



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2016-2019

Sicilia



**A cura di:**

Salvatore Scondotto¹, Patrizia Miceli¹, Gabriella Dardanoni¹, Maria Paola Ferro¹.

¹ Assessorato Della Salute - Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio**- a livello nazionale:****Responsabile Scientifico**

Maria Masocco - Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute (Cnapps) - Iss, Roma

Membri del Gruppo tecnico

- Nicoletta Bertozzi - dipartimento di Sanità pubblica Ausl Romagna, Cesena
- Stefano Campostrini - dipartimento di economia, Università Ca' Foscari, Venezia
- Giuliano Carrozzi - dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena
- Benedetta Contoli - Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute (Cnapps) - Iss, Roma
- Marco Cristofori - Unità operativa sorveglianza e promozione della salute, Ausl Umbria 2, Orvieto
- Angelo D'Argenzio - dipartimento di Prevenzione, Asl Caserta, Caserta
- Amalia Maria Carmela De Luca - Direzione sanitaria, Asp Catanzaro, Catanzaro
- Pirus Fateh-Moghadam - Osservatorio per la salute, Provincia autonoma di Trento
- Valentina Minardi - Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute (Cnapps) - Iss, Roma
- Mauro Ramigni - dipartimento di Prevenzione, Aulss 2 Marca Trevigiana, Treviso
- Massimo Oddone Trinito - dipartimento di Prevenzione, Asl Roma 2
- Stefania Vasselli - ministero della Salute, Roma

- a livello regionale:

- Ruggero Razza
(Assessore della Salute - Regione Sicilia)
- Maria Letizia Di Liberti
(Dirigente Generale Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico)
- I Responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie della Sicilia

Coordinatori, Intervistatori e Collaboratori**- a livello aziendale:**

ASP di Agrigento	Anna Maria Cardinale (Coordinatrice); Rosa Maria Consagra, Angela Russotto, (Intervistatrici)
ASP di Caltanissetta	Rosanna Milisenna (Coordinatrice); Maria Di Forti, Rosanna Milisenna, M. Antonia Iurlaro, Antonina Modica, (Intervistatrici)
ASP di Catania	Isabella Sinatra, Maristella Fardella (Coordinatrici); Maria Giuseppa D'Angelo, Andrea Natri, Elena Longhitano, Iole Urzi, Irene Castiglia, Maria Luisa Franchina, Antonella Neri, Sabella Giuseppina (Intervistatori/trici)
ASP di Enna	Franco Belbruno (Coordinatore ed Intervistatore); Clotilde Laura Caceci (Intervistatrice)
ASP di Messina	Giovanna Fiumanò (Coordinatrice); Maniaci Antonella, Alizzi Lorenzo, Giuseppe Florio, Giovanni Galletta, Antonio Pollicino, Antonia Rando, Domenico Pagano, (Intervistatori/trici) Roberta Benedetto (collaboratrice) Adriana Ferruccio (Coordinatrice attività di sovraccampionamento area SIN); Enrica Maria Gallo, Maria Grazia Bono, Giuseppa Currò, Patrizia Ingrassia, Giuseppa Maiorana, Stefania Milazzo, Rosanna Oliva, Silvana Parisi, Anna Russo, Nicolina Salvatore, Letteria Scognamillo (intervistatori/trici)

ASP di Palermo	Maria Angela Randazzo (Coordinatrice); Antonino Gugino, Giuseppa Lipari, Antonina Maione, Vincenza Marchica, Salvatore Palazzo, Giuseppe Mercurio; Gaetano Chetta (Intervistatori/trici)
ASP di Ragusa	Giuseppe Ferrera (Coordinatore); Calogero Claudio Pace (vice coordinatore/ intervistatore); Maria Cappello, Corrado Grillo, Paolo La Licata, Loredana Fargione (Intervistatori/trici)
ASP di Siracusa	Alfonso Nicita (Coordinatore); Michele Assenza, Maddalena Rabbito, Enza D'Antoni, Giuseppina Tusa ((Intervistatori/trici)
ASP di Trapani	Ranieri Candura (Coordinatore ed Intervistatore); Giovanni Pio Gucciardi, Giuseppa Candela, Adriana Marchingiglio, Anna Barbera, Giovanna La Francesca (Intervistatori/trici)

Si ringraziano i Direttori Generali e i Direttori Sanitari delle ASP, i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita. Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

Sommario

Il sistema di sorveglianza PASSI in breve

Metodi

Impatto sulla salute

Risultati 2016-2019

I risultati a colpo d'occhio

Caratteristiche socio-anagrafiche

Attività fisica

Attività fisica secondo le raccomandazioni dell'OMS

Mobilità attiva

Sovrappeso e obesità

Consumi di frutta e verdura

Consumo di sale e sale iodato

Consumo di alcol

Abitudine al fumo

Fumo passivo

Smettere di fumare

Rischio cardiovascolare

Diabete

Dispositivi per la sicurezza stradale

Guida sotto l'effetto dell'alcol

Sicurezza domestica

Screening cervicale

Screening mammografico

Screening coloretale

Vaccinazione per l'influenza stagionale

Vaccinazione antirosolia

Qualità della vita relativa alla salute

Sintomi di depressione

APPENDICE 1. Monitoraggio

APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

Il sistema di sorveglianza PASSI in breve

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha indicato l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione. Nel 2006, quindi, il Ministero della Salute ha affidato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato a questi temi: PASSI, cioè Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia.

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

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 americano).

Il funzionamento del sistema

Operatori sanitari delle ASL, specificamente formati, intervistano al telefono 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 (minimo 25 interviste al mese per ASL) avviene continuamente 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, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi. Gli ambiti indagati sono:

- I principali fattori di rischio per le malattie croniche, oggetto del programma Guadagnare salute: abitudine al fumo, sedentarietà, abitudini alimentari, consumo di alcol;
- il rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, calcolo del rischio;
- i programmi di prevenzione oncologica per il tumore della cervice uterina, della mammella e del colon retto;
- le vaccinazioni contro influenza e rosolia;
- la sicurezza: i fattori che incidono su frequenza e gravità di incidenti stradali e infortuni domestici;
- la percezione dello stato di salute e sintomi depressivi.

Lo stato di avanzamento

Tutte le Regioni e le Province autonome hanno aderito al progetto. Per il periodo 2016-2019, nel pool nazionale, sono state intervistate circa 130 mila persone.

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 rispondenti molto elevato, un elemento cruciale per assicurare l'affidabilità dei risultati.

