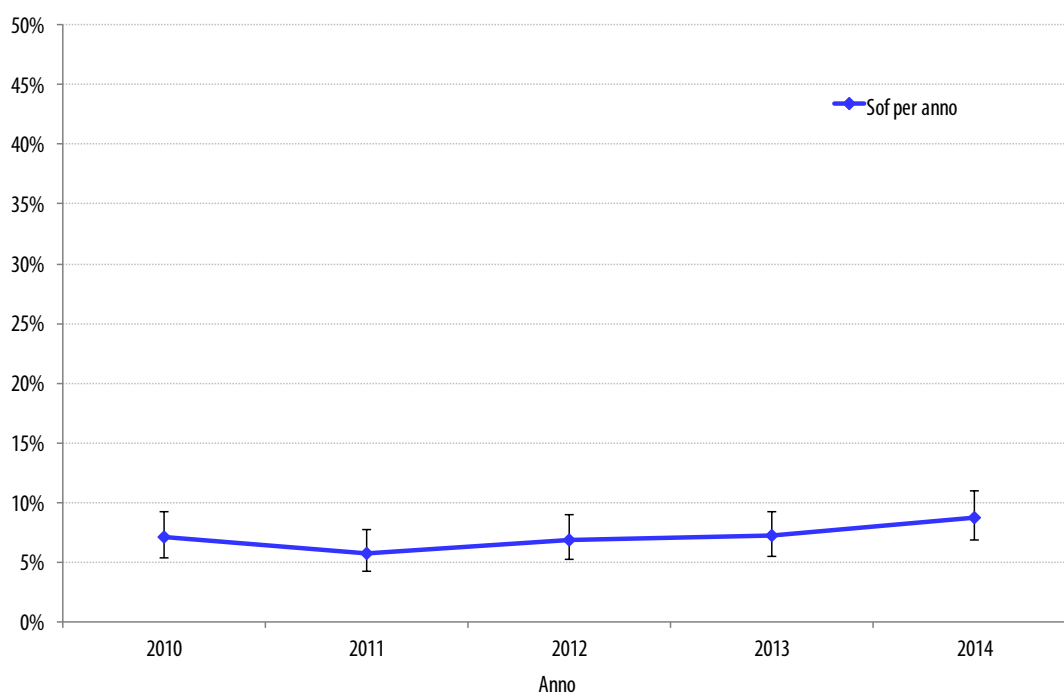
GRAFICO 17.7. Proporzione dei soggetti che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto fecale per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Quanti hanno eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) in accordo con le linee guida in Puglia?

L'analisi del trend annuale relativo al periodo 2010 - 2014 evidenzia un lieve e progressivo aumento dei soggetti che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci a partire dal 2011 (Grafico 17.8).

GRAFICO 17.8. Proporzione dei soggetti intervistati che riferiscono di aver eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci, trend annuale. Puglia, anni 2010 - 2014.



L'effettuazione del SOF nei tempi raccomandati è risultata maggiore nei soggetti fra 60 e 69 anni, di sesso maschile, con un elevato grado di istruzione e nessuna difficoltà economica. Nessuno straniero ha riferito di aver eseguito la ricerca del SOF secondo le linee guida.

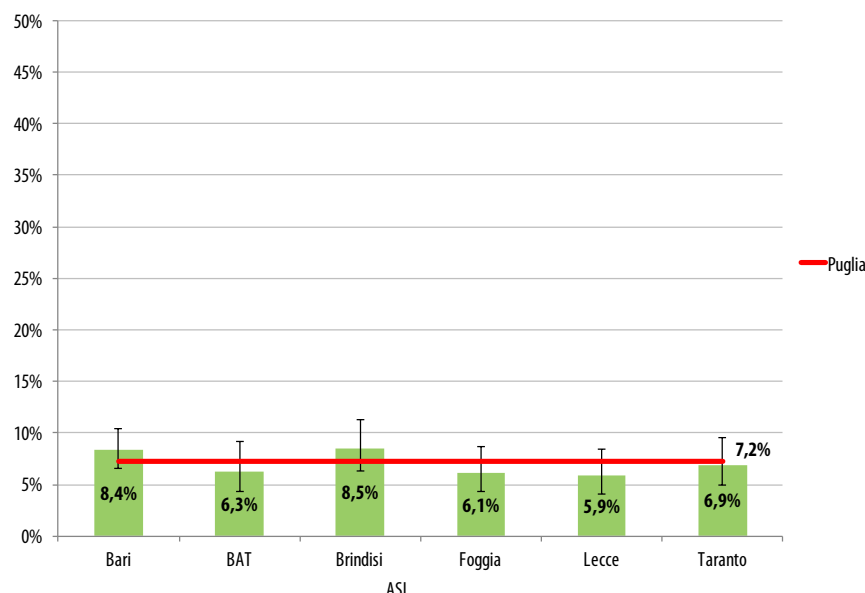
L'analisi di regressione logistica evidenzia che l'effettuazione del test di screening aumenta all'aumentare dell'età e del grado di istruzione (Tabella 17.2).

TABELLA 17.2. Proporzione di soggetti che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto fecale in accordo con le linee guida, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 – 2014.

	%	IC 95%	OR	<i>p</i>
Età				
50 – 59	6,2	5,1 – 7,5	1,00	
60 - 69	8,3	5,9 – 9,9	1,42	0,017
Sesso				
maschile	8,1	6,8 – 9,6	1,00	
femminile	6,3	5,2 – 7,7	0,80	0,127
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	6,9	4,9 – 8,2	1,00	
media inferiore	6,8	5,4 – 8,5	1,12	0,573
media superiore	7,4	5,8 – 9,4	1,22	0,324
laurea	11,2	7,7 – 15,8	1,73	0,038
Difficoltà economiche				
molte	6,3	4,8 – 8,3	1,00	
qualche	6,8	5,6 – 8,1	1,00	0,987
nessuna	9,0	7,0 – 11,5	1,21	0,378
Cittadinanza				
italiana	7,2	6,3 – 8,2	1,00	
straniera	0,00			

La proporzione di soggetti in età target che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci secondo le linee guida risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nella ASL Lecce e più elevati nelle ASL Bari e Brindisi (Grafico 17.9).

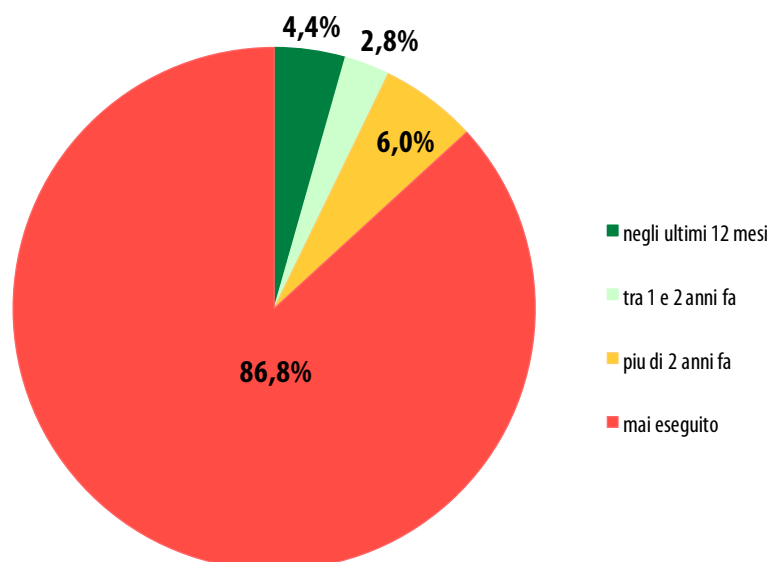
GRAFICO 17.9. Proporzione di soggetti che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) in accordo con le linee guida, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Qual è la periodicità di esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci?

L'esecuzione del SOF è raccomandata con periodicità biennale. Solo il 4,4% delle persone intervistate fra 50 e 69 anni ha riferito di aver eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci nell'ultimo anno e il 2,8% fra 1 e 2 anni; l'86,8% ha riferito di non aver mai eseguito uno screening del tumore del colon-retto (Grafico 17.10).

