



REGIONE PUGLIA
Assessorato alle Politiche della Salute



Sistema di Sorveglianza PASSI RAPPORTO REGIONE PUGLIA 2008 E PRIMO SEMESTRE 2009



REGIONE PUGLIA
Assessorato alle Politiche della Salute



Progressi
delle Aziende
Sanitarie
per la Salute
in Italia

Sistema di Sorveglianza PASSI RAPPORTO REGIONE PUGLIA 2008 E PRIMO SEMESTRE 2009



guadagnare
salute
rendere facili le scelte salutari



Ministero del Lavoro,
della Salute
e delle Politiche Sociali



Centro Nazionale per la Prevenzione
e il Controllo delle Malattie



A cura di:

Salvatore Barbuti, Michele Quarto, Cinzia Germinario (Coordinatore regionale), Valerio Aprile (Referente Scientifico Regionale), Enzo Coviello (Coordinatore Aziendale ASL Bari), Rosa Prato (Referente Scientifico ASL Foggia), Giovanni Caputi, Maria De Palma, Daniela Prota, Grazia Cannone, Serena Gallone, Maria Teresa Balducci, Silvio Tafuri, Domenico Martinelli, Anna Maria Arbore, Francesca Fortunato, Vanessa Cozza, Alessandro Guaccerò, Giuseppe Piano, Rossella Procacci, Cristina Sponsilli, Marilena Vece, Maria Stella Bianco, Davide Parisi, Paolo Trerotoli, Nicola Bartolomeo

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

• A livello nazionale:

Sandro Baldissera, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Giada Minelli, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzì, Angelo D'Argenzio, Pirous Fateh-Moghadam, Massimo Oddone Trinito, Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli, Stefano Menna

Gruppo Tecnico PASSI nazionale

• A livello regionale:

Tommaso Fiore, Fulvio Longo, Elisabetta Viesti, Vincenzo Pomo, Annamaria Palmariggi, Concetta Ladalardo

Assessorato alle Politiche della Salute Regione Puglia

• A livello aziendale:

Coordinatori e Intervistatori

ASL Foggia	Antongiulio Pollice (Coordinatore aziendale), Vincenzo Di Martino, Incoronata Bortone, Maria Giuseppa Iannoli, Carmela Maffulli, Miriam Manna, Maria Nesta, Alfonsina Pertosa
ASL Bat	Addolorata De Luca (Coordinatore aziendale), Pasqualina Di Chio, Francesca Matarrese, Rosanna Mongelli, Fausta Natalicchio, Maria Pia Nocella, Teresa Petroni
ASL Bari	Anna Rita Fusco, Angela Guerra, Vera Laforgia, Domenica Laviola, Maria Mallardi, Maria Irene Mastrogiacono, Angelo Pisani, Angela Soranno, Maria Surico
ASL Brindisi	Stefano Termite (Coordinatore aziendale), Caterina Flore, Elsa Greco, Rita Rescio, Bruna Santoro, Rosa Signorile, Marilena Valente
ASL Taranto	Rosita Cipriani (Coordinatore aziendale), Tatiana Battista, Mariangela Evangelio, Maria Adriana Fontana, Paola Moramarco, Donata Leo, Laura Lucrelli, Maria Vinci
ASL Lecce	Fabiola Blaco, Loredana Bottazzo, Anna Mariano, Cinzia Marra, Maria Antonietta Morea, Delia Pagliara, Cesarea Presicce, Donatella Sicuro.

• *Si ringraziano Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica 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	7
Introduzione	11
Sintesi dei risultati	13
Profilo socio-demografico	
Il campione esaminato	18
Benessere	
Percezione dello stato di salute	24
Sintomi di depressione	27
Guadagnare Salute	
Attività fisica	32
Situazione nutrizionale	36
Consumo di alcol	43
Abitudine al fumo	48
Fumo passivo	53
Rischio cardiovascolare	
Ipertensione arteriosa	58
Colesterolo	62
Diabete	65
Calcolo del rischio cardiovascolare	67
Sicurezza	
Sicurezza stradale	72
Sicurezza domestica	76
Programmi di prevenzione	
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	82
Diagnosi precoce del tumore della mammella	88
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	95
Vaccinazione antinfluenzale	100
Vaccinazione antirosolia	103
Appendice	
Appendice metodologica. I dati del monitoraggio	106
Allegato statistico: l'analisi di regressione logistica	110
Utilizzo della pesatura	117

Prefazione

Il Piano Regionale Salute ha posto tra i suoi obiettivi qualificanti la prevenzione delle malattie cronico-degenerative, la promozione di stili di vita salutari e la diffusione di percorsi di prevenzione secondaria, come le attività di screening oncologico o l'utilizzo della carta del cardio-rischio.

I richiami inseriti nel Piano riprendono e sistematizzano una serie di attività svolte da più di un decennio a cura del Governo Regionale e sviluppate in ambiti diversi (Piano Oncologico Nazionale, Piano Nazionale della Prevenzione, progetti di educazione alla salute, ecc) spesso gravati da una insufficiente tensione alla convergenza ed alla sinergia.

In un momento storico gravato da una pesante contingenza sociale ed economica e dall'evidente necessità di un approccio olistico al problema della salute centrato sulla persona e non più sul sistema sanitario, l'obiettivo del Piano è proprio ricondurre in un alveo comune, che consenta anche le necessarie prioritizzazioni, attività con obiettivi in parte o in tutto sovrapponibili e che in passato non trovavano spazi di interazione.

Tuttavia, la contingenza storica già richiamata insieme al richiamo per i servizi sanitari "a fare al meglio le cose giuste" ribadito nella storia recente da Sir Muir Gray, richiedono che tutte le iniziative poste in essere siano valutate in termini di efficienza ed efficacia.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI, che dopo una fase pilota è stato stabilizzato come sistema di sorveglianza continua, rappresenta uno strumento validato, utile e flessibile per la valutazione puntuale degli stili di vita nella popolazione della nostra Regione, nonché per la sorveglianza continua dei determinanti di salute e degli effetti che hanno le attività di promozione della salute sui determinanti stessi.

Per tale ragione, tale strumento è imprescindibile in un processo di costruzione di un sistema di prevenzione basato sulle prove di efficacia (*Evidence Based Prevention*).

Il Sistema è coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale e viene implementato grazie all'impegno continuo del personale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e delle Unità di Epidemiologia e Statistica delle Aziende Sanitarie Locali, a cui formulo il più vivo ringraziamento da parte del Governo Regionale e mio personale.

I primi dati del PASSI, che oggi consegniamo agli operatori del Sistema Salute e alla intera comunità regionale, potranno guidare nel futuro le scelte delle Direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie negli ambiti della promozione della salute e della prevenzione.

Tommaso Fiore
Assessore alle Politiche della Salute

La definizione del profilo di salute della popolazione richiede la conoscenza di una serie di elementi non indagabili attraverso l'utilizzo di sistemi informativi sanitari routinari o *database* amministrativi comunemente utilizzati nella pratica delle Aziende Sanitarie Locali per la valutazione dei regimi di attività e della *performance* delle strutture.

La storia della demografia generale e sanitaria è piena della descrizione di strumenti atti a misurare caratteristiche della popolazione, utili a definire il proprio profilo sociale e di salute, nella consapevolezza che la conoscenza di questi elementi fosse necessaria per formulare ipotesi sullo sviluppo presente e futuro della civiltà. Fin nei primissimi anni dell'era cristiana, abbiamo traccia di un antenato delle nostre moderne *surveys*: *"In quei giorni un decreto di Cesare Augusto ordinò che si facesse il censimento di tutta la terra. Questo primo censimento fu fatto quando era governatore della Siria, Quirino. Andavano tutti a farsi registrare, ciascuno nella sua città"* (Lc 2,1-5).

Per gli imperatori romani, conoscere la composizione della propria popolazione era strategico per misurare il proprio potere, pianificare strategie di espansione o di difesa da attacchi del nemico.

Ad oggi il patrimonio valoriale della conoscenza della struttura della popolazione è radicalmente cambiato, fondandosi sull'obiettivo del raggiungimento e del mantenimento del più elevato livello di benessere individuale e collettivo, secondo la più recente definizione di salute.

In maniera conseguente si è modificato anche il contenuto e il metodo degli strumenti di sorveglianza della popolazione. Nel contenuto, le moderne *surveys* si devono centrare sui determinanti dei livelli di benessere della popolazione, quali innanzitutto i determinanti di salute e gli stili di vita. Nel metodo, non sono più ipotizzabili indagini che coinvolgano coattivamente l'intera popolazione, ma vanno disegnati studi campionari che, attraverso un impianto metodologico solido, consentano di ottenere risultati inferibili alla popolazione generale.

Il sistema PASSI, che dopo l'esperienza pilota dello studio di prevalenza del 2006 è stato stabilizzato come sistema di sorveglianza continua della popolazione, rappresenta una delle migliori applicazioni degli assunti teorici richiamati.

I suoi risultati rendono disponibili dati aggiornati, affidabili e diversamente non desumibili da fonti informative routinarie. Per tali ragioni PASSI è entrato a pieno titolo tra le attività qualificanti dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, che attraverso la sinergia felice con gli operatori delle ASL, si impegna a garantirne la prosecuzione per gli anni a venire.

Salvatore Barbuti
Direttore Scientifico OER Puglia

Introduzione

Il Pianosanitario nazionale 2006-08 ha indicato l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione.

Nel 2006 il Ministero della Salute ha affidato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato a questi temi: PASSI, acronimo di *Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*.

PASSI è concepito per fornire informazioni con dettaglio a livello regionale e aziendale, in modo da consentire confronti tra le Regioni e le ASL partecipanti e fornire elementi utili per le attività locali di programmazione e valutazione.

Due precedenti studi trasversali, condotti nel 2005 e 2006 in molte Regioni con il coordinamento del CNESPS, hanno consentito di sperimentare e validare strumenti e metodologia, sulla base delle principali esperienze internazionali esistenti (in particolare il *Behavioral Risk Factor Surveillance System* statunitense).

Il funzionamento del sistema

Operatori sanitari delle ASL, specificamente formati, intervistano al telefono un campione di persone di 18-69 anni, residenti nel territorio aziendale. Il campione è estratto dalle liste anagrafiche delle ASL, mediante un campionamento casuale stratificato per sesso ed età.

La rilevazione (in Puglia 30 interviste al mese per ASL) avviene in maniera continuativa durante tutto l'anno. I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy.

Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande relative a:

- principali fattori di rischio per le malattie croniche inseriti nel programma *Guadagnare salute*: sedentarietà, eccesso ponderale, consumo di alcol ed abitudine al fumo;
- rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e calcolo del rischio;
- programmi di prevenzione oncologica per il tumore cervicale, mammario e coloretale;
- vaccinazioni contro influenza e rosolia;
- sicurezza stradale e la sicurezza in ambito domestico;
- percezione dello stato di salute e presenza di sintomi depressivi.

Sono disponibili inoltre moduli opzionali adottabili dalle Regioni per rispondere a specifiche esigenze informative.

Lo stato di avanzamento

Tutte le Regioni e le Province autonome hanno aderito al progetto; dall'aprile 2007 è iniziata la rilevazione in tutte le Regioni eccetto la Calabria. Alla fine del 2008 erano state registrate sul server centrale circa 60.000 interviste complete e a settembre 2009 il numero di interviste caricate era pari a 80.000.

Le procedure di campionamento utilizzate, la formazione del personale coinvolto e la collaborazione con i Medici di Medicina Generale hanno consentito di ottenere un tasso di risposta molto elevato (87% in ambito nazionale, 85% in Puglia) con solo il 9% di rifiuti (in Italia e in Puglia), elemento cruciale per assicurare l'affidabilità dei risultati.

In questo rapporto sono presentati i risultati ottenuti grazie all'attivazione del sistema PASSI in Puglia, relativi all'elaborazione dei dati raccolti nel periodo dall'1 gennaio 2008 al 30 giugno 2009. Un costante confronto è effettuato con i risultati presentati nel Rapporto nazionale PASSI 2008, indicati nel testo come "PASSI Italia 2008". Inoltre, un ulteriore raffronto è stabilito tra gli attuali risultati e quelli relativi all'indagine PASSI svolta in Puglia nel 2005. Una descrizione più dettagliata dei metodi e dei dati di monitoraggio della sorveglianza PASSI specifici della Puglia viene riportata in Appendice.

PASSI 2008 – Primo semestre 2009

Sintesi dei risultati

• *Il campione regionale*

Il campione regionale è risultato costituito da 2.833 persone di 18-69 anni selezionate in modo casuale dalle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL pugliesi. Il confronto del campione rispetto alla popolazione pugliese indica una buona rappresentatività per caratteristiche socio-demografiche della popolazione da cui è stato selezionato.

Il campione è rappresentato in maniera pressoché eguale da uomini e donne; l'età media è di 42 anni.

Il 51% degli intervistati ha un livello d'istruzione alto (diploma superiore o laurea).

Nella fascia d'età 18-65 anni, il 53% ha un lavoro regolare; le donne hanno una minore occupazione in ogni classe d'età. Il 69% degli intervistati riferisce difficoltà economiche (qualche o molte).

Le persone con cittadinanza straniera intervistate sono lo 0,2% del campione, abbastanza in linea con il valore che indica una presenza di stranieri molto bassa nella nostra regione.

• *Benessere*

Percezione dello stato di salute

La maggior parte delle persone intervistate (69%) ha dichiarato di ritenere buono o molto buono il proprio stato di salute, ma le persone meno giovani, con una o più patologie croniche, con basso livello di istruzione o con molte difficoltà economiche hanno una percezione molto meno positiva del proprio stato di salute.

Sintomi di depressione

L'8% delle persone intervistate ha riferito di aver avuto - nelle due settimane precedenti l'intervista - sintomi di depressione. Tra queste, il 42% non ha chiesto aiuto a nessuno e solo il 25% si è rivolta a un medico per questo problema.

• *Guadagnare Salute*

Attività fisica

Solo un terzo degli intervistati (33%) ha dichiarato di svolgere il livello di attività fisica raccomandato; il 31% è considerevolmente parzialmente attivo in quanto pratica attività fisica in quantità inferiore alle raccomandazioni e un 36% ha uno stile di vita completamente sedentario.

Solo in poco meno di un terzo dei casi gli operatori sanitari si sono informati sull'attività fisica praticata (28%) o hanno consigliato di farla (30%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Un terzo degli intervistati è in sovrappeso (33%), oltre una persona su dieci è obesa (12%).

Il 56% delle persone con eccesso ponderale ha riferito che un operatore sanitario gli ha consigliato di fare una dieta per perdere peso ed il 37% ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica.

Il consumo di frutta e verdura è diffuso, ma solo una piccola quota (6%) aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno.

Consumo di alcol

Il 57% degli intervistati ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese.

Il 12% è classificabile come bevitore a rischio: il 6% è un forte bevitore, il 5% beve fuori pasto ed il 5% è un bevitore "binge".

Secondo le dichiarazioni degli intervistati, gli operatori sanitari si sono informati poco frequentemente (11%) sulle abitudini di consumo alcolico dei loro assistiti e solo raramente hanno consigliato ai bevitori a rischio di moderare il consumo di alcol (7%).

Abitudine al fumo

I fumatori costituiscono il 30% del campione; circa tre fumatori su cinque (61%) hanno riferito di essere stati interpellati da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo.

Nel corso dell'ultimo anno, quasi un fumatore su due ha tentato di smettere (46%).

La quasi totalità degli ex fumatori ha smesso di fumare da solo (96%).

Fumo passivo

La maggior parte delle persone intervistate considera il divieto di fumare nei luoghi pubblici rispettato sempre o quasi sempre (81%), come pure la maggior parte dei lavoratori considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato sempre o quasi sempre (84%).

Il 78% degli intervistati ha dichiarato che nelle proprie abitazioni non è permesso fumare; si fuma però in oltre un quinto delle case in cui sono presenti minori (17% in alcune zone, 5% ovunque).

• **Rischio cardiovascolare**

Iperensione arteriosa

Il 79% degli intervistati ha misurato la pressione arteriosa negli ultimi due anni; un quinto di questi (20%) ha dichiarato di essere iperteso. Il 14% non ha mai misurato la pressione o non ricorda di averlo fatto.

La maggior parte degli ipertesi (79%) ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi e di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di adottare cambiamenti del proprio stile di vita.

Ipercolesterolemia

Il 27% ha riferito di non aver mai misurato il colesterolo; circa un quinto di questi ha dichiarato di avere valori elevati di colesterolemia (22%).

La maggior parte degli ipercolesterolemici ha riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di adottare cambiamenti del proprio stile di vita; un terzo circa è in trattamento farmacologico (31%).

Diabete

Il 5% delle persone intervistate ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico. Questa percentuale sale al 13% nei 50-69enni e al 14% tra gli obesi.

Calcolo del rischio cardiovascolare

La carta del rischio cardiovascolare è ancora poco utilizzata dai medici: solo l'8% degli intervistati di 35-69 anni ha riferito che il proprio medico gli ha valutato il rischio cardiovascolare.

• **Sicurezza**

Sicurezza stradale

Circa nove motociclisti su 10 (87%) usano il casco e sei intervistati su 10 (61%) la cintura di sicurezza anteriore, mentre solo uno su dieci intervistati allaccia la cintura posteriore (11%). Il 9% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente all'intervista e il 7% di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Infortuni domestici

La percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata: il 94% degli intervistati ritiene infatti questo rischio basso o assente.

La percentuale degli intervistati che ha ricevuto - da varie fonti - informazioni sugli infortuni domestici è limitata al 30%: tra questi, il 30% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

• **Programmi di prevenzione**

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Circa il 58% delle donne 25-64enni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni come raccomandato (il 22% all'interno dei programmi di screening organizzati e il 36% come prevenzione spontanea).

Diagnosi precoce del tumore della mammella

Il 51% delle donne 50-69enni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni come raccomandato (il 24% all'interno dei programmi di screening organizzati e il 27% come prevenzione spontanea al di fuori dei programmi organizzati).

Diagnosi precoce dei tumori del colon retto

Il 13% delle persone intervistate nella fascia 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida; il 6% circa ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni e l'8% circa una retto-sigmoidoscopia o una colonscopia negli ultimi cinque anni.

Vaccinazione antinfluenzale

Il 30% delle persone intervistate di età 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2007-2008, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).

Vaccinazione antirosolia

Più della metà (59%) delle donne 18-49enni è stimata essere immune alla rosolia in quanto ha effettuato la vaccinazione (27%) oppure ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (32%).

Oltre un terzo delle donne in età fertile (38%) non è a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti del virus della rosolia.



> Profilo socio-demografico

18. Il campione esaminato

Il campione esaminato

La popolazione in studio è costituita da circa 2,9 milioni di residenti in Puglia in età compresa tra 18 e 69 anni.

Nel periodo dall'1 gennaio 2008 al 30 giugno 2009 sono state intervistate 2.833 persone di 18-69 anni selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Il confronto del campione rispetto alla popolazione pugliese indica una buona rappresentatività, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione regionale. L'elevato tasso di risposta e le minime percentuali di sostituzioni e rifiuti indicano la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

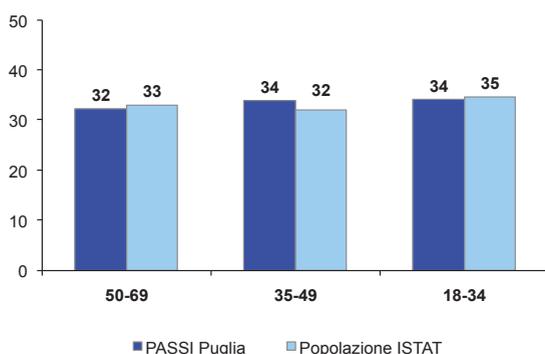
L'età e il sesso

- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato in Puglia è risultata sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione residente riportata dall'ISTAT all'inizio del 2008, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Caratteristiche socio-demografiche delle persone intervistate		
	Puglia	ISTAT 2008
Numerosità	2.833	2.786.966
Classi di età (%)		
18-34	32,8	33,7
35-49	34,4	32,6
50-69	32,8	33,7
Età media	42 anni	42 anni
Sesso (%)		
uomini	48,6	49,1
donne	51,4	50,9

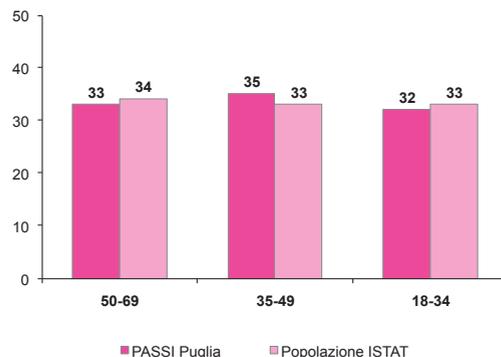
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI (%)

PASSI Puglia - ISTAT 2008



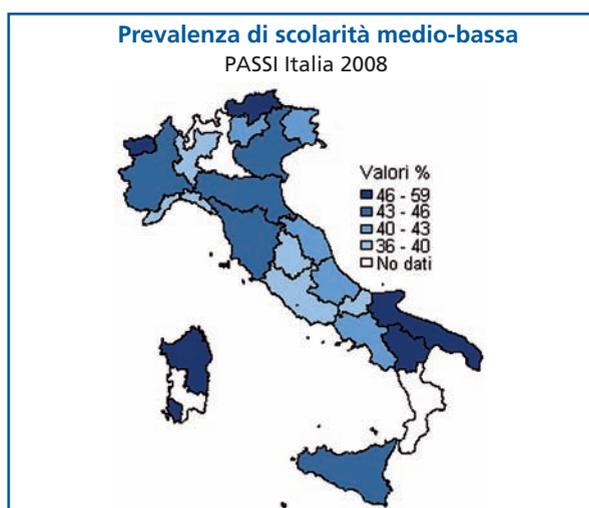
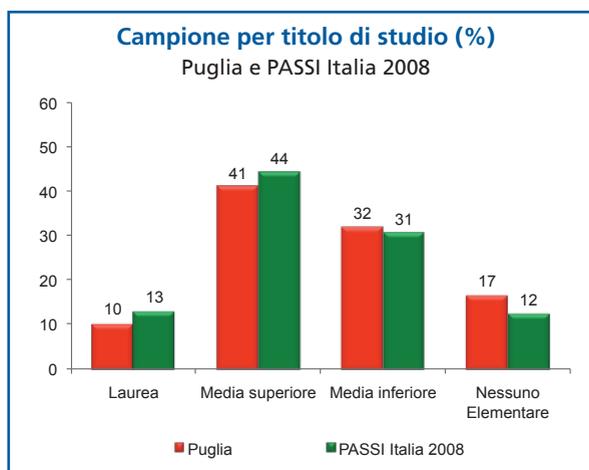
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE (%)

PASSI Puglia - ISTAT 2008



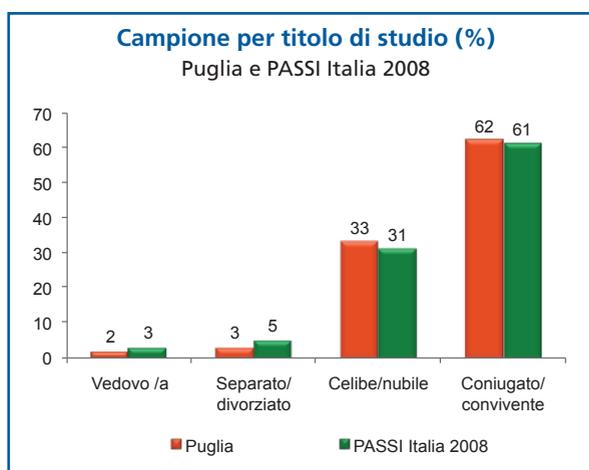
Il titolo di studio

- In Puglia il 10% del campione ha conseguito una laurea e il 41% un diploma di scuola media superiore. Il 49% presenta un livello di istruzione medio-basso (licenza media inferiore o più basso).
- Rispetto a tutte le ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale (PASSI Italia 2008) quest'ultima percentuale colloca la Puglia tra le regioni con la più bassa scolarità.
- Non sono state rilevate significative differenze del titolo di studio tra uomini e donne.
- Il titolo di studio conseguito è invece fortemente correlato all'età: nella classe 50-69 anni la percentuale di persone con un livello di istruzione basso è pari al 41%, valore sensibilmente più alto rispetto alle classi 35-49 anni (9%) e 18-34 (2%). Dal punto di vista metodologico è pertanto importante, nei confronti per titolo di studio, tener conto dell'effetto di confondimento dovuto all'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).



Lo stato civile

- In Puglia i coniugati/conviventi rappresentano il 62% del campione, i celibi/nubili il 33%, i separati/divorziati il 3% ed i vedovi il 2%; i valori nel Pool di ASL nazionali sono sovrapponibili.



La Cittadinanza

- Le persone intervistate con cittadinanza straniera sono solo lo 0,2% del campione esaminato. La percentuale di stranieri stimata in Puglia dall'ISTAT è pari all'1,8% della popolazione residente.

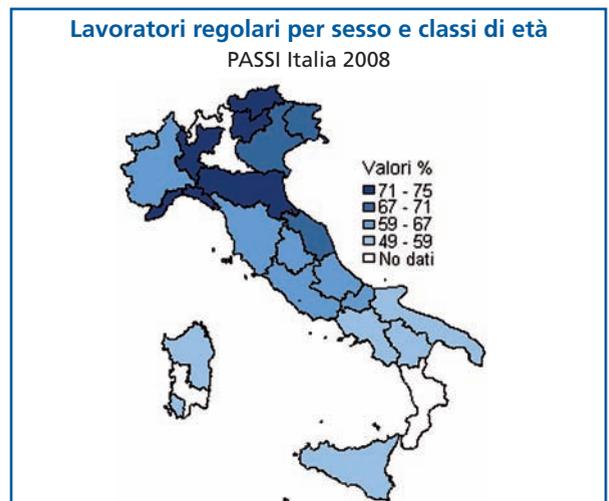
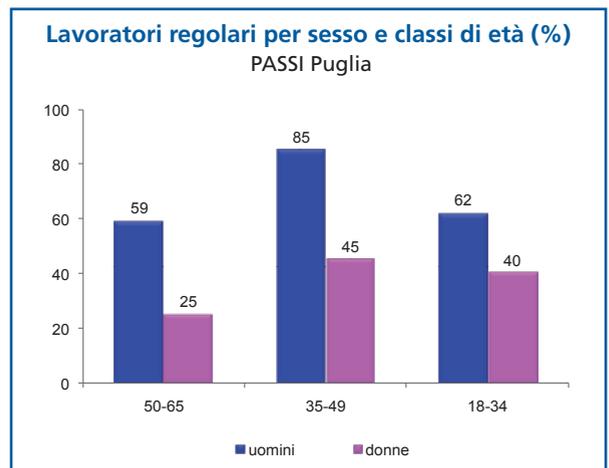
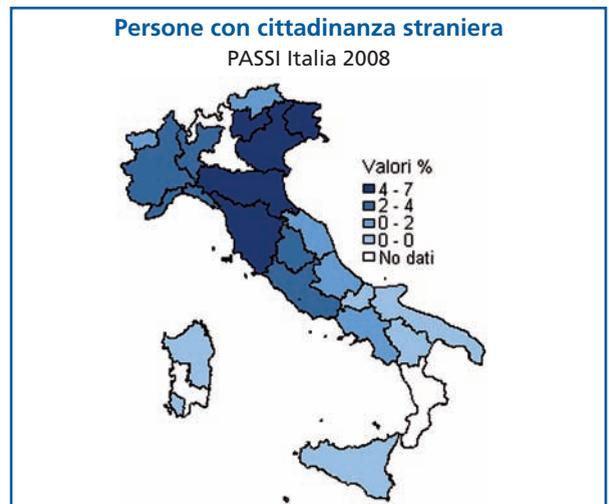
- Nel considerare la percentuale estremamente bassa di stranieri rilevata dal PASSI in Puglia, si deve tenere conto del fatto che questo sistema di sorveglianza prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano e, pertanto, consente di ottenere informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo presenti in Italia.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, le persone con cittadinanza straniera sono il 3% degli intervistati con differenze territoriali molto evidenti.

Il lavoro

- Nella fascia d'età 18-65 anni, il 53% di intervistati ha riferito di lavorare regolarmente.
- Gli intervistati 18-49enni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità (58% rispetto al 41% dei 50-65enni).
- Le donne presentano in ogni classe d'età considerata un livello di occupazione molto più basso rispetto agli uomini (37% rispetto al 69% degli uomini).
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 64% degli intervistati. Nelle regioni del sud questa percentuale è sensibilmente inferiore a quella rilevata nelle regioni del nord.

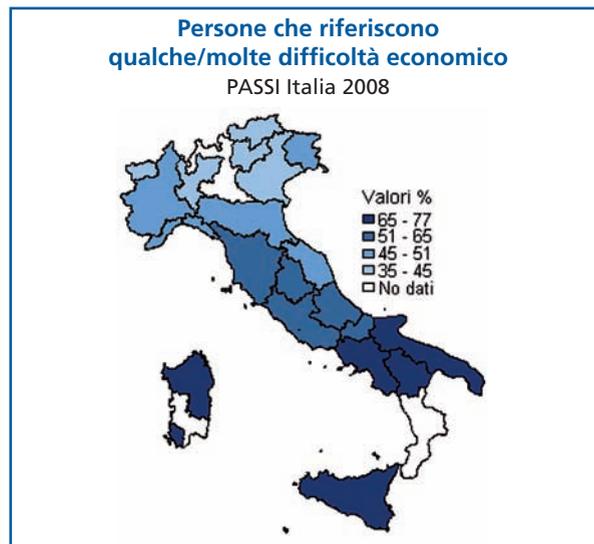
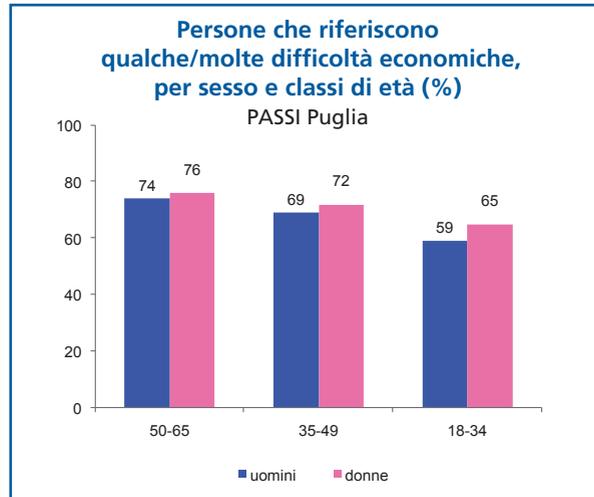
Difficoltà economiche

- Nel sistema PASSI viene rilevata anche la percezione delle difficoltà economiche, vista l'importanza riconosciuta a livello internazionale dell'effetto dei determinanti sociali sulla salute.



	Puglia	PASSI 2008
Difficoltà economiche		
molte	25,3	13,7
qualche	43,5	41,4
nessuna	31,2	44,9

- In Puglia:
 - il 31% del campione ha riferito di non avere alcuna difficoltà economica;
 - il 44% ha percepito qualche difficoltà;
 - il 25% ha percepito molte difficoltà economiche.
- Nella percezione di difficoltà economiche sono emerse differenze significative per classi d'età (62% nei 18-34enni, 71% nei 35-49enni e 75% nei 50-69enni) e tra donne e uomini (rispettivamente 71% e 67%).
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale:
 - il 45% del campione ha riferito di non avere alcuna difficoltà economica;
 - il 41% qualche difficoltà;
 - il 14% molte difficoltà economiche.
- La prevalenza di persone con qualche o molte difficoltà economiche è risultata nettamente superiore nelle regioni del sud rispetto a quelle del nord.



> Benessere

- **24.** Percezione dello stato di salute
 - **27.** Sintomi di depressione
-

Percezione dello stato di salute

La percezione dello stato di salute testimonia il benessere (o malessere) psicofisico vissuto dalla persona.

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- In Puglia la maggior parte degli intervistati (69%) ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene. Il 28% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male/molto male); i valori sono sovrapponibili a quelli rilevati nell'indagine PASSI svolta nel 2005.
- In particolare si sono dichiarati meno soddisfatti della propria salute:
 - le persone meno giovani;
 - le donne;
 - le persone con basso livello d'istruzione;
 - le persone con difficoltà economiche;
 - le persone con almeno una patologia severa.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si mantengono le significatività per le variabili indicate.
- Le persone con almeno una patologia severa riferita rappresentano il 15% del campione intervistato (pari ad una stima di circa 420mila persone nella popolazione di 18-69 anni).