Una descrizione più dettagliata dei metodi della sorveglianza PASSI è riportata in appendice.

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione in studio siciliana è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 9 Aziende Sanitarie Provinciali della nostra regione. Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

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

In Sicilia le aziende sanitarie di Messina, Palermo hanno aderito al campionamento aziendale con 25 interviste negli anni 2016-2018, dal 2019 Palermo ha aderito con il campionamento regionale. Le aziende sanitarie di Agrigento, Caltanissetta, Catania, Enna, Ragusa, Siracusa e Trapani hanno aderito al campionamento regionale che prevede 10 interviste mensili per tutto il periodo in studio.

In Sicilia il campione complessivo per il periodo 2016-2019 è costituito da 6.610 individui; il campione è risultato così suddiviso per ASP:

ASP	Persone di 18-69 anni
Agrigento	440
Caltanissetta	712
Catania	437
Enna	440
Messina	1648
Palermo	940
Ragusa	438
Siracusa	1122
Trapani	433
Totale regionale	6610

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI, anche se in alcune Regioni, non c'è la copertura di tutte le ASL. Il dato di riferimento nazionale è al "pool PASSI", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica/Prevenzione durante tutto l'anno, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica in Sicilia è durata in media 23 minuti (utilizzando il Cati 16 minuti).

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 12% degli intervistatori della nostra regione ha utilizzato il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview).

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

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

Analisi delle informazioni

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per la variabile principale. Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante regressione logistica, utilizzando un'opportuna pesatura (vedi appendice 2), mentre nel testo, per brevità, compare solo una sintesi.

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

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quello delle singole ASL introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata.

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

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

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

Guadagnare salute

Attività fisica

L'attività fisica è definita come qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporta un dispendio energetico maggiore di quello in condizioni di riposo. In questa definizione rientrano lo sport ma anche l'attività lavorativa e altri movimenti come camminare, andare in bicicletta, fare lavori domestici, ballare, giocare. È stato evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto la quale l'attività fisica non produce effetti positivi per la salute: un po' di attività è meglio di niente. La sedentarietà è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, il diabete e i tumori. Praticare esercizio fisico regolarmente induce numerosi benefici per la salute, tra i quali aumentare il benessere psicologico essendo un ottimo antistress, è inoltre importante per il rafforzamento osseo, per la perdita di peso, soprattutto se associato alla riduzione di calorie e per il miglioramento della fitness cardiovascolare e muscolare.

Per gli adulti (18–64 anni) le linee guida internazionali e nazionali raccomandano almeno 150 minuti alla settimana di attività moderata o 75 di attività vigorosa, con esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari da svolgere almeno 2 volte alla settimana, per le persone dai 65 anni in poi le indicazioni sono le stesse degli adulti, con l'avvertenza di svolgere anche attività orientate all'equilibrio per prevenire le cadute.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria ed è un obiettivo ancora da potenziare, poiché ad oggi si evidenzia una bassa percentuale di operatori sanitari che promuovono uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Attività fisica secondo le raccomandazioni dell'OMS

Attualmente, l'OMS raccomanda ad adulti e ultra 65enni di praticare almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, o 75 minuti di attività intensa, o combinazioni equivalenti delle due modalità. Raccomanda inoltre di svolgere sessioni di almeno 10 minuti per ottenere benefici cardio-respiratori. Le linee guida precedenti raccomandavano la stessa quantità di attività fisica settimanale ma diversamente distribuita nell'arco della settimana, ovvero 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, e/o più di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni settimanali.

Mobilità attiva

Per mobilità attiva si intende l'uso della bicicletta o la scelta di andare a piedi per recarsi a lavoro o a scuola o per i propri spostamenti abituali, in alternativa all'uso di veicoli a motore. Oltre che vantaggiosa per l'ambiente, la mobilità attiva offre la possibilità di raggiungere i livelli di attività fisica raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e avere benefici sulla salute.

Dal 2014, PASSI raccoglie informazioni su chi pratica mobilità attiva e fa uso della bicicletta o si muove a piedi per i propri spostamenti abituali, e sul tempo impiegato per farlo (numero medio di giorni a settimana e di minuti al giorno). Queste informazioni consentono di stimare la quota di persone che pratica mobilità attiva perché usa la bicicletta e/o si muove a piedi per andare a lavoro, a scuola, o per i propri spostamenti abituali e consentono anche di stimare la quota di persone che raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS grazie proprio alla pratica della mobilità attiva, indipendentemente dall'attività fisica praticata nel tempo libero o durante l'attività lavorativa.

Sovrappeso ed obesità

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. Essere in sovrappeso/obesi aumenta il rischio di molteplici patologie croniche, tra cui l'infarto del miocardio, l'ictus, l'ipertensione, il diabete mellito, l'osteoartrite, e alcune tipologie di tumori (il World Cancer Research Fund International (Wcri) documenta la relazione causale tra eccesso ponderale e 7 forme di cancro: esofago, pancreas, colecisti, colon-retto, mammella (post-menopausa), endometrio e rene). Nella sorveglianza di popolazione le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (IMC), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato. Il BMI è diviso in 4 categorie: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25,0-29,9), obeso (IMC ≥ 30).

Consumi di frutta e verdura

Le linee guida per una sana alimentazione italiana raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta, insalata e ortaggi (*five-a-day*) che contengono vitamine, sali minerali e fibra, elementi fondamentali per il nostro organismo. Inoltre adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie, hanno diversi benefici fra i quali idratare l'organismo (essendo ricche di acqua), aiutare a mantenere il peso sotto controllo e regolare la funzionalità intestinale.

Consumo di sale

Un consumo eccessivo di sale aumenta il rischio di patologie cardiovascolari correlate all'ipertensione arteriosa, ma anche di altre malattie cronico-degenerative, quali i tumori dell'apparato digerente, in particolare quelli dello stomaco, osteoporosi e malattie renali: per questa ragione se ne raccomanda un consumo moderato.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), non si dovrebbe consumare una quantità di sale superiore ai 5 grammi al giorno, corrispondenti a circa 2 grammi di sodio, ma in Italia i livelli di consumo sono ancora ben lontani dai valori raccomandati. Restano fondamentali dunque sia la promozione di azioni di

sensibilizzazione e di informazione sull'importanza della riduzione del consumo alimentare di sale sia il monitoraggio di quanto queste misure siano efficaci nel migliorare la consapevolezza dei cittadini su questo aspetto.