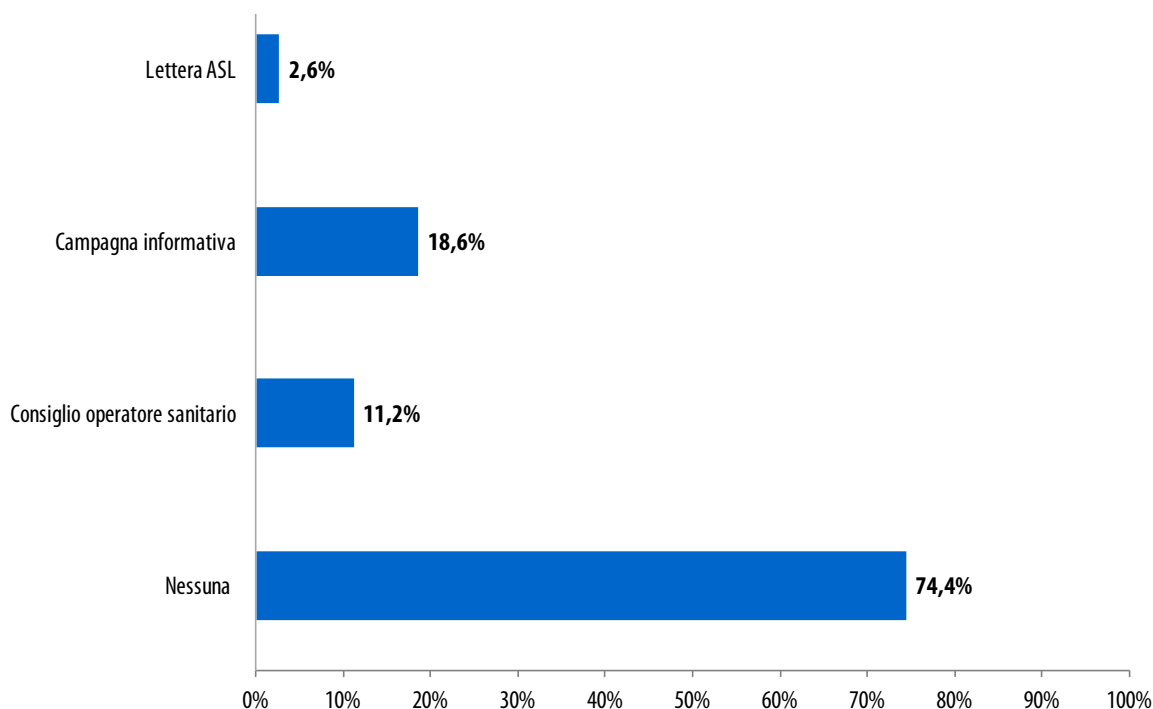
GRAFICO 17.10. Distribuzione dei soggetti che hanno eseguito il SOF, per periodicità di esecuzione. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci

In Puglia il 74,4% delle persone intervistate ha riferito di non aver ricevuto nessuna azione informativa da parte della ASL (Grafico 17.11).

GRAFICO 17.11. Proporzione di soggetti raggiunti da un intervento di promozione del SOF, per tipo di intervento. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



In merito al numero di interventi di promozione di cui la popolazione target ha beneficiato, solo lo 0,8% delle persone è stato raggiunto da tutti e tre gli interventi di promozione (lettera, campagna e consiglio dell'operatore sanitario), il 5,2% da due dei tre interventi, il 19,7% da un solo intervento di promozione dello screening. La proporzione di soggetti tra 50 e 69 anni che è stata raggiunta dagli interventi di promozione è differente sul territorio regionale. In tutte le ASL regionali la proporzione di soggetti che hanno ricevuto una lettera di invito da parte della ASL è molto bassa. Più elevato è il dato medio regionale (11,2%) relativo a coloro che hanno ricevuto consiglio da parte degli operatori sanitari, con valore più basso nella ASL BAT (8,5%) e più elevato nella ASL Taranto (14,2%). In riferimento alla campagna informativa il dato più basso si registra nella ASL BAT (7,2%), mentre il dato più elevato nelle ASL Taranto (30,4%) (Grafici 17.12, 17.13 e 17.14).

GRAFICO 17.12. Proporzione di soggetti in età target che hanno ricevuto la lettera da parte della ASL, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

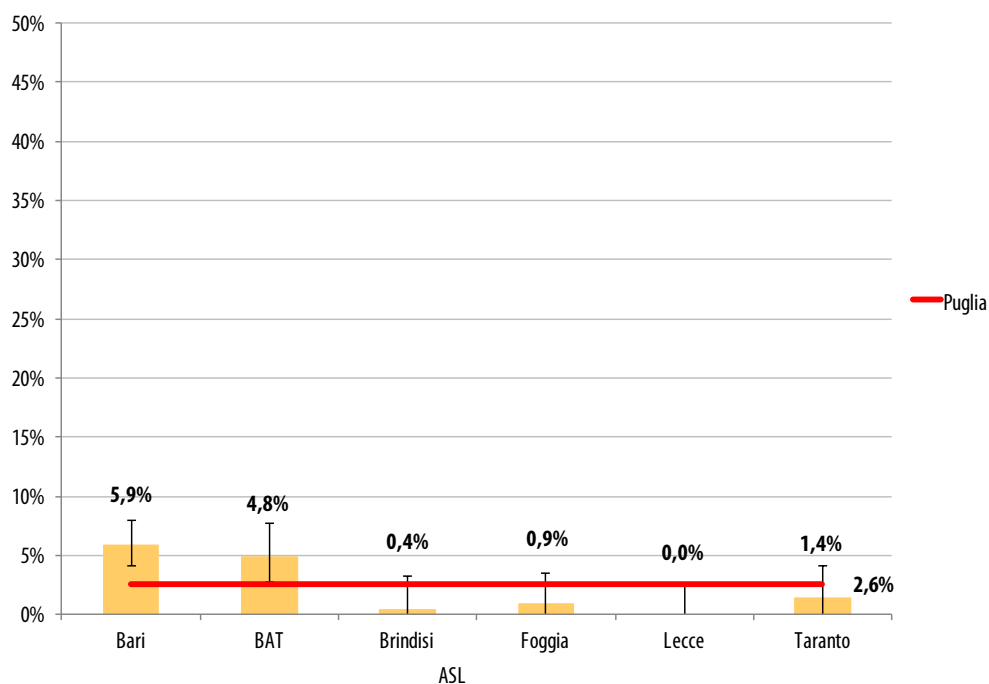


GRAFICO 17.13. Proporzione di soggetti in età target che hanno ricevuto consiglio da parte di un operatore sanitario, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