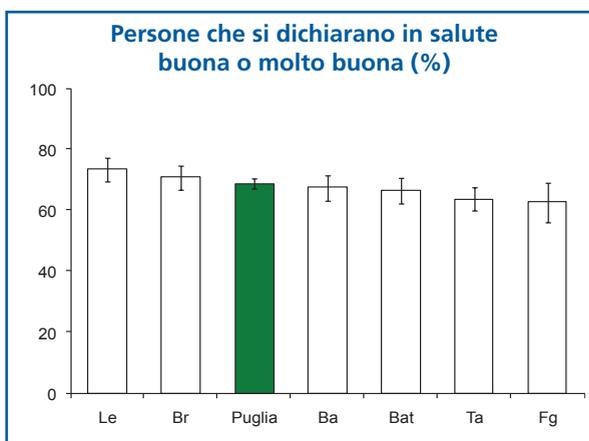
Stato di salute percepito positivamente° PASSI Puglia (n=2.832)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	68,8	67,1-70,4
Età		
18 - 34	<u>86,3</u>	83,9-88,7
35 - 49	72,7	69,8-75,6
50 - 69	45,3	42,0-48,7
Sesso		
uomini	<u>74,3</u>	72,0-76,6
donne	63,3	60,9-65,8
Istruzione		
nessuna/elementare	39,8	35,2-44,4
media inferiore	<u>69,6</u>	66,4-72,7
media superiore	<u>77,7</u>	75,2-80,1
laurea	<u>78,1</u>	73,0-83,2
Difficoltà economiche		
molte	54,9	51,1-58,7
qualcuna	<u>69,0</u>	66,3-71,6
nessuna	<u>80,4</u>	77,1-82,7
Patologie severe°°		
almeno una	32,2	27,8-36,7
assente	<u>75,4</u>	73,7-77,2

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

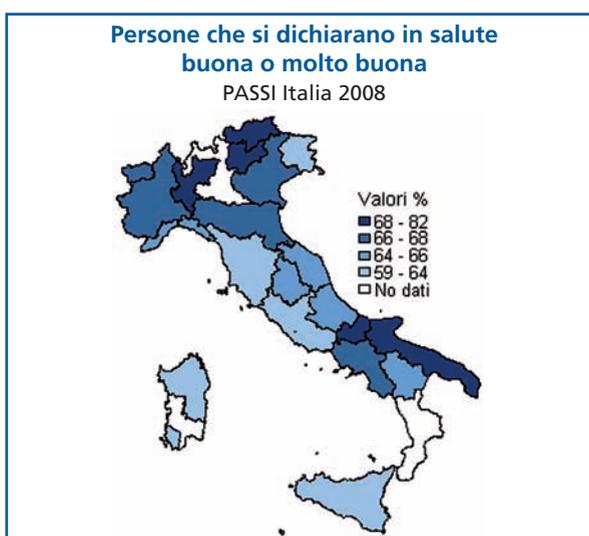
°° Almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie.

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

- Nelle ASL pugliesi, la percentuale di intervistati che ha riferito una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale (range: 63% Foggia - 73% Lecce).

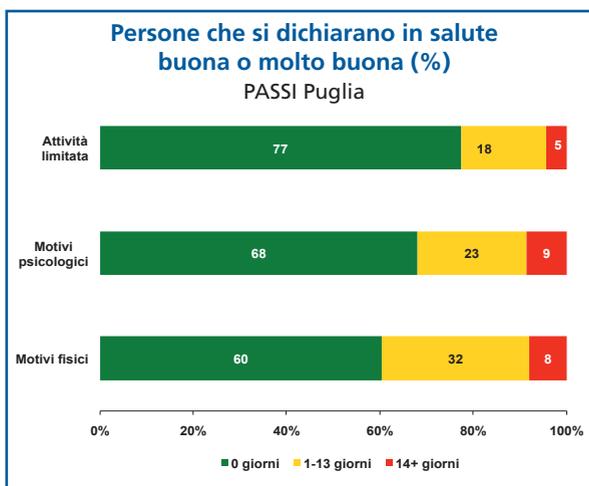


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 66% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute (range: 59% Sardegna - 82% prov. aut. Bolzano).



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

- In Puglia la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (60% in buona salute fisica, 68% in buona salute psicologica e 77% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (8%), per motivi psicologici (9%) o con limitazioni alle attività abituali (5%).



Giorni percepiti in cattiva salute al mese PASSI Puglia (n=2.804)							
Caratteristiche		N° giorni al mese (IC95%) per					
		Motivi fisici		Motivi psicologici		Attività limitata	
Totale		3,1	2,9-3,4	3,1	2,9-3,4	1,8	1,6-2,0
Classi di età							
	18 - 34	2,0	1,7-2,2	2,5	2,1-2,8	1,3	1,0-1,5
	35 - 49	2,7	2,3-3,0	3,0	2,6-3,4	1,4	1,1-1,6
	50 - 69	4,9	4,4-5,5	4,0	3,5-4,5	2,9	2,4-3,1
Sesso							
	uomini	2,5	2,2-2,8	2,5	2,1-2,8	1,6	1,4-1,9
	donne	3,8	3,4-4,1	3,8	3,4-4,1	2,0	1,7-2,2
Istruzione							
	nessuna/elementare	5,9	5,0-6,7	4,7	3,8-5,5	4,0	3,3-4,7
	media inferiore	3,0	2,6-3,4	3,0	2,6-3,5	1,6	1,3-1,9
	media superiore	2,4	2,1-2,8	2,7	2,3-3,0	1,3	1,0-1,5
	laurea	1,9	1,5-2,1	2,7	2,1-3,3	0,9	0,6-1,3
Difficoltà economiche							
	molte	4,8	4,2-5,3	4,8	4,1-5,4	3,0	2,5-3,5
	qualche	2,8	2,5-3,1	2,9	2,6-3,3	1,6	1,4-1,9
	nessuna	2,3	1,9-2,6	2,1	1,7-2,4	1,0	0,8-1,3
Patologie severe^o							
	almeno una	6,8	5,9-7,7	5,7	4,9-6,6	4,3	3,5-5,0
	assente	2,5	2,3-2,7	2,7	2,4-2,9	1,4	1,2-1,5

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

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

- nei 50-69enni;
- nelle donne;
- nelle persone con grado di istruzione molto basso;
- nelle persone con difficoltà economiche;
- in coloro che presentano almeno una patologia severa.

Confrontando i dati attuali con quelli rilevati nell'indagine PASSI del 2005, l'unica variazione riguarda il numero medio dei giorni in cattiva salute per motivi psicologici nei 50-69enni passato da 2,8 nel 2005 a 4 nell'indagine attuale.

Conclusioni

La misura dello stato di salute percepito ed in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria Locale: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che condiziona il contatto tra individuo e sistema sanitario.

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

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

Bibliografia

- CDC Healthy days methods 1989 • <http://www.cdc.gov/hrqol/methods.htm#healthy>
- WHO Preventing chronic diseases: a vital investment, 2005 WHO global report
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf

Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità.

Le patologie mentali comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini sia per la società e sono in continua crescita a livello mondiale. Tra le patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. In Italia si stima che ogni anno oltre un milione e mezzo di persone adulte soffrano di un disturbo di tipo depressivo (*studio Esemmed, 2008*).

Nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)*¹ con due domande validate a livello internazionale come test di screening con alta sensibilità e specificità; la diagnosi effettiva di depressione richiede una valutazione clinica individuale approfondita.

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- In Puglia circa l'8% degli intervistati è risultata classificabile come persona con sintomi di depressione.
- Questa stima corrisponde in Regione a circa 220mila persone nella fascia 18-69 anni affette da sintomi di depressione.
- I sintomi depressivi sono più diffusi:
 - nei 50-69enni;
 - nelle donne;
 - nelle persone con basso grado di istruzione;
 - nelle persone con molte difficoltà economiche;
 - tra coloro che non lavorano;
 - nelle persone che riferiscono almeno una patologia severa.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, rimangono significative le associazioni con il sesso, le difficoltà economiche e la presenza di almeno una patologia severa.

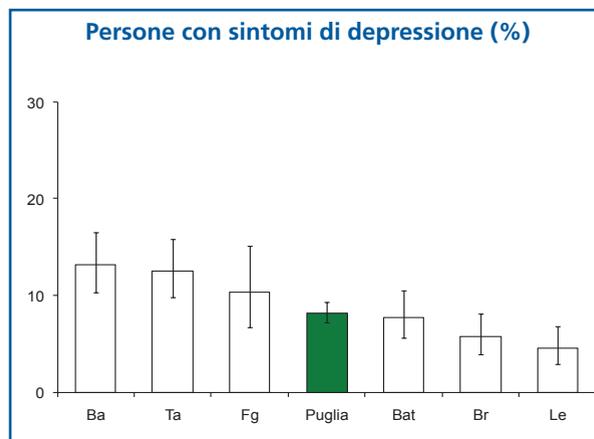
Sintomi di depressione PASSI Puglia (n=1.023)		
Caratteristiche	Persone con sintomi di depressione °	
	%	IC95%
Totale	8,2	7,2-9,3
Classi di età		
18 - 34	6,7	5,1-8,3
35 - 49	8,0	6,3-9,8
50 - 69	10,2	8,1-12,3
Sesso		
uomini	5,9	4,6-7,2
donne	<u>10,6</u>	9,0-12,2
Istruzione		
nessuna/ elementare	13,5	10,2-16,9
media inferiore	8,5	6,6-10,3
media superiore	7,0	5,5-8,5
laurea	4,5	2,1-7,0
Difficoltà economiche		
molte	<u>15,6</u>	12,9-18,4
qualche	<u>6,6</u>	5,2-8,0
nessuna	4,7	3,3-6,0
Stato lavorativo		
lavora	5,7	4,5-6,9
non lavora	11,0	9,3-12,7
Patologie severe		
almeno una	<u>19,1</u>	15,3-23,0
nessuna	6,3	5,3-7,3

°Score PHQ-2 uguale o maggiore di 3

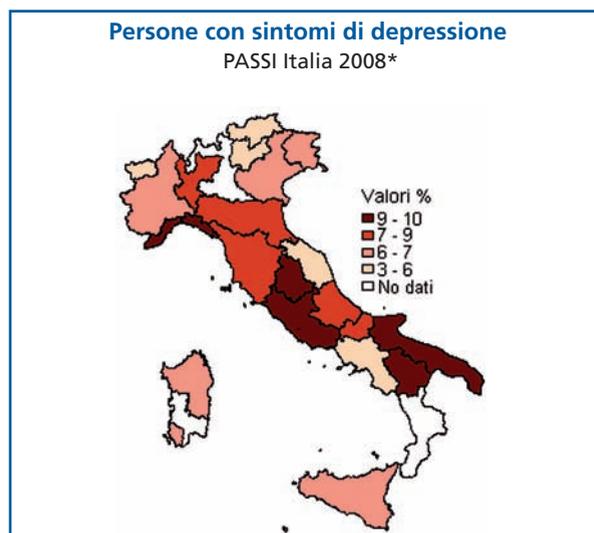
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini).

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

- Tra le ASL regionali, la percentuale di persone con sintomi di depressione è risultata significativamente più alta nelle ASL di Bari e Taranto e più bassa nella ASL di Lecce (range 5% Lecce - 13% Bari).



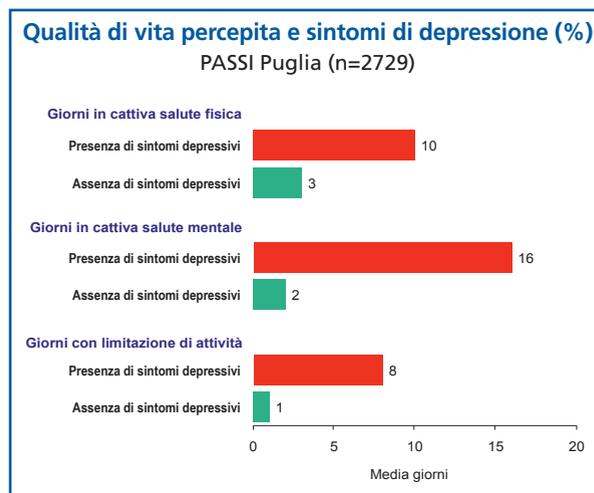
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone con sintomi di depressione è risultata dell'8% con evidenti differenze regionali (range: 3% prov. aut. Bolzano - 10% Liguria).



* Considerando solo i dati del 2008 la percentuale di persone con sintomi di depressione è in Puglia leggermente superiore al 9%.

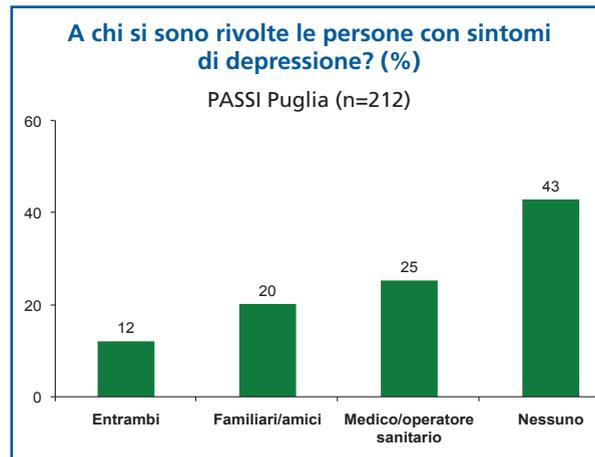
Quali conseguenze sulla qualità della vita percepita?

- Le persone con sintomi di depressione hanno una percezione della qualità della vita peggiore:
 - molto meno della metà (33%) ha descritto positivamente il proprio stato di salute (72% nelle persone senza sintomi depressivi);
 - la media dei giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Una quota non trascurabile di persone con sintomi depressivi (43%) ha riferito di non essersi rivolta a nessuno per farsi aiutare.
- Solo un quarto ha riferito di essere ricorso all'aiuto di un operatore sanitario (25%).



Conclusioni

In Puglia la presenza di sintomi depressivi riguarda circa una persona su dodici e coinvolge in particolare le donne e le persone con compresenza di patologie severe o difficoltà economiche. La presenza di disturbi depressivi condiziona pesantemente la qualità della vita percepita da queste persone.

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

Bibliografia

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

> Guadagnare salute

- **32.** Attività fisica
 - **36.** Situazione nutrizionale
 - **43.** Consumo di alcol
 - **48.** Abitudine al fumo
 - **27.** Fumo passivo
-

Attività fisica

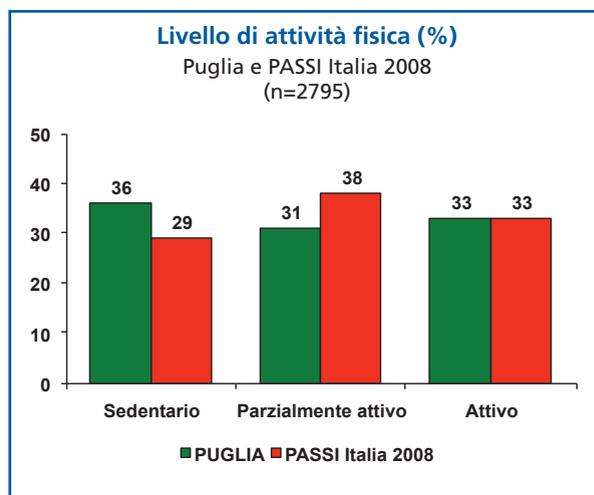
L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete, obesità e depressione; gli esperti stimano che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

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

Il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo attraverso il coinvolgimento dei diversi settori della società, con lo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento, a partire dall'attenzione alla realizzazione di un ambiente favorente.

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

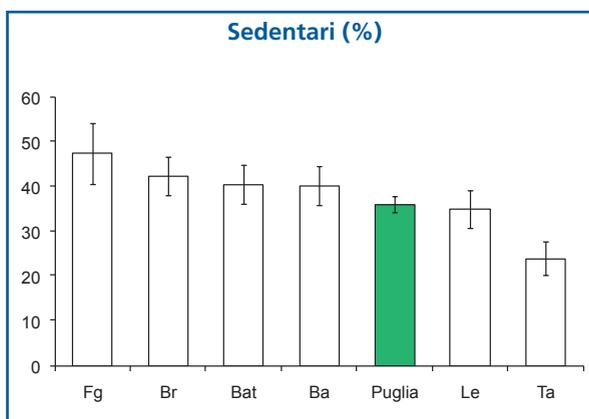
- Circa un terzo delle persone intervistate (33%) ha uno stile di vita attivo, in quanto conduce un'attività lavorativa pesante oppure pratica l'attività fisica moderata/intensa raccomandata. Questa percentuale è diminuita rispetto a quanto rilevato nello studio PASSI del 2005 in Puglia (38%).
- Circa un terzo (31%) è classificabile come parzialmente attivo in quanto pratica attività fisica in quantità inferiore alle raccomandazioni.
- Poco più di un terzo del campione è completamente sedentario (36%); nel 2005 la quota di sedentari era del 31%.
- La stima corrisponde a circa un milione di persone sedentarie tra i residenti in Puglia nella fascia 18-69 anni.
- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età, è più diffusa nelle persone con un livello di istruzione più basso e nel sesso femminile.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si conferma un rischio significativamente maggiore di sedentarietà all'aumentare dell'età e nei soggetti di sesso femminile.



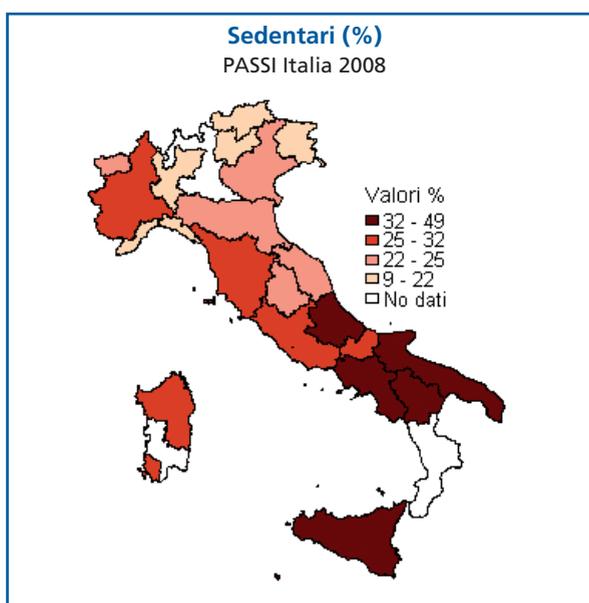
Sedentari (%)		
PASSI Puglia (n=2795)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	36	34,2-37,8
Classi di età		
18-34	31,7	28,6-34,8
35-49	<u>36,4</u>	33,2-39,6
50-69	<u>40,4</u>	37,1-43,6
Sesso		
Uomini	30,6	28,1-33,2
Donne	<u>41,2</u>	38,6-43,9
Istruzione		
nessuna/elementare	41,0	36,5-45,5
media inferiore	36,1	32,8-39,5
media superiore	35,2	32,2-38,1
Laurea	30,7	25,1-36,4
Difficoltà economiche		
Molte	38,9	35,1-42,6
Qualche	35,6	32,8-38,4
Nessuna	33,5	30,1-36,8

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

- Sono emerse differenze significative per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie nelle ASL regionali. Percentuali significativamente più basse sono state rilevate nella ASL Taranto (24%) e più alte nella ASL Foggia (47%) e Brindisi (42%).

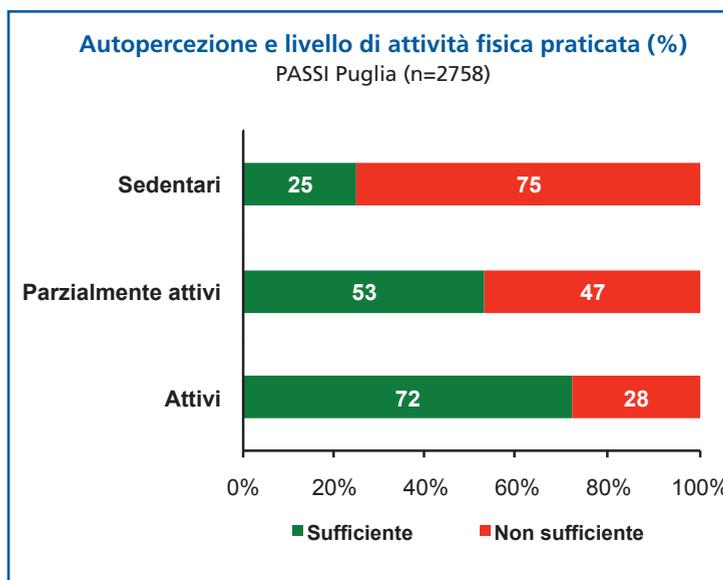


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 29% del campione. Nelle regioni del sud la prevalenza di sedentari è più alta di quella rilevata nelle regioni del nord (range: 9% prov. aut. Bolzano - 49% Basilicata).



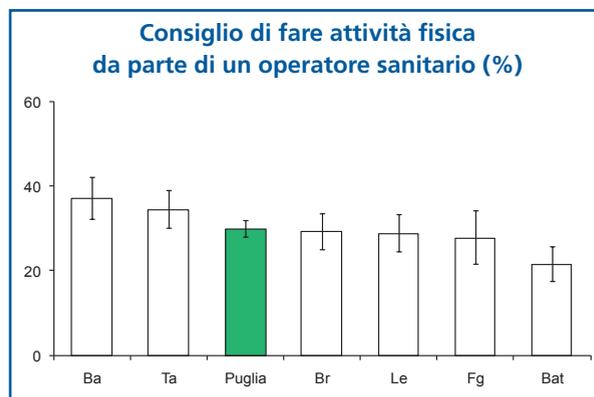
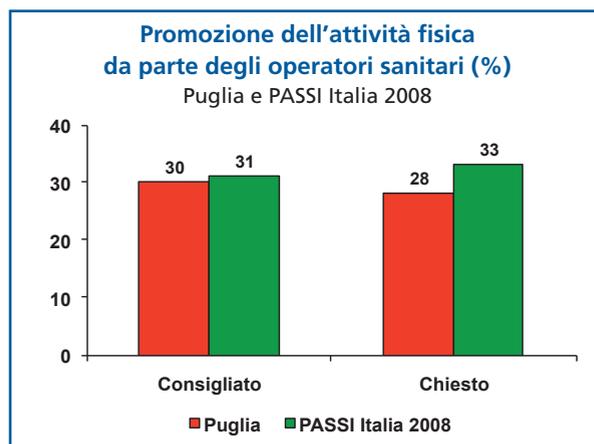
Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- Non sempre la percezione soggettiva - elemento importante nel determinare cambiamenti di stili di vita - corrisponde al livello di attività fisica effettivamente praticata: in particolare oltre la metà delle persone parzialmente attive (53%) e un quarto delle persone completamente sedentarie (25%) percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati regionali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale.

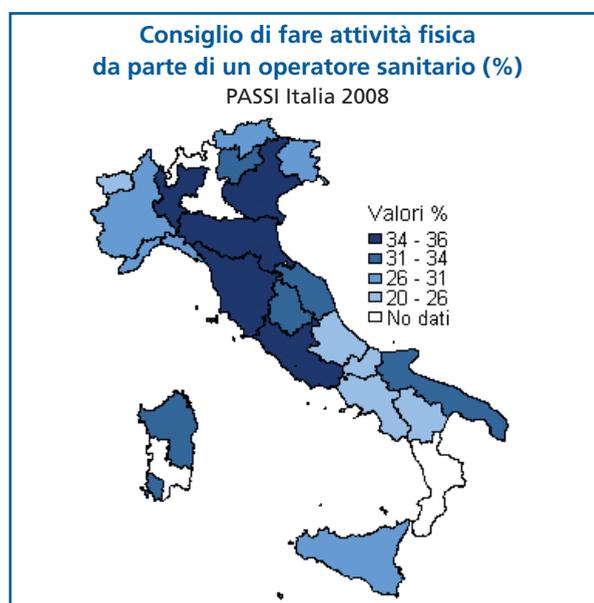


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- In Puglia poco meno di un terzo degli intervistati (28%) ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica. Nello studio PASSI del 2005 questa percentuale è stata di poco superiore (29%).
- Circa un terzo (30%) ha riferito di aver ricevuto il consiglio di praticarla regolarmente; nel 2005 questa percentuale è stata superiore (34%).
- Tra le ASL della Regione la percentuale di intervistati che ha ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica è risultata significativamente più bassa nella ASL BAT (range: 21% ASL BAT - 37% ASL Bari).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, ha riferito il consiglio di svolgere attività fisica il 31% del campione.



Conclusioni

La prevalenza in Puglia delle persone sedentarie (36%) è cresciuta rispetto al dato rilevato nello studio PASSI del 2005 (31%) ed è evidentemente superiore rispetto alla prevalenza misurata a livello nazionale nelle ASL del PASSI Italia 2008 (29%). Inoltre, in una rilevante quota di popolazione la percezione dell'adeguatezza del proprio livello di attività fisica è sopravvalutata.

L'attività fisica è praticata in modo insufficiente e molti miglioramenti sono ampiamente possibili, in particolare nelle persone sopra ai 50 anni.

Dal cartogramma "Sedentari Passi Italia 2008" è evidente che nelle regioni del nord prevale uno stile di vita decisamente più attivo rispetto alle regioni del sud. Pertanto, i problemi di salute connessi alla sedentarietà hanno un impatto maggiore nella nostra popolazione.

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

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- Healthy People 2010
www.healthypeople.gov
- U.S. Department of health and human service "Physical activity guideline for Americans", 2008
<http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx>
- Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 1423-1434, 2007
- CDC "Guide to Community Preventive Service Physical activity"
<http://www.thecommunityguide.org/pa/>
- WHO "Collaboration between health and transport sectors in promoting physical activities", 2006
<http://www.euro.who.int/Document/E90144.pdf>
- WHO "Global strategy on diet, physical activity and health", 2004
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en/index.html>

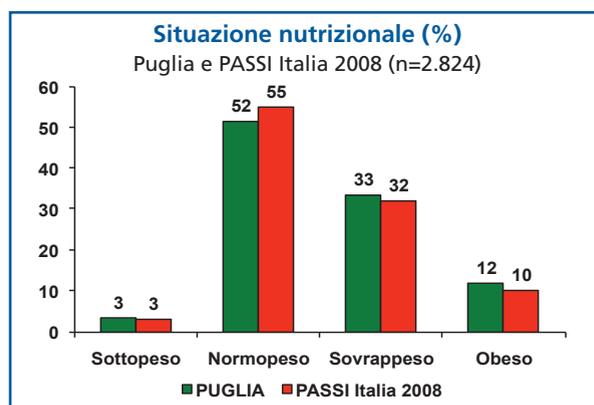
Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta infatti un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei Paesi industrializzati. Le caratteristiche ponderali vengono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (*Body Mass Index* o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: e sono rappresentate in 4 categorie: *sottopeso* (BMI <18,5), *normopeso* (BMI 18,5-24,9), *sovrappeso* (BMI 25,0-29,9), *obeso* (BMI ≥ 30).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: in particolare si raccomanda il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Qual è la situazione nutrizionale della popolazione?

- Poco meno della metà degli intervistati (45%) presenta un eccesso ponderale (sovrappeso o obesità).
- Questa stima corrisponde in Regione complessivamente a circa un milione e 300mila persone di 18-69 anni in eccesso ponderale (di cui circa un milione in sovrappeso e 300mila obesi).



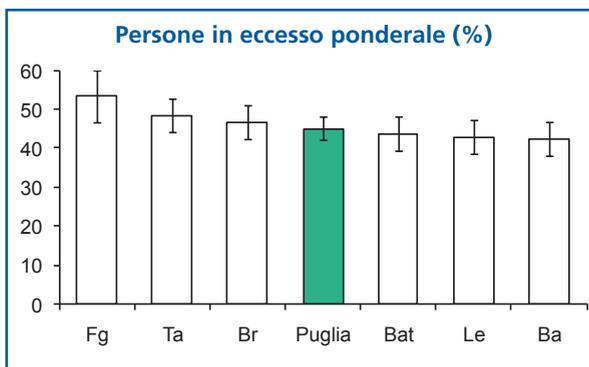
Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

- L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è significativamente più frequente:
 - al crescere dell'età (66% nei 50-69enni rispetto al 47% nei 35-49enni e al 25% nei 18-34enni);
 - negli uomini (52% vs 38%);
 - nelle persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche percepite.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, risultano significativamente associati con il sovrappeso: l'età maggiore di 34 anni, il sesso, la laurea come grado di istruzione e le difficoltà economiche non percepite. L'obesità non è associata con il sesso, mentre si associa significativamente con il titolo di studio (laurea e diploma) e la percezione di difficoltà economica (nessuna e qualche).

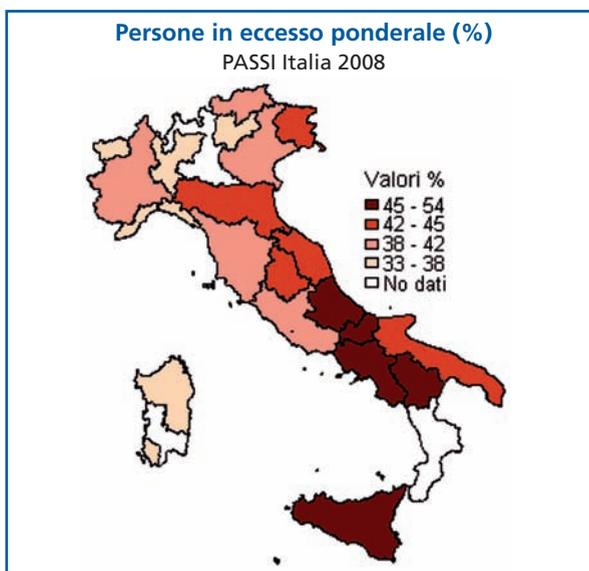
Popolazione con eccesso ponderale (BMI ≥ 25) PASSI Puglia (n=2.824)				
Caratteristiche	Sovrappeso		Obesi	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	33,4	31,6-35,2	11,7	10,5-12,9
Classi di età				
18 - 34	20,2	17,4-23,1	4,5	3,1-5,9
35 - 49	<u>35,5</u>	<u>32,4-38,6</u>	<u>11,3</u>	<u>9,3-13,3</u>
50 - 69	45,8	42,5-49,2	<u>20,1</u>	17,4-22,8
Sesso				
uomini	40,8	38,1-43,5	11,1	9,4-12,7
donne	26,1	23,7-28,5	12,3	10,6-14,0
Istruzione				
nessuna/elementare	41,6	37,0-46,3	24,0	20,0-27,9
media inferiore	36,8	33,5-40,1	13,1	10,8-15,3
media superiore	29,9	27,1-32,8	<u>7,3</u>	5,7-8,8
laurea	<u>23,0</u>	17,8-28,1	5,4	2,6-8,1
Difficoltà economiche				
molte	37,7	33,9-41,4	18,6	15,6-21,6
qualche	34,1	31,2-36,9	<u>10,6</u>	8,9-12,4
nessuna	29,0	25,8-32,2	<u>7,7</u>	5,9-9,5

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

- Non sono emerse differenze statisticamente significative relative all'eccesso ponderale tra le ASL regionali (range: 42% Bari - 53% Foggia).
- Nello studio PASSI svolto in Puglia nel 2005 è risultato essere in eccesso ponderale il 43% degli intervistati (31% sovrappeso; 12% obesi).

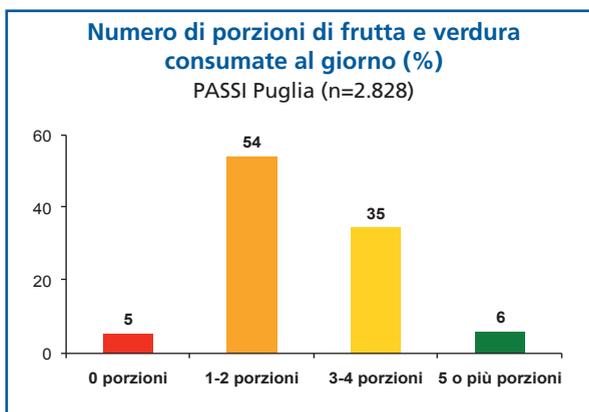


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 42% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32% sovrappeso e 10% obesità). Si sono evidenziate marcate differenze territoriali (range: 33% Lombardia - 54% Basilicata).