Dal 2015, il sistema di sorveglianza PASSI raccoglie sistematicamente alcune informazioni su entrambi gli aspetti (consapevolezza delle persone e attenzione degli operatori sanitari) inerenti il consumo di sale nella popolazione adulta (18-69 anni).

Particolare rilievo assume l'attenzione rivolta al consumo di sale arricchito di iodio. Lo iodio è il costituente essenziale degli ormoni tiroidei. Questi svolgono un ruolo critico sul differenziamento cellulare, in particolare per ciò che riguarda lo sviluppo del sistema nervoso centrale nelle prime fasi della vita e contribuiscono al mantenimento dell'equilibrio metabolico durante la vita adulta. La carenza nutrizionale di iodio compromette la funzione tiroidea e si traduce in quadri patologici le cui manifestazioni variano in funzione del periodo della vita interessato a questo deficit. Gravidanza e prima infanzia sono fasi della vita durante le quali gli effetti della carenza iodica sono più gravi. Il metodo più efficace ed economico per prevenire le malattie da carenza di iodio consiste nell'utilizzare a fini alimentari esclusivamente sale iodato invece del comune sale da cucina, senza superare comunque le dosi raccomandate. C'è generale consenso infatti nel raccomandare l'uso di sale iodato a tutta la popolazione, indipendentemente dalle condizioni individuali e dal contesto di vita in quanto, a fronte di un consumo moderato di sale, le quantità di iodio raggiunte rientrano ampiamente nei livelli di assunzione appropriati, restando comunque molto al di sotto dei livelli massimi accettabili. Una legge del 2005 (Legge n.55 del 21 marzo 2005) promuove il consumo di sale iodato in alternativa al comune sale da cucina, stabilendo che il sale iodato sia reso disponibile in tutti i punti vendita di generi alimentari mentre il comune sale da cucina sia fornito solo su specifica richiesta del consumatore. Oltre ai dati sul consumo generico di sale, PASSI raccoglie anche le informazioni relative al consumo di sale iodato, con una domanda specifica, individuando le quote di persone che riferiscono di usare il sale iodato nella preparazione di pasti in casa e di chi spontaneamente dichiara di non conoscerne l'esistenza.

Consumo di alcol

L'uso e l'abuso di l'alcol possono portare a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. Inoltre, il consumo di alcol provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie, che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, e può creare dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, la quantità di alcol assunta in una singola occasione; le modalità ed il contesto di assunzione dell'alcol. Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili.

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

Negli ultimi trent'anni in Italia si è verificato un notevole calo del consumo pro-capite di alcol mentre nello stesso periodo è sensibilmente aumentato in altri Paesi. L'evoluzione favorevole della situazione in Italia incoraggia a proseguire nelle politiche di contenimento del consumo nocivo di alcol.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a indurre i cittadini a fare scelte più salutari e in particolare a ridurre i danni causati dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, anche le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Definizioni di consumatori di alcol e di consumatori a maggior rischio

Consumo di alcol è la condizione di un uomo o una donna che ha consumato bevande alcoliche, almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Il consumo di alcol a **maggior rischio** è definito, per ciascun sesso, in base alla quantità di alcol abitualmente ingerito e alle modalità di consumo alcolico.

Per quanto riguarda il consumo abituale, diverse istituzioni sanitarie, tra cui i [Cdc](#), fissano i livelli soglia in base al numero di unità alcoliche consumate in media al giorno: - soglia del consumo moderato per gli uomini = 2 unità alcoliche (UA) in media al giorno, corrispondenti a 60 UA negli ultimi 30 giorni- soglia del consumo moderato per le donne = 1 unità alcolica in media al giorno, corrispondenti a 30 UA negli ultimi 30 giorni. Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come **consumo abituale elevato**.

Passi stima il consumo medio di bevande alcoliche tramite domande riguardanti la frequenza dell'assunzione (espressa in giorni/mese) e il numero di UA assunte in media, nei giorni di consumo. Il consumo complessivo mensile viene calcolato moltiplicando questi due valori; dividendo il prodotto per 30 si ottiene il consumo medio giornaliero.

Per quanto riguarda il consumo episodico, l'assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione (**binge drinking**), comporta un sostanziale incremento di rischio di lesioni traumatiche, nonché di altri effetti nocivi. Diverse istituzioni sanitarie, tra cui i Cdc, fissano livelli soglia differenti nei due sessi, e precisamente: per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione, per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola

occasione. Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come “**consumo binge**”. Una modalità di consumo a maggior rischio è l’assunzione di bevande alcoliche fuori pasto, perché determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità consumate, e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici. L’Oms elenca il consumo fuori pasto tra i fattori, che determinano un aumento della mortalità, e perciò lo include nel calcolo dell’indice “*Patterns of drinking score*”, che caratterizza sinteticamente il rischio complessivo alcol-correlato. L’assunzione negli ultimi 30 giorni di alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto viene definita **consumo fuori pasto**.

Consumo alcolico a maggior rischio è un indicatore composito, che include consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto. Questo indicatore corrisponde alla prevalenza di intervistati, che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) oppure almeno un episodio di *binge drinking* (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco contiene diverse sostanze che sono state riconosciute come sicuramente cancerogene per l’uomo, inoltre il fumo è fra i principali fattori di rischio per l’insorgenza di numerose patologie croniche: cardiovascolari e respiratorie, e numerosi altri disturbi. Tra le sostanze nocive contenute nel fumo di tabacco è inclusa la nicotina, un alcaloide ad azione psicoattiva che provoca tolleranza e dipendenza.

Il fumo di tabacco, oggi in Italia, costituisce la prima causa evitabile di morte prematura.

Fumo passivo

Il fumo passivo, inalato involontariamente, è costituito dal fumo sprigionato dalla sigaretta accesa e dal fumo espirato dai fumatori; in esso sono state identificate molte sostanze, tossiche e cancerogene che si diffondono nell’aria circostante.

Il fumo di tabacco, a causa della sua tossicità (può indurre tumori del polmone, malattie cardiovascolari e asma, e favorire infezioni delle vie respiratorie) e della sua diffusione, rappresenta il principale inquinante degli ambienti confinati e non esiste un livello soglia al di sotto del quale il fumo di tabacco ambientale sia innocuo.

Negli ultimi 20 anni, diversi Paesi, tra cui l’Italia, hanno approvato legislazioni mirate alla protezione della salute dei non fumatori, attraverso il divieto di fumare nei locali pubblici e sui luoghi di lavoro.