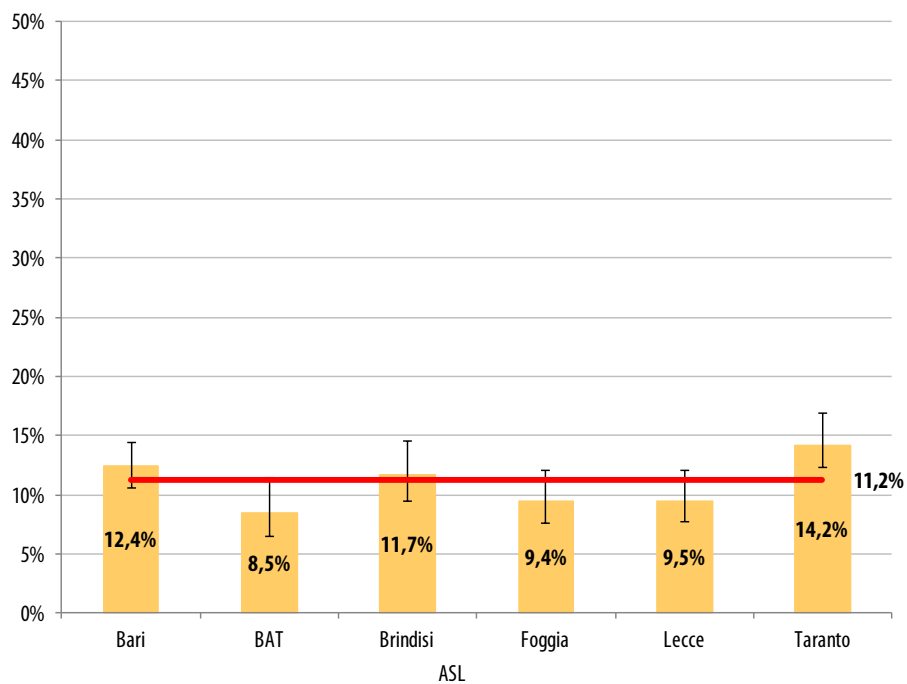
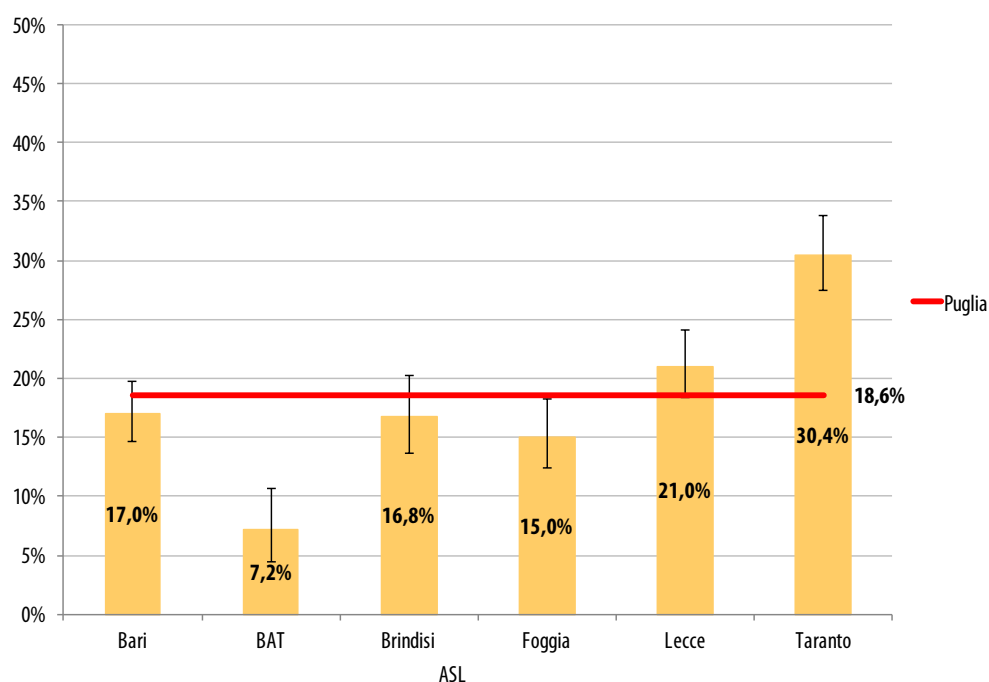
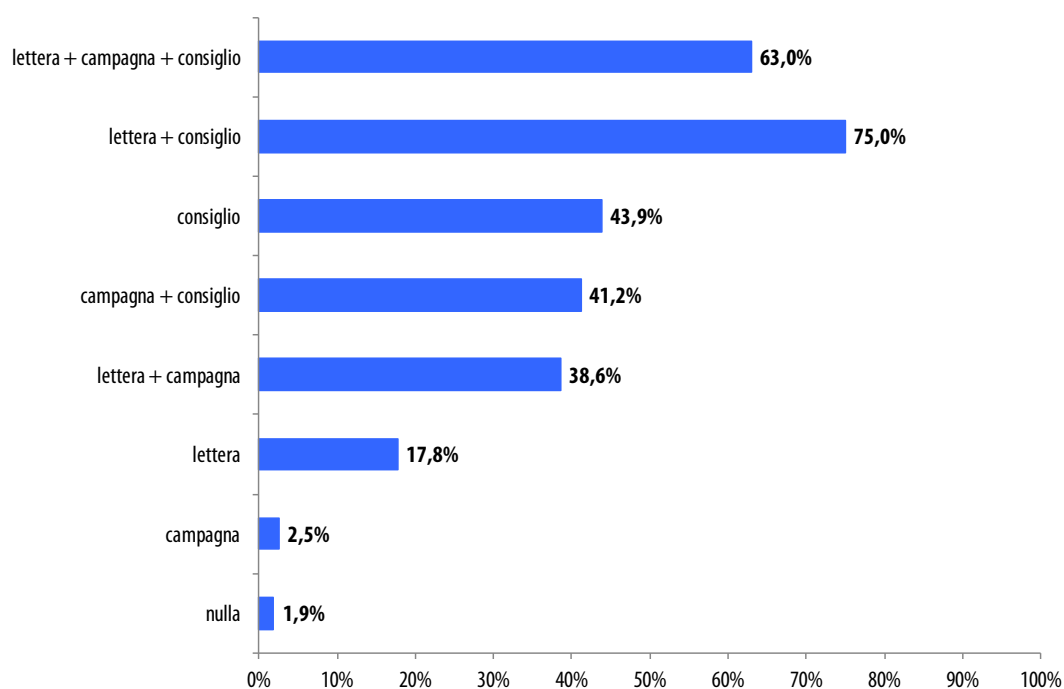


GRAFICO 17.14. Proporzione di soggetti in età target che sono stati raggiunti da una campagna informativa. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

Efficacia degli interventi di promozione del SOF

Gli interventi di promozione sono risultati efficaci per l'esecuzione dello screening: infatti ha eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci il 75,0% di coloro che hanno ricevuto la lettera più consiglio; mentre solo l'1,9% dei soggetti non raggiunti da interventi di promozione ha eseguito il SOF (Grafico 17.15).

GRAFICO 17.15. Proporzione di soggetti che hanno effettuato il SOF secondo le linee guida, per intervento di promozione. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.

Perché non è stata eseguita la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo?

In Puglia il 92,8% di soggetti di 50-69 anni non si è sottoposta a screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto secondo le linee guida in quanto o non ha mai eseguito il SOF (86,8%) oppure l'ha eseguito da oltre due anni (6,0%).

La non esecuzione dell'esame è associata ad una molteplicità di fattori, di seguito riportati:

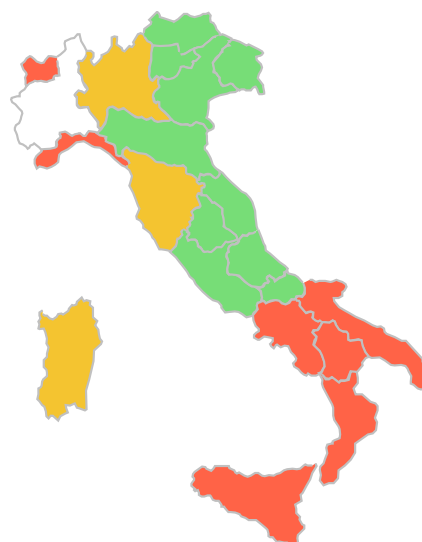
- "Penso di non averne bisogno" (48,7%)
- "Nessuno me lo ha consigliato" (38,0%)
- "Non ho ricevuto la convocazione" (2,1%)
- "Ho paura del risultato esame" (2,0%)
- "Non ho avuto tempo" (1,8%)
- "Pigrizia" (1,6%)
- "Mi sento imbarazzato" (1,2%)
- "Altro motivo" (0,9%)
- "Esame fastidioso/doloroso" (0,8%)
- "Già fatto/Mi hanno consigliato la colonscopia" (0,6%)
- "È difficile prendere contatti con la ASL" (0,3%)
- "Già operata/ Altri motivi sanitari" (0,2%)
- "Sede/data/orario non andavano bene" (0,1%)

Quanti hanno effettuato la colonscopia/rettosigmoidoscopia secondo le linee-guida in Italia?

In Italia il 13,2% della popolazione intervistata in età target fra 50 e 69 anni ha eseguito una colonscopia negli ultimi cinque anni, come screening del tumore del colon retto (Cartogramma 17.5).