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

- La quasi totalità degli intervistati (95%) ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno (nello studio trasversale Passi 2005 risultavano essere l'89%), ma solo una piccola quota (6%) mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate.



- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
 - in due fasce d'età (35-49 e 50-69 anni);
 - nelle persone laureate;
 - nelle persone con nessuna difficoltà economica;
 - nelle persone in sovrappeso o obese.
- Non sono emerse differenze legate al sesso.

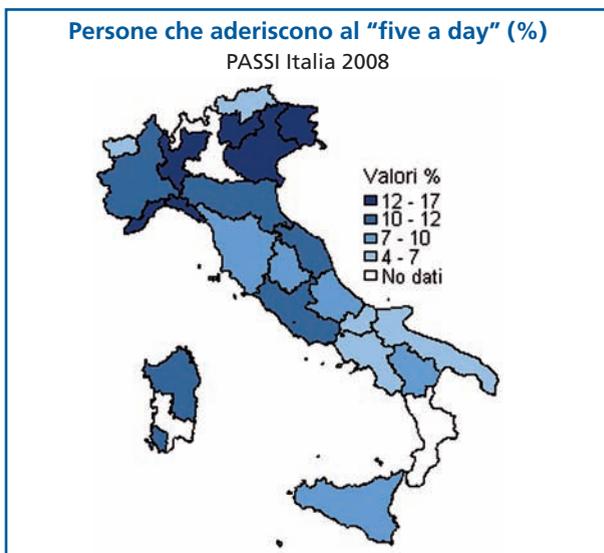
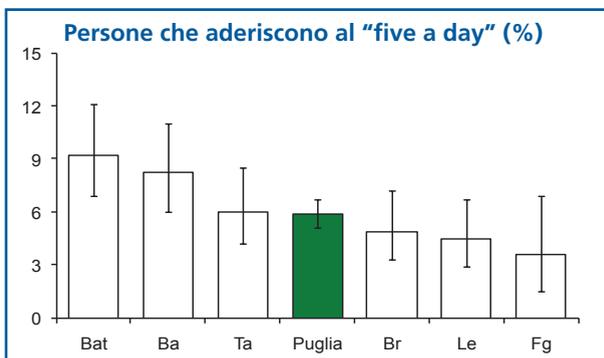
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'adesione al "five a day" risulta significativamente associata con l'età 50-69 anni e il livello d'istruzione superiore alla licenza elementare.

- Nelle ASL regionali l'adesione al "five a day" rimane piuttosto bassa con una percentuale più alta nella ASL Bat (range: 3,6% Foggia - 9,2% Bat).

- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al "five a day" il 10% del campione (range: 4% Piemonte - 17% prov. aut. Trento). La percentuale rilevata nella nostra regione colloca la Puglia tra quelle con la più bassa adesione all'assunzione di frutta e verdura nelle quantità raccomandate.

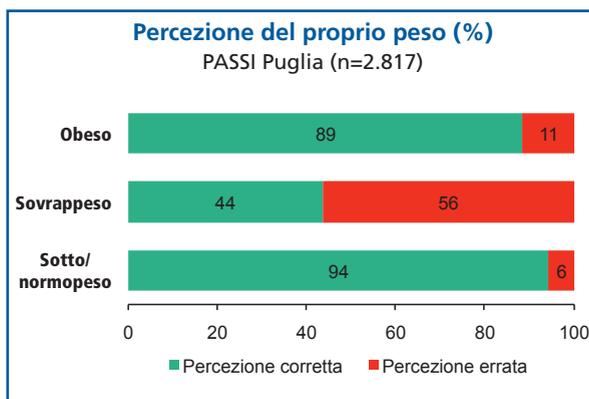
Consumo di frutta e verdura PASSI Puglia (n=2.828)		
Caratteristiche	Adesione al "5 a day" [°]	
	%	IC95%
Totale	5,9	5,0-6,7
Classi di età		
18 - 34	4,7	3,2-6,1
35 - 49	6,4	4,8-8,0
50 - 69	6,6	5,0-8,2
Classi di età		
uomini	5,7	4,4-6,9
donne	6,0	4,8-7,3
Istruzione		
nessuna/elementare	3,7	2,1-5,2
media inferiore	<u>6,3</u>	4,7-7,9
media superiore	6,0	4,5-7,4
laurea	<u>7,8</u>	4,7-11,0
Difficoltà economiche		
molte	4,9	3,2-6,5
qualche	5,9	4,5-7,2
nessuna	6,7	5,0-8,4
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	5,3	4,1-6,4
sovrappeso	6,6	5,0-8,3
obeso	6,5	3,9-9,1

[°] Consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura
 La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)

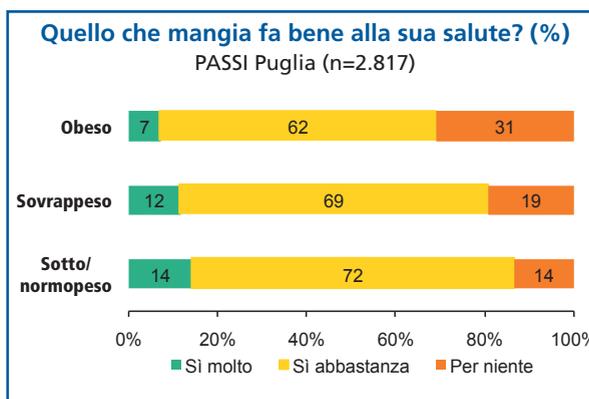


Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona la scelta di un cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso spesso non coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: in particolare tra le persone in sovrappeso ben il 56% ritiene il proprio peso giusto.



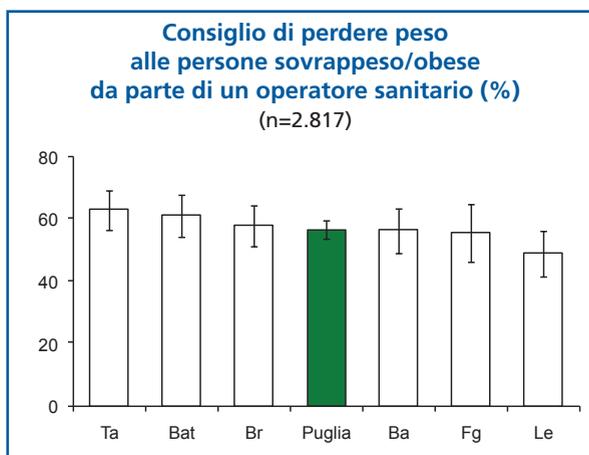
- La maggior parte degli intervistati (83%) ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto"); questa percezione positiva si conferma anche nelle persone sovrappeso (81%) e, anche se in percentuale minore, negli obesi (69%).



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

In Puglia poco più della metà delle persone in eccesso ponderale (56%) ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario: circa la metà delle persone in sovrappeso (47%) e la maggior parte di quelle obese (82%).

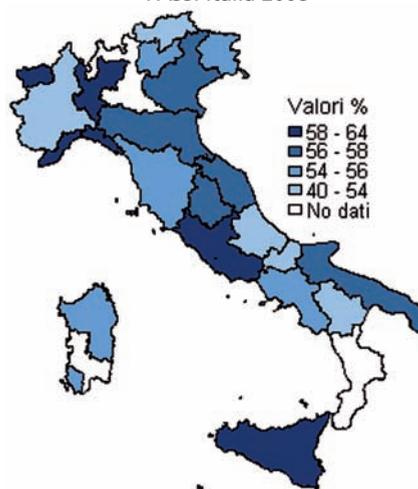
- Nelle ASL regionali, il consiglio di perdere peso alle persone in eccesso ponderale varia dal 49% di Lecce al 63% di Taranto senza significative differenze tra le ASL.



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 57% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (*range*: 40% prov. aut. Bolzano e Basilicata - 64% Lombardia e Lazio).

Consiglio di perdere peso alle persone sovrappeso/obese da parte di un operatore sanitario (%)

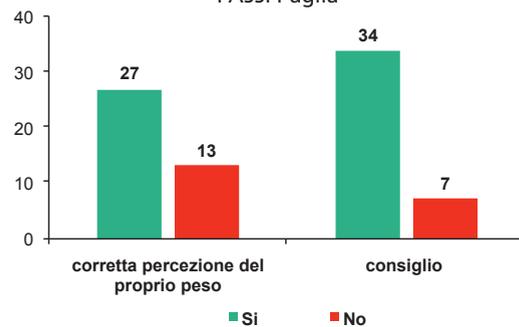
PASSI Italia 2008



- Poco più di un quinto delle persone in eccesso ponderale (21%) ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (19% nei sovrappeso e 28% negli obesi).
- La percentuale è significativamente più alta:
 - nelle donne (25% vs 18% negli uomini);
 - nelle persone con una percezione corretta del proprio peso (27% vs 13%);
 - nelle persone che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (34% vs 7%).

Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari (%)

PASSI Puglia

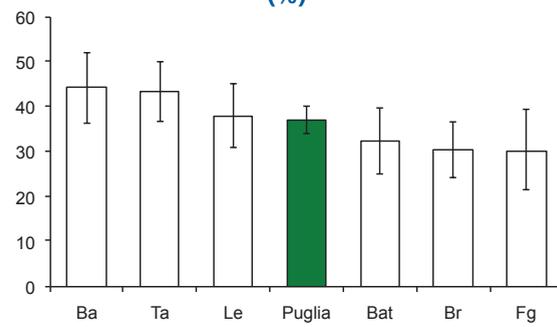


Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

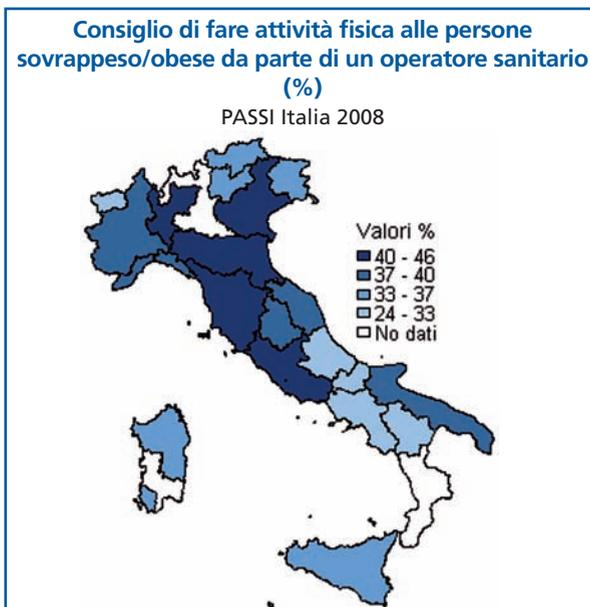
In Puglia circa due persone su cinque in eccesso ponderale (37%) ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; ha riferito questo consiglio un terzo circa delle persone in sovrappeso (35%) e meno della metà degli obesi (42%).

- Nelle ASL regionali, il consiglio di fare attività fisica alle persone in eccesso ponderale non mostra significative variazioni (*range*: 30% Foggia - 44% Bari).

Consiglio di fare attività fisica alle persone sovrappeso/obese da parte di un operatore sanitario (%)

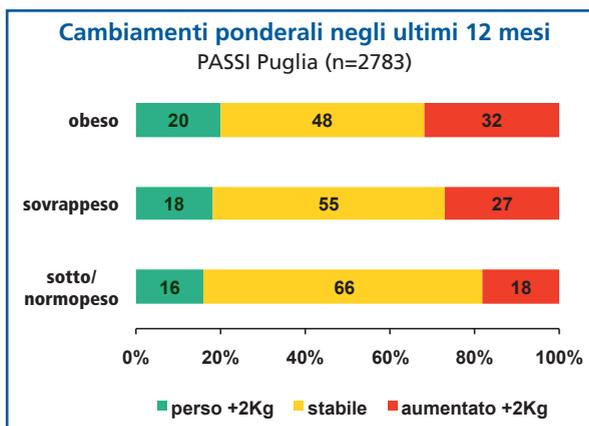


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 38% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (*range*: 24% Molise - 46% Lombardia).



Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- In Puglia quasi un quarto degli intervistati (23%) ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso è significativamente più elevata:
 - nei 18-34enni;
 - nelle persone già in eccesso ponderale (32% in obesi e 27% in sovrappeso rispetto al 18% nei normopeso).
- Non sono emerse differenze rilevanti tra donne (25%) e uomini (21%).



Conclusioni

Per diffusione e conseguenze sulla salute l'eccesso ponderale è il secondo principale rischio modificabile per la salute in Italia e un problema prioritario di salute pubblica.

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

Le persone in sovrappeso spesso sottovalutano la loro condizione; gli stessi operatori sanitari sembrano ancora non porre l'attenzione necessaria, in particolare nelle persone in sovrappeso tra le quali circa due quattro riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso.

In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: meno di una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo, solo un quinto segue una dieta per perdere o mantenere il peso e oltre una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno. Le ASL, insieme ai rappresentanti delle comunità locali, possono individuare obiettivi di salute specifici perché esistono grandi margini di miglioramento per:

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

Bibliografia

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

Consumo di alcol

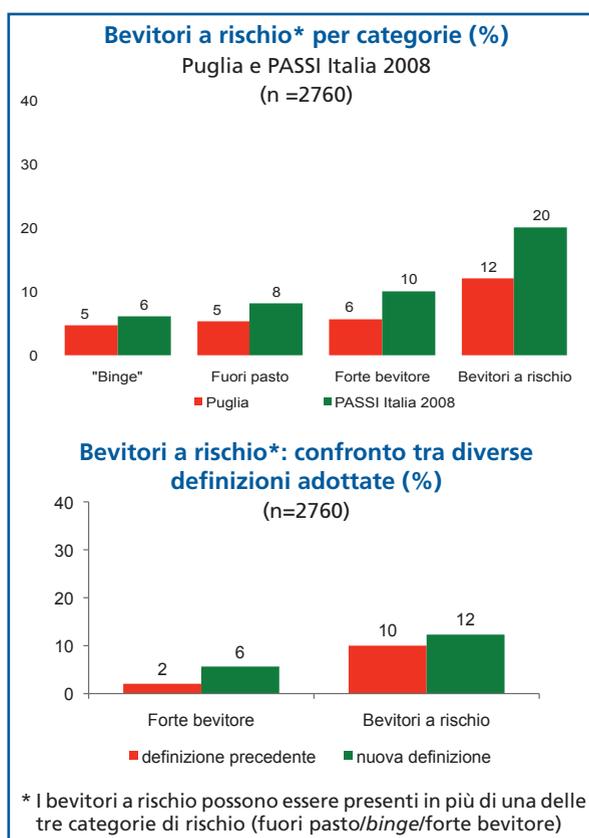
L'alcol contribuisce a determinare molteplici problemi sanitari e sociali (dalla sindrome feto-alcolica nei neonati agli incidenti stradali - prima causa di morte in età giovanile - dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di neoplasia). Per questi motivi, al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% del carico di sofferenze in termini di anni di vita in buona salute persi (*Daly*). Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol ammontino a più dell'1% del prodotto interno lordo.

Sono considerate comportamenti a rischio queste tre modalità di assunzione di alcol: il forte consumo, il bere abitualmente fuori pasto e la *binge drinking* (cioè il consumo almeno una volta al mese di almeno 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione).

L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore¹. La definizione delle quantità-soglia per il consumo forte di alcol è stata recentemente abbassata dall'INRAN (*Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione*) in accordo con lo stato dell'arte della ricerca scientifica sull'argomento: in base alla nuova definizione gli uomini che bevono più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che bevono più di 1 unità sono da considerare "forti bevitori" (in passato 3 e 2 unità rispettivamente).

Quanti sono i bevitori a rischio?

- Non sono emerse differenze significative per quanto concerne il consumo di alcol a rischio nelle ASL regionali (*range*: 9% Lecce – 17% Taranto).
- In Puglia più della metà degli intervistati (57%) ha riferito di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese (59% nel PASSI Italia 2008).
- Complessivamente il 12% degli intervistati può essere classificato come bevitore a rischio in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa.
- In Regione circa 334mila persone di 18-69 anni sono classificabili come bevitori a rischio (di cui 91mila nella fascia 18-24 anni).
- Rispetto al consumo a rischio:
 - il 6% degli intervistati è classificabile come un forte bevitore sulla base della nuova definizione più restrittiva adottata (>2 unità al giorno per gli uomini e >1 unità per le donne);

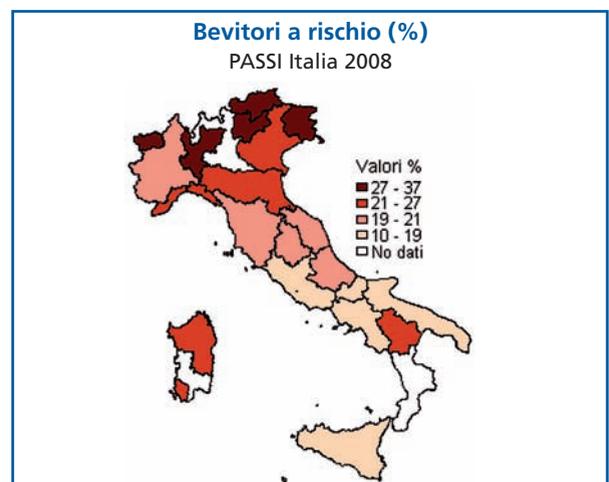
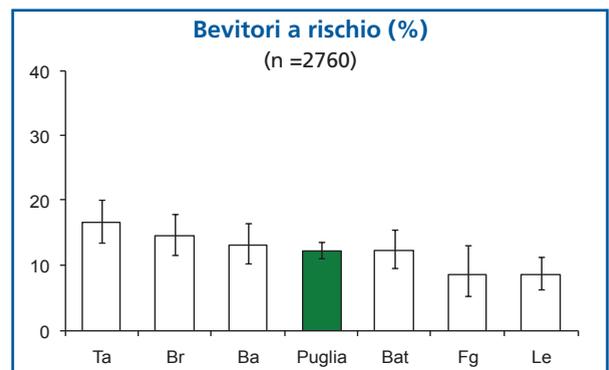


¹ DEFINIZIONE DI UNITÀ ALCOLICA (U.A.) Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione (12°), o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione (4-5°) o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico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

- il 5% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto;
- il 5% è classificabile come bevitore "binge" (almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione al mese).
- Nel PASSI 2005 i bevitori a rischio, valutati sulla base di una definizione meno restrittiva, rappresentavano il 21% degli intervistati.
- Il 54% degli intervistati consuma alcol durante tutta la settimana.
- Si rileva che il consumo a rischio è significativamente più frequente:
 - nei giovani di 18-24 anni tra i quali quasi un giovane su quattro ha modalità di assunzione di alcol a rischio (24%);
 - negli uomini;
 - nelle persone con molte difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, queste associazioni si mantengono statisticamente significative.
- Non sono emerse differenze significative per quanto concerne il consumo di alcol a rischio nelle ASL regionali (range: 9% Lecce - 17% Taranto).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i bevitori a rischio sono il 20% del campione (10% consumo forte, 8% consumo fuori pasto, 6% consumo binge), mostrando una più spiccata abitudine all'alcool le popolazioni delle regioni del nord rispetto a quelle del sud dell'Italia (range: 10% Sicilia e Campania - 37% prov. aut. Bolzano).

Consumo a rischio (ultimo mese) PASSI Puglia (n=2760)		
Caratteristiche	Bevitori a rischio°	
	%	IC95%
Totale	12,3	11,1-13,6
Classi di età		
18 - 24	23,8	19,3-28,3
25 - 34	<u>15,4</u>	12,3-18,6
35 - 49	9,7	7,8-11,6
50 - 69	7,9	6,5-9,7
Sesso		
uomini	17,4	15,3-19,6
donne	<u>7,3</u>	6,0-8,7
Istruzione		
nessuna/elementare	7,7	5,2-10,2
media inferiore	12,5	10,3-14,8
media superiore	13,8	11,7-16,0
laurea	13,2	9,1-17,2
Difficoltà economiche		
molte	13,4	10,8-16,1
qualche	<u>12,9</u>	10,9-14,9
nessuna	<u>10,7</u>	8,6-12,3

° Sono considerati bevitori a rischio i forti bevitori, i bevitori fuori pasto e i binge drinking.
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)



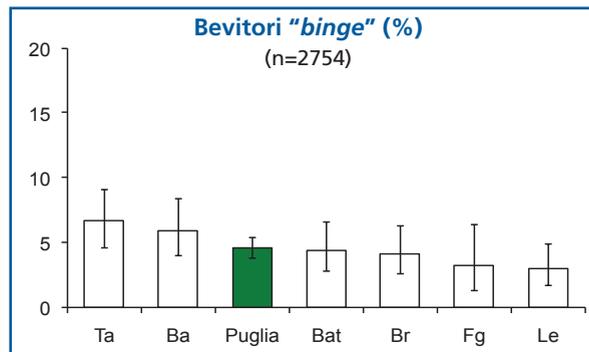
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questa modalità di consumo di alcol ritenuta ad alto rischio riguarda il 5% degli intervistati e risulta più diffusa:
 - nei giovani di 18-24 anni;
 - negli uomini;
 - nelle persone con livello di istruzione medio-alta;
 - nelle persone con qualche o molte difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si mantiene la significatività statistica per sesso maschile, età sotto ai 35 anni e nessuna difficoltà economica.

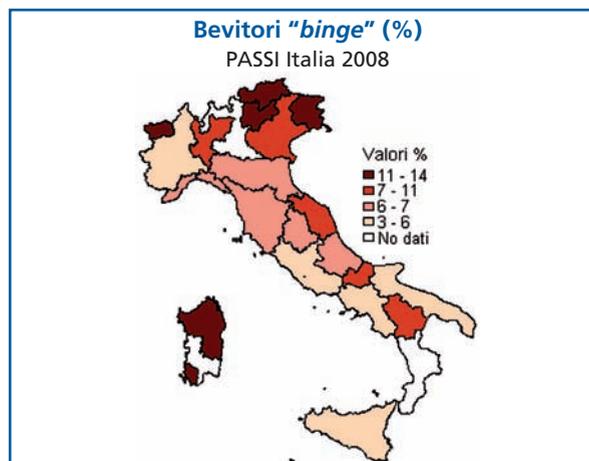
Consumo "binge" ^o (ultimo mese) PASSI Puglia (n=2754)		
Caratteristiche	Bevitori a rischio ^o	
	%	IC95%
Totale	4,6	3,8-5,4
Classi di età		
18 - 24	9,0	6,0-11,9
25 - 34	5,9	3,8-7,9
35 - 49	<u>4,5</u>	3,1-5,9
50 - 69	<u>1,8</u>	0,9-2,7
Sesso		
uomini	7,4	5,9-8,9
donne	<u>1,8</u>	1,1-2,5
Istruzione		
nessuna/elementare	1,5	0,3-2,6
media inferiore	5,7	4,1-7,2
media superiore	5,0	3,6-6,3
laurea	4,6	2,0-7,3
Difficoltà economiche		
molte	4,6	2,9-6,2
qualche	5,5	4,2-6,9
nessuna	<u>3,2</u>	2,0-4,5

^oConsumatore *binge*: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione. La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)

- Nelle ASL regionali la percentuale di bevitori "binge" non mostra differenze statisticamente significative (range: 3% Lecce – 7% Taranto)

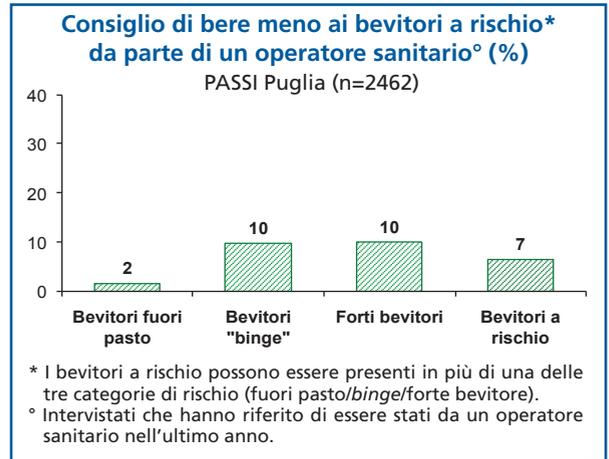


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori *binge* è risultata del 6% (3% Campania e Sicilia - 14% prov. aut. Bolzano).

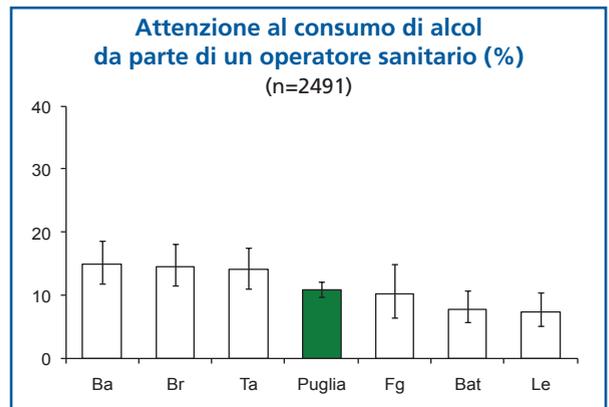


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

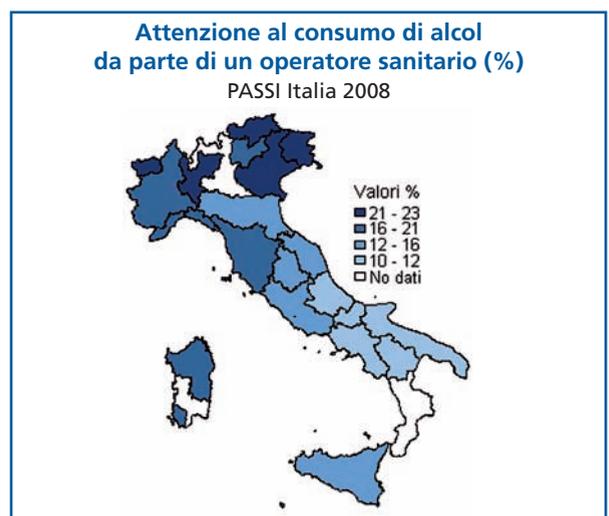
- In Puglia l'11% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Solo il 2% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno; tra i bevitori a rischio questa percentuale è del 7%.



- L'attenzione degli operatori sanitari rimane bassa in tutte le ASL regionali (range: 7% Lecce - 15% Bari).



- Anche nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale l'attenzione al consumo di alcol degli operatori sanitari è risultata bassa (16%) e mostra evidenti differenze tra nord e sud della penisola (range: 9% Abruzzo - 23% prov. aut. Bolzano).



Conclusioni

Sebbene la percentuale di soggetti che consumino alcool in Puglia sia sovrapponibile a quella nazionale, la percentuale dei bevitori a rischio è circa la metà.

È rilevante che i bevitori a rischio sono soprattutto soggetti giovani (18-35 anni) e che sotto i 25 anni un giovane su quattro è da considerare bevitore a rischio.

Il *binge* una modalità di assunzione di alcool particolarmente pericolosa, interessa circa uno su dieci intervistati nella fascia di età 18-24 anni e in maggior misura gli uomini rispetto alle donne.

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale (in particolare nei giovani) sia negli operatori sanitari che solo occasionalmente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e raramente consigliano di moderare i consumi nei bevitori a rischio.

Nel nostro Paese, importante produttore di vini in cui l'alcol fa parte della cultura popolare, gli operatori sanitari possono promuovere azioni di sensibilizzazione e responsabilizzazione delle Comunità locali sul consumo consapevole di alcool, in collaborazione con Comuni, Istituzioni scolastiche, Associazioni ed Enti territoriali.

Bibliografia

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

Abitudine al fumo

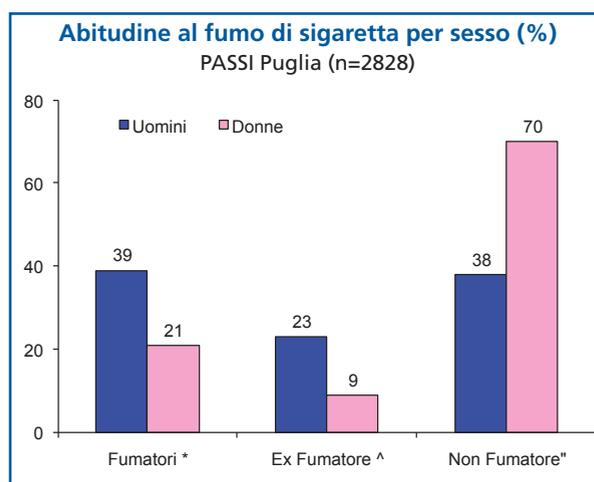
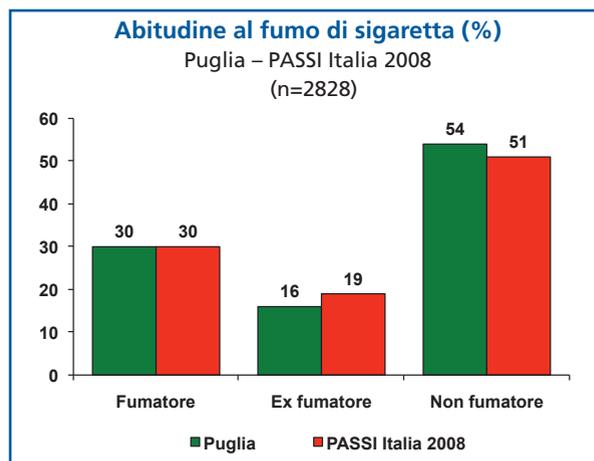
Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio per numerose patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie.

Rappresenta inoltre il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (*Daly*).

Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne e nei giovani.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Poco più della metà degli intervistati (54%) ha dichiarato di essere non fumatore.
- Gli ex fumatori rappresentano circa un sesto del campione (16%) e i fumatori quasi un terzo (30%).
Poco più dell'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (sono i cosiddetti "fumatori in astensione", ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).
- In Regione il numero stimabile di fumatori nella fascia d'età 18-69 anni è pari a circa 835mila persone, di cui 72mila classificabili come forti fumatori.
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini rispetto alle donne (39% versus 21%).
- Nello studio PASSI 2005, la percentuale di fumatori era del 24%, con una prevalenza negli uomini del 28% e nelle donne del 17%.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno; tra questi, il 9% fuma oltre 20 sigarette al dì ("forte fumatore").



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

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

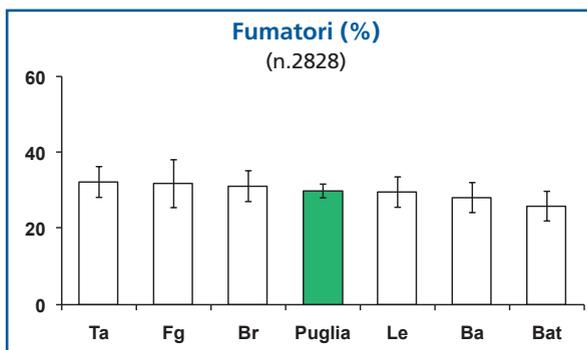
- Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
 - tra le persone sotto ai 50 anni (in particolare nella fascia 25-34 anni);
 - tra gli uomini;
 - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore;
 - tra le persone con molte difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si conferma l'associazione significativa per classi di età (nei più anziani la prevalenza è più bassa rispetto ai più giovani), sesso maschile e presenza percepita di molte difficoltà economiche.