PASSI consente di avere informazioni sul fumo passivo tramite indicatori che monitorano quanti vietano di fumare nelle proprie abitazioni in tutte le stanze, e quanti ritengono che sul luogo di lavoro e nei locali pubblici il divieto di fumo è sempre rispettato.

A più di un decennio dall’introduzione della Convenzione quadro sul controllo del tabacco dell’Organizzazione mondiale della sanità (Oms), solo il 15% della popolazione mondiale ha accesso adeguato ai programmi di disassuefazione dal fumo.

In Italia, secondo le stime dell’Osservatorio fumo alcol e droga dell’Istituto superiore di sanità (Iss) aggiornate al 2018, i centri anti-fumo sono 365 e offrono interventi eterogenei basati prevalentemente su terapie farmacologiche (75%), interventi individuali (57%) e di gruppo (63%). Per interventi individuali, si intendono colloqui motivazionali, colloqui di sostegno, counselling e psicoterapia, mentre gli interventi di gruppo offerti sono incontri motivazionali, gruppi psicoeducativi o di psicoterapia; tra le altre prestazioni, figurano consulenza psichiatrica e auricoloterapia (elettrostimolazione e agopuntura auricolare).

Smettere di fumare

Smettere di fumare permette all’ex fumatore di migliorare il proprio stile di vita e di recuperare anni in buona salute ma anche di difendere la salute degli altri, evitando di esporli al fumo passivo. I benefici conseguenti allo smettere di fumare variano da quelli legati al miglioramento dello stato di salute generale alla diminuzione del rischio di sviluppare specifiche patologie (come il cancro, le malattie cardiovascolari e quelle respiratorie) a benefici di natura estetica (alito, pelle e aspetto del volto più salutari). Gli effetti benefici della cessazione si apprezzano già nell’immediato in quanto dopo poche ore di astensione dal fumo l’ossigeno contenuto nel sangue torna alla normalità, il monossido di carbonio viene eliminato dal corpo e migliorano respirazione, i sensi del gusto e del tatto; ad alcune settimane di distanza la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e l’ossigenazione dei tessuti tornano al livello fisiologico; dopo 3-12 mesi, la funzionalità respiratoria si ristabilisce e si riduce il rischio di mortalità per malattie cardiovascolari; dopo 10 anni, i rischi sono paragonabili a quelli di chi non ha mai fumato. Oltre che in termini di salute, smettere di fumare consente anche un importante risparmio economico in quanto libera somme non trascurabili che diventano disponibili per se stessi e per la propria famiglia.

Rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari in Italia provocano il 35% di tutti i decessi maschili e il 43% di quelli femminili e hanno un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (Disability Adjusted Life Years, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione).

Tra gli uomini conducono al decesso con maggior frequenza le cardiopatie ischemiche mentre, tra le donne, le malattie cerebrovascolari. All'insorgenza delle malattie cardiovascolari contribuiscono numerose condizioni modificabili: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc) Nel causare queste malattie rivestono un ruolo rilevante anche altri determinanti, quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di marginalità e isolamento sociale.

In Italia, come anche in altre nazioni europee, si è verificato negli ultimi tempi un calo della mortalità cardiovascolare, sia grazie alla diffusione di cure più efficaci, sia per cambiamenti degli stili di vita, che hanno determinato una riduzione importante di fattori di rischio come fumo di tabacco, ipertensione, ipercolesterolemia.

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

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

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

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

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

Ipertensione arteriosa

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

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

Ipercolesterolemia

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

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico. L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

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

Carta e punteggio del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

Diabete

Il diabete mellito è una malattia di grande rilievo sociale ed esercita un notevole impatto socio-economico sui vari sistemi nazionali per l'entità della sua diffusione e la gravità delle sue complicanze.

Tra le patologie croniche, il diabete si sta diffondendo sempre di più tanto che per il 2025, l'Organizzazione mondiale della sanità prevede che il numero di persone colpite possa raddoppiare. Anche in Italia, purtroppo, la diffusione di questa malattia è notevolmente aumentata, le stime più recenti ed autorevoli sono fornite dai dati Istat 2009, secondo i quali il 4,8% della popolazione italiana soffre di diabete, ovvero circa 2,9 milioni persone. L'incidenza del diabete è maggiore al Sud e nelle Isole con una percentuale pari al 5,5%, seguono il Centro con 4,9% e il Nord con il 4,2%.

Il diabete, inoltre, costituisce la principale causa di amputazioni traumatiche, infarti, ictus, cecità, disturbi della vista e dialisi nella popolazione italiana.

Sia il diabete che le sue complicanze sono correlati a fattori socioeconomici (svantaggio culturale ed economico) e a comportamenti individuali non salutari, quali l'inattività fisica, l'eccessivo apporto calorico, l'eccesso ponderale. In questo campo gioca un ruolo fondamentale l'acquisizione di un atteggiamento favorevole verso sani stili di vita che prevedano movimento e corretta alimentazione.

L'informazione e l'educazione dei pazienti per la promozione di stili di vita sani sembra un'area suscettibile ancora di miglioramento.

Sicurezza

Uso dei dispositivi di sicurezza

Nel 2015 si sono verificati in Italia 174.539 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato 3.428 vittime (morti entro il 30° giorno) e 246.920 feriti.

Nel confronto fra il 2015 e il 2010 (anno di benchmark della strategia europea per la sicurezza stradale) i decessi si sono ridotti del 16,7% a livello europeo, come in Italia.

Per prevenire gli incidenti stradali, nel 2004 l'Assemblea delle Nazioni Unite con la risoluzione A/RES58/289 Improving global road safety ha avviato il Decennio di Azione per la Sicurezza Stradale 2011-2021 promuovendo interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture, le condizioni del traffico e i comportamenti di guida.

Nel nuovo libro bianco, in cui è riportata la strategia disegnata dalla Commissione dell'Unione europea per il sistema dei trasporti fino al 2050, è presentata la visione di «zero vittime» nel trasporto su strada, con l'obiettivo intermedio di dimezzare il numero di vittime entro il 2020. In questo quadro, l'uso dei dispositivi di sicurezza, un caposaldo del programma, (si stima che l'uso generalizzato dei dispositivi di sicurezza farebbe risparmiare, ogni anno, più di 500 vite umane, oltre 1300 casi di disabilità e circa di 8900 ricoveri ospedalieri), dovrà essere generalizzato in Italia attuando interventi che hanno mostrato efficacia nell'aumentarne l'uso.