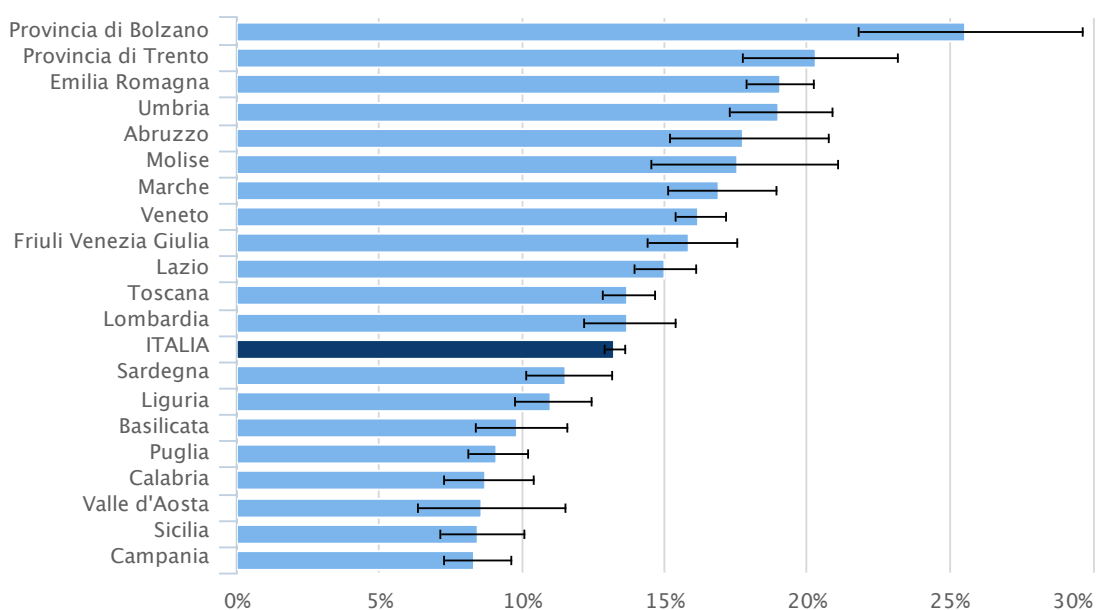
I dati più elevati si registrano nella province autonome di Bolzano e Trento (25,5%) e in Emilia Romagna (19,0%), mentre i dati più bassi si registrano in Campania (8,3%), Sicilia (8,5%) e Valle d' Aosta (8,6%) (Grafico 17.16).

CARTOGRAMMA 17.5. Proporzioni dei soggetti che hanno eseguito la colonscopia negli ultimi cinque anni. Italia, anni 2011 - 2014.



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

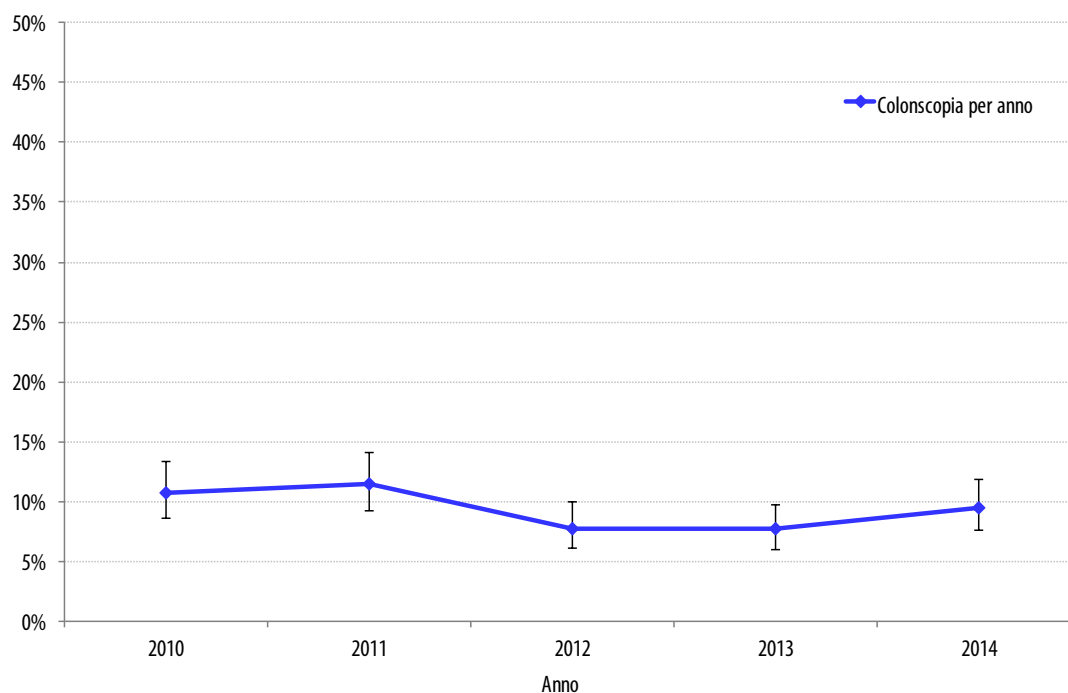
GRAFICO 17.16. Proporzioni dei soggetti che hanno eseguito la colonscopia per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Quanti hanno eseguito la colonscopia in accordo con le linee guida in Puglia?

L'analisi del trend annuale riferito al periodo 2010-2014 non evidenzia variazioni significative nel corso degli anni (Grafico 17.17).

GRAFICO 17.17. Proporzione dei soggetti intervistati che riferiscono di aver effettuato una colonscopia, trend annuale. Puglia, anni 2010 - 2014.



I soggetti di età compresa fra 60 e 69 anni, di sesso maschile, con alto grado di istruzione e poche o nessuna difficoltà economica riferiscono con maggiore frequenza di aver eseguito una colonscopia secondo le linee guida.

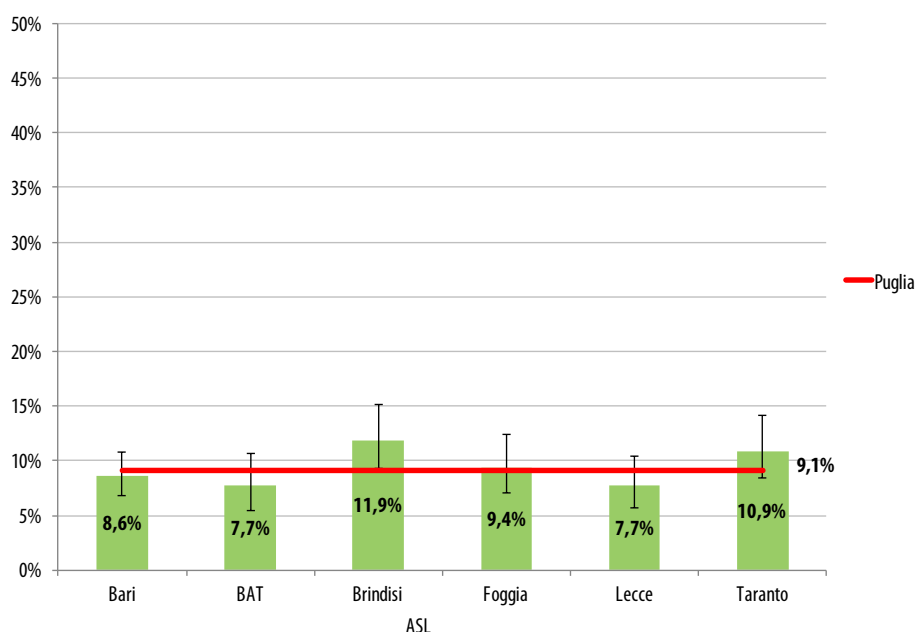
L'analisi multivariata evidenzia che la probabilità di effettuare una colonscopia aumenta con l'età ed è minore nel sesso femminile (Tabella 17.3).