Fumatori PASSI Puglia (n=1163)		
Caratteristiche	Fumatori ^o	
	%	IC95%
Totale	29,9	28,1-31,7
Classi di età		
18 - 24	32,4	27,4-37,4
25 - 34	37,7	33,3-42,0
35 - 49	29,6	26,6-32,6
50 - 69	23,9	21,1-26,8
Sesso		
uomini	38,7	35,9-41,4
donne	21,4	19,1-23,7
Istruzione		
nessuna/elementare	23,7	19,7-27,6
media inferiore	33,0	29,7-36,2
media superiore	30,4	27,5-33,3
laurea	28,5	22,8-34,3
Difficoltà economiche		
molte	33,4	29,8-37,0
qualche	29,9	27,1-32,6
nessuna	27,3	24,1-30,5

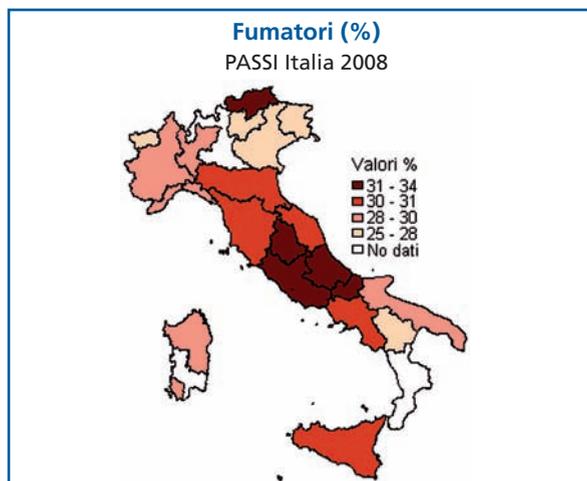
^oFumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi anche i fumatori in astensione)

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

- Non sono emerse differenze significative per quanto concerne la prevalenza di fumatori nelle diverse ASL regionali partecipanti al Progetto (range: 26% Bat - 32% Taranto)

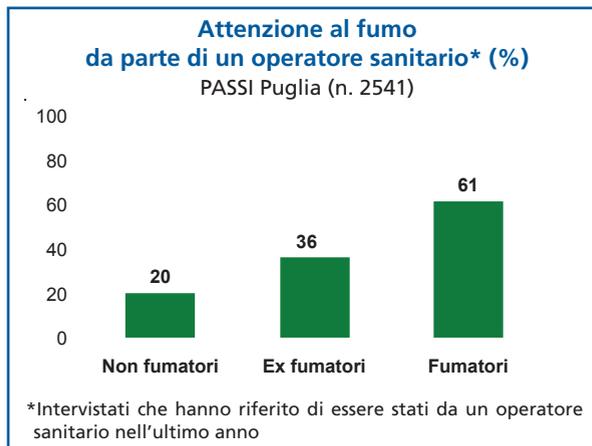


- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 30% del campione (range: 25% prov. aut. Trento - 34% Lazio).

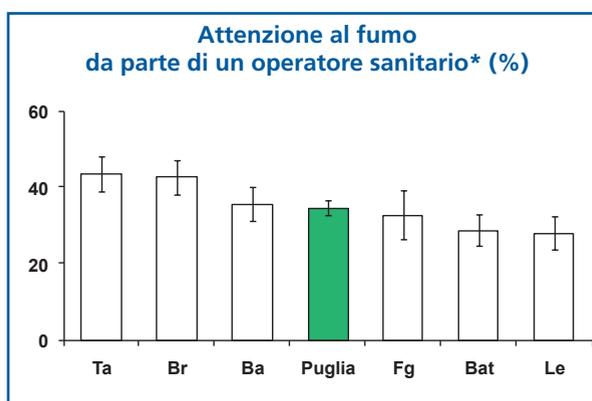


A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

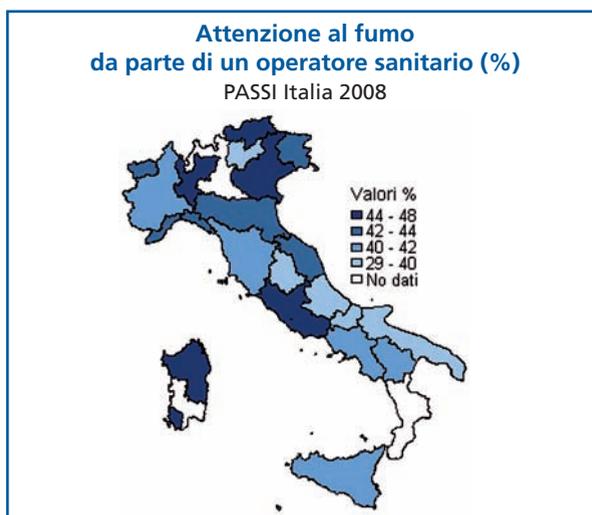
- Complessivamente il 35% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, circa i due terzi dei fumatori (61%) hanno riferito di essere stati interpellati da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo.



- Tra le ASL regionali, le ASL Taranto e Brindisi si caratterizzano per una percentuale lievemente più alta, mentre Lecce per una percentuale lievemente più bassa di persone cui sono state poste domande sull'abitudine al fumo da parte di un medico o di un operatore sanitario (range: 28% Lecce - 43% Taranto).

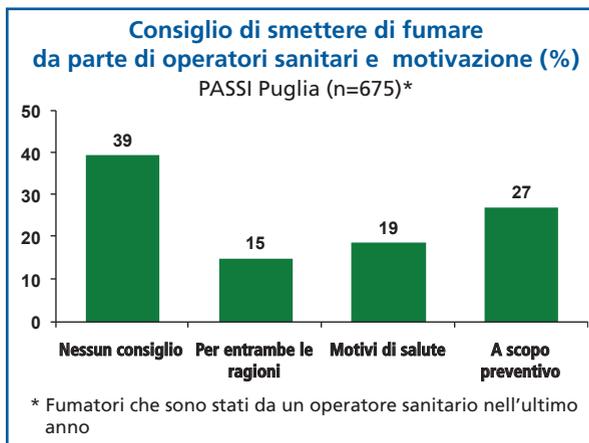


- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 43% degli intervistati ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo (range: 29% Molise - 48% Lombardia).

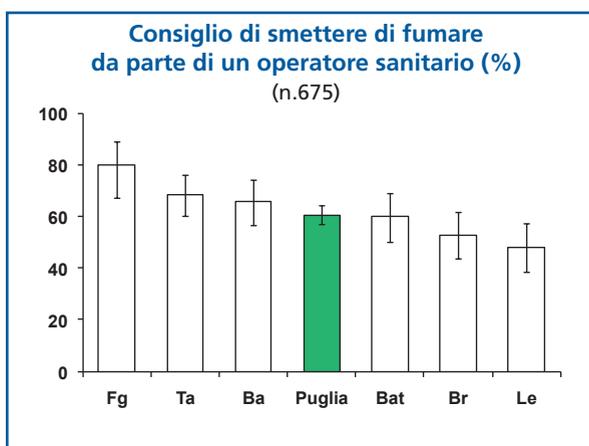


A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

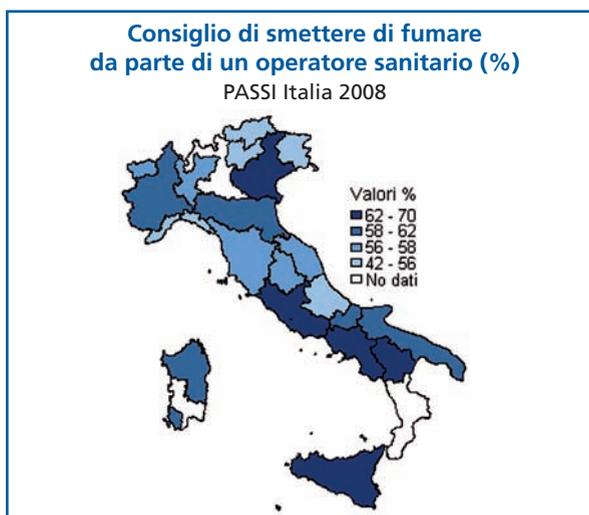
- Più di un fumatore su due (61%) ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo.



- Per quanto concerne il consiglio ai fumatori di smettere di fumare nella ASL di Foggia è stata rilevata una percentuale più alta di fumatori a cui è stato dato il consiglio di smettere di fumare (range: 48% Lecce - 80% Foggia).

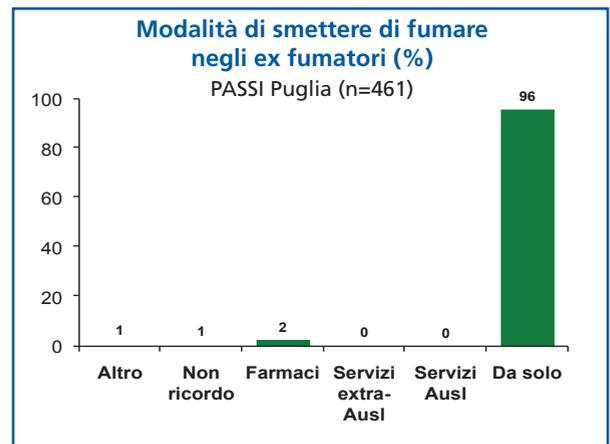


- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di fumatori che hanno riferito il consiglio di smettere è risultata pari al 61%, con significative differenze nel confronto interregionale (42% prov. aut. Bolzano - 70% Campania).



Smettere di fumare

- La quasi totalità degli ex fumatori (96%) ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo.
- I valori rilevati sono sovrapponibili al dato delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale (96%) e al dato ottenuto nel PASSI 2005.
- Fra i fumatori, il 46% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (37% a livello nazionale).



Conclusioni

In Puglia circa una persona su tre è un fumatore. Rispetto allo Studio PASSI 2005, si denota un incremento dell'abitudine al tabagismo, che raggiunge livelli sovrapponibili a quelli del pool nazionale di ASL. Inoltre, tale incremento è risultato più alto negli uomini (+10%) rispetto alle donne (+4%). Prevalenze di fumatori più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni.

Circa due fumatori su tre hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, che tuttavia può essere migliorato.

Quasi tutti gli ex fumatori hanno dichiarato di aver smesso di fumare da soli; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci e servizi extra-ASL. Nessuno riferisce di aver interrotto l'abitudine al fumo con l'ausilio di un operatore sanitario o di servizi della ASL.

Questa situazione sottolinea la necessità a livello delle ASL regionali di introdurre o implementare, lì dove già presente, l'offerta di opportunità per smettere di fumare; le Aziende, infatti, potrebbero svolgere un ruolo essenziale insieme a medici, pediatri di famiglia e altri operatori sanitari nell'indurre un cambiamento dell'abitudine al tabagismo.

Bibliografia

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

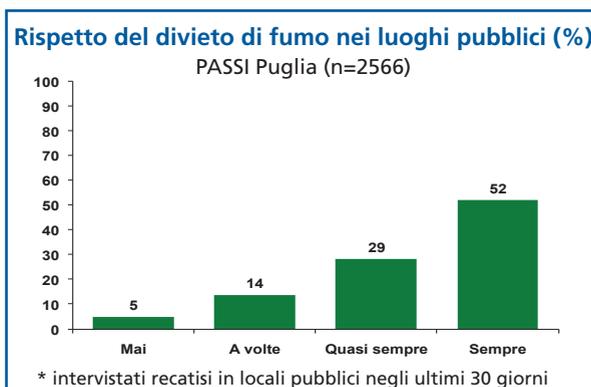
Fumo passivo

Il fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza contribuisce a causare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia provoca otite media, asma, bronchite e polmonite; in età adulta, infine, il fumo passivo è causa di malattie ischemiche cardiache, ictus e tumore del polmone; altri effetti nocivi del fumo passivo sono probabili, ma non ancora pienamente dimostrati.

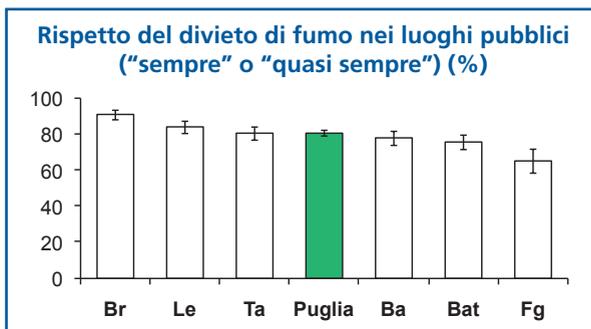
Con la Legge "Tutela della salute dei non fumatori" (entrata in vigore il 10 gennaio 2005), l'Italia è stato uno dei primi Paesi dell'Unione europea a regolamentare il fumo nei locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità. L'obiettivo è appunto proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo.

La percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici

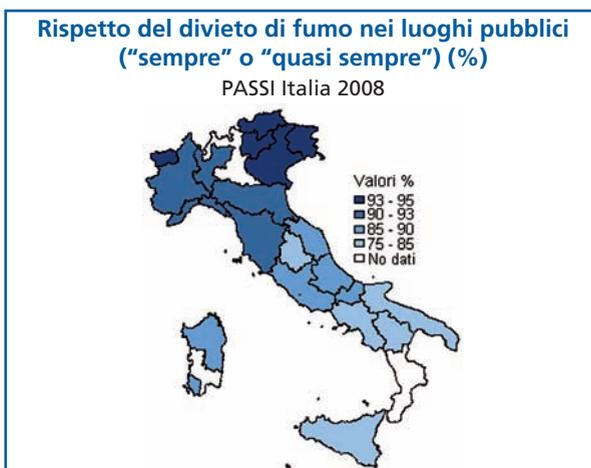
- La maggior parte delle persone intervistate considera il divieto di fumare nei luoghi pubblici rispettato sempre o quasi sempre (81%).



- Nelle diverse ASL della Regione la percentuale di persone che ritengono rispettato sempre/quasi sempre il divieto di fumo nei luoghi pubblici è significativamente più alta nella ASL Brindisi, mentre è significativamente più bassa nella ASL Foggia (range: 65% Bat - 91% Brindisi).

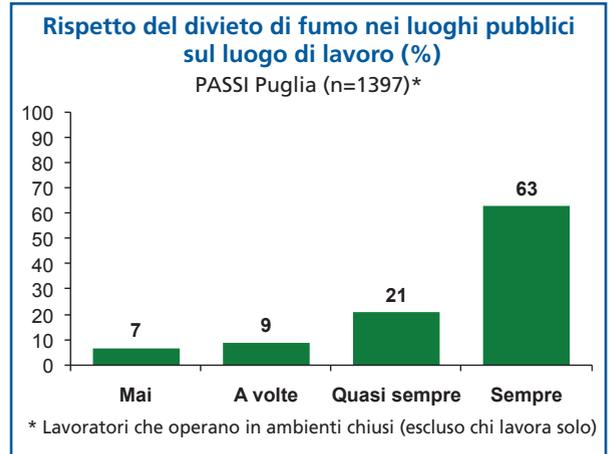


- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi. Emergono differenze tra Regioni del Nord e quelle del Sud, nelle quali tale divieto sembra essere meno rispettato (range: 75% Campania - 95% prov. aut. Trento).

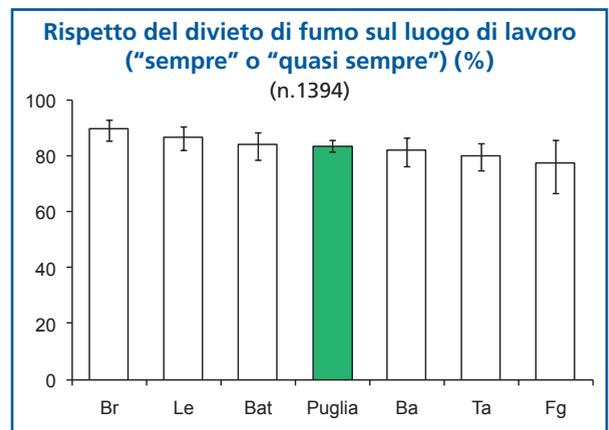


Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

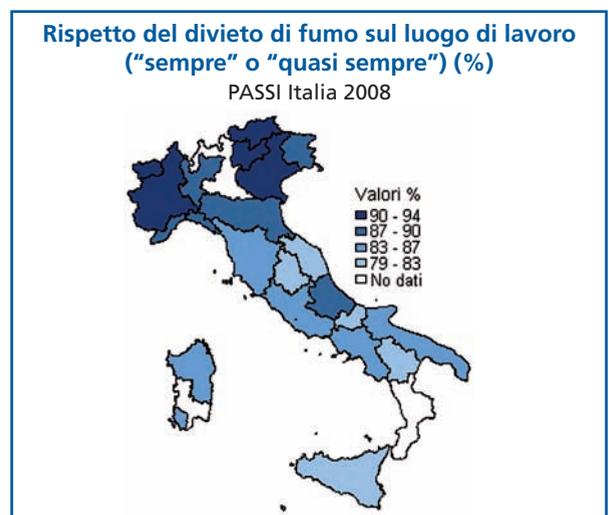
- La maggior parte dei lavoratori intervistati considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato sempre o quasi sempre (84%).
- Nel PASSI 2005, il 43% degli intervistati riferiva che il divieto di fumo sul luogo di lavoro era rispettato.



- Non sono emerse differenze significative nelle ASL regionali (range: 77% Foggia – 89% Brindisi).

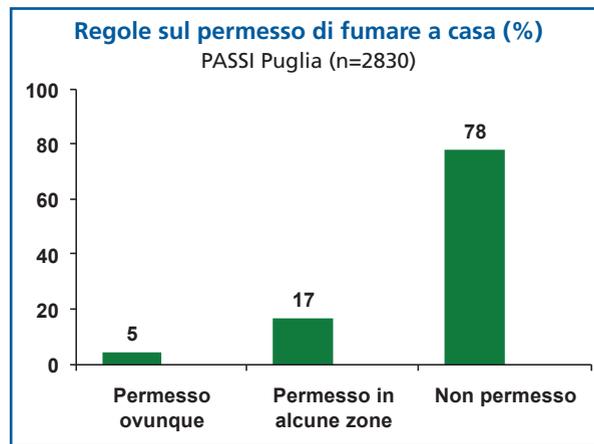


- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi con differenze territoriali. In particolare, tale divieto è meno rispettato nel sud della penisola (range: 79% Molise - 94% prov. aut. Bolzano).



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

- La maggior parte degli intervistati (78%) ha dichiarato che non si fuma in casa. In oltre un quinto delle abitazioni si fuma: 17% in alcune zone, 5% ovunque.
- Nell'analoga indagine trasversale condotta nel 2005, il 68% dei soggetti intervistati ha riferito che nelle proprie abitazioni non si fuma.



Conclusioni

La Legge per il divieto di fumo costituisce un vero e proprio strumento per "fare salute": i programmi di controllo e vigilanza delle ASL contribuiscono a garantire il rispetto formale e sostanziale della legge. Le stesse strutture sanitarie devono per prime assicurare la qualità dell'aria che si respira nei loro edifici.

Si denota un miglioramento dell'osservanza di tale norma sia nei luoghi pubblici che nei luoghi di lavoro rispetto al dato emerso nell'analoga indagine trasversale condotta nel 2005. Tuttavia il rispetto di tali norme permane in Puglia più basso di quanto rilevato in altre regioni.

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

Bibliografia

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

> Rischio cardiovascolare

■ **58.** Ipertensione arteriosa

■ **62.** Colesterolo

■ **65.** Diabete

■ **67.** Calcolo del rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: in Italia, sono responsabili del 44% di tutti i decessi. I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa); la probabilità di sviluppare la malattia dipende dalla gravità dei singoli fattori di rischio e dalle loro combinazioni.

Conoscere la prevalenza di queste condizioni nella popolazione e la diffusione delle pratiche efficaci per contrastarle consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti dei sottogruppi più a rischio.

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

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare di malattie frequenti, invalidanti o mortali come ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale. Si stima che trattare le complicanze dell'ipertensione costi circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi.

L'ipertensione è inoltre associata a fattori modificabili quali contenuto di sale della dieta, eccesso ponderale e sedentarietà. La frequenza di ipertensione è pertanto riducibile, oltre che col controllo farmacologico, con interventi su questi fattori comportamentali.

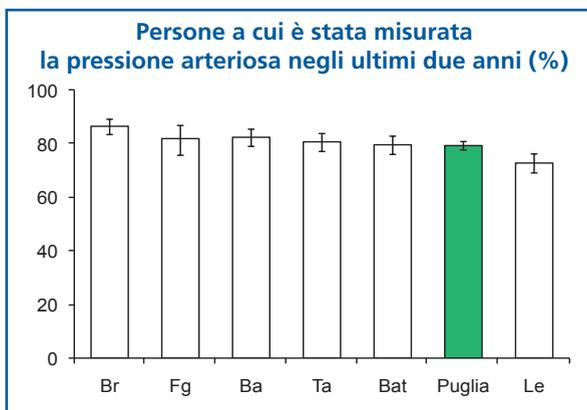
A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In Puglia il 79% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7% più di 2 anni fa, mentre il restante 14% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:
 - nelle fasce d'età più avanzate;
 - tra la donne;
 - nelle persone con più basso livello di istruzione;
 - nelle persone con molte difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si mantiene l'associazione statistica con le variabili età, sesso e difficoltà economiche.

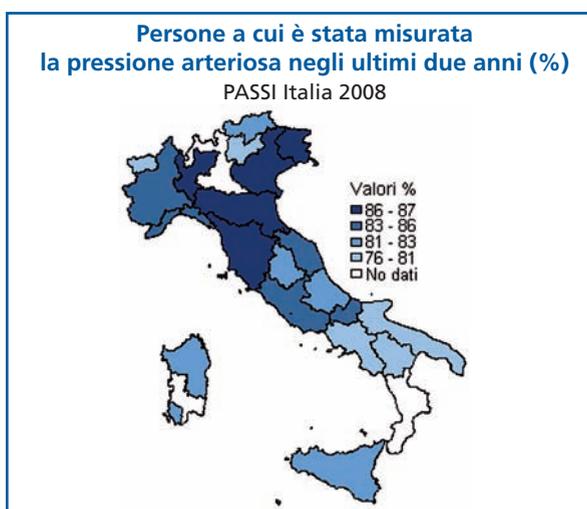
Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni PASSI Puglia (n= 2828)		
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni	
	%	IC95%
Totale	79,2	77,6-80,7
Classi di età		
18 - 34	65,9	62,7-69,1
35 - 49	<u>80,9</u>	78,2-83,6
50 - 69	<u>92,0</u>	90,0-93,9
Sesso		
uomini	77,0	74,7-79,2
donne	<u>81,3</u>	79,2-83,4
Istruzione		
nessuna/elementare	91,6	89,0-94,2
media inferiore	78,4	75,5-81,3
media superiore	75,5	72,8-78,2
laurea	76,1	70,7-81,5
Difficoltà economiche		
molte	83,1	80,2-86,1
qualche	80,1	77,7-82,6
nessuna	<u>74,8</u>	71,6-77,9

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

- Nell'ASL Brindisi è stata riscontrata una percentuale significativamente più alta di soggetti ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (*range*: 73% Lecce - 86% Brindisi).



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'84%, con un evidente differenza tra le varie regioni (*range*: 77% Basilicata - 88% Lombardia e Friuli Venezia Giulia).



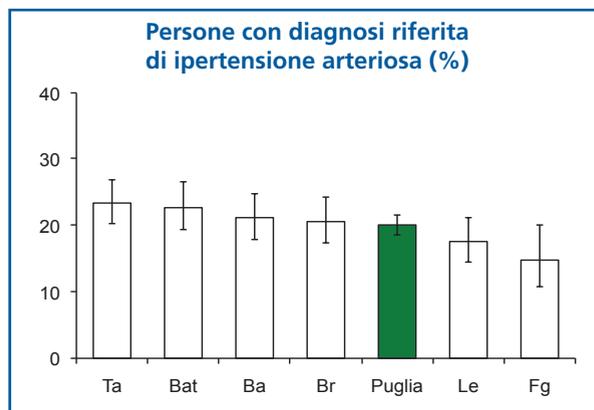
Quante persone sono ipertese?

- Un quinto degli intervistati (20%) ai quali è stata misurata la pressione arteriosa ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione, valore sovrapponibile a quello riscontrato nello Studio PASSI 2005.
- Questa stima corrisponde in Regione a circa 560mila ipertesi nella fascia 18-69 anni.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta significativamente più diffusa:
 - al crescere dell'età (41% nella fascia 50-69 anni);
 - nelle persone con livello istruzione molto basso;
 - nelle persone con molte difficoltà economiche percepite;
 - nelle persone in eccesso ponderale.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si mantiene l'associazione significativa tra ipertensione riferita e le variabili sopra indicate.

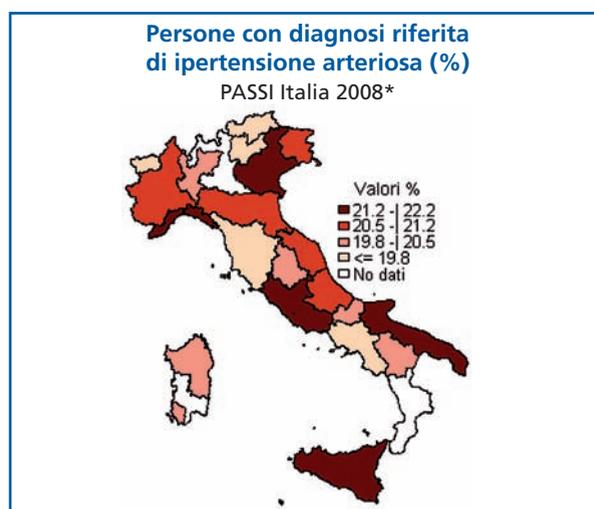
Persone con diagnosi riferita di ipertensione PASSI Puglia (n= 2461)		
Caratteristiche	Ipertesi	
	%	IC95%
Totale	20,1	18,6-21,6
Classi di età		
18 - 34	3,5	2,1-4,9
35 - 49	<u>13,8</u>	11,4-16,1
50 - 69	<u>41,1</u>	37,6-44,5
Sesso		
uomini	19,5	17,3-21,7
donne	20,6	18,6-22,6
Istruzione		
nessuna/elementare	43,1	38,4-47,9
media inferiore	<u>17,9</u>	15,1-20,6
media superiore	<u>14,3</u>	12,1-16,5
laurea	<u>8,3</u>	4,7-11,8
Difficoltà economiche		
molte	28,5	25,0-32,1
qualche	<u>17,7</u>	15,5-19,9
nessuna	16,4	13,7-19,1
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	9,7	8,1-11,3
sovrappeso/obeso	<u>31,5</u>	28,8-34,2

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

- Tra le ASL regionali, non sono emerse differenze significative tra le percentuali di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione (range: 15% Foggia - 24% Taranto).

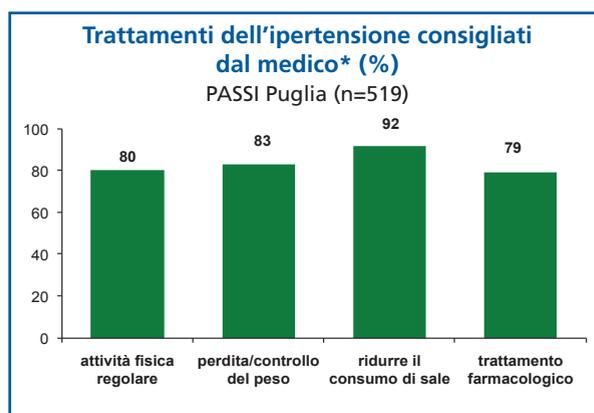


- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 21% (range: 16% prov. aut. Bolzano - 22% Veneto).



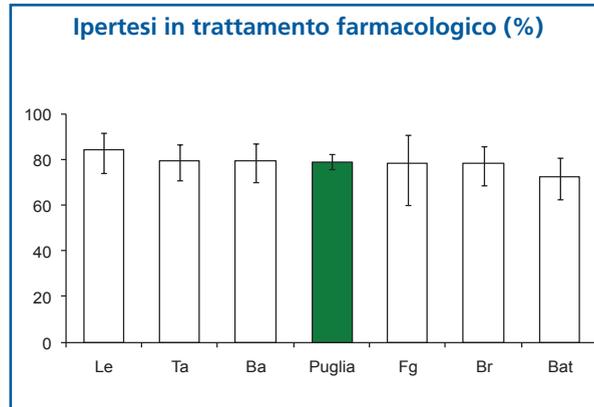
Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- In Puglia la maggior parte degli ipertesi (79%) ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi. Nello studio PASSI 2005, tale percentuale era del 69%.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, la maggior parte degli ipertesi ha riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di adottare cambiamenti del proprio stile di vita.

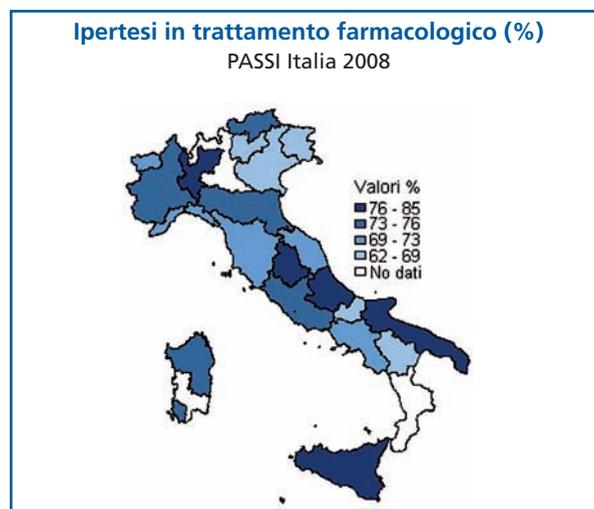


* ogni variabile considerata indipendentemente

- Tra le ASL regionali la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico non mostra differenze significative (range: 72% Bat - 84% Lecce).



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 73% (range: 62% Basilicata - 85% Umbria).



Colesterolo

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia.

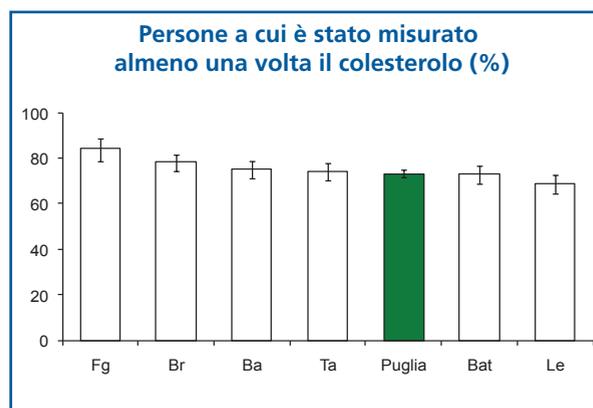
L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, come fumo e ipertensione.

Quante persone hanno misurato il colesterolo?

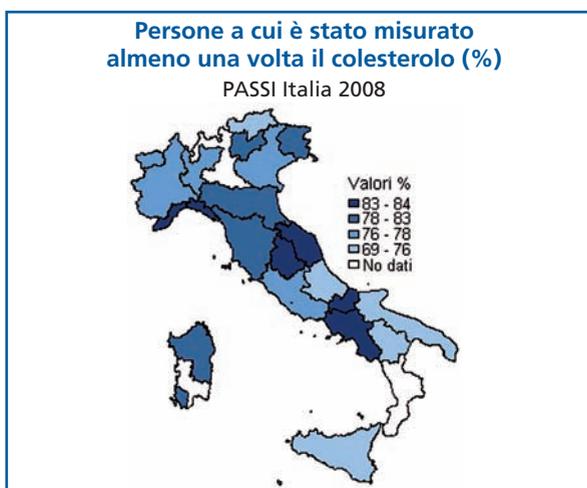
- In Puglia il 73% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia; il 56% ha effettuato l'esame nel corso dell'ultimo anno.
- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età (dal 57% dei 18-34enni all'87% dei 50-69enni);
 - nelle donne;
 - nelle persone con basso livello di istruzione;
 - nelle persone con molte difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si mantiene l'associazione significativa per età più elevate, sesso femminile, bassa scolarità e presenza di difficoltà economiche.
- La misurazione del colesterolo è risultata significativamente più frequente nella ASL Foggia (range: 69% Lecce - 84%Foggia).

Colesterolo misurato almeno una volta nella vita PASSI Puglia (n= 2829)		
Caratteristiche	Colesterolo misurato % IC95%	
Totale	73,2	71,6-74,9
Classi di età		
18 - 34	56,7	53,3-60,2
35 - 49	77,3	74,4-80,2
50 - 69	87,4	85,2-89,7
Sesso		
uomini	71,2	68,7-73,6
donne	75,3	73,0-77,6
Istruzione		
nessuna/elementare	81,2	77,6-84,8
media inferiore	71,2	68,0-79,2
media superiore	71,5	68,0-74,3
laurea	73,6	68,0-79,2
Difficoltà economiche		
molte	76,3	73,0-79,6
qualche	74,3	71,7-77,0
nessuna	69,3	66,0-72,6

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



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate è del 78% (range: 71% prov. aut. Bolzano - 86% Molise).