Gli indicatori con cui Passi misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza ci permettono di rilevare abitudini e comportamenti, come la guida sotto l'effetto dell'alcol e l'uso dei dispositivi di sicurezza individuali, in segmenti specifici della popolazione.

La sorveglianza Passi, a partire dal 2011, rileva l'utilizzo dei sistemi di sicurezza, seggiolini e/o adattatori, per il trasporto in auto di bambini, chiedendo agli adulti 18-69enni, che dichiarano di vivere in famiglia con bambini fino a 6 anni di età, se quando viaggiano in auto con il bambino abbiano difficoltà a farlo stare sul seggiolino o sull'adattatore, come proxy del "non utilizzo" o "utilizzo inadeguato" di questi sistemi.

Dai dati PASSI emerge che, quelli più frequentemente non assicurati con sistemi di ritenuta, sono soprattutto gli occupanti dei sedili posteriori delle auto e i bambini (che devono viaggiare assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli).

Bisogna quindi intensificare sia i controlli delle forze dell'ordine (aumento del numero di postazioni, pattuglie, controlli specifici e contravvenzioni), sia le campagne informative volte ad indurre un cambiamento di consapevolezza nei conducenti, nei viaggiatori, e soprattutto nei genitori di minori.

Guida sotto l'effetto dell'alcool

Le morti causate dall'alcool, in relazione principalmente agli incidenti stradali, rappresentano la prima causa di morte tra i giovani fino ai 24 anni di età.

PASSI rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcool riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto.

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

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

Sicurezza domestica

La propria abitazione è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Al contrario, gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata.

Esistono interventi per la sicurezza domestica che mirano a realizzare adeguate condizioni strutturali e impiantistiche delle abitazioni (campo in cui è importante il ruolo svolto dalle norme tecniche che riguardano ad

esempio ascensori, impianti del gas, ecc), privilegiando le case in cui vivono anziani, famiglie con molti bambini, persone in cattive condizioni economiche.

Esistono, inoltre, programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico.

Passi rileva la percezione del rischio di incidente domestico, cioè è importante per poter invece individuare i pericoli e i comportamenti inappropriati.

Programmi di prevenzione individuale

Screening cervicale

Il carcinoma della cervice uterina è al secondo posto nel mondo, dopo la mammella, tra i tumori che colpiscono le donne rappresentando circa il 2% rispettivamente di tutti i tumori incidenti nelle donne.

Il tumore della cervice è più frequente nella fascia giovanile (4% dei casi, quinta neoplasia più frequente), mentre dopo i 50 anni rappresenta complessivamente l'1% dei tumori femminili.

Il trend di incidenza e di mortalità del tumore della cervice uterina sono entrambi in calo statisticamente significativo.

La diagnosi precoce, la cui esecuzione è raccomandata ogni tre anni, tra i 25 e i 64 anni, rappresenta l'arma più efficace nella prevenzione del carcinoma della cervice uterina. In Italia la diffusione del Pap-test a livello spontaneo, a partire dagli anni '60 e, soprattutto, l'avvio dei programmi di screening organizzato, negli ultimi due decenni, hanno rappresentato il principale fattore di riduzione dell'incidenza e ancor più della mortalità per questa neoplasia.

Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo da parte della Asl e l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito.

E' stata introdotta, negli ultimi anni, un nuovo test screening (Hpv) alternativo al Pap test. Il test è più sensibile del Pap test e si basa sul riconoscimento dell'infezione da papilloma virus. L'Italia si avvia a effettuare un cambiamento nel test di screening primario, applicando il test Hpv nella vasta rete degli screening organizzati. Anche per l'esecuzione del test dell'Hpv è raccomandata una periodicità triennale alle donne di 25-64 anni, che potrebbe essere modificata in futuro, in base ai risultati degli studi in corso.

Screening mammografico

Non considerando i carcinomi cutanei, il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata nelle donne, in tutte le fasce d'età, e anche la prima causa di morte per tumore nelle donne.

Dalla fine degli anni Ottanta si osserva una moderata, ma continua tendenza alla diminuzione della mortalità per carcinoma mammario, attribuibile ad una più alta sensibilità, alla diffusione su larga scala in Italia dei programmi di screening mammografico e ai progressi terapeutici. La mammografia, indicata in tutte le donne a partire dai 50 anni con cadenza biennale, può diagnosticare un carcinoma mammario in uno stadio precoce di malattia, quando il trattamento può essere più efficace e molto elevata la possibilità di ottenere guarigioni.

Screening coloretta

Il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa più frequente di decesso per neoplasie, seconda solo al tumore del polmone fra gli uomini e al tumore della mammella fra le donne. La malattia, abbastanza rara prima dei 40 anni, è più frequente a partire dai 60 anni.

Vaccinazione per l'influenza stagionale

L'influenza è un importante problema di salute sia individuale sia collettiva perché oltre ad essere una malattia a contagiosità elevata (che può comportare eventuali gravi complicanze nei soggetti a rischio, come gli anziani e i portatori di patologie croniche) è frequente motivo di ricorso a strutture sanitarie. La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicuro per prevenire l'infezione perché riduce la probabilità di contrarre la malattia e le sue complicanze e perché riduce i costi sociali connessi a morbosità e mortalità.

Il vaccino è raccomandato ogni anno ai soggetti a rischio, e chi ha più di 64 anni. Come obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale, il ministero della Salute indica il 75% come traguardo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio.

Il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale indicati nella Circolare del ministero della Salute nelle categorie a rischio (ultra 64enni e/o persone con patologie croniche) è fondamentale per ridurre la morbosità e le complicanze dell'influenza. Per far sì che in queste categorie si ottenga un miglioramento della copertura vaccinale, è necessaria una maggiore integrazione della prevenzione nell'attività assistenziale: sia i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sia gli specialisti (pneumologi, oncologi, cardiologi, diabetologi) dovrebbero raccomandare e offrire attivamente la vaccinazione contro una malattia prevenibile come l'influenza.

Vaccinazione antirosolia

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

In Italia, nel 2011 è stato approvato il nuovo Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) che fissa per il 2015 l'eliminazione dei casi di rosolia endemica e la riduzione dell'incidenza dei casi di rosolia congenita a meno di 1 caso ogni 100 mila nati vivi.