TABELLA 17.3. Proporzione di soggetti che hanno eseguito la colonscopia negli ultimi 5 anni, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 - 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
50 - 59	7,6	6,4 - 9,0	1,00	
60 - 69	10,8	9,3 - 12,5	1,48	0,003
Sesso				
maschile	10,3	8,9 - 12,0	1,00	
femminile	8,0	6,7 - 9,5	0,76	0,031
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	9,1	7,4 - 11,2	1,00	
media inferiore	8,1	6,6 - 10,0	0,91	0,587
media superiore	9,6	7,8 - 11,8	1,16	0,415
laurea	11,6	8,1 - 16,5	1,40	0,198
Difficoltà economiche				
molte	8,4	6,6 - 10,6	1,00	
qualche	9,3	7,9 - 10,8	1,06	0,710
nessuna	9,4	7,4 - 11,8	0,97	0,866
Cittadinanza				
italiana	9,1	8,2 - 10,2	1,00	
straniera	0,00			

La proporzione di soggetti in età target di effettuazione di una colonscopia in un programma di screening organizzato o su iniziativa individuale è differente sul territorio regionale: valori più alti si registrano nelle ASL Brindisi e Taranto, valori più bassi nelle ASL BAT e Lecce (Grafico 17.18).

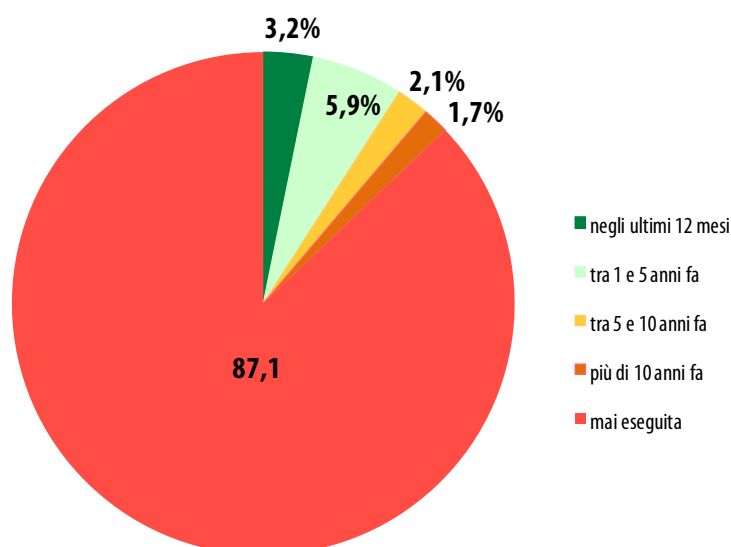
GRAFICO 17.18. Proporzioni di soggetti che hanno eseguito la colonscopia secondo linee guida, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Qual è la periodicità di esecuzione della colonscopia?

L'esecuzione della colonscopia è raccomandata con periodicità quinquennale. L'87,1% dei soggetti tra 50 e 69 anni ha riferito di non aver mai eseguito la colonscopia mentre solo il 3,2% ha riferito di aver eseguito la colonscopia negli ultimi 12 mesi (Grafico 17.19).

GRAFICO 17.19. Distribuzione dei soggetti che hanno eseguito la colonscopia, per periodicità di esecuzione. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia solo il 13% circa degli intervistati ha riferito di aver eseguito la ricerca del sangue occulto o la colonscopia secondo le linee guida. È plausibile che una parte di questi esami sia stata motivata da problemi di salute o sintomi che indicavano l'esecuzione del test poiché il programma di screening organizzato del carcinoma del colon-retto è attivo da pochi anni solo in 2 delle 6 ASL regionali. La gran parte della popolazione (87%) 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 né è stata raggiunta da alcun intervento informativo (74%).

In Italia negli ultimi anni l'offerta dello screening del cancro del colon-retto è stata estesa fino al punto che più di 1 italiano su 3 nella fascia target (50-69 anni) ha eseguito un esame per la diagnosi precoce nei tempi raccomandati, l'offerta non è però omogenea sul territorio. La disomogeneità riguarda l'attivazione dei programmi di screening, molto più numerosi e longevi al Nord piuttosto che al Sud. Inoltre, nonostante la quasi totalità delle regioni con programmi di screening organizzato attivi abbia scelto il SOF come test di screening, resta valida anche l'esecuzione della colonscopia a scopo preventivo. Pertanto i dati relativi alle due modalità di screening devono essere interpretati unitamente.

In questo scenario, la Puglia si colloca agli ultimi posti fra le regioni italiane per proporzione di soggetti che hanno effettuato lo screening secondo le linee guida, sia esso SOF o colonscopia. È pertanto evidente la necessità di ampliare l'informazione relativa al rischio di insorgenza di questa neoplasia e diffondere il consiglio di sottoporsi agli esami previsti a scopo preventivo nonché rafforzare o avviare un percorso screening organizzato in tutte le ASL.

Appunti e annotazioni



18. Vaccinazione antinfluenzale



- ✓ L'**11,2%** degli intervistati risulta essere vaccinato contro l'influenza
- ✓ La regione Puglia presenta una **prevalenza di vaccinati superiore** alla media nazionale
- ✓ **Solo 1 su 4** dei soggetti affetti da patologie croniche è stato vaccinato contro l'influenza

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

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

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e per prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione vaccinale. Il SSN garantisce gratuitamente la vaccinazione nei soggetti ultrasessantaquattrenni, in tutti i soggetti affetti da patologia cronica e raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio.

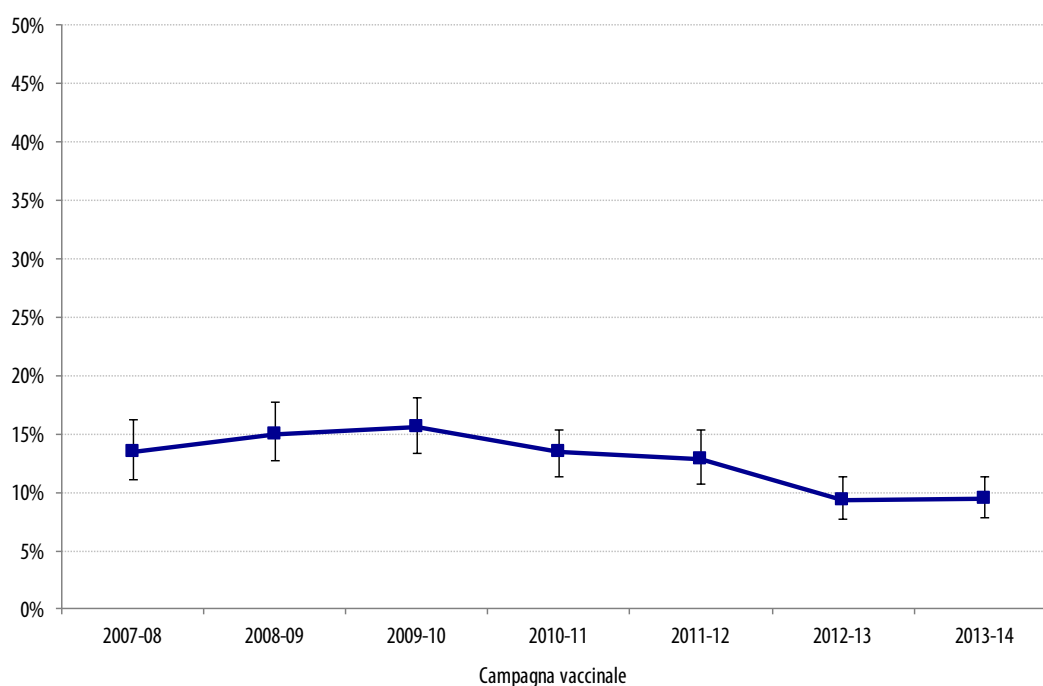
Quante persone si sono vaccinate?

Nel periodo 2011-14, l'11,2% delle persone intervistate si è vaccinato per influenza in Puglia, con una copertura significativamente maggiore tra i soggetti con almeno una patologia cronica (Tabella 18.1). L'analisi del trend annuale mostra una graduale riduzione delle stime di copertura (Grafico 18.1).