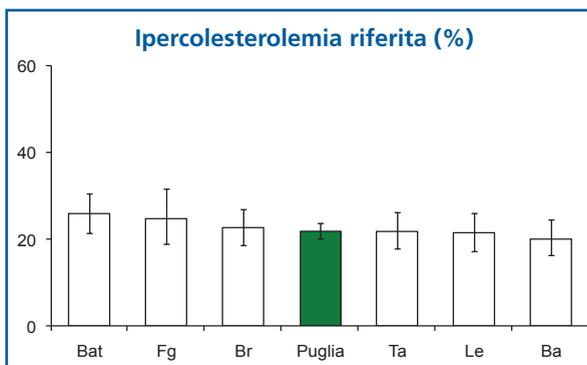


Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

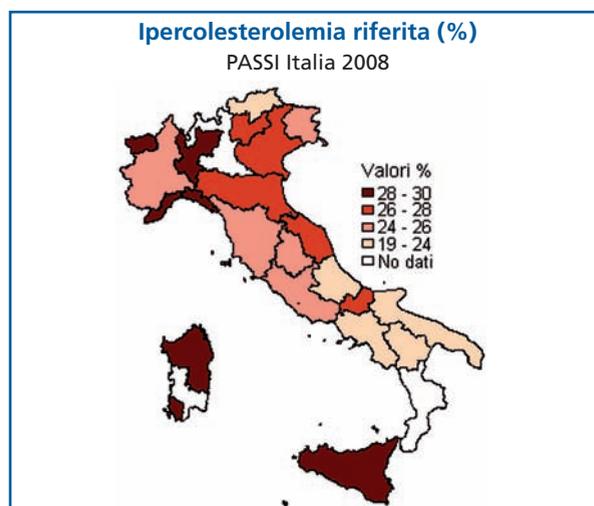
- Poco più di un quinto degli intervistati (a cui è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia (22%); nello studio Passi 2005 il valore era pari al 27%.
- Questa stima corrisponde in Regione a circa 780mila persone di 18-69 anni con livelli elevati di colesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate;
 - nelle persone con basso livello di istruzione;
 - nelle persone con molte difficoltà economiche;
 - in coloro che presentano una condizione di eccesso ponderale.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, rimangono significative le associazioni con l'età, le difficoltà economiche e l'eccesso ponderale
- Non sono emerse differenze significative relative all'ipercolesterolemia tra le ASL regionali (range: 20% Bari - 26% BAT).

Ipercolesterolemia riferita PASSI Puglia (n= 2.108)		
Caratteristiche	Ipercolesterolemia	
	%	IC95%
Totale	21,8	20,0-23,6
Classi di età		
18 - 34	7,0	4,8-9,2
35 - 49	19,0	16,0-21,9
50 - 69	35,0	31,6-38,5
Sesso		
uomini	21,8	19,4-24,3
donne	21,8	19,4-24,3
Istruzione		
nessuna/elementare	36,0	31,0-41,0
media inferiore	20,2	17,0-23,4
media superiore	16,5	13,9-19,0
laurea	22,0	16,0-28,0
Difficoltà economiche		
molte	28,8	24,9-32,7
qualche	19,6	16,9-22,2
nessuna	19,2	16,0-22,4
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	14,1	18,9-22,9
sovrappeso/obeso	29,5	26,6-32,3

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

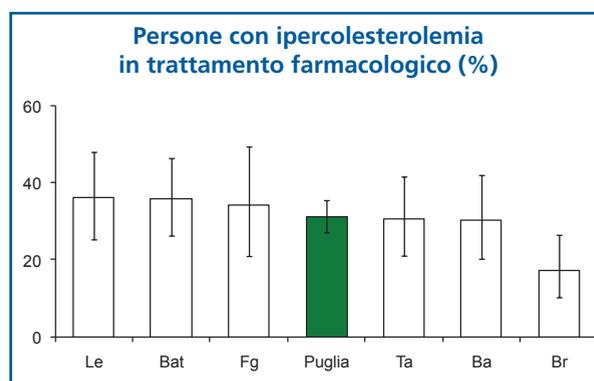
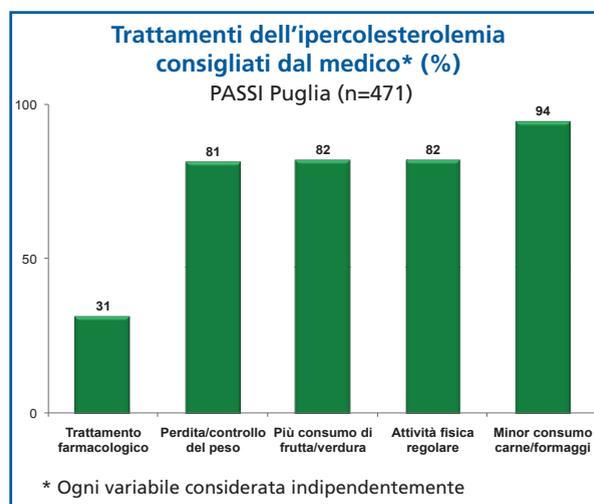


- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 25%. Percentuali più basse sono state rilevate nelle regioni del sud (range: 19% Campania e Basilicata - 30% Lombardia, Liguria e Sardegna).

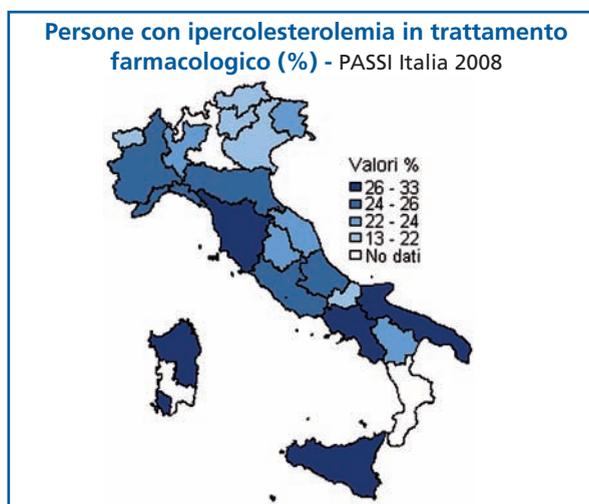


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- In Puglia poco meno di un terzo delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico (31%).
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, la maggior parte delle persone con livelli di colesterolo alti ha riferito di aver ricevuto da parte del medico il consiglio di adottare cambiamenti del proprio stile di vita; in particolare è stato consigliato di consumare una minore quantità di carne e formaggi nel 94% dei soggetti, di svolgere attività fisica regolare nell'82%, di incrementare il consumo di frutta e verdura nell'82%, di controllare il peso nell'81% dei soggetti.
- Non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico tra le ASL della Regione (range: 17% Brindisi - 36% Lecce).



- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 26% (range: 13% prov. aut. Bolzano - 33% Sicilia e Sardegna).



Diabete

Il diabete mellito è una patologia cronica destinata ad aumentare la propria diffusione in rapporto al progressivo invecchiamento della popolazione. In Italia la prevalenza di diabete diagnosticato è pari a circa il 4% (90% tipo 2 e 10% tipo 1).

Si stima che circa il 7% dell'intera spesa sanitaria nazionale sia assorbito dai pazienti diabetici; a ciò si aggiunge una significativa riduzione della qualità della vita del paziente diabetico ed una perdita in termini di anni di vita (in media 5-10 anni).

Recentemente sono stati realizzati importanti progressi nel trattamento del diabete e nella prevenzione delle sue complicanze; è pertanto estremamente importante favorire il riconoscimento precoce della malattia: attualmente si stima che circa la metà dei diabetici non sia a conoscenza del proprio stato.

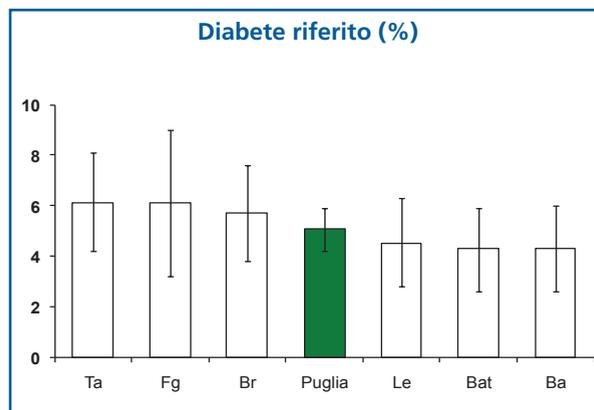
Qual è la prevalenza di diabetici?

- Il 5% delle persone intervistate ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico; questa stima corrisponde in Regione a circa 140mila diabetici nella fascia di età 18-69 anni.
- In particolare il diabete è più diffuso:
 - al crescere dell'età (13% di prevalenza nei 50-69enni);
 - nelle persone con basso livello di istruzione (14%) e molte difficoltà economiche (8%);
 - nelle persone in eccesso ponderale (negli obesi 14%).
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si conferma una significativa associazione per età più elevata, bassa istruzione ed eccesso ponderale (in particolare l'obesità).

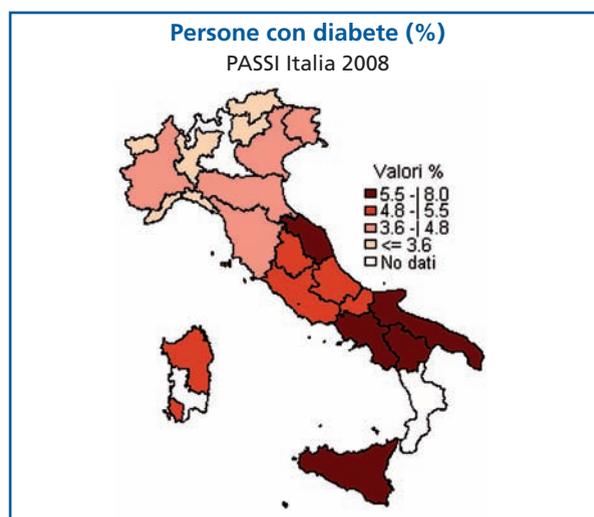
Prevalenza di diabete riferito Puglia PASSI Puglia (n=2827)		
Caratteristiche	Diabete	
	%	IC95%
Totale	5,1	4,2-5,9
Classi di età		
18 - 34	0,6	0,04-1,2
35 - 49	2,7	1,6-3,8
50 - 69	12,5	10,3-14,7
Sesso		
uomini	5,3	4,1-6,5
donne	4,8	3,7-6,0
Istruzione		
nessuna/elementare	14,2	10,9-17,5
media inferiore	3,7	2,4-5
media superiore	2,5	1,6-3,5
laurea	4,6	2-7,4
Difficoltà economiche		
molte	7,8	5,8-9,8
qualche	4,4	3,2-5,6
nessuna	3,7	2,4-5,1
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	1,6	1,0-2,3
sovrappeso	7,5	5,8-9,3
obeso	14,4	10,5-18,3

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

- Non sono emerse differenze significative relative alla prevalenza del diabete tra le ASL regionali (range: 4% Bari e Bat - 6% Taranto e Foggia).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 5% degli intervistati ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete. (range: 2% Piemonte - 8% Basilicata). Nelle regioni del sud la prevalenza di diabetici è più alta di quella rilevata nelle regioni del centro e del nord.



* Considerando solo i dati del 2008 la percentuale di persone con diabete è in Puglia leggermente superiore al 5,5%.

Calcolo del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di 6 fattori di rischio: sesso, età, diabete, fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Uno degli obiettivi del Piano nazionale della Prevenzione è l'estensione dell'uso della carta del rischio come strumento di valutazione clinica.

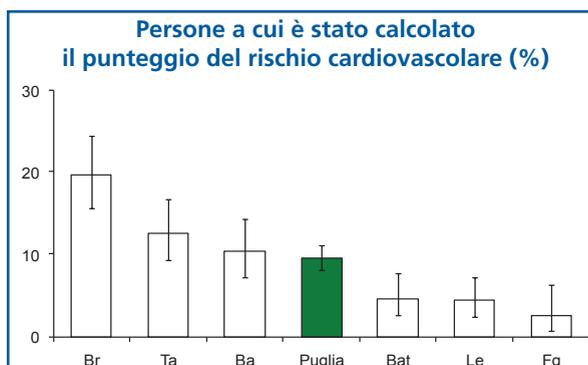
A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?

- In Puglia solo l'8% degli intervistati 35-69enni ha riferito di essere stato sottoposto al calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare. Nello studio Passi 2005 tale percentuale è risultata del 7%.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente:
 - nelle classi d'età più elevate;
 - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare;
 - le percentuali sono simili per sesso, grado di istruzione e percezione di difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si confermano queste associazioni significative.

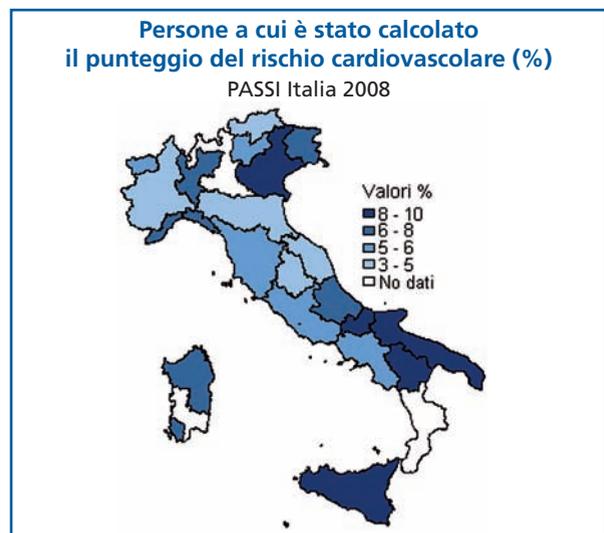
Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare PASSI Puglia (n= 1.774)		
Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato	
	%	IC95%
Totale	8,4	7,2-9,7
Classi di età		
35 - 39	2,6	1,13-4,1
40 - 49	8,0	6,0-10,1
50 - 59	9,0	6,5-11,6
60 - 69	14,3	10,5-18,1
Sesso		
uomini	9,0	7,1-10,8
donne	7,9	6,2-9,7
Istruzione		
bassa	8,6	7,0-10,2
alta	8,2	6,2-10,2
Difficoltà economiche		
si	8,4	7,3-10,2
no	7,6	5,2-10,0
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare^o		
sotto/normopeso	9,6	8,0-11,1
sovrappeso/obeso	4,7	2,7-6,6

^o Fattori di rischio cardiovascolare considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, eccesso ponderale e diabete
 La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 40-49 anni rispetto a quelle di 35-39 anni).

- Tra le ASL regionali è stata riscontrata un'importante variabilità della percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare. Una percentuale significativamente più alta è stata rilevata nella ASL di Brindisi mentre percentuali più basse sono state calcolate nelle ASL di Lecce e Foggia (range: 3% Foggia – 20% Brindisi).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 6% (range: 3% Umbria - 10% Basilicata).



Piano di Prevenzione Cardiovascolare Attiva 2005-2007

Dall'inizio del 2007 a settembre 2008 oltre 2000 medici di medicina generale sono stati addestrati a calcolare il punteggio individuale del rischio cardiovascolare globale nei propri assistiti di età compresa tra 35 e 69 anni, esenti da un precedente evento cardiovascolare. Al 30 novembre 2009 tale punteggio è stato calcolato ad oltre 111000 persone da circa 650 medici di medicina generale.

- Il punteggio del rischio cardiovascolare è risultato:
 - nel 61% degli assistiti minore di 5;
 - compreso tra 5 e 20 nel 33% degli assistiti;
 - uguale o superiore a 20 per il 6%.
- La proporzione di assistiti ad alto rischio (punteggio ≥ 20) è risultata superiore nel sesso maschile rispetto al femminile (11% vs 1%).

Punteggio del Rischio Cardiovascolare*	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%
0-4	20.577	41	47.748	78	68.325	61
5-9	12.546	25	9.794	16	22.340	20
10-14	7.527	15	2.448	4	9.975	9
15-19	4.015	8	613	1	4.628	4
20+	5.520	11	612	1	6.132	6
TOTALE	50.185	100	61.215	100,0	111400	100

* Il punteggio del rischio cardiovascolare esprime la probabilità di una persona di andare incontro a un evento cardiovascolare maggiore nei successivi 10 anni.

Conclusioni

In Puglia un quinto della popolazione di 18-69 anni è iperteso e una percentuale analoga presenta valori elevati di colesterolemia; sopra ai 50 anni oltre un terzo della popolazione è coinvolta.

L'identificazione precoce della presenza di ipertensione o ipercolesterolemia attraverso controlli regolari (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità; in questo campo un ruolo determinante viene svolto dai Medici di Medicina Generale. Il trattamento farmacologico è seguito dalla maggior parte delle persone ipertese e da un terzo di quelle con colesterolemia elevata. La maggior parte degli ipertesi e degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio di adottare modifiche nel comportamento (attività fisica regolare, dieta appropriata) per controllare il fattore di rischio.

La prevalenza del diabete è più elevata nelle persone sopra ai 50 anni, nelle persone con eccesso ponderale (particolarmente negli obesi) e in quelle con livello di istruzione molto basso.

I risultati evidenziano sottogruppi di popolazione a rischio maggiore, nei confronti dei quali mirare gli interventi di prevenzione sia dell'insorgenza della malattia sia delle sue complicanze.

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

In Puglia, come pure in ambito nazionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio.

Bibliografia

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

> Sicurezza

72. Sicurezza stradale

76. Sicurezza domestica

Sicurezza stradale

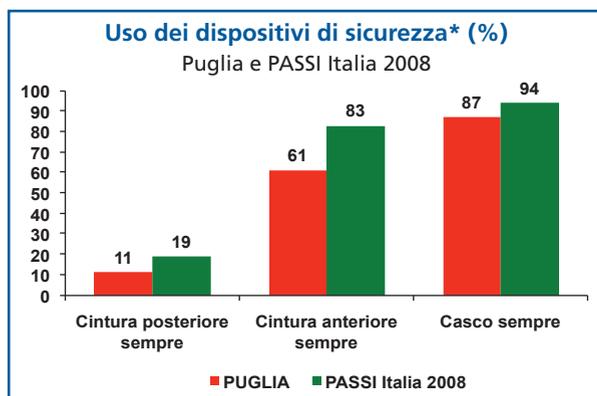
Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Ogni giorno in Italia si verificano in media 630 incidenti, che provocano la morte di 14 persone e il ferimento di altre 893.

L'obiettivo dell'Unione Europea è dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2000.

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida in stato di ebbrezza.

A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono azioni di provata efficacia l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuali (casco, cinture e seggiolini) e il controllo su guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti da parte delle Forze dell'Ordine.

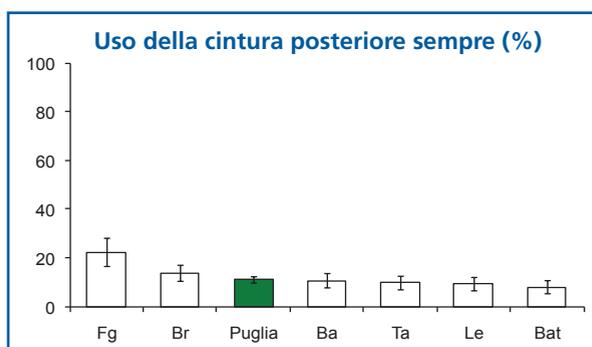
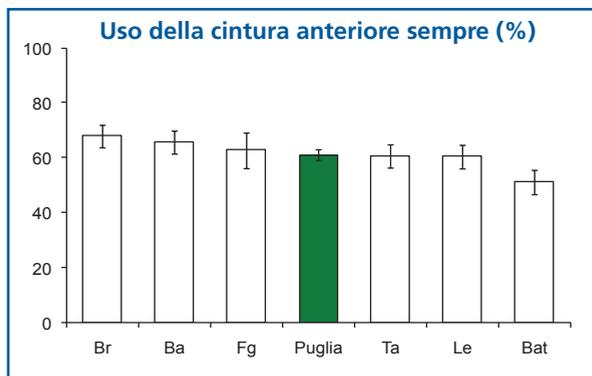
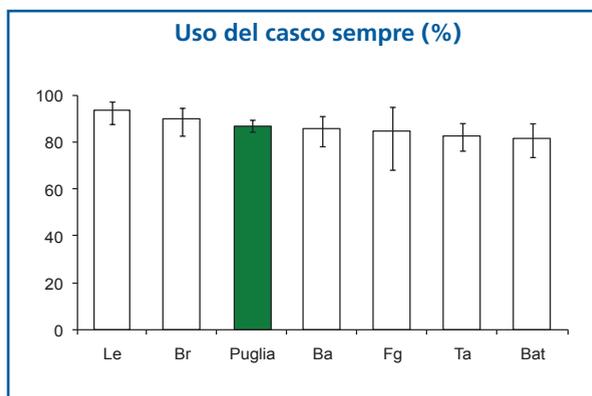
L'uso dei dispositivi di sicurezza



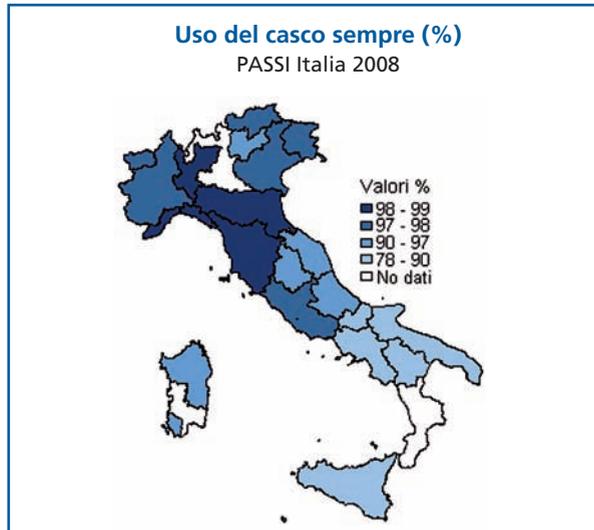
* Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

- In Puglia:

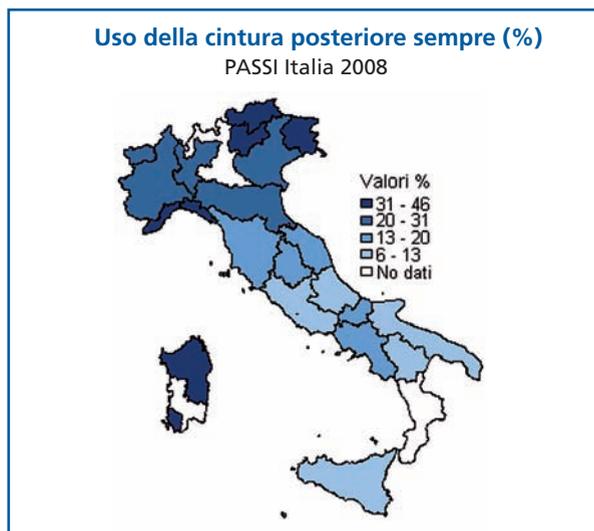
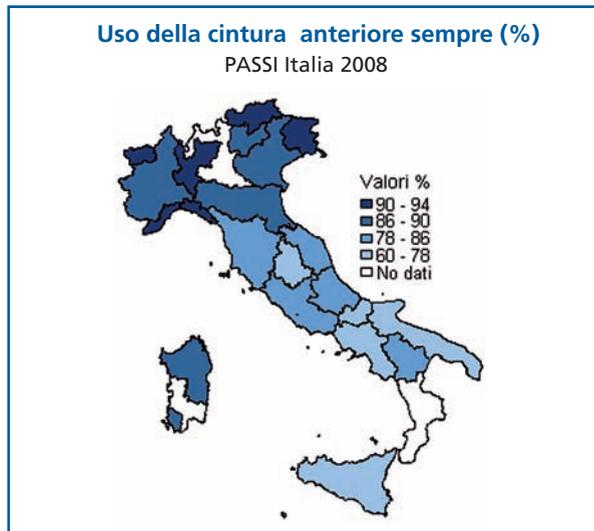
- la gran parte dei motociclisti (87%) ha riferito di utilizzare sempre il casco (range: 81% Bat - 93% Lecce); tale percentuale è cresciuta rispetto al 70% rilevato nello studio Passi 2005;
- quasi due terzi degli intervistati (61%) ha riferito di utilizzare sempre la cintura anteriore di sicurezza (range: 51% Bat - 68% Brindisi);
- molto bassa (11%) è, invece, la percentuale di coloro che hanno riferito di utilizzare sempre la cintura posteriore (range: 8% Bat - 22% Foggia). Nello studio Passi 2005 tale percentuale è risultata dell'8%.



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno dichiarato di utilizzare sempre i diversi dispositivi di sicurezza è risultata superiore al dato regionale: 94% casco, 83% cintura anteriore e 19% cintura posteriore.



- Nell'utilizzo di tutti i tipi di dispositivi di sicurezza è presente un marcato gradiente territoriale nord-sud.



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

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

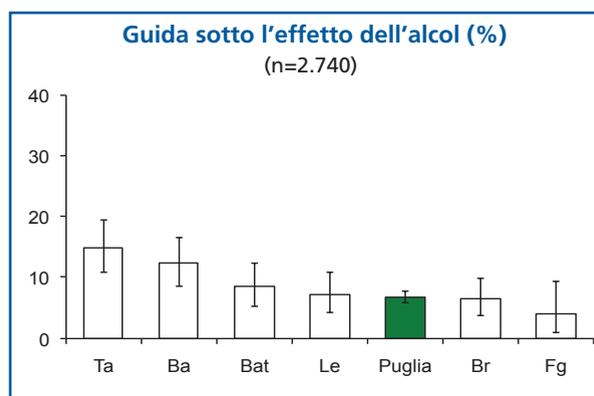
- Il 5% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente (10% nel 2005); questa stima corrisponde nella nostra Regione a circa 140mila persone.
- Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale al 9% (15% nel 2005).
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere meno diffusa nelle classi di età 50-69, il sesso maggiormente interessato è quello maschile, è meno frequente tra i soggetti con basso livello di istruzione; tale abitudine, inoltre, cresce con il diminuire delle difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, rimane statisticamente significativa l'associazione con l'età maggiore di 50 anni e il sesso.
- Il 7% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol (10% anche nel PASSI Italia 2008).
- Tra le ASL regionali, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è risultata significativamente più alta nella ASL di Taranto (range: 4% Foggia - 15% Taranto).

Guida sotto l'effetto dell'alcol° PASSI Puglia (n=1.490)		
Caratteristiche	persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**	
	%	IC95%
Totale	9,1	7,6-10,6
Classi di età		
18 - 24	12,8	8,3-17,3
25 - 34	8,5	5,3-11,7
35 - 49	9,7	7,0-12,4
50 - 69	7,1	4,8-9,4
Sesso		
uomini	11,9	9,8-14,0
donne	3,2	1,6-4,9
Istruzione		
nessuna/elementare	6,9	3,3-10,4
media inferiore	9,5	6,7-12,2
media superiore	9,9	7,4-12,3
laurea	8,1	4,0-12,2
Difficoltà economiche		
molte	8,3	5,3-11,3
qualche	9,0	6,8-11,4
nessuna	9,6	6,9-12,4

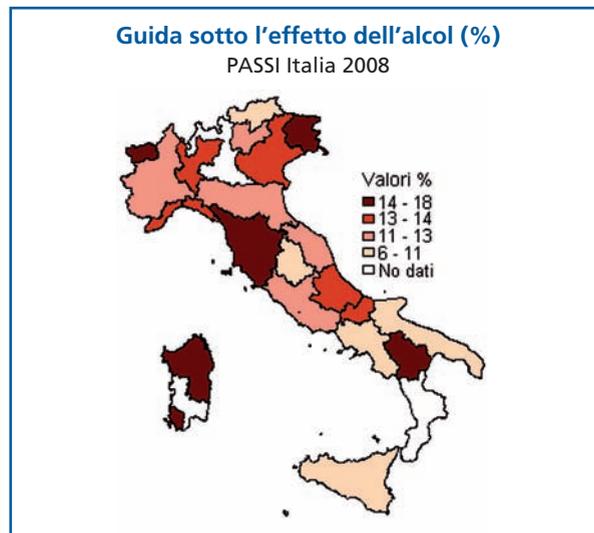
° Il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato.

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

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



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è risultata del 12% (range: 6% Campania - 18% Basilicata).



Conclusioni

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

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un problema (circa un guidatore su dieci è classificabile come guidatore con comportamento a rischio per l'alcol), con coinvolgimento soprattutto degli uomini e delle classi d'età più giovani.

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

Bibliografia

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

Sicurezza domestica

Gli incidenti domestici rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica. Si stima che ogni anno circa 3 milioni di persone siano coinvolte in un incidente domestico, cioè circa 5,5 persone ogni mille, e che essi causino circa 130 mila ricoveri all'anno. I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono le donne, i bambini molto piccoli e gli anziani, in particolare sopra gli 80 anni, cioè coloro che trascorrono più tempo in casa.

Il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano.

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

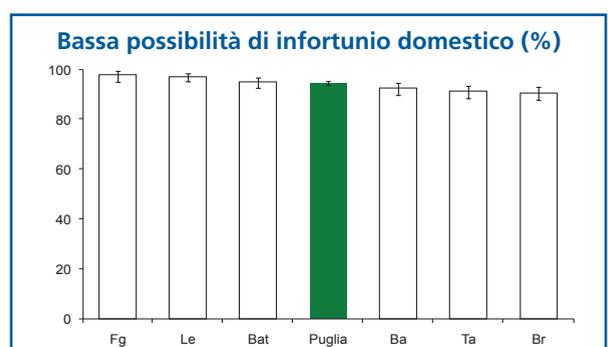
- In Puglia la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: la maggior parte degli intervistati (94%) ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente per il proprio nucleo familiare.
- In particolare mostrano una più bassa percezione del rischio:
 - gli uomini;
 - le persone con basso grado di istruzione e senza molte difficoltà economiche;
 - la presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare non è risultato un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si conferma l'associazione della scarsa percezione col sesso, il grado di istruzione e le difficoltà economiche.
- Non sono emerse differenze significative rispetto alla bassa percezione del rischio di infortunio domestico nelle ASL regionali (range: 91% Brindisi - 98% Foggia)

Bassa percezione del rischio infortunio domestico PASSI Puglia (n=2.826)		
Caratteristiche	persone che ritengono bassa la possibilità di infortunio domestico*	
	%	IC95%
Totale	94,4	93,6-95,2
Età		
18 - 34	94,7	93,4-96,1
35 - 49	93,8	92,4-95,3
50 - 69	94,6	93,1-96,1
Sesso		
uomini	96,1	95,1-97,1
donne	92,7	91,4-94,0
Istruzione		
nessuna/elementare	95,6	93,8-97,4
media inferiore	93,8	92,3-95,3
media superiore	94,4	93,1-95,7
laurea	94,2	91,6-96,9
Difficoltà economiche		
molte	91,1	88,9-93,1
qualche	94,9	93,7-96,1
nessuna	96,4	95,3-97,6
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio**		
si	94,6	93,4-95,8
no	94,2	93,1-95,3

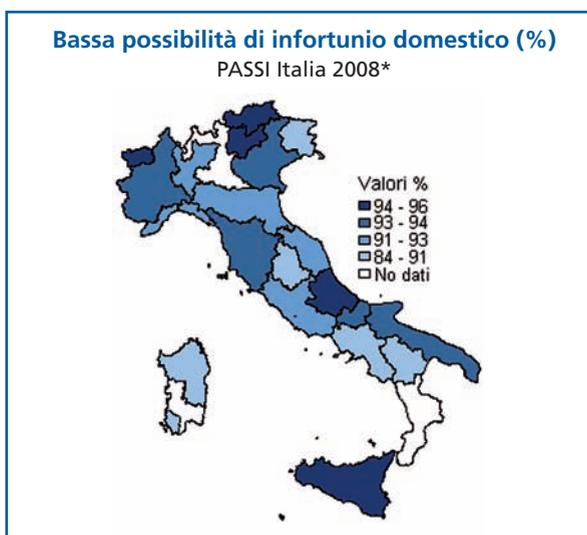
* Possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa.

** Presenza di anziani e/o bambini.

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



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 92% (range: 84% Basilicata - 96% Abruzzo).