Con il PNEMoRC è stato definito anche un nuovo e più puntuale sistema di sorveglianza della rosolia congenita e della rosolia in gravidanza, essenziale per monitorare l'efficacia dei programmi vaccinali contro la rosolia e per identificare precocemente i nuovi nati infetti da virus della rosolia. Con una ulteriore circolare, il ministero della Salute ha istituito, inoltre, nel 2013, un sistema di sorveglianza integrata del morbillo e la rosolia quale strumento utile al contenimento delle due malattie, finalizzato al riconoscimento precoce dei casi sporadici e dei focolai epidemici.

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

Benessere

Qualità della vita relativa alla salute

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

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

Sintomi di depressione

Il Disturbo Depressivo Maggiore è un disturbo che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento. Secondo i dati dell'OMS la frequenza del disturbo depressivo maggiore è in aumento, costituendo uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Nelle indagini di popolazione, uno degli strumenti più utilizzati è il Patient Health Questionnaire che, nella versione completa (PHQ-9), è composto da nove domande con cui è possibile individuare la presenza di episodio depressivo maggiore con buona sensibilità e specificità.

Passi utilizza una versione ridotta, validata, il PHQ-2, che include solo le prime due domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività.

I Risultati

2016 - 2019

I risultati a colpo d'occhio

Determinanti di salute socio-anagrafici	%	IC95% inf	IC95% sup
Basso livello di istruzione	36	34,5	37,5
Molte difficoltà economiche	18,5	17,3	19,7
Cittadinanza straniera	0,9	0,7	1,2
Vive solo	7,8	7,1	8,7
Coniugato	61,9	60,5	63,2
Occupato lavorativamente	58,7	57,2	60,2

Guadagnare Salute

Attività fisica	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo	26,7	25,4	28,1
Parzialmente attivo	26,1	24,7	27,6
Sedentario	47,2	45,6	48,8
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica	27,3	25,8	28,9
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	39,9	36,2	43,7
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	34,7	32,9	37,2

Attività fisica secondo le raccomandazioni dell' OMS	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo	41,1	39,6	42,6
Parzialmente attivo	17,6	16,4	18,9
Sedentario	41,3	39,8	42,9

Mobilità attiva	%	IC95% inf	IC95% sup
Uso della bicicletta negli ultimi 30 giorni per gli spostamenti abituali	5,7	4,9	6,7
Tragitti a piedi negli ultimi 30 giorni per gli spostamenti abituali	32,8	31,1	34,6
Mobilità attiva complessiva negli ultimi 30 giorni per gli spostamenti abituali	34,3	32,6	36,1

Categorie di mobilità attiva in base alle raccomandazioni OMS sull'attività fisica	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivi	16,4	15,1	17,9
Parzialmente attivi	17,6	16,3	19,1
Non attivi	65,9	64,2	67,6

Sovrappeso e obesità	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	12,5	11,5	13,6
Sovrappeso	32,7	31,2	34,2
Normo/sottopeso	54,8	53,3	56,4
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	69	64,6	73
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	35	32,2	37,9
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	46,1	41,5	50,7
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	30,2	27,5	33,1

Consumi di frutta e verdura	%	IC95% inf	IC95% sup
0 porzioni	3,2	2,7	3,9
1/2 porzioni	48,9	47,3	50,4
3/4 porzioni	37,3	35,8	38,8
5+ porzioni	10,6	9,8	11,5

Consumo di sale	%	IC95% inf	IC95% sup
Adulti che fanno attenzione al consumo di sale	52,8	51,2	54,3
Adulti che hanno iniziato a fare attenzione al consumo di sale negli ultimi 12 mesi	10,9	9,9	11,9

Consiglio dei medici*	%	IC95% inf	IC95% sup
Consiglio di fare attenzione o di ridurre il consumo di sale a:			
Popolazione generale	30,8	29,3	32,4
Coloro che dichiarano ipertensione o malattia renale	60,7	57	64,2

*sono esclusi i rispondenti che non hanno avuto contatti con un medico o altro operatore sanitario nei 12 mesi precedenti l'intervista

Consumo di sale iodato	%	IC95% inf	IC95% sup
Adulti che usano sale iodato (sempre/spesso/a volte)	64,1	62,6	65,6
Adulti che consumano sale iodato abitualmente (sempre/spesso)	44,4	42,8	46

Consumo di alcol	%	IC95% inf	IC95% sup
Consumo alcol	44,4	42,9	45,9
Consumo fuori pasto	6,1	5,3	6,9
Consumo abituale elevato	0,8	0,6	1,1
Consumo binge	5,3	4,6	6,2
Consumo a maggior rischio	10,6	9,6	11,6
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	4,7	2,7	7,9

Abitudine al fumo	%	IC95% inf	IC95% sup
Non fumatori	59,1	57,6	60,6
Fumatori	26,2	24,7	27,6
in astensione	1,2	0,9	1,7
occasionalmente	0,4	0,2	0,8
quotidiani	26	24,6	27,5
Ex-fumatori	13,4	12,4	14,5
Numero medio di sigarette fumate	12,3	11,9	12,9
Chiesto se fuma	35,4	33,8	37,1
Consiglio smettere	51,5	48,2	54,8

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

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

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

Fumo passivo			
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici	88,6	87,5	89,6
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro	93,7	92,5	94,7
Astensione dal fumare nella propria abitazione	80,4	79,1	81,7
Astensione dal fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	83,1	80,3	85,6

Smettere di fumare	%	IC95% inf	IC95% sup
Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*	35,6	32,6	38,8
Esito del tentativo tra coloro che hanno tentato di smettere			
Tentativo fallito	79,1	74,3	83,2
Tentativo in corso (astinenti da meno di 6 mesi)	12,6	9,4	16,6
Tentativo riuscito (astinenti da 6 mesi o più)	8,3	5,8	11,7

* Fumatori che sono rimasti senza fumare per almeno un giorno, con l'intenzione di smettere di fumare, tra chi era fumatore fino a 12 mesi prima dell'intervista.

Rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare	%	IC95% inf	IC95% sup
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	79,5	78,3	80,7
Iperensione riferita	20,8	19,5	22,1
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	73,1	71,7	74,4
Ipercolesterolemia riferita	22,3	20,8	23,8
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare	97,2	96,8	97,6

Diabete	%	IC95% inf	IC95% sup
Diabete	6,3	5,6	7,1

Sicurezza

Dispositivi per la sicurezza stradale	%	IC95% inf	IC95% sup
Uso cintura anteriore sempre	79,7	78,3	81
Uso cintura posteriore sempre	10,7	9,7	11,9
Uso casco sempre	94,8	92,8	96,3
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni	19,6	16	23,8

Guida sotto l'effetto dell'alcol	%	IC95% inf	IC95% sup
Guida sotto effetto dell'alcol	5,2	4,2	6,5
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	2,5	2	3,2
Controlli forze dell'ordine	24,8	23,4	26,2
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	8,8	7,2	10,7

Sicurezza domestica	%	IC95% inf	IC95% sup
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico negli ultra-64enni	3	2,4	3,6
in chi convive con ultra-64enni	3,2	1,6	6
nelle donne	2,7	1,7	4,4
in chi vive con bambini fino ai 14 anni	4	3,1	5,1
Infortunio domestico che ha richiesto cure	3,5	2,4	5,3
	2,7	2,2	3,3

Programmi di prevenzione individuale

Screening cervicale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening cervicale totale	70,5	68,2	72,6
Copertura screening cervicale organizzato	46	43,5	48,4
Copertura screening cervicale spontaneo	23,2	21,1	25,4

Screening mammografico	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening mammografico totale	64,1	60,7	67,4
Copertura screening mammografico organizzato	50,1	46,7	53,5
Copertura screening mammografico spontaneo	12,5	10,3	15,3

Screening coloretale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening coloretale totale	33,1	30,8	35,5
Copertura screening coloretale organizzato	26,3	24,2	28,4
Copertura screening coloretale spontaneo	6	4,9	7,5
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	28,3	26,2	30,6
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	9,9	8,5	11,6

Vaccinazione per l'influenza stagionale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura vaccinale nei 18-64enni	9,1	7,6	10,8
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	28,5	21,8	36,2
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	5,9	4,6	7,4

Vaccinazione antirosolia	%	IC95% inf	IC95% sup
Donne in età fertile vaccinate per la rosolia	45,7	43,1	48,3
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia	2	1,3	3,1
Donne in età fertile non consapevoli dello stato immunitario	33,7	31,2	36,4
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia o non consapevoli dello stato immunitario	35,7	33,1	38,4

Benessere

Qualità della vita relativa alla salute	%	IC95% inf	IC95% sup
Stato di salute percepito positivamente	69,7	68,3	71,1
Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	3,6	3,3	3,8
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	2	1,8	2,2
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	2	1,8	2,2
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane	1,3	1,2	1,5

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

Depressione	%	IC95% inf	IC95% sup
Sintomi di depressione	5	4,3	5,9
Richiesta di aiuto da qualcuno	62	54,6	68,8
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	9,5	7,8	11,2
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	15,5	13,6	17,4
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane*	10,9	9,1	12,7

* Tra le persone con sintomi di depressione

Caratteristiche socio-anagrafiche

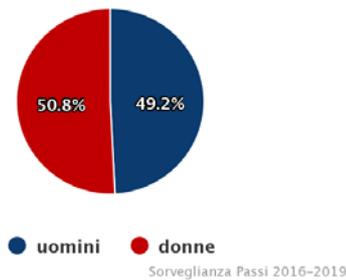
La popolazione in studio è costituita da 3.410.877 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 9 ASP della Sicilia.

Da gennaio 2016 a dicembre 2019, sono state intervistate 6.610 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

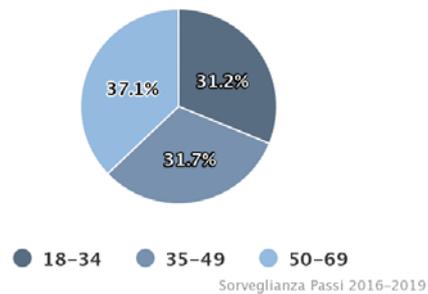
L'età e il sesso

I grafici sottostanti mostrano la distribuzione del campione per sesso e fasce d'età.

Distribuzione del campione per sesso
Distribuzione percentuale
Sicilia



Distribuzione del campione per età
Distribuzione percentuale
Sicilia



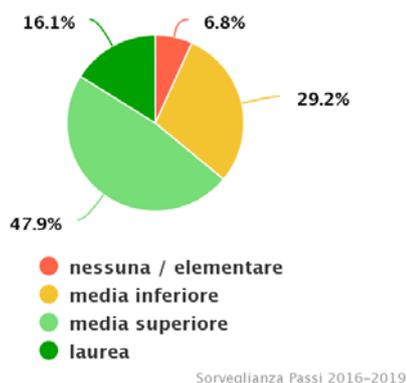
Il titolo di studio

In Sicilia il 36% (34% valore nazionale) dei 18-69enni siciliani ha un basso livello di istruzione (nessun titolo/licenza elementare o diploma di scuola media inferiore), il 64% ha un livello di istruzione alto (un diploma di scuola media superiore o è laureato).

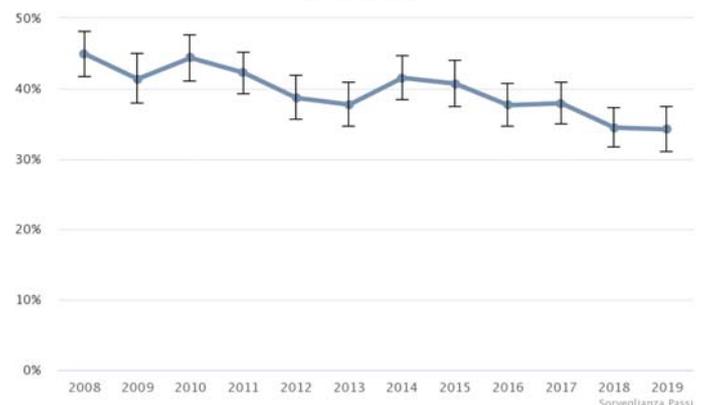
Dal 2009 al 2019 si evidenzia una lieve riduzione, seppur non costante della quota di persone con basso livello di istruzione.