TABELLA 18.1. Proporzione dei 18-64enni vaccinati per influenza, con e senza patologie croniche. Puglia, anni 2011 - 2014.

Copertura vaccinale	%	IC95%
18-64enni	11,2	10,2 - 12,2
18-64enni con almeno 1 patologia	26,3	22,7 - 30,4
18-64enni senza patologie croniche	8,9	8,0 - 9,9

GRAFICO 18.1. Proporzione di 18 - 64enni vaccinati per influenza, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



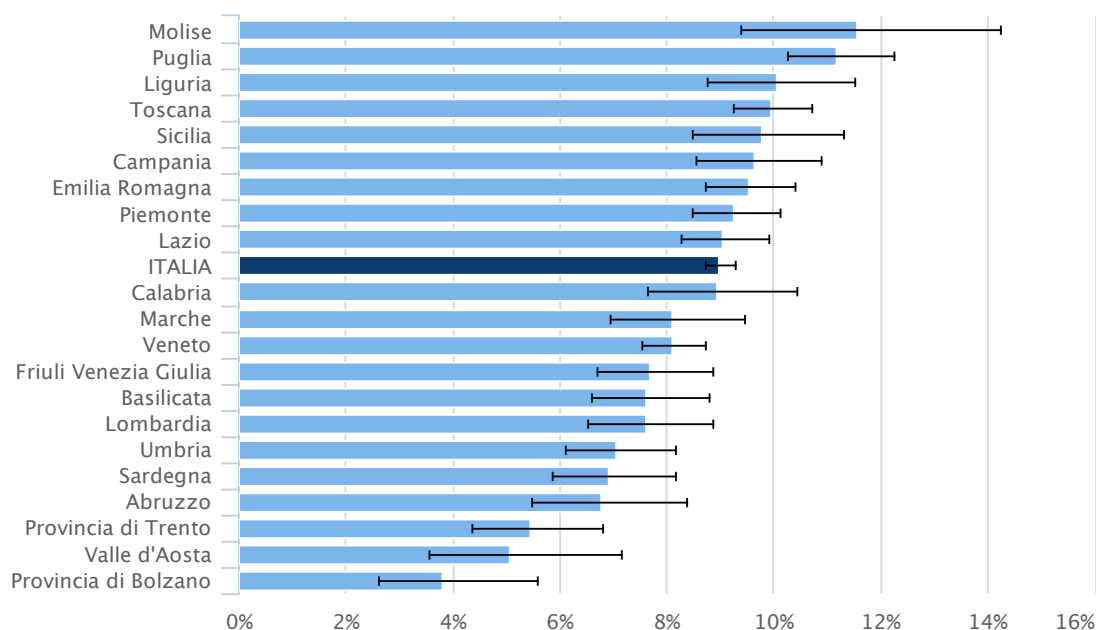
Vaccinati per influenza in Italia

La distribuzione dei soggetti vaccinati per regione di residenza è piuttosto omogenea sul territorio nazionale (9,0%). Fanno eccezione in senso positivo la Puglia (11,2%) e il Molise (11,6%) (Cartogramma 18.1). Tra le regioni con copertura più bassa della media nazionale ci sono Veneto (8,1%), Umbria (7,1%), Sardegna (6,9%), Abruzzo (6,8%), Provincia autonoma di Trento (5,5%), Valle d'Aosta (5,1%) e Provincia di Bolzano (3,8%) (Grafico 18.2).

CARTOGRAMMA 18.1. Coperture vaccinali per influenza per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



GRAFICO 18.2. Coperture vaccinali per influenza per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Vaccinati per l'influenza in Puglia

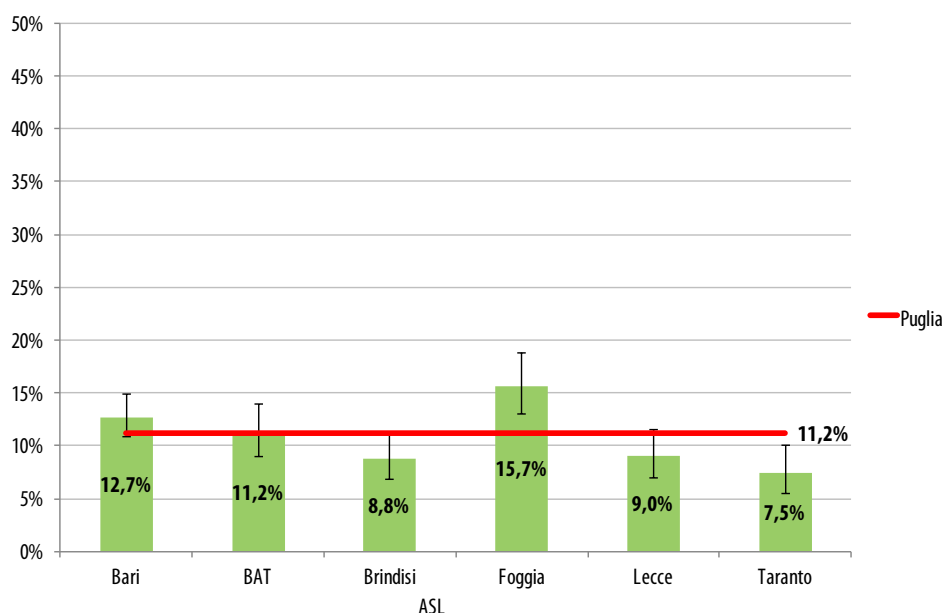
L'analisi multivariata indica che la scelta di vaccinarsi per influenza è significativamente maggiore nei soggetti con un'età superiore a 50 anni e nei soggetti che hanno almeno una patologia cronica (Tabella 18.2).

TABELLA 18.2. Proporzioni di soggetti vaccinati, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 - 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-34	6,0	4,8 – 7,5	1,00	
35-49	7,4	6,1 – 8,9	1,15	0,407
50-64	22,4	20,0 – 24,9	3,55	0,000
Sesso				
uomini	10,8	9,5 – 12,3	1,00	
donne	11,6	10,3 – 13,1	1,07	0,543
Grado di istruzione				
basso	13,8	12,3 – 15,6	1,00	
alto	9,2	8,0 – 10,5	0,91	0,437
Difficoltà economiche				
si	11,4	10,3 – 12,7	1,00	
no	10,7	9,0 – 12,6	1,23	0,110
Cittadinanza				
italiana	11,2	10,3 – 12,3	1,00	
straniera	7,7	1,1 – 38,5	1,06	0,957
Patologia cronica				
Nessuna	8,9	8,0 – 9,9	1,00	
Almeno 1 patologia	26,3	22,6 – 30,4	2,52	0,000

La proporzione di soggetti vaccinati per l'influenza è abbastanza omogenea nel territorio pugliese; i valori più elevati rispetto alla media regionale si osservano nell'ASL Foggia e valori più bassi nell'ASL Taranto (Grafico 18.3).

GRAFICO 18.3. Proporzione di soggetti vaccinati per influenza, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Proporzione di soggetti vaccinati che presentano patologie croniche

In Puglia, negli anni 2011-2014, risulta vaccinato il 26,3% dei soggetti con patologie croniche, in particolare si sono vaccinati:

- il 36,5% dei pazienti diabetici
- il 30,1% dei pazienti con affezioni cardiocerebrovascolari
- il 28,2% degli affetti da bronchite asmatica
- il 28,0% dei pazienti affetti da tumori
- il 19,1% dei pazienti con insufficienza renale
- il 11,0% dei pazienti con patologie epatiche

Conclusioni e raccomandazioni

La riduzione della morbosità e mortalità per influenza è strettamente correlata al raggiungimento di elevate coperture vaccinali. In Puglia le strategie adottate nel corso degli anni hanno consentito di raggiungere una discreta copertura vaccinale, con una prevalenza di soggetti vaccinati che è la più alta in Italia dopo il Molise. I dati PASSI mostrano come nelle persone di età inferiore ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulta invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo una persona su quattro si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

Appunti e annotazioni



19. Vaccinazione antirosolia



- ✓ Il **28,4%** delle donne in età fertile (tra 18 e 49 anni) è vaccinata per rosolia
- ✓ Il **60,2%** delle donne in età fertile risulta essere immune alla rosolia
- ✓ In Puglia, la copertura vaccinale per rosolia nelle donne è **inferiore alla media nazionale**

La rosolia è una malattia infettiva causata da un virus del genere rubivirus. È una malattia comune nell'età infantile caratterizzata da un rash cutaneo diffuso, solitamente con decorso benigno; diventa pericolosa durante la gravidanza in quanto potrebbe causare gravi conseguenze al feto.