* Considerando solo i dati del 2008 la percentuale di persone con bassa percezione del rischio di infortunio domestico è in Puglia leggermente inferiore al 94%

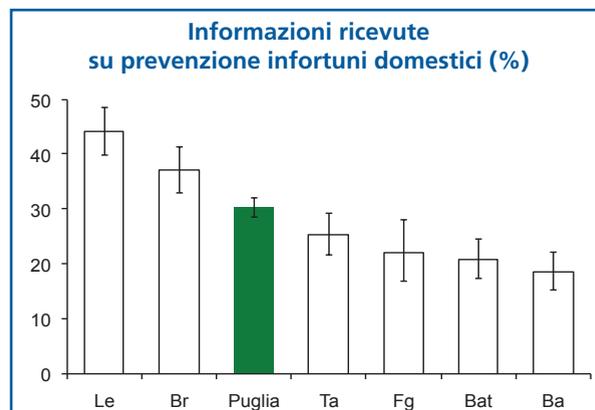
Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

- In Puglia circa un terzo degli intervistati (30%) ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- In particolare la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto informazioni è più elevata:
 - nella classe d'età 50-69 anni;
 - negli uomini;
 - al crescere del livello d'istruzione.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si mantengono le significatività per le variabili indicate.

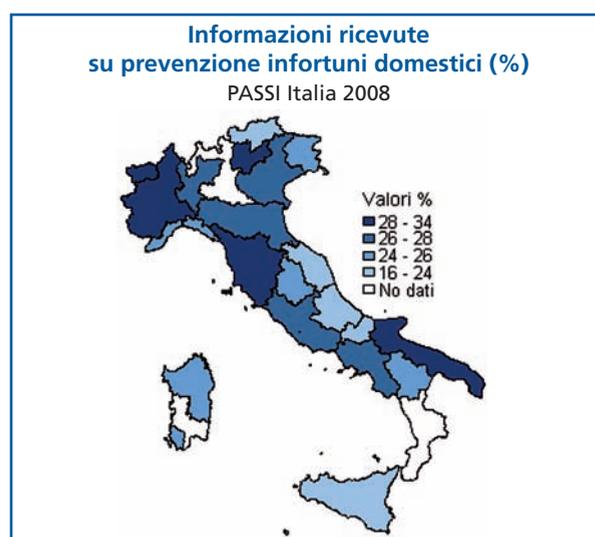
Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi PASSI Puglia (n=2.828)		
Caratteristiche	persone che ritengono bassa la possibilità di infortunio domestico ^o	
	%	IC95%
Totale	30,4	28,6-32,1
Età		
18 - 34	28,7	25,6-31,7
35 - 49	29,0	26,0-32,0
50 - 69	33,7	30,6-36,7
Sesso		
uomini	34,3	31,7-36,9
donne	26,5	24,1-28,9
Istruzione		
nessuna/elementare	23,6	19,6-27,6
media inferiore	27,2	24,1-30,3
media superiore	34,0	31,0-36,9
laurea	37,0	30,9-43,0
Difficoltà economiche		
molte	29,3	25,7-32,8
qualche	30,3	27,5-33,0
nessuna	31,8	28,4-35,1
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio^o		
si	30,5	27,7-33,2
no	30,4	28,0-32,8

^o Presenza di anziani e/o bambini.
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini).

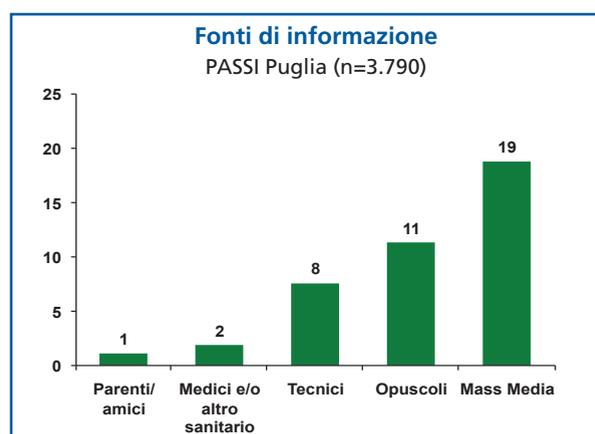
- Tra le ASL regionali sono emerse notevoli differenze per le informazioni ricevute sulla prevenzione degli incidenti domestici. Valori significativamente più bassi sono stati rilevati nelle ASL Bari e Bat, mentre significativamente più alti sono nelle ASL Lecce e Brindisi (*range*: 19% Bari - 44% Lecce).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito di aver ricevuto le informazioni è pari al 26% (*range*: 16% prov. aut. Bolzano - 34% prov. aut. Trento).



- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono risultate i mass media (19%) e gli opuscoli (11%); valori più bassi o molto bassi sono riportati per tecnici o personale sanitario.



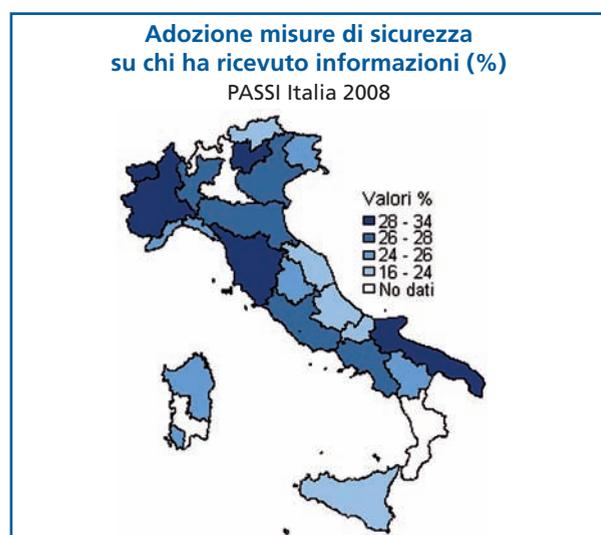
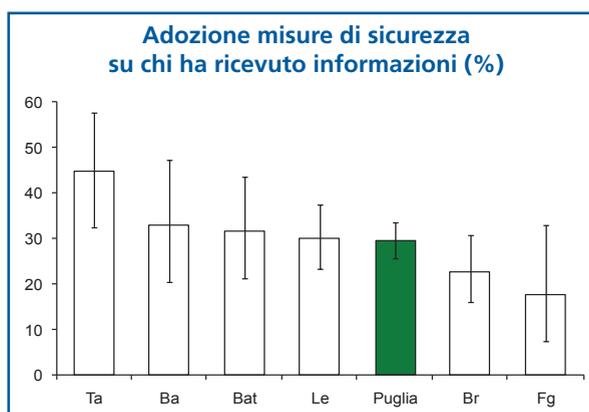
Chi ha riferito di aver ricevuto informazioni, ha adottato misure per rendere l'abitazione più sicura?

- Poco meno di un terzo degli intervistati che hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici, ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive è risultata maggiore tra i 35-49enni, le persone che non hanno difficoltà economiche e coloro che hanno in famiglia persone potenzialmente a rischio.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si mantengono le significatività per le variabili indicate.

Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione (%) PASSI Puglia (n=541)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	29,5	25,5-37,4
Età		
18 - 34	25,1	18,9-31,2
35 - 49	<u>36,1</u>	<u>28,1-44,1</u>
50 - 69	28,8	22,2-35,3
Sesso		
uomini	32,5	26,9-38,1
donne	25,7	20,2-31,1
Istruzione		
nessuna/elementare	24,4	14,5-34,2
media inferiore	30,9	23,1-38,7
media superiore	29,5	23,5-35,6
laurea	32,2	20,9-43,5
Difficoltà economiche		
molte	24,4	16,9-31,8
qualche	28,1	21,9-34,4
nessuna	<u>35,7</u>	<u>28,3-43,0</u>
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio^o		
si	<u>34,2</u>	<u>28,1-40,2</u>
no	25,2	20,0-30,5

^o Presenza di anziani e/o bambini.
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. bassa percezione del rischio rispetto ad alta percezione).

- Nelle ASL regionali la percentuale di soggetti che ha adottato misure preventive è in linea con il dato regionale (range: 18% Foggia – 45% Taranto).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30% (range: 18% Piemonte - 39% Sicilia).

Conclusioni

Sebbene gli incidenti domestici siano un problema emergente di salute pubblica, gli intervistati hanno mostrato una bassa consapevolezza del rischio in ambiente domestico.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti: si stima infatti che solo una persona su quattro ne abbia ricevute. Le informazioni sono mediate prevalentemente da opuscoli e mass media, solo in minima parte da operatori sanitari e tecnici.

Circa un terzo delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, ha modificato i propri comportamenti o adottato misure per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione - se adeguatamente informata - è sensibile al problema, in particolare quando in famiglia vivono bambini ed anziani.

Si sottolinea pertanto l'opportunità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici - come previsto dal Piano di Prevenzione Regionale - con la messa in atto di un ventaglio di attività informative e preventive per migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni, in particolare tra i gruppi di popolazione più vulnerabili.

Bibliografia

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

> Programmi di prevenzione

- 82.** Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero
 - 88.** Diagnosi precoce del tumore della mammella
 - 95.** Diagnosi precoce del tumore del colon-retto
 - 100.** Vaccinazione antinfluenzale
 - 103.** Vaccinazione antirosolia
-

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo.

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno, pari a un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne e 1.000 decessi; sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante.

Lo screening cervicale prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2007 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state circa 12 milioni (72% della popolazione target); l'estensione dei programmi è ormai ampia nelle regioni del Nord e del Centro Italia e gradualmente aumenta anche nelle regioni meridionali. La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening organizzato.

In Puglia il programma di screening organizzato è iniziato a giugno del 2007. Pertanto i risultati rilevati dal PASSI illustrano la situazione relativa all'esecuzione del Pap-test nella fase di avvio del programma.

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

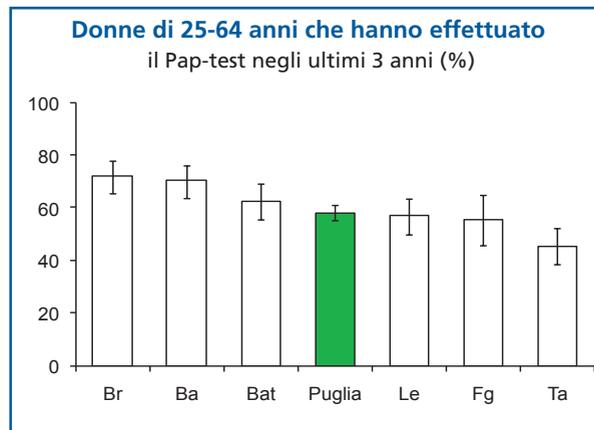
- In Puglia, circa il 58% delle donne 25-64enni intervistate ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni. Nello studio Passi 2005 il valore era risultato pari al 63% circa.
- La copertura stimata è inferiore al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) e notevolmente al di sotto del livello indicato come "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.
- Circa il 42% delle donne non è "coperta" rispetto all'effettuazione dell'esame preventivo; in Puglia questa stima corrisponde a circa 480mila donne di 25-64 anni che non hanno fatto un Pap-test nell'ultimo triennio.
- In particolare l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati è risultata inferiore nelle donne:
 - nella fascia 25-34 anni;
 - non coniugate o non conviventi;
 - con livello di istruzione più basso;
 - con molte difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, si conferma la significatività per età giovane, stato civile e basso grado di istruzione

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni) PASSI Puglia (n=1.190)		
Caratteristiche	Pap-test effettuato negli ultimi tre anni*	
	%	IC95%
Totale	58,1	55,2-61,0
Classi di Età		
25 - 34	45,0	39,0-51,0
35 - 49	66,6	62,3-70,9
50 - 64	58,4	53,3-63,5
Stato civile		
coniugata	64,4	61,0-67,8
non coniugata	42,0	36,2-47,8
Convivenza		
convivente	63,5	60,1-66,9
non convivente	45,0	39,4-50,6
Istruzione		
nessuna/elementare	54,0	47,5-60,7
media inferiore	56,0	50,7-61,3
media superiore	62,0	57,0-67,0
laurea	58,9	50,4-67,4
Difficoltà economiche		
molte	53,0	47,1-58,9
qualche	59,6	55,2-63,9
nessuna	60,9	55,3-66,5

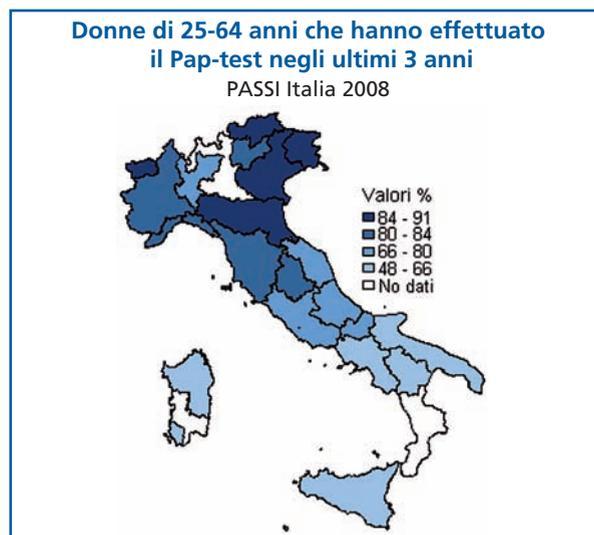
* In assenza di segni o sintomi

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

- La percentuale di donne 25-64enni che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni è risultata significativamente più alta nelle ASL Brindisi (72%) e Bari (70%), mentre è risultata più bassa nella ASL Taranto (45%).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne 25-64enni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni. (range: 48% Sardegna - 91% Valle d'Aosta). Solo le Regioni del sud non raggiungono ancora lo standard di adesione accettabile pari al 65%.



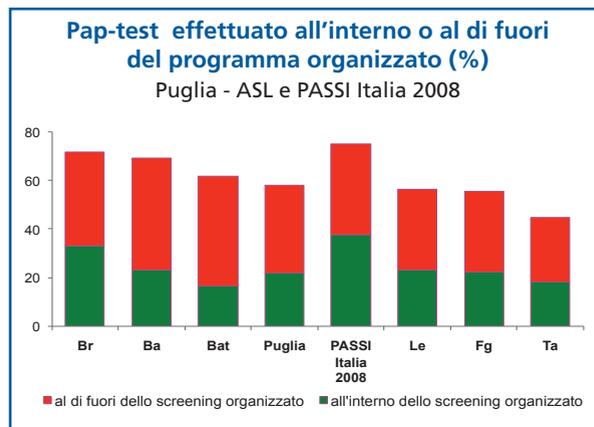
Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante al di fuori di questo?

Nel sistema PASSI rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto un Pap-test negli ultimi tre anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato un Pap-test negli ultimi tre anni pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

- Nella prevenzione e diagnosi precoce del tumore cervicale è ormai consolidata la presenza di una quota di adesione spontanea al di fuori dei programmi di screening organizzati difficilmente quantificabile con i flussi informativi di routine. Mentre l'intero percorso diagnostico dello screening è strettamente monitorato e sottoposto a controlli di qualità, poco si conosce dell'attività fuori screening.
- In Puglia tra le donne 25-64enni che hanno effettuato l'esame preventivo nell'ultimo triennio, il 22% ha fatto il Pap-test all'interno del programma regionale di screening, mentre poco più di un terzo l'ha effettuato con accesso spontaneo (36%).
- Il Pap-test può essere eseguito gratuitamente anche al di fuori di un programma di screening organizzato ed è plausibile che questo accada con maggiore frequenza nelle regioni come la nostra dove il programma di screening organizzato è iniziato da poco. I risultati ottenuti dal

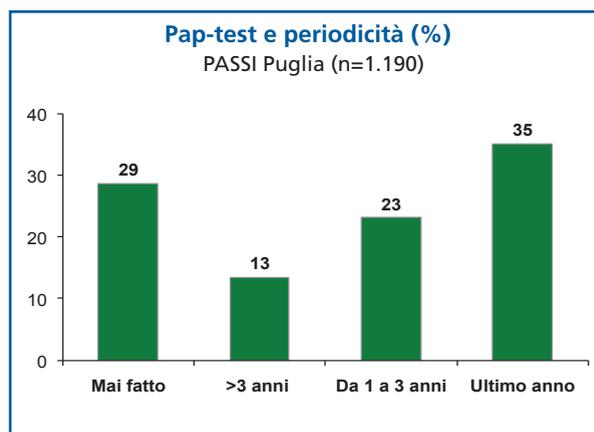
PASSI tendono, pertanto, a sovrastimare la percentuale di esami fatti nell'ambito dello screening organizzato e a sottostimare quella relativa alla prevenzione individuale. L'Organizzazione Nazionale Screening (ONS) raccoglie i dati relativi ai Pap-test effettuati nell'ambito dello screening organizzato. In base ai dati dell'attività svolta nel 2008 la percentuale di donne 25-64enni che ha effettuato un Pap-test nell'ultimo triennio può essere stimata pari all'11%.

- In tutte le ASL della Puglia la percentuale di donne 25-64enni che ha effettuato il Pap-test nell'ambito dello screening organizzato è inferiore a quella relativa alla prevenzione individuale:
 - Bari 23% vs 46%
 - Bat 17% vs 45%
 - Brindisi 33% vs 39%
 - Foggia 22% vs 33%
 - Lecce 23% vs 33%
 - Taranto 18% vs 27%
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 37.5% delle donne ha eseguito il Pap-test all'interno dello screening organizzato e il 37.4% al di fuori (pari al 50% dell'adesione complessiva).



Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

- La campagna di screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni 3 anni per le donne nella fascia d'età di 25-64 anni.
- Poco più di un terzo (35%) ha riferito di aver effettuato l'ultimo Pap-test preventivo nel corso dell'ultimo anno; il dato è conforme all'atteso, pari a un terzo.
- Circa tre donne su dieci (29%) in questa fascia di età hanno riferito di non aver mai fatto un Pap-test.



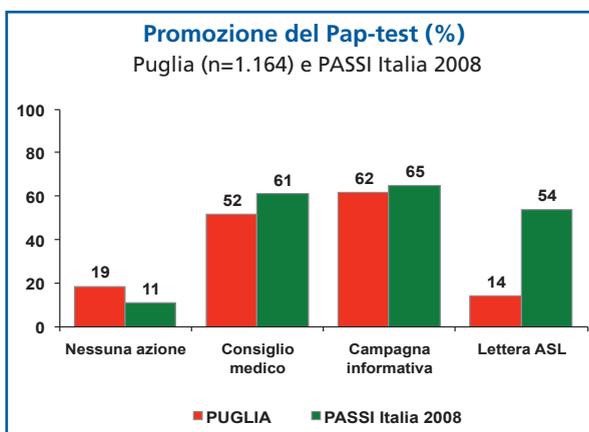
Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test*?

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

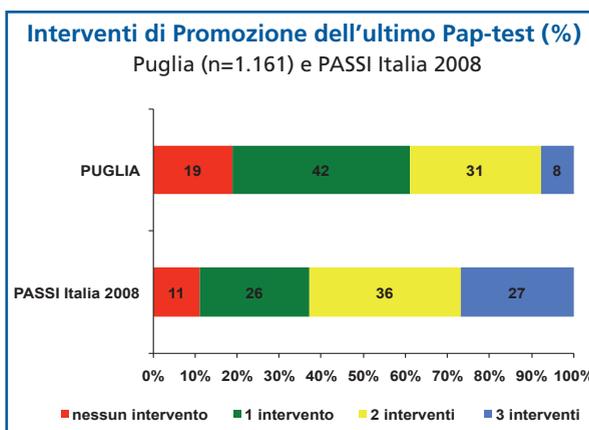
- Solo il 14% ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL (range: 3% Taranto - 36% Foggia).
- Poco meno di due donne 25-64enni su tre, tra quelle intervistate, ha riferito di aver vi-

sto o sentito una campagna informativa di promozione dello screening (62% *range*: 48% Brindisi - 73% Bari).

- Poco più della metà delle donne intervistate ha riferito di aver ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di effettuare con periodicità un Pap-test (52% *range*: 46% Lecce - 61% Brindisi).

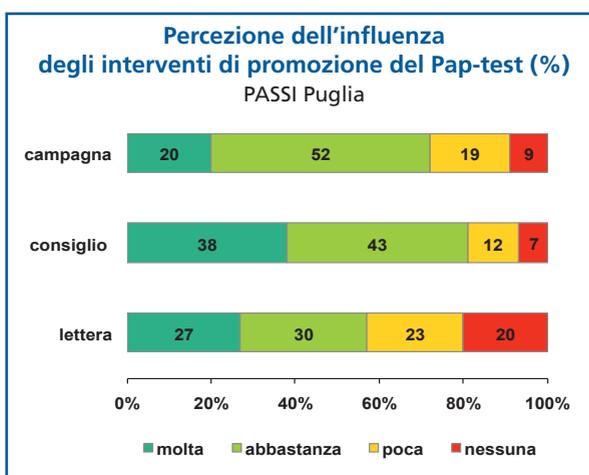


- Una piccola percentuale delle donne di 25-64 anni intervistate (8%) è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione considerati (lettera, consiglio, campagna informativa);
- meno della metà delle donne è stata raggiunta da uno degli interventi (42%) e quasi un terzo da due degli interventi (31%);
- il 19% delle donne non riferisce alcun intervento.



Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione?

- Nelle donne che hanno detto di aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'ASL il 57% ritiene che la lettera abbia avuto un'influenza positiva (molta o abbastanza) sulla scelta di effettuare l'esame (*range*: 33% Taranto - 78% Lecce). Il 43% ritiene che invece abbia avuto poca o nessuna influenza.
- Nelle donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario l'81% ritiene che il consiglio abbia avuto influenza positiva (molta o abbastanza) sulla scelta di effettuare l'esame (*range*: 69% Bari - 86% Foggia e Brindisi). Il 19% ritiene che invece abbia avuto poca o nessuna influenza.
- Nelle donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa il 72% ritiene che la campagna abbia

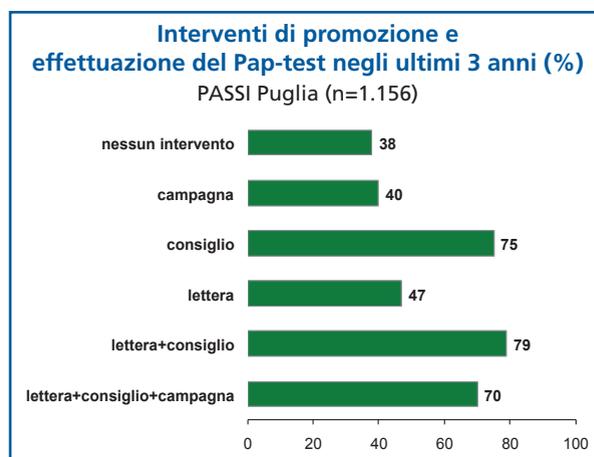


avuto influenza positiva (molta o abbastanza) sulla scelta di effettuare l'esame (range: 54% Taranto - 81% Lecce e Brindisi). Il 28% ritiene che invece abbia avuto poca o nessuna influenza.

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
 - 80% per il consiglio dell'operatore sanitario;
 - 70% per la lettera di invito;
 - 67% per la campagna informativa.

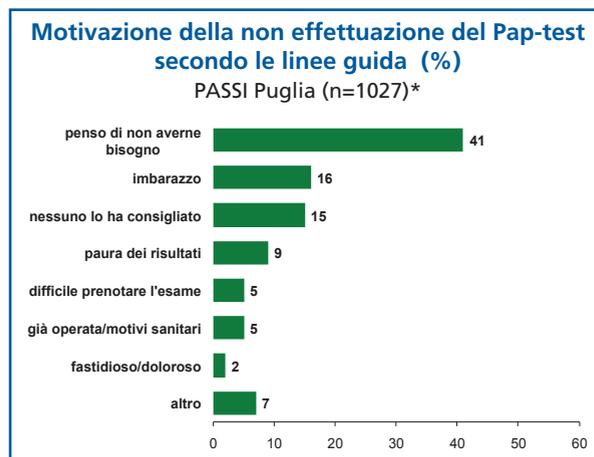
Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al livello nazionale è evidente che al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'effettuazione del Pap-test secondo gli intervalli raccomandati.
- In Puglia è molto evidente l'efficacia del consiglio da parte dell'operatore sanitario. La lettera sembra avere un effetto finora limitato nel determinare un aumento di effettuazione dell'esame. Tale osservazione è però condizionata dal basso numero di intervistati che ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL.



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

- In Puglia il 42% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (29%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (13%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 41% ritiene infatti di non averne bisogno. Rilevanti sono anche le percentuali attribuibili alla mancanza di un intervento di promozione (15%) e di una informazione corretta e rassicurante (imbarazzo 16%, paura dei risultati 9%).



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

Conclusioni

In Puglia la copertura nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (58%) è bassa e resta ancora al di sotto del livello considerato accettabile (65%) dalle indicazioni nazionali.

Per quattro donne su dieci la prevenzione nei confronti del tumore della cervice uterina è effettuata in modo insufficiente e più di una donna su quattro (29%) non ha mai eseguito una Pap-test.

Il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame come prevenzione spontanea (36%) e all'interno dei programmi di screening organizzati (22%). Utilizzando i dati raccolti dall'Organizzazione Nazionale Screening quest'ultima percentuale scende, invece, all'11%. In regioni dove lo screening organizzato è attivato da più tempo, è stata riscontrata un'ottima corrispondenza tra i risultati dei due sistemi informativi. È plausibile che, a causa della recente attivazione dello screening organizzato, nella nostra Regione il Pap-test sia ancora effettuato gratuitamente anche al di fuori dell'attività svolta dai centri dello screening.

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

Solo una donna su sette (14%) ha riferito di essere stata raggiunta da una lettera di invito all'esecuzione del Pap-test, un valore molto più basso di quello rilevato dai dati raccolti in ambito nazionale. Evidenti variazioni di questa percentuale si rilevano tra le ASL della nostra Regione a indicazione del fatto che l'invio della lettera di invito al Pap-test, l'intervento più direttamente correlabile all'attivazione dello screening organizzato, è un'attività iniziata di recente e in modo ancora disomogeneo.

Gli interventi associati, lettera di invito, consiglio del medico e campagne di informazione determinano ovunque un rilevante incremento della percentuale di effettuazione dell'esame.

La non effettuazione dell'esame è associata ad una molteplicità di fattori. La non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo determinante, ma un ruolo rilevante può ancora essere ascritto a pregiudizi e alla mancanza di una corretta informazione.

Bibliografia

- CDC "Guide to Community Preventive Service Cancer screening" <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- Osservatorio Nazionale screening <http://www.osservatorionazionale screening.it/>
- CCM <http://www.ccm-network.it/screening/>
- Regione Puglia DGR n 824 del 28 giugno 2005 "Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005-2007" http://www.ccm-network.it/Pnp_Pr_puglia

Diagnosi precoce del tumore della mammella

Nei Paesi industrializzati il carcinoma mammario è al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile sia per incidenza sia per mortalità. In Italia rappresenta la neoplasia più frequente nelle donne, con oltre 36.000 nuovi casi all'anno (pari ad un tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno. In Puglia si stimano circa 1750 nuovi casi di neoplasia della mammella all'anno nelle donne tra 0 e 84 anni (corrispondenti a circa 85 casi per 100.000 donne)¹, quasi un terzo di tutti i nuovi casi di tumore nelle donne, e circa 650 morti (31 per 100.000 donne).

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa nelle donne di questa fascia di età. A livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50% (*British Journal of Cancer* 2008).

Nel 2007 le donne italiane 50-69enni inserite in un programma di screening sono state circa 6 milioni (81% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

Nel periodo 2008 in Puglia, grazie al programma di screening mammografico, sono state eseguite 27.806 mammografie; tra queste pazienti scintate, 143 si sono sottoposte a mastectomie o quadrantectomie. Il tasso di identificazione totale (*Detection Rate*²) che nel sud Italia è pari a 5,2 x1.000 (GISMA 2008), in Puglia è risultato essere del 5,1 x1.000.

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

- In Puglia, circa il 51% delle donne 50-69enni intervistate ha riferito di aver effettuato una Mammografia - in assenza di sintomi - nel corso degli ultimi due anni. La copertura stimata non raggiunge ancora il livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%), ed è nettamente più basso del livello considerato "desiderabile" (75%).
- Circa una metà delle donne non è coperta rispetto all'effettuazione dell'esame "preventivo" (49%); nella nostra Regione questa stima corrisponde a circa 240mila donne 50-69enni non coperte per la diagnosi precoce dei tumori mammari.
- L'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - di 50-59 anni;
 - coniugate;
 - conviventi;

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni) PASSI Puglia (n=1.190)		
Caratteristiche	Mammografia negli ultimi due anni*	
	%	IC95%
Totale	50,7	46,0-55,4
Classi di Età		
50 - 59	54,4	43,3-60,4
60 - 69	45,1	37,6-52,5
Stato civile		
coniugata	53,2	48,1-58,4
non coniugata	38,8	27,8-49,8
Convivenza		
convivente	52,2	46,9-57,5
non convivente	45,2	35,1-55,3
Istruzione		
nessuna/elementare	46,5	39,8-53,2
media inferiore	48,4	38,6-58,2
media superiore	61,0	51,2-70,9
laurea	54,8	34,7-75,0
Difficoltà economiche		
molte	43,7	35,5-52,0
qualche	51,1	44,0-58,3
nessuna	59,8	50,2-69,3

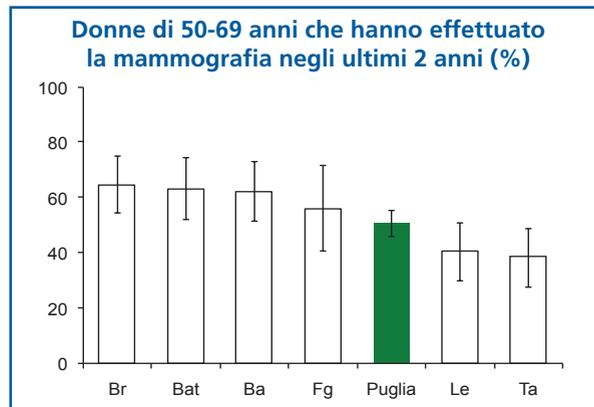
* In assenza di segni o sintomi.

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

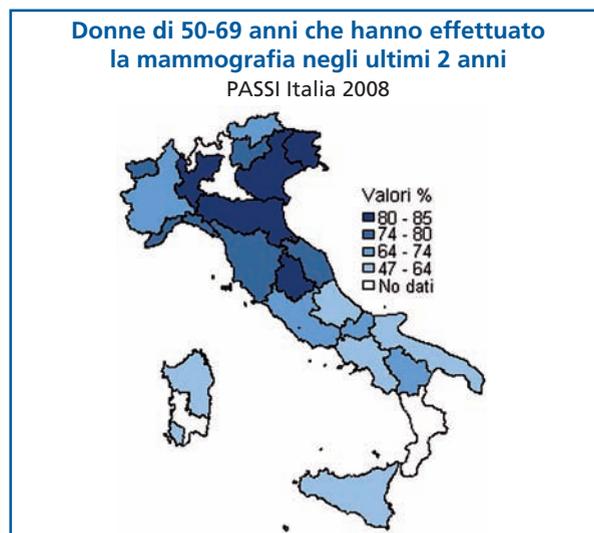
¹ Fonte: "I Tumori in Italia" sul sito internet: <http://www.tumori.net/it/>

² Numero di carcinomi diagnosticati ogni 1.000 donne esaminate

- con un grado di istruzione elevato (diploma o laurea);
- senza difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, l'unica differenza che risulta statisticamente significativa è quella tra coniugate e non coniugate.
- Nelle donne tra 50 e 69 anni l'età media alla prima mammografia a scopo di diagnosi precoce è risultata essere 47 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 58% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia "preventiva" una volta nella vita. L'età media della prima mammografia nelle donne comprese in questa fascia è risultata 39 anni.
- Nelle ASL Brindisi (64%), Bat (63%) e Bari (62%) la percentuale di donne 50-69enni che hanno riferito di aver effettuato la mammografia "preventiva" supera di poco il livello di copertura ritenuto accettabile. Percentuali più basse si rilevano a Foggia (56%) e soprattutto a Lecce (41%) e Taranto (39%).



- Nel 2008, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 71% delle donne 50-69enni ha riferito di aver effettuato una mammografia "preventiva" negli ultimi 2 anni (range: 47% Puglia [dato 2008] - 85% Friuli-Venezia Giulia), con un evidente gradiente territoriale. In gran parte delle regioni del sud non si raggiunge ancora il livello di adesione accettabile pari al 60%.