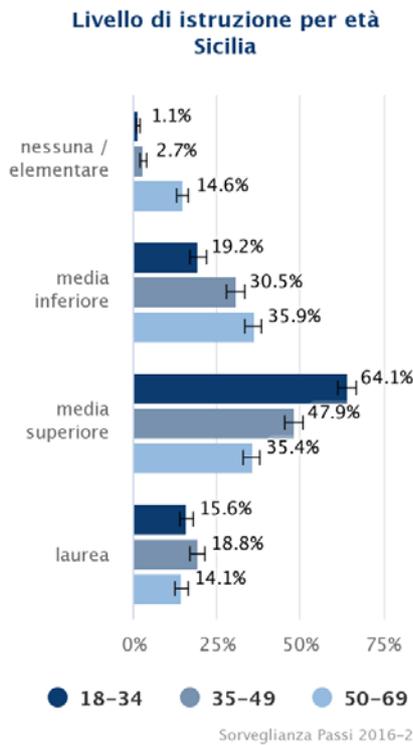
L'istruzione è fortemente età - dipendente: la bassa scolarità è più frequente fra i 50-69enni.

Distribuzione del livello di istruzione
Distribuzione percentuale
Sicilia



Trend annuale Basso livello di istruzione Regione Sicilia
Passi 2008-2019



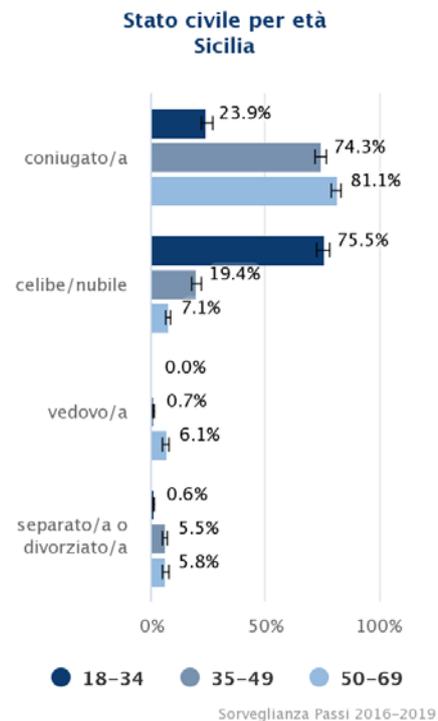
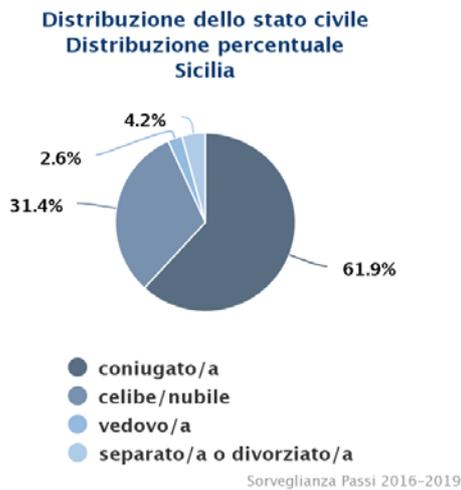


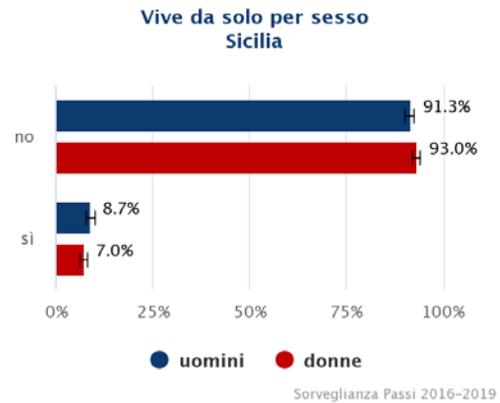
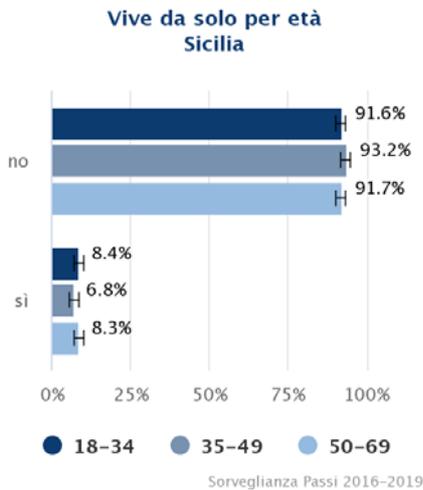
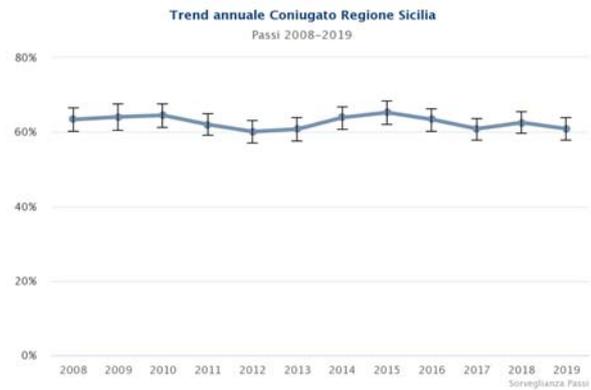
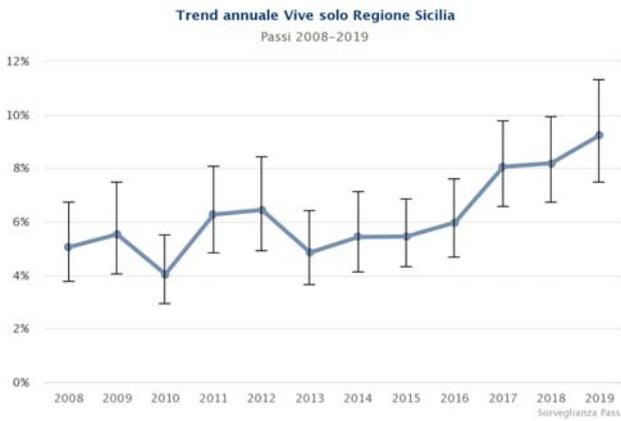
Lo stato civile

In Sicilia i coniugati/conviventi rappresentano il 62% del campione, i celibi/nubili il 31%, il restante 7% è costituito da 50-69enni vedovi o separati o divorziati.

La quota di coniugati rimane pressochè stabile nel tempo, aumenta invece, sebbene non in modo lineare, la quota delle persone che vivono sole.

In Sicilia l'8% dei 18-69enni vive da solo.





Vive solo per regione di residenza
Passi 2016-2019



Sorveglianza Passi

Coniugato per regione di residenza
Passi 2016-2019



Sorveglianza Passi

Cittadinanza

In Sicilia il campione straniero in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano rappresenta poco meno del 1%, in Italia la percentuale di cittadini stranieri è del 5%, ed è maggiore in diverse regioni