In Italia nel 2011 è stato approvato il nuovo Piano per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, che ha come obiettivo principale quello di prevenire i casi di infezione nelle donne in gravidanza. La strategia più efficace per raggiungere questo obiettivo prevede la vaccinazione di tutti i bambini al secondo anno di età e le donne tra i 18 e i 49 anni ancora suscettibili, con l'obiettivo di rendere immuni alla malattia più del 95% delle donne in età fertile.

Il sistema di sorveglianza PASSI prevede tra i moduli opzionali (scelti a discrezione delle singole regioni) quello che indaga lo stato di protezione delle donne in età fertile nei confronti della rosolia e la conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della malattia.

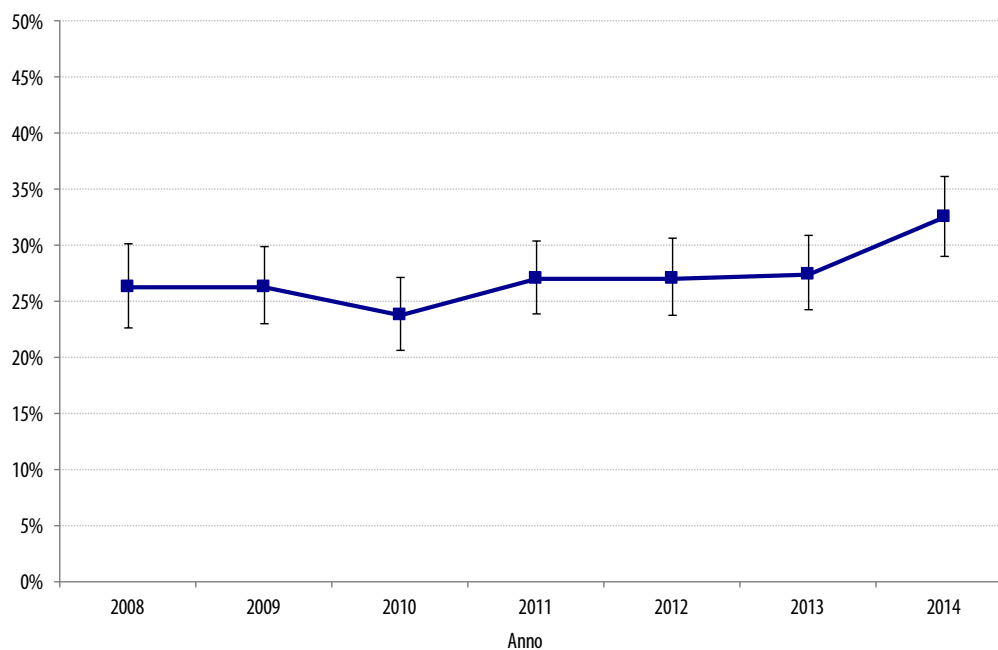
Attualmente le regioni che aderiscono al modulo relativo alla vaccinazione anti-rosolia sono la Calabria, il Molise, la Liguria, la Puglia, la Toscana, l'Umbria, la Valle d'Aosta, il Veneto e la Provincia Autonoma di Bolzano.

Quante donne sono state vaccinate per la rosolia in Puglia?

Nel periodo 2011-14, nella regione Puglia il 28,4% delle donne di età compresa tra 18 e 49 anni è stato vaccinato per la rosolia.

Nel periodo 2008-2014 si registra un progressivo aumento delle donne che hanno effettuato la vaccinazione (Grafico 19.1).

GRAFICO 19.1. Proporzione di donne tra 18 e 49 anni vaccinate per rosolia, trend annuale. Puglia, anni 2008 - 2014.



Donne vaccinate per rosolia in Italia

La percentuale di donne vaccinate per rosolia rilevata dai dati del pool nazionale di ASL è del 43,3%.

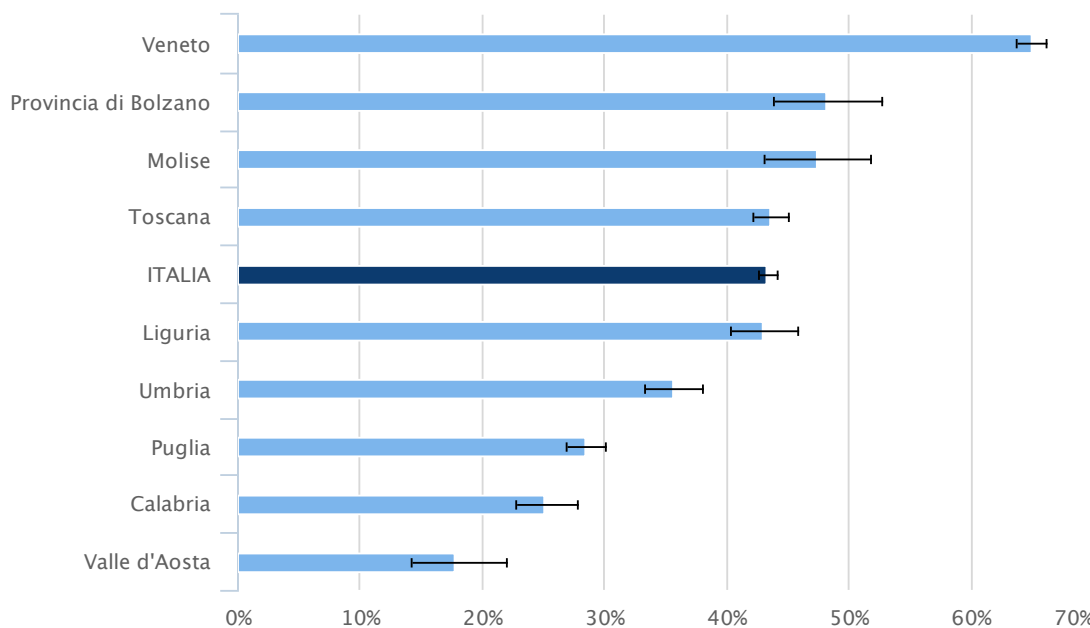
La prevalenza delle donne vaccinate per regione di residenza è disomogenea tra le varie regioni che partecipano alla survey. Il Veneto è l'unica regione che ha una prevalenza maggiore rispetto alla media nazionale; Valle d'Aosta, Calabria, Puglia, Umbria invece sono le regioni con valori inferiori (Cartogramma 19.1) (Grafico 19.2).

CARTOGRAMMA 19.1. Proporzioni di donne tra 18 e 49 anni vaccinate per rosolia, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

GRAFICO 19.2. Proporzioni di donne tra 18 e 49 anni vaccinate per rosolia, per regione di residenza. Italia, anni 2011 - 2014.