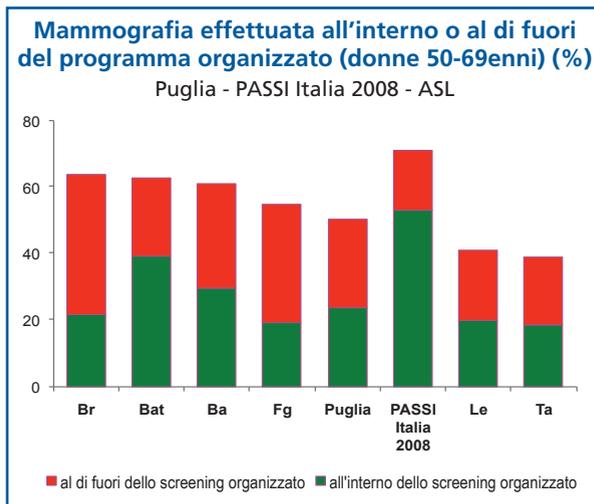
Quante donne hanno effettuato la mammografia "preventiva" nello screening organizzato e quante al di fuori di questo?

Nel sistema PASSI rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una mammografia negli ultimi due anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato una mammografia negli ultimi due anni pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

In Puglia un quarto delle donne 50-69enni ha effettuato l'esame preventivo all'interno dei programmi di screening organizzati (24%) e poco più di un quarto l'ha effettuato come prevenzione spontanea (27%).

In realtà alcune mammografie possono essere eseguite gratuitamente anche al di fuori di un programma di screening organizzato ed è plausibile che questo accada con maggiore frequenza nelle regioni come la nostra dove il programma di screening organizzato è iniziato da poco. I risultati ottenuti dal PASSI tendono, pertanto, a sovrastimare la percentuale di esami fatti nell'ambito dello screening organizzato e a sottostimare quella relativa alla prevenzione individuale. L'Organizzazione Nazionale Screening (ONS) raccoglie i dati relativi alle mammografie effettuate nell'ambito dello screening organizzato. In base a questi dati la percentuale di donne 50-69enni che ha effettuato una mammografia nell'ultimo biennio può essere stimata pari al 18%.

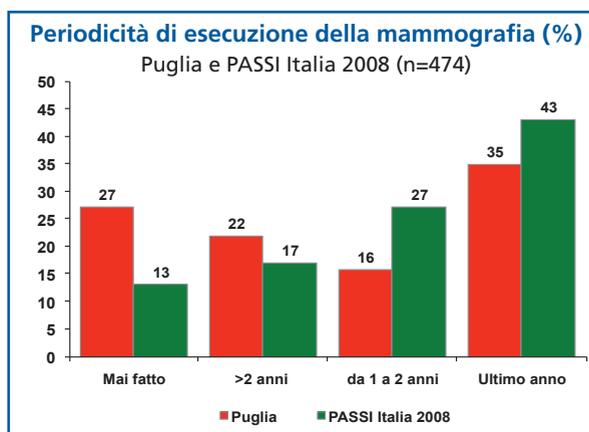
- La percentuale di donne 50-69enni che ha effettuato la mammografia nell'ambito dello screening organizzato prevale su quella relativa alla prevenzione individuale solo nella ASL Bat (39% vs 23%).
- In tutte le altre ASL la percentuale relativa allo screening organizzato è inferiore a quella della prevenzione individuale:
 - Bari 29% vs 32%
 - Brindisi 22% vs 42%
 - Foggia 19% vs 36%
 - Lecce 20% vs 21%
 - Taranto 18% vs 21%
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 53% delle donne ha eseguito la mammografia all'interno dello screening organizzato e il 18% al di fuori (pari al 25% dell'adesione complessiva),



Qual è la periodicità di esecuzione della mammografia?

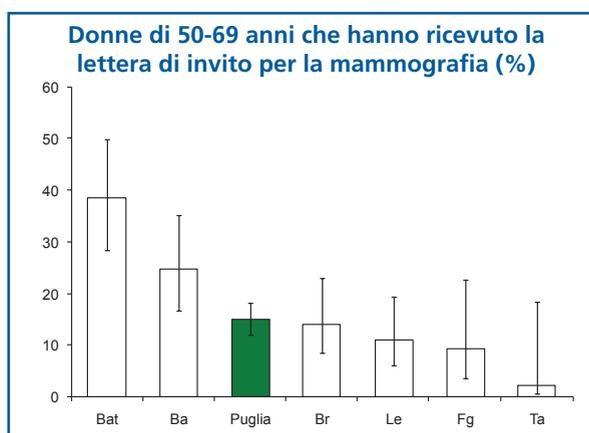
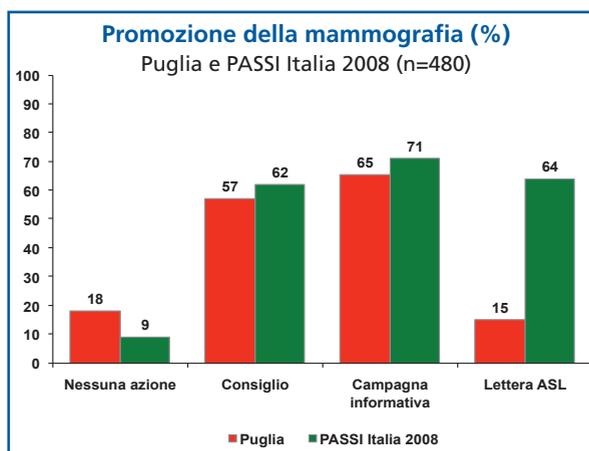
- La campagna di screening prevede l'esecuzione della mammografia ogni 2 anni per le donne 50 - 69enni. In base a tale periodicità si attende che il 50% delle donne esegua una mammografia nell'ultimo anno.

- In Puglia il 35% delle donne ha riferito di aver effettuato l'ultima mammografia "preventiva" nel corso nell'ultimo anno.
- Il 27% ha riferito di non aver mai eseguito una mammografia "preventiva".
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale il 43% delle donne ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno e il 13% non ha mai fatto questo esame.

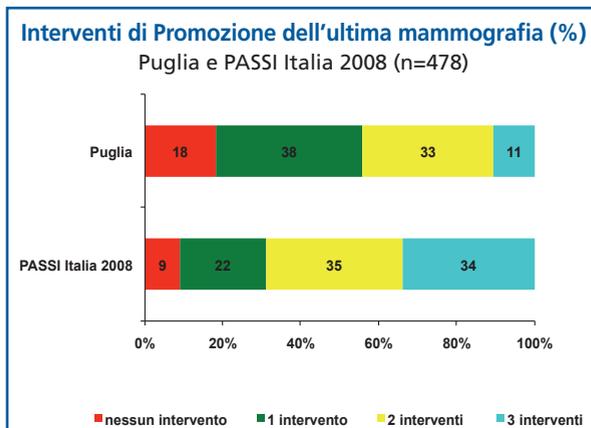


Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- La percentuale di donne che ha risposto di aver ricevuto una lettera dalla ASL può essere considerata l'indicatore PASSI che meglio approssima l'effettivo avvio dello screening organizzato nella nostra Regione.
- Il 15% delle donne ha riferito di aver ricevuto la lettera di invito dall'ASL. Tale valore è nettamente inferiore alla media nazionale.
- La maggior parte delle donne 50-69enni intervistate ha riferito:
 - di aver visto o sentito una campagna informativa (65%; range: 53% Brindisi - 79% Bari).
 - di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia (57%; range: 42% Foggia - 65% Bari).
- La percentuale di donne che ha ricevuto la lettera di invito varia notevolmente tra le ASL pugliesi e raggiunge nella Bat un valore significativamente più alto della percentuale regionale (range: 2% Taranto - 39% Bat).

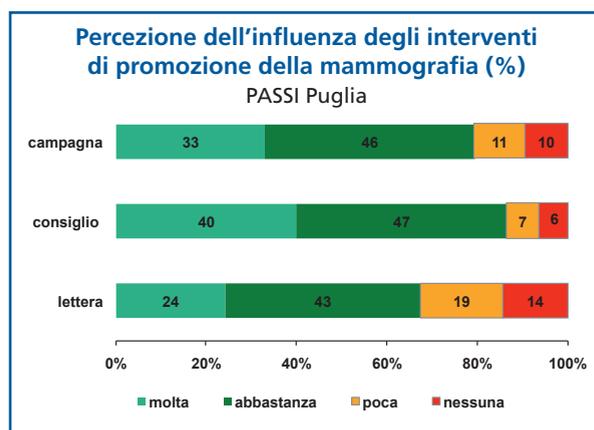


- Un buona parte delle donne 50-69enni intervistate è stata raggiunta dagli interventi di promozione considerati (lettera, consiglio, campagna informativa). Tuttavia permane alta la percentuale, 18%, di donne che non ha ricevuto alcun intervento di promozione.



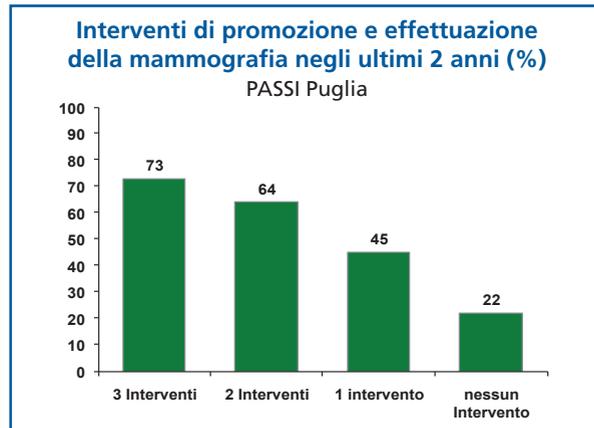
Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione?

- Nelle donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'ASL:
 - il 67% ritiene che la lettera abbia avuto un'influenza positiva (molta o abbastanza) sulla scelta di effettuare l'esame (range: 33% Foggia - 90% Brindisi);
 - il 33% ritiene che invece abbia avuto poca o nessuna influenza.
- Nelle donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
 - l'87% ritiene che il consiglio abbia avuto influenza positiva (molta o abbastanza) sulla scelta di effettuare l'esame (range: 64% Foggia - 98% Brindisi).
 - il 13% ritiene che invece abbia avuto poca o nessuna influenza.
- Nelle donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
 - il 79% ritiene che la campagna abbia avuto influenza positiva (molta o abbastanza) sulla scelta di effettuare l'esame (range: 57% Taranto - 97% Brindisi);
 - il 21% ritiene che invece abbia avuto poca o nessuna influenza.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
 - 75% per la lettera di invito;
 - 84% per il consiglio dell'operatore;
 - 72% per la campagna informativa.



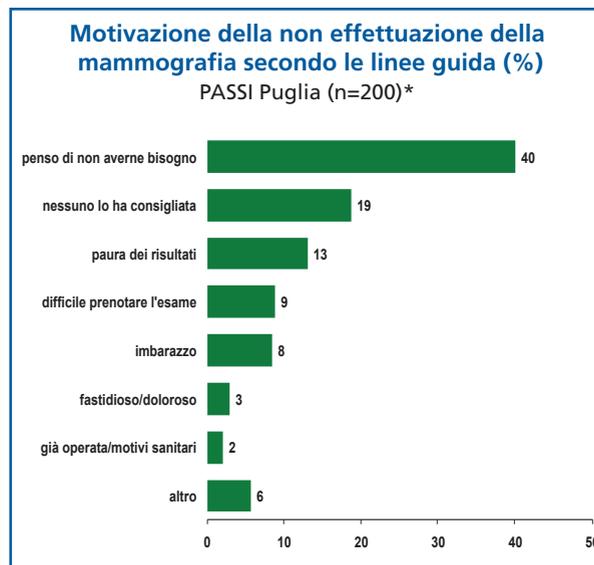
Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati a livello regionale come a quello nazionale.
- In particolare si conferma anche nella nostra Regione l'efficacia di interventi di promozione combinati come avviene in genere all'interno dei programmi di screening organizzati.



Perché non è stata effettuata la mammografia di diagnosi precoce?

- In Puglia il 49% delle donne 50-69enni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuato la mammografia (27%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (22%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la percezione di una proposta non necessaria gioca un ruolo importante: il 40% ritiene infatti di non averne bisogno. Il 19% ha inoltre riferito di non aver ricevuto il consiglio di effettuare l'esame.



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

Conclusioni

In Puglia la copertura stimata nelle donne 50-69enni relativa all'effettuazione della mammografia è insoddisfacente (51%), ben al di sotto del livello di copertura considerato "accettabile".

Tale livello è stato superato in alcune ASL mentre rimane ancora particolarmente basso in altre. Per una donna su due la prevenzione nei confronti del tumore della mammella è effettuata in modo insufficiente e oltre una donna su quattro (27%) non ha mai eseguito una mammografia.

Il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame come prevenzione spontanea (27%) e all'interno dei programmi di screening organizzati (24%). Utilizzando i dati raccolti dall'Organizzazione Nazionale Screening quest'ultima percentuale scende, invece, al 18%. In regioni dove lo screening organizzato è attivato da più tempo, è stata riscontrata un'ottima corrispondenza tra i risultati dei due sistemi informativi. E' plausibile che, a causa della recente attivazione dello screening organizzato, nella nostra regione sia ancora effettuata una mammografia preventiva gratuita anche al di fuori dell'attività svolta dai centri dello screening.

In Puglia la mammografia è ancora prevalentemente eseguita per iniziativa individuale e maggiormente da donne con reddito elevato e alto grado di istruzione mentre percentuali evidentemente inferiori si registrano nelle donne con istruzione e reddito bassi.

Solo il 15% delle donne ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito all'esecuzione della mammografia con rilevanti differenze tra le sei ASL della Regione. Tra le donne 50-69enni circa una su cinque non è stata mai raggiunta da alcun intervento per informarla sull'utilità e l'importanza di sottoporsi a una mammografia.

Gli interventi di promozione, particolarmente se associati tra loro, si confermano anche nel nostro territorio come strumenti efficaci per raggiungere una buona adesione.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori. La non corretta percezione del rischio, l'assenza di un intervento di promozione e la difficoltà nel prenotare l'esame sono tutti fattori che possono essere oggetto di interventi indirizzati a migliorare sul piano organizzativo la promozione e l'accesso all'esecuzione dell'esame.

L'età media della prima mammografia riferita è di 47 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame "preventivo" prima dei 50 anni. Questa valutazione ha già indotto altre regioni a programmare l'ampliamento dell'offerta dello screening anche alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni.

Bibliografia

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

Diagnosi precoce del tumore del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore in entrambi i sessi e sono a livello europeo e italiano in costante aumento.

In Puglia si stimano nel 2006 circa 2.100 nuovi casi¹ e sono stati rilevati 914 decessi² ascrivibili al tumore del colon-retto nei soggetti di ambo i sessi di età compresa tra 0 e 84 anni.

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre incidenza e mortalità delle neoplasie coloretali. Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie coloretali la ricerca del sangue occulto nelle feci delle persone nella fascia 50-69 anni con frequenza biennale o, in alternativa, l'esecuzione di una rettosigmoidoscopia o colonscopia a 58-60 anni. Nel 2007 in Italia le persone di 50-69 anni inserite nel programma di screening coloretale sono state circa 6 milioni (47% della popolazione target); l'estensione dei programmi è tuttavia molto ridotta nelle Regioni del sud.

In Puglia il programma di screening per le neoplasie del colon-retto non è ancora esecutivo. Pertanto la situazione documentata dal PASSI si riferisce a quanto avviene in Puglia prima dell'attuazione di un programma di screening organizzato.

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

- In Puglia circa il 13% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni). Si consideri che il livello di copertura ritenuto "accettabile" è pari al 45% e quello "desiderabile" al 65%.

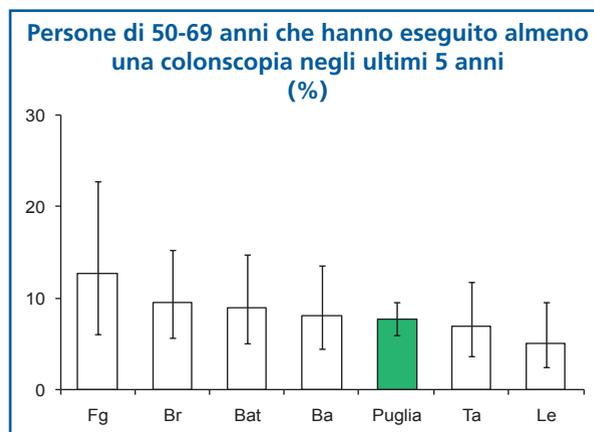
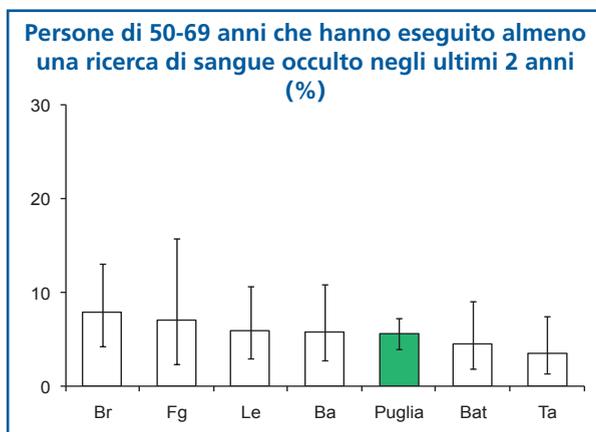
Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni) - PASSI Puglia (n=1086)				
Caratteristiche	Sangue occulto fecale [°]		Colonscopia [°]	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	5,6	3,9-7,2	7,7	5,9-9,5
Classi di Età				
50 - 59	5,3	3,3-7,4	7,1	4,8-9,4
60 - 69	6	3,3-8,6	8,6	5,7-11,5
Sesso				
uomini	6,7	4,1-9,3	8,5	5,7-11,2
donne	4,5	2,5-6,5	7,0	4,7-9,4
Istruzione				
nessuna/elementare	5,6	3,2-8,1	7,3	4,5-10,0
media inferiore	4,5	1,7-7,2	7,6	4,5-10,8
media superiore	7,4	3,6-11,2	8,3	4,6-12,0
laurea	2,5	-0,95-6,0	8,6	-0,065-17,3
Difficoltà economiche				
molte	6,8	3,8-9,8	8,6	5,3-11,9
qualche	4,6	2,3-6,9	7,3	4,6-10,0
nessuna	5,6	2,4-8,9	7,3	3,8-10,8

[°] In assenza di segni o sintomi.

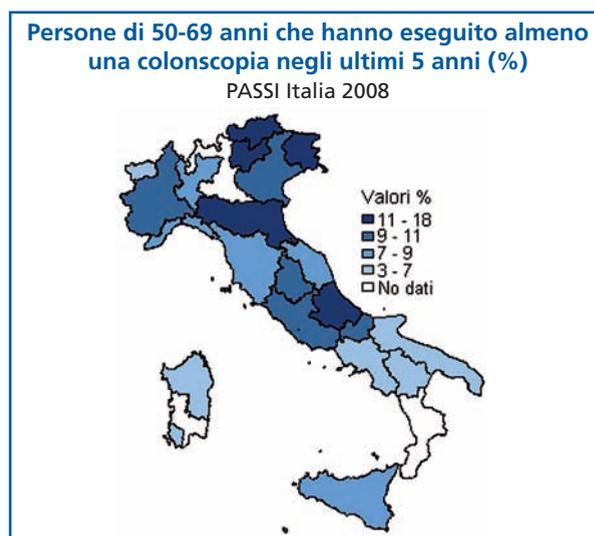
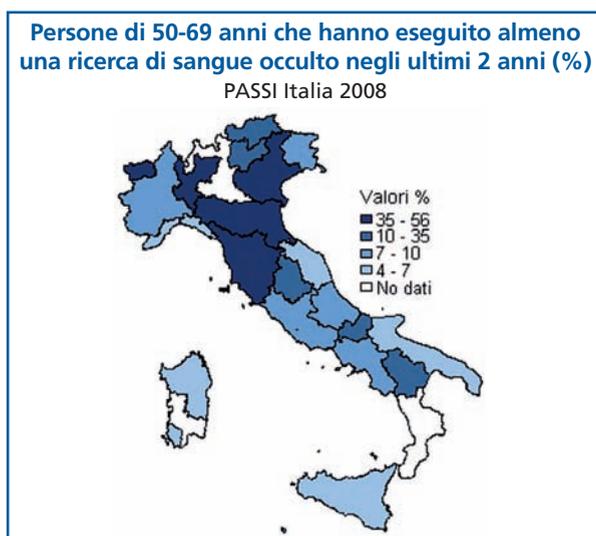
¹ Fonte: "I Tumori in Italia" sito internet: <http://www.tumori.net/it/>

² Fonte: ISTAT

- Circa il 6% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni (*range*: 4% Taranto – 8% Brindisi).
- L'8% circa ha riferito di aver effettuato una colonscopia preventiva nel corso degli ultimi 5 anni (*range*: 5% Lecce – 13% Foggia).

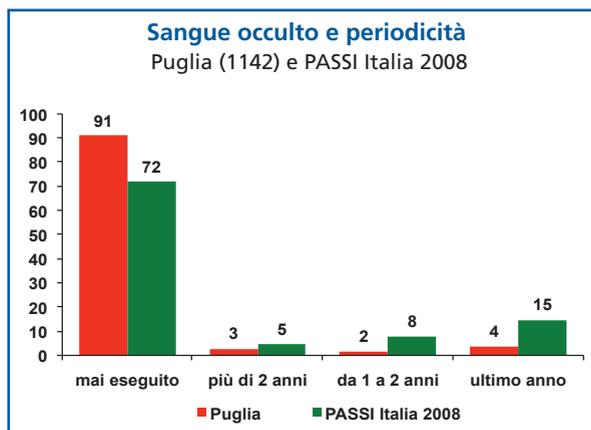


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 23% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto (*range*: 4% Sicilia - 56% Emilia-Romagna) e il 9% la colonscopia (*range*: 3% Basilicata - 18% prov. aut. Bolzano). Nelle regioni del centro-nord Italia lo screening organizzato per questo tumore è già iniziato. Per questo le percentuali di soggetti che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto è nettamente più elevata di quelle rilevate al sud



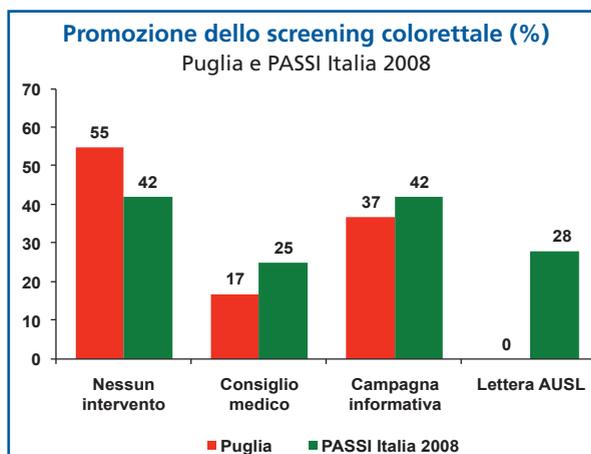
Qual è la periodicità di esecuzione?

- La campagna di screening prevede l'esecuzione del test per la ricerca di sangue occulto ogni 2 anni nella fascia d'età di 50 - 69 anni.
- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
 - il 4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno;
 - il 2% da uno a due anni;
 - il 3% da oltre due anni.
- Il 91% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.



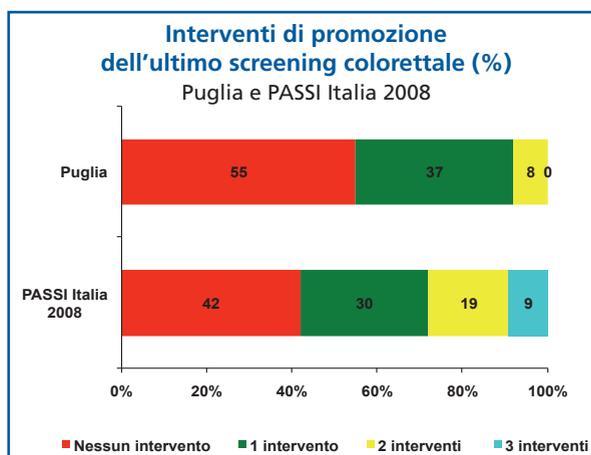
Quale promozione per l'effettuazione?

- Non essendo stato attivato in Puglia lo screening organizzato, nessuna delle persone intervistate ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito.
- Indipendentemente dall'avvio dello screening:
 - il 17% degli intervistati ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale;
 - oltre una persona su tre (37%) ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa

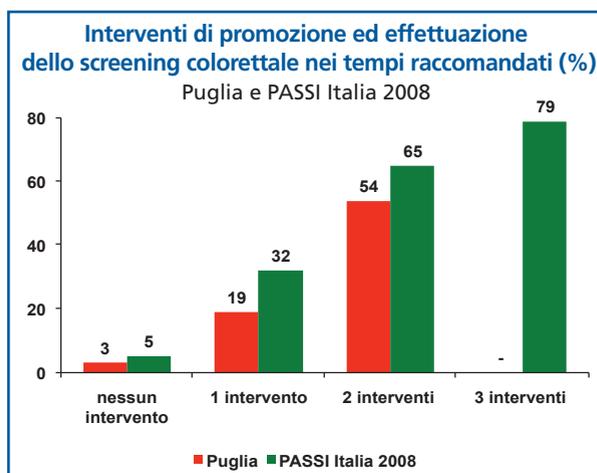


Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Il 45% delle persone di 50-69 anni intervistate è stata raggiunta da almeno uno degli interventi di promozione considerati (consiglio o campagna informativa).
- Il 55% degli intervistati non è stato raggiunto da nessun intervento di promozione.

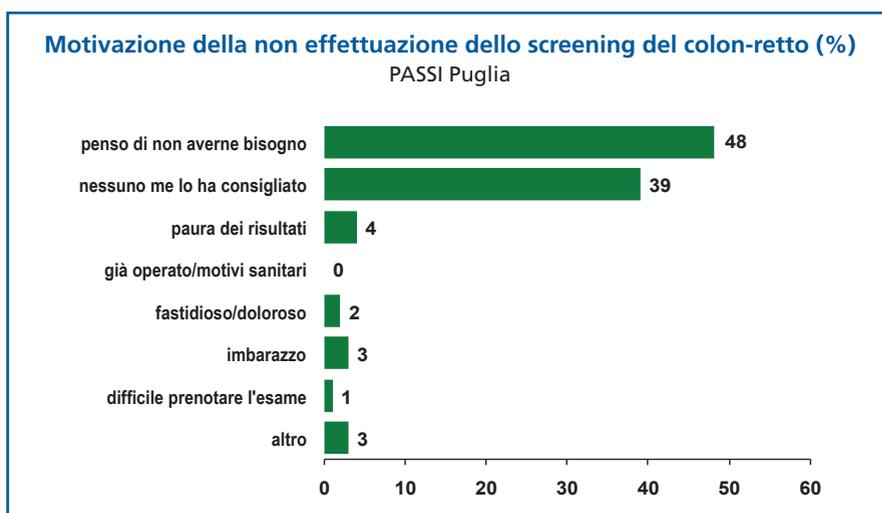


- In Puglia la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening colon-rettale nei tempi raccomandati, è solo del 3% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 19% tra le persone che sono state raggiunte da un solo intervento e al 54% tra le persone raggiunte da due interventi.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, lo screening è effettuato dal 5% dei soggetti non raggiunti da alcun intervento, dal 32% dei soggetti raggiunti da un intervento, dal 65% dei raggiunti da due e dal 79% da tre interventi (lettera, consiglio di un operatore, campagna informativa). Come per lo screening mammografico e il Pap-test, anche per lo screening coloretale gli interventi di promozione, specie se associati, confermano la loro efficacia.



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

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



Conclusioni

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

Pur in un contesto di screening non ancora avviato, le campagne informative e il consiglio dei medici cominciano già a raggiungere una parte della popolazione. Tuttavia, rispetto agli altri due tumori per i quali è prevista l'attuazione dello screening organizzato, è più evidente la necessità di una maggiore informazione relativa al rischio di insorgenza della neoplasia e di una più ampia diffusione del consiglio di sottoporsi agli esami previsti a scopo preventivo.

Bibliografia

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire la malattia. Si raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio, in particolare persone ≥ 65 anni e persone con almeno una patologia cronica.

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

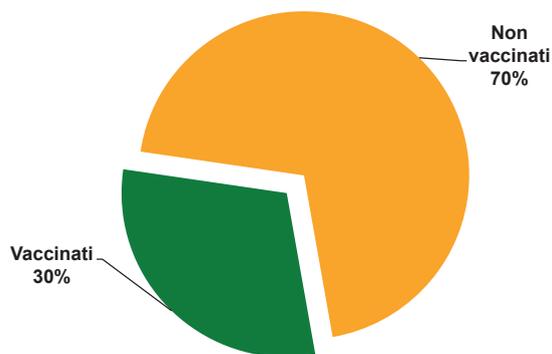
- Il sistema PASSI fornisce informazioni, non sempre disponibili con i flussi informativi di routine, relativamente alla vaccinazione di un'importante categoria a rischio, quella delle persone sotto ai 65 anni con almeno una patologia cronica.
- Le persone tra 18 e 64 anni con almeno una patologia cronica riferita rappresentano circa un settimo del campione intervistato (14%); questa stima corrisponde in Puglia a circa 360mila persone nella fascia 18-64 anni.
- In questa fascia di età il 14% degli intervistati ha riferito di essersi vaccinato contro l'influenza. Percentuali significativamente più elevate sono state rilevate nella fascia d'età tra 50 e 64 anni e tra i soggetti affetti da almeno una patologia cronica.
- Circa un terzo delle persone 18-64enni con almeno una patologia cronica (30%) ha dichiarato di essersi vaccinata (nell'indagine PASSI svolta nel 2005 tale percentuale è stata del 32%), valore nettamente inferiore a quello raccomandato (75%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone affette da almeno una patologia cronica vaccinate contro l'influenza è risultata del 30%.

Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni) con almeno una patologia cronica PASSI Puglia (n=731)			
Caratteristiche	Vaccinati		
	%	IC95%	
Totale	13,7	11,1-16,3	
Classi di Età			
18-34	7,2	3,8-10,6	
35-49	10,1	6,1-14,0	
50-64	<u>26,8</u>	20,4-33,1	
Sesso			
uomini	13,5	9,8-17,1	
donne	13,9	10,3-17,6	
Istruzione			
bassa	15,9	12,0-19,8	
alta	11,9	8,3-15,4	
Difficoltà economiche			
si	14,5	11,4-17,7	
no	11,8	7,1-16,5	
Patologie severe^o			
assenti	10,7	8,1-13,4	
almeno una	<u>30,1</u>	21,4-38,8	

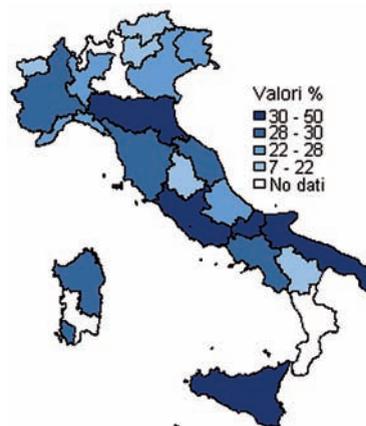
^o Almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie.

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

Vaccinazione antinfluenzale 2007-08 in persone 18-64enni con almeno una patologia cronica (%)
PASSI Puglia (n=118)

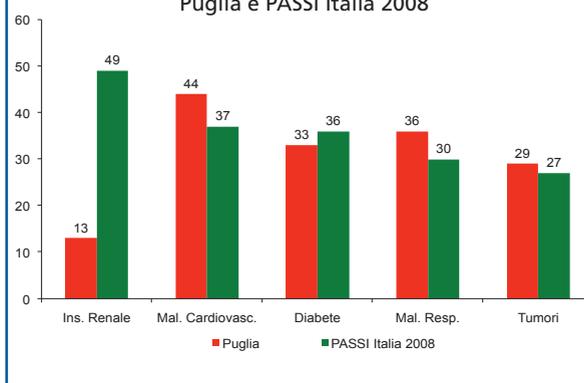


Vaccinazione antinfluenzale 2007-2008 in persone 18-64enni con almeno una patologia cronica (%)
PASSI Italia 2008

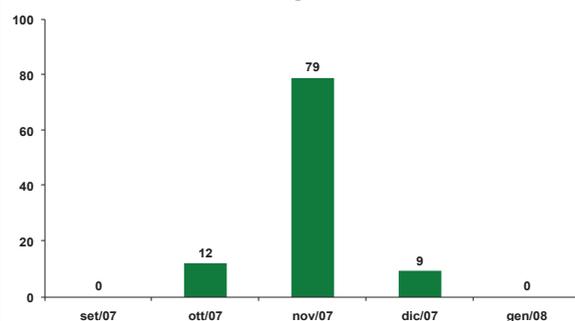


- In Puglia e nel pool nazionale di ASL la copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia cronica considerata.
- In particolare nella nostra regione è stata rilevata una bassa copertura per i malati con insufficienza renale (13% vs 49% pool nazionale PASSI).
- Coperture maggiori si registrano per le malattie dell'apparato cardiovascolare (44% vs 37% pool nazionale) e per le malattie dell'apparato respiratorio (36% vs 30% pool nazionale PASSI)
- Per diabete e tumori le coperture calcolate scendono rispettivamente al 33% e al 29% (36% e 27% pool nazionale PASSI).
- In Puglia la maggior parte degli intervistati (79%) ha riferito di essere stato vaccinato nel mese di novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).

Copertura vaccinale in 18-64enni per patologia cronica (%)
Puglia e PASSI Italia 2008



Persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza con almeno una patologia cronica, per mese (%)
PASSI Puglia 2008



Conclusioni

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

Le strategie vaccinali adottate in questi anni in Puglia hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone di età ≥ 65 anni, con coperture in questa fascia d'età pari al 69%, grazie anche alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale.

La copertura stimata nelle persone 18-64enni con una patologia cronica risulta invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: in questo sottogruppo a rischio solo una persona su tre risulta vaccinata. In particolare, si notano coperture inferiori in Puglia rispetto al pool nazionale di ASL per soggetti affetti da insufficienza renale.

Una maggiore adesione alla vaccinazione in questi gruppi rappresenta un potenziale guadagno di salute.

Bibliografia

- Eurosurveillance
<http://www.eurosurveillance.org/>
- ISS "Influnet"
<http://www.iss.it/iflu/>

Vaccinazione antirosolia

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

La vaccinazione antirosolia costituisce un'azione preventiva di provata efficacia, finalizzata all'eliminazione dei casi di rosolia congenita. Per raggiungere questo obiettivo è necessario immunizzare almeno il 95% delle donne in età fertile.

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

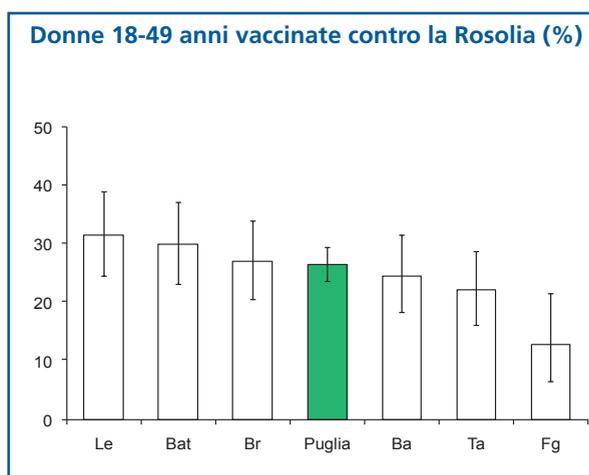
Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Circa un quarto delle donne 18-49enni (27%) ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di vaccinate è minore nelle donne di classe d'età 35-49 anni, con basso livello d'istruzione e molte difficoltà economiche.
- Analizzando le caratteristiche della tabella in un modello logistico multivariato, è risultata significativa l'associazione tra età e vaccinazione antirosolia.

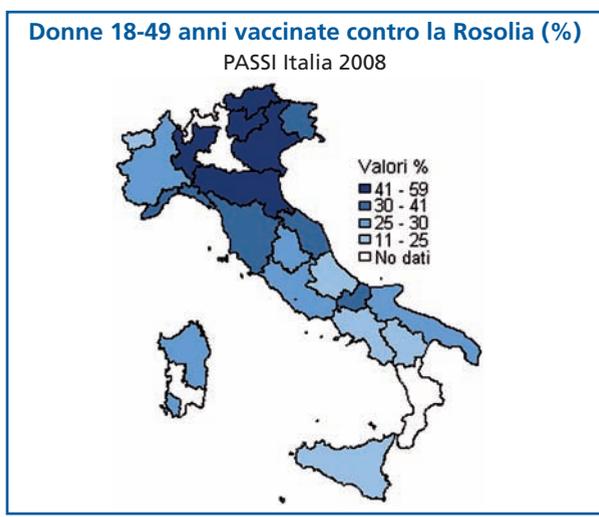
Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni) n(=967) PASSI Puglia		
Caratteristiche	Vaccinate	
	%	IC95%
Totale	26,5	23,6-29,4
Classi di Età		
18-24	48,8	40,9-56,7
25-34	29,4	23,7-35,0
35-49	15,4	12,0-18,7
Istruzione		
bassa	19,5	15,1-23,8
alta	30,8	26,9-34,8
Difficoltà economiche		
molte	21,1	15,1-27,1
alcune	26,7	22,3-31,2
nessuna	30,0	24,5-35,6

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

- Tra le Asl regionali una percentuale di donne vaccinate per rosolia significativamente più bassa è stata rilevata nella ASL di Foggia (range: 13% Foggia - 31% Lecce).



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 33% con differenze sensibili tra le regioni (Basilicata 11% - Veneto 59%).



Qual è lo stato immunitario rispetto alla rosolia?

- Si stima che oltre la metà delle donne 18-49enni (59%) sia considerevole immune alla rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (27%);
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (32%).
- La percentuale di donne immuni alla rosolia è aumentata rispetto a quanto rilevato nello studio PASSI del 2005 (48%).
- Il 3% è considerevole sicuramente suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione;
 - ha riferito un rubeotest sicuramente negativo.

Stato immunitario (donne 18-49 anni) PASSI Puglia (n=967)		
Caratteristiche	%	IC95%
Immuni	58,8	55,4-62,0
Vaccinate	26,6	23,6-29,5
Non vaccinate con rubeotest positivo	32,2	29,3-35,2
Suscettibili	58,8	55,4-62,0
Non vaccinate; rubeotest negativo	3,0	1,8-4,2
Stato immunitario sconosciuto		
Non vaccinate; rubeotest effettuato, ma risultato sconosciuto	2,5	1,5-3,5
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	35,7	32,4-38,9

- Oltre un terzo di donne in età fertile (38%) non conosce il proprio stato immunitario nei confronti del virus della rosolia. Nel 2005 questa percentuale era del 48%.

Conclusioni

Solo un quarto delle donne in età fertile (27%) è vaccinata per la rosolia e oltre un terzo (38%) non è a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti del virus della rosolia. Rimane pertanto ancora un ampio margine di miglioramento per raggiungere l'obiettivo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita. L'identificazione sistematica e la vaccinazione delle donne suscettibili può migliorare grazie ad un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali "più vicine" alle donne in età fertile: Medici di Medicina Generale, ginecologi ed ostetriche.

Bibliografia

- WHO Strengthening national immunization systems through measles and rubella elimination and prevention of congenital rubella infection in WHO's European Region 2005
- WHO Rubella - <http://www.who.int/immunization/topics/rubella/en/index.html>
- Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, 2003 - www.ccm-network.it

> Appendice

- 106.** Appendice metodologica.
I dati del monitoraggio
 - 110.** Allegato statistico:
l'analisi di regressione logistica
 - 117.** Utilizzo della pesatura
-

Appendice metodologica

Tipo di studio

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

Popolazione di studio

- Popolazione di studio: persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 6 ASL pugliesi.
- Criteri di inclusione: residenza nel territorio regionale e disponibilità di un recapito telefonico.
- Criteri di esclusione: non conoscenza della lingua italiana, impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), ricovero ospedaliero o istituzionalizzazione.

Strategie di campionamento

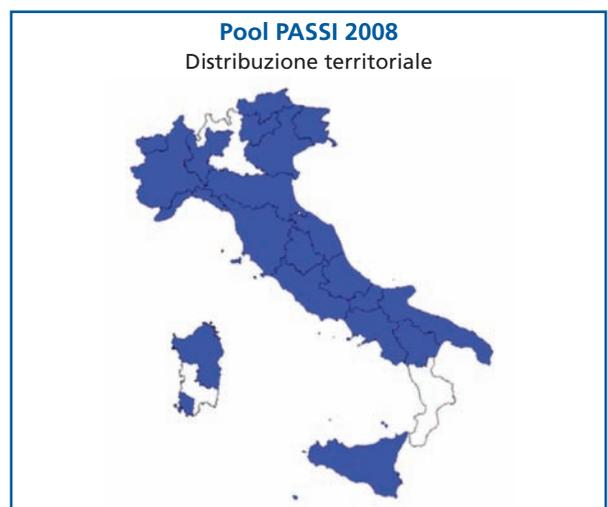
Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età, effettuato dalle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL.

A **livello nazionale** tutte le Regioni hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI: nel 2008 sono state effettuate oltre 37.500 interviste telefoniche.

Il dato di riferimento nazionale è al "Pool PASSI" formato dal territorio coperto in maniera sufficiente dal sistema di sorveglianza per numerosità e rappresentatività dei campioni.

Per questo motivo nel Pool PASSI 2008:

- è esclusa la Calabria;
- Sardegna e in Lombardia partecipano solo con una parte delle ASL;
- in altre Regioni sono state escluse alcune singole ASL.



A **livello regionale** nel periodo 1 gennaio 2008 – 30 giugno 2009 sono state intervistate 2.833 persone di 18-69 anni. Nelle ASL Bat, Bari, Brindisi, Taranto e Lecce sono state effettuate circa 30 interviste al mese nel corso di tutto il periodo sopra indicato, mentre nella ASL Foggia le interviste si riferiscono solo al primo semestre 2009 essendo il sistema PASSI diventato operativo solo dall'inizio di questo anno. Il campione complessivo della Puglia è risultato pertanto così suddiviso:

ASL	Campione (18-69 anni)
Foggia	226
BAT	512
Bari	517
Brindisi	532
Taranto	530
Lecce	516
Puglia	2.833

Interviste

Le interviste sono state condotte a cadenza mensile dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e delle Unità di Epidemiologia, appositamente formato attraverso Corsi di formazione con tirocinio sul campo.

I cittadini selezionati - e i loro Medici di Medicina Generale – sono stati informati con una lettera personale informativa spedita dall'ASL.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 28% delle interviste è stata effettuata utilizzando il metodo CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*). La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (www.passidati.it).

La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ed eventuale correzione delle anomalie riscontrate.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5 e Stata 10.0.

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, in ciascuna Regione sono stati aggregati i dati delle singole ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per valutare la presenza di eventuali fattori di confondimento o modificatori d'effetto - quali ad esempio età e genere, sono state effettuate analisi mediante regressione logistica; i risultati delle regressioni logistiche condotte sono riportati nell'Allegato statistico; nel testo, per brevità, ne compare solo la sintesi.

Nelle tabelle la sottolineatura indica un confronto significativo nella regressione logistica multivariata per ciascuna categoria della variabile rispetto alla prima modalità citata in tabella (es. le donne rispetto agli uomini).

Nel presente rapporto per gli indicatori di principale interesse vengono mostrati grafici per confrontare il dato regionale con quello delle sei ASL pugliesi introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza al 95% (IC 95%) per la variabile considerata.

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre mostrati i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel 2008 ("*Pool PASSI*"), riferiti nel testo come "PASSI Italia 2008"; tutte queste aree sono state pesate secondo la stessa metodologia utilizzata per ottenere i valori regionali. Infine le mappe tematiche mostrano la distribuzione dei valori dei principali indicatori per le Regioni (o parti di esse) partecipanti al Pool PASSI. Le mappe evidenziano in modo immediatamente percepibile, tramite scale di colori, la situazione nelle diverse Regioni; per definirne le soglie si sono utilizzati opportuni quantili di distribuzione.

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 interromperla 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.

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 18-69enni residenti in 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/prov.aut).
- **Risposta:** proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.
- **Non reperibilità:** si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- **Rifiuto:** è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

La tabella seguente mostra i valori dei principali indicatori di monitoraggio relativi al periodo 2008 - primo semestre 2009:

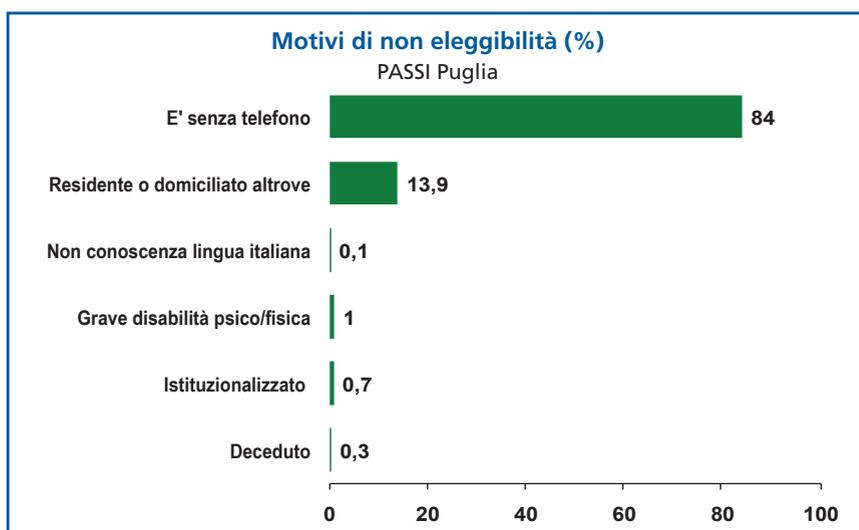
ASL	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
Bat	87,4	12,6	12,6	0,0	93,0
Bari	69,8	30,2	9,0	21,0	95,9
Foggia	81,4	18,6	15,0	3,7	97,2
Lecce	91,6	8,4	6,3	2,1	89,7
Brindisi	91,9	9,0	7,2	1,8	89,4
Taranto	89,5	10,5	9,3	1,2	90,1
Puglia	84,7	15,3	9,5	5,8	92,2
Passi Italia 2008	86,7	13,3	9,4	3,9	95,4

Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

Circa l'8% dei campionati è stato escluso dal campione in quanto non eleggibile in base al protocollo del sistema di sorveglianza.

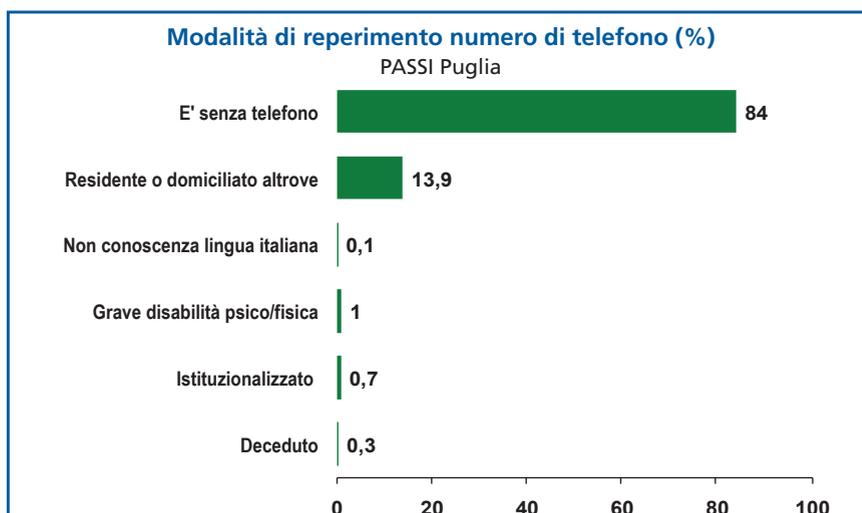
Il motivo più frequente per la non eleggibilità è l'essere "senza telefono rintracciabile", che comprende le persone senza telefono o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono (84%).

Questo indicatore è utile per verificare la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (es. presenza di deceduti, cambi di residenza non aggiornati).



Modalità di reperimento del numero telefonico

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



Allegato statistico: l'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 sono ipotizzati 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 di rischio studiato.

La misura di associazione tra il verificarsi del fenomeno studiato e la variabile considerata è data dall'*odds ratio* (OR), cioè dal rapporto tra la probabilità del verificarsi dell'evento tra gli esposti al fattore di rischio e la probabilità del verificarsi dell'evento tra i non esposti; in particolare se:

OR = 1	il fattore di esposizione non è fattore di rischio, in quanto la probabilità dell'evento è uguale tra i soggetti esposti e non esposti
OR > 1	Il fattore di esposizione è fattore di rischio
OR < 1	il fattore di esposizione è fattore protettivo.

Di seguito vengono riportati i risultati della regressione logistica condotte nelle diverse sezioni del rapporto; per ogni variabile e fattore sono indicati tra parentesi la categoria in esame rispetto alla categoria di riferimento, i valori dell'*odds ratio* (OR), i rispettivi intervalli di confidenza al 95% (IC 95%) e i valori dei *p-values* associati alla statistica test Z calcolata per testare la significatività statistica dell'OR. Il fattore osservato si considera associato dal punto di vista statistico con l'evento studiato se il valore del *p-values* è inferiore allo 0,05.

Benessere

Percezione dello stato di salute

Stato di salute percepito (molto bene e bene/discretamente, male e molto male)	OR	IC 95%		p
Classe di età (35-49/18-34)	0,52	0,40	0,66	<0,01
Classe di età (50-69/18-34)	0,23	0,17	0,29	<0,01
Sesso (donna/uomo)	0,54	0,45	0,65	<0,01
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,52	1,16	1,99	<0,01
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,65	1,25	2,18	<0,01
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,58	1,07	2,32	0,02
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	1,51	1,21	1,88	<0,01
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	2,33	1,80	3,02	<0,01
Patologia (Nessuna patologia/Almeno 1 patologia)	4,31	3,39	5,50	<0,01

Depressione

Persone che hanno riferito di aver avuto entrambi i sintomi di depressione (sì/no)	OR	IC 95%		P
Classe di età (35-49/18-34)	0,97	0,67	1,41	0,87
Classe di età (50-69/18-34)	0,80	0,53	1,22	0,30
Sesso (donna/uomo)	1,91	1,40	2,59	<0,01
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,87	0,58	1,32	0,52
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,94	0,61	1,47	0,80
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,64	0,32	1,29	0,21
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,40	0,29	0,56	<0,01
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,33	0,22	0,50	<0,01
Lavoro Regolare (No/Sì)	1,25	0,91	1,73	0,17
Patologia (Nessuna patologia/Almeno 1 patologia)	0,31	0,22	0,43	<0,01

Guadagnare salute

Attività fisica

Persone che fanno attività fisica (poca o scarsa/moderata o più)	OR	IC 95%		P
Classe di età (35-49/18-34)	1,22	1,00	1,49	0,05
Classe di età (50-69/18-34)	1,42	1,14	1,77	<0,01
Sesso (donna/uomo)	1,59	1,35	1,86	<0,01
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,00	0,78	1,29	0,97
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,03	0,80	1,34	0,80
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,82	0,58	1,55	0,25
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,90	0,74	1,10	0,32
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,88	1,35	1,86	<0,01

Situazione nutrizionale

Eccesso ponderale (sovrappeso e obeso/ normopeso e sottopeso)	OR	IC 95%		P
Classe di età (35-49/18-34)	2,47	2,01	3,02	<0,01
Classe di età (50-69/18-34)	5,02	4,00	6,30	<0,01
Sesso (donna/uomo)	0,50	0,42	0,58	<0,01
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,86	0,67	1,12	0,26
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,68	0,52	0,88	<0,01
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,47	0,33	0,67	<0,01
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,79	0,65	0,97	0,02
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,63	0,50	0,79	<0,01
Adesione al "5 a day" (sì/no)	OR	IC 95%		p

Classe di età (35-49/18-34)	1,44	0,95	2,17	0,08
Classe di età (50-69/18-34)	1,80	1,15	2,81	<0,01
Sesso (donna/uomo)	1,16	0,84	1,60	0,37
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	2,21	1,24	3,92	<0,01
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	2,20	1,22	3,95	<0,01
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	2,88	1,43	5,80	<0,01
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	1,18	0,77	1,81	0,44
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	1,33	0,84	2,10	0,22
IMC (Sovrappeso/Sottopeso-normopeso)	1,23	0,85	1,77	0,27
IMC (Obeso/Sottopeso-normopeso)	1,30	0,78	2,17	0,32

Consumo di alcol a rischio

Consumo di alcol nell'ultimo mese (più di una unità di bevanda alcolica/chi non ha mai bevuto)	OR	IC 95%		p
Classe di età (25-34 anni/18-24 anni)	0,56	0,39	0,79	<0,01
Classe di età (35-49 anni/18-24 anni)	0,31	0,22	0,44	<0,01
Classe di età (50-69 anni/18-24 anni)	0,26	0,17	0,38	<0,01
Sesso (donna/uomo)	0,36	0,28	0,46	<0,01
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,11	0,71	1,72	0,64
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,12	0,71	1,75	0,63
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,42	0,82	2,47	0,21
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,83	0,62	1,12	0,23
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,57	0,41	0,80	<0,01

Consumatore "binge" di alcol nell'ultimo mese (sì/no)	OR	IC 95%		p
Classe di età (25-34 anni/18-24 anni)	0,62	0,36	1,04	0,07
Classe di età (35-49 anni/18-24 anni)	0,43	0,26	0,71	<0,01
Classe di età (50-69 anni/18-24 anni)	0,20	0,11	0,39	<0,01
Sesso (donna/uomo)	0,22	0,14	0,34	<0,01
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	2,00	0,83	4,79	0,12
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,64	0,67	4,02	0,28
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	2,09	0,75	5,84	0,16
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	1,12	0,70	1,78	0,64
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,52	0,30	0,91	0,02

Abitudine al fumo

Abitudine al fumo (fumatori/ex fumatori o non fumatori)	OR	IC 95%		p
Classe di età (25-34 anni/18-24 anni)	1,30	0,97	1,73	0,08
Classe di età (35-49 anni/18-24 anni)	0,84	0,64	1,10	0,20
Classe di età (50-69 anni/18-24 anni)	0,64	0,48	0,86	<0,01
Sesso (donna/uomo)	0,43	0,36	0,51	<0,01
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,16	0,88	1,54	0,30
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,08	0,80	1,44	0,62
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,07	0,73	1,56	0,73
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,81	0,66	1,00	<0,01
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,66	0,52	0,83	<0,01

Rischio cardiovascolare

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (si/no)	OR	IC 95%		p
Classe di età (35-49/18-34)	2,13	1,71	2,64	<0,01
Classe di età (50-69/18-34)	5,34	3,94	7,24	<0,01
Sesso (donna/uomo)	1,26	1,04	1,53	0,02
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,68	0,46	1,01	0,06
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,75	0,50	1,12	0,16
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,80	0,50	1,28	0,35
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,95	0,73	1,23	0,69
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,76	0,58	1,00	0,05

Persone ipertese (si/no)	OR	IC 95%		P
Classe di età (35-49/18-34)	3,56	2,25	5,61	<0,01
Classe di età (50-69/18-34)	11,47	7,33	17,96	<0,01
Sesso (donna/uomo)	1,16	0,92	1,45	0,20
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,60	0,45	0,81	<0,01
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,67	0,49	0,91	0,01
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,37	0,22	0,64	<0,01
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,70	0,54	0,91	<0,01
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,87	0,64	1,18	0,37
BMI (Sovrappeso-obeso/Sottopeso-normopeso)	2,66	2,09	3,40	<0,01

Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (si/no)	OR	IC 95%		p
Classe di età (35-49/18-34)	2,87	2,33	3,53	<0,01
Classe di età (50-69/18-34)	6,91	5,24	9,13	<0,01
Sesso (donna/uomo)	1,23	1,03	1,48	0,02
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,29	0,94	1,76	0,11
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,88	1,35	2,61	<0,01
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	2,01	1,33	3,03	<0,01
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,95	0,75	1,20	0,68
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,77	0,60	0,99	0,04

Persone con colesterolo alto (si/no)	OR	IC 95%		p
Classe di età (35-49/18-34)	2,77	1,87	4,09	<0,01
Classe di età (50-69/18-34)	5,39	3,63	7,99	<0,01
Sesso (donna/uomo)	1,04	0,83	1,30	0,72
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,75	0,55	1,03	0,07
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,81	0,59	1,12	0,21
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,29	0,83	2,01	0,25
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,71	0,54	0,92	<0,01
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,75	0,55	1,02	0,06
IMC (Sovrappeso-obeso/Sottopeso-normopeso)	1,80	1,42	2,29	<0,01

Persone con diabete (si/no)	OR	IC 95%		p
Classe di età (35-49/18-34)	0,28	0,18	0,45	<0,01
Classe di età (50-69/18-34)	0,09	0,04	0,22	<0,01
Sesso (donna/uomo)	0,83	0,57	1,19	0,30
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,75	0,50	1,13	0,17
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,78	0,48	1,28	0,33
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,53	0,33	0,84	<0,01
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,54	0,33	0,89	0,02
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,33	0,67	2,66	0,42
BMI (Sovrappeso/Sottopeso-normopeso)	2,88	1,78	4,68	<0,01
BMI (Obeso/Sottopeso-normopeso)	5,20	3,07	8,79	<0,01

Persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare (si/no)	OR	IC 95%		p
Classe di età (50-69 anni/35-49 anni)	1,79	1,26	2,56	<0,01
Sesso (donna/uomo)	0,92	0,66	1,30	0,65
Istruzione (alta/bassa)	1,13	0,78	1,62	0,52
Difficoltà economiche (No/Sì)	0,85	0,57	1,27	0,43
Fattori di rischio cardiovascolari (No/Sì)	0,52	0,32	0,86	0,01

Sicurezza stradale

Guida sotto l'effetto dell'alcol nell'ultimo mese (si/no)	OR	IC 95%		p
Classe di età (25-34/18-24)	0,61	0,34	1,09	0,10
Classe di età (35-49/18-24)	0,66	0,39	1,11	0,12
Classe di età (50-69/18-24)	0,51	0,28	0,92	0,03
Sesso (donna/uomo)	0,24	0,14	0,41	<0,01
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,10	0,56	2,14	0,79
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,09	0,55	2,18	0,81
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,13	0,48	2,63	0,78
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	1,12	0,69	1,81	0,65
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	1,07	0,64	1,81	0,79

Infortuni domestici

Percezione della possibilità di subire un infortunio domestico (assente o bassa/alta o molto alta)	OR	IC 95%		p
Classe di età (35-49/18-34)	0,86	0,57	1,29	0,46
Classe di età (50-69/18-34)	0,90	0,56	1,44	0,65
Sesso (donna/uomo)	0,49	0,34	0,69	<0,01
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,54	0,31	0,95	0,03
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,48	0,27	0,85	0,01
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,46	0,22	0,96	0,04
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	2,14	1,47	3,11	<0,01
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	3,10	1,94	4,95	<0,01
Popolazione a Rischio (non presenza di anziani o bambini/ presenza di anziani o bambini)	0,90	0,63	1,29	0,57

Aver ricevuto informazioni sugli infortuni domestici (si/no)	OR	IC 95%		p
Classe di età (35-49/18-34)	1,13	0,91	1,38	0,26
Classe di età (50-69/18-34)	1,79	1,42	2,26	<0,01
Sesso (donna/uomo)	0,70	0,59	0,82	<0,01
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,46	1,11	1,93	<0,01
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	2,19	1,66	2,91	<0,01
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	2,68	1,88	3,83	<0,01
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,95	0,77	1,17	0,62
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,91	0,72	1,15	0,43
Popolazione a Rischio (non presenza di anziani o bambini/ presenza di anziani o bambini)	0,91	0,76	1,09	0,32

Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione (si/no)	OR	IC 95%		P
Classe di età (35-49/18-34)	1,65	1,02	2,65	0,04
Classe di età (50-69/18-34)	1,59	0,96	2,63	0,07
Sesso (donna/uomo)	0,72	0,49	1,04	0,08
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,19	0,63	2,27	0,59
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,16	0,61	2,19	0,65
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,26	0,59	2,69	0,55
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	1,26	0,77	2,06	0,35
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	1,80	1,07	3,00	0,03
Percezione sulla possibilità di subire un infortunio domestico (Assente-Bassa/Alta-Molto alta)	0,82	0,36	1,84	0,62
Popolazione a Rischio (non presenza di anziani o bambini/ presenza di anziani o bambini)	0,63	0,42	0,95	0,03

Donne che hanno effettuato il pap-test negli ultimi tre anni (si/no)	OR	IC 95%		p
Classe di età (35-49 anni/25-34 anni)	2,26	1,62	3,14	<0,01
Classe di età (50-64 anni/25-34 anni)	1,75	1,21	2,53	<0,01
Stato civile (non coniugata/coniugata)	0,46	0,29	0,73	<0,01
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,04	0,73	1,50	0,82
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,83	1,25	2,68	<0,01
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,75	1,07	2,88	0,03
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	1,22	0,90	1,64	0,20
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	1,28	0,91	1,82	0,16
Convivenza (Si/No)	1,10	0,70	1,71	0,69

Donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni (si/no)	OR	IC 95%		p
Classe di età (60-69 anni/50-59 anni)	0,70	0,48	1,03	0,07
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,94	0,58	1,50	0,78
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,51	0,92	2,50	0,10
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,16	0,49	2,71	0,73
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	1,15	0,74	1,79	0,53
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	1,65	0,96	2,84	0,07
Stato civile (non coniugata/coniugata)	0,54	0,33	0,89	0,02

Persone che hanno effettuato la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni (si/no)	OR	IC 95%		p
Classe di età (50-59 anni/=>60 anni)	0,89	0,49	1,61	0,70
Sesso (donna/uomo)	0,67	0,37	1,21	0,18
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,76	0,35	1,65	0,49
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,40	0,67	2,91	0,37
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,48	0,08	2,98	0,43
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,65	0,33	1,29	0,22
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,77	0,35	1,69	0,51

Persone che hanno effettuato la colonscopia negli ultimi due anni (si/no)	OR	IC 95%		P
Classe di età (50-59 anni/=>60 anni)	0,78	0,47	1,30	0,34
Sesso (donna/uomo)	0,84	0,51	1,39	0,51
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,09	0,58	2,05	0,78
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,26	0,65	2,44	0,49
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,40	0,47	4,18	0,55
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	0,81	0,46	1,45	0,48
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	0,75	0,37	1,50	0,42

Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni)

Persone che riferiscono di essersi vaccinate negli ultimi 12 mesi (si/no)	OR	IC 95%		P
Classe di età (35-49/18-34)	1,34	0,72	2,48	0,36
Classe di età (50-64/18-34)	3,90	2,15	7,08	<0,01
Sesso (donna/uomo)	1,02	0,67	1,56	0,93
Istruzione (alta/bassa)	1,16	0,72	1,85	0,55
Difficoltà economiche (No/Sì)	0,99	0,60	1,62	0,97
Patologia cronica (Almeno 1 patologia/Nessuna patologia)	2,78	1,73	4,49	<0,01

Vaccinazione antirosolia (18-49 anni)

Donne vaccinate per la rosolia (si/no)	OR	IC 95%		P
Classe di età (25-34 anni/18-24 anni)	0,44	0,30	0,65	<0,01
Classe di età (35-49 anni/18-24 anni)	0,21	0,14	0,31	<0,01
Istruzione (alta/bassa)	1,26	0,89	1,78	0,19
Difficoltà economiche (qualche difficoltà/molte difficoltà)	1,16	0,77	1,77	0,48
Difficoltà economiche (Nessuna/molte difficoltà)	1,23	0,79	1,93	0,36

Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

il "Peso1" riporta i dati all'universo di riferimento ed è stato utilizzato nella regressione logistica multivariata. Il "Peso1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione ${}_i P_k$ (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2007) dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla Regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte ${}_i \hat{P}_k$ in quel dato periodo nello strato k-esimo dell'ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera Regione, formalmente:

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

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

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

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

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

Come il dato regionale deriva da una sintesi pesata delle varie ASL appartenenti alla Regione, così i valori per l'intero Pool PASSI 2008 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.

Finito di stampare
nel mese di dicembre 2009
presso le officine grafiche
della MoviMedia Srl - Lecce