Donne vaccinate per rosolia in Puglia

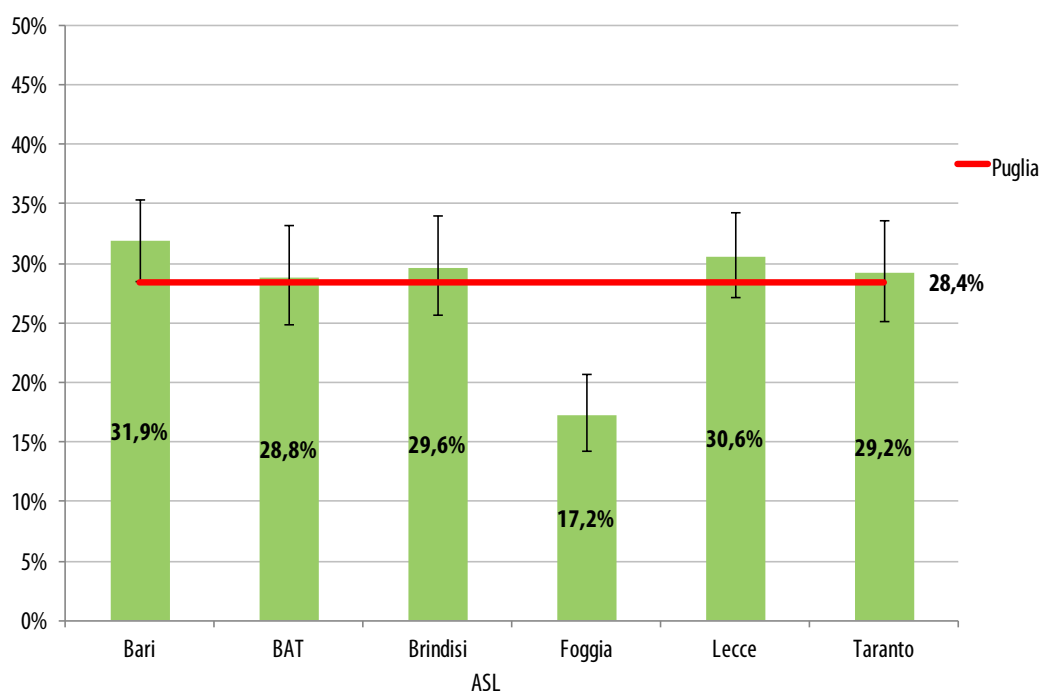
In Puglia la proporzione di donne vaccinate per rosolia è minore nelle donne over 35, nessun altro fattore di stratificazione è associato alla vaccinazione (Tabella 19.1).

TABELLA 19.1. Proporzione di donne tra 18 e 49 anni vaccinate per rosolia, per caratteristiche socio-demografiche. Puglia, anni 2011 - 2014.

	%	IC 95%	OR	p
Età				
18-24	53,5	49,2 – 57,7	1,00	
25-34	34,7	31,3 – 38,2	0,46	0,000
35-49	15,7	13,9 – 17,6	0,17	0,000
Grado di istruzione				
nessuna/elementare	14,4	9,0 – 22,3	1,00	
media inferiore	23,2	20,5 – 26,2	1,26	0,428
media superiore	33,2	30,7 – 35,7	1,44	0,214
laurea	27,6	23,7 – 32,0	1,38	0,307
Difficoltà economiche				
molte	27,5	24,3 – 30,9	1,00	
qualche	28,0	25,6 – 30,6	0,97	0,766
nessuna	30,0	26,9 – 33,2	0,90	0,401
Cittadinanza				
italiana	28,5	27,0 – 30,2	1,00	
straniera	21,9	9,1 – 43,9	0,76	0,637

La proporzione di donne vaccinate per rosolia risulta sostanzialmente omogenea sul territorio regionale, ad eccezione della ASL Foggia in cui si registra una percentuale di altri dieci punti inferiore al dato medio regionale (Grafico 19.3).

GRAFICO 19.3. Proporzione di donne tra 18 e 49 anni vaccinate per rosolia, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Situazione immunitaria delle donne in Puglia

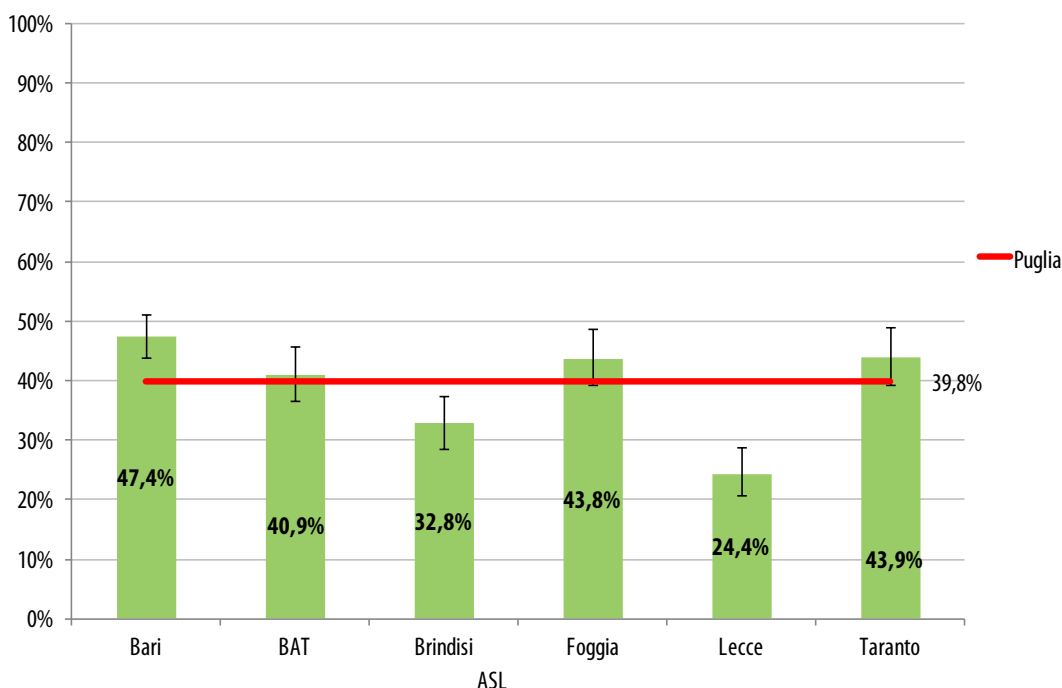
I dati PASSI 2011-2014 hanno rilevato che quasi il 40,0% delle donne intervistate tra i 18 e i 49 anni non conosce il proprio stato immunitario nei confronti della rosolia o è suscettibile alla malattia (Tabella 19.2).

TABELLA 19.2. Proporzione di donne tra 18 e 49 anni, per stato immunitario verso la rosolia. Puglia, anni 2011 - 2014.

Stato immunitario	%	IC95%
Immuni	60,2	58,4 – 62,1
Suscettibili	2,8	2,3 – 3,5
Immunità non nota	37,0	35,2 – 38,8

L'analisi dei dati suddivisi per ASL di residenza evidenzia come la ASL Bari è quella in cui si osserva la proporzione più alta di donne suscettibili o non consapevoli del proprio stato immunitario verso la rosolia. Nella ASL Lecce si riscontra la quota inferiore di donne non protette (Grafico 19.3).

GRAFICO 19.4. Proporzione di donne tra 18 e 49 anni suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario verso la rosolia, per ASL di residenza. Puglia e ASL, anni 2011 - 2014.



Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia si stima che il 28,4% della popolazione femminile in età fertile sia stata vaccinata per la rosolia, un dato inferiore di quasi 15 punti rispetto al valore medio nazionale. I valori di copertura vaccinale, tuttavia non sono uniformi nelle diverse fasce d'età: tra le donne più giovani (18-24 anni) la prevalenza delle vaccinate sale al 53,5%, mentre si attesta al 15,7% nelle donne di 35 o più anni. Tale differenza è verosimilmente legata ad una più elevata proporzione di donne immuni in questa fascia d'età che quindi non necessitano della vaccinazione.

Va sottolineato inoltre il fatto che circa il 37% delle donne in età fertile non conosca il proprio stato immunitario.

Per favorire il ricorso alla vaccinazione da parte delle donne non protette potrebbe essere utile pianificare campagne di catch-up vaccinale destinate a questo target specifico di popolazione. Inoltre, sarebbe auspicabile anche migliorare il processo di individuazione delle donne non protette per la rosolia, allo scopo di incentivare gli interventi di immunizzazione, attraverso un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei ginecologi nella promozione della vaccinazione tra le donne in età fertile, unitamente ad un potenziamento della sorveglianza di laboratorio.

Finito di stampare
nel mese di giugno 2016
da Clio S.p.A. - Lecce

ISBN 978-8-896-64654-0



9 788896 646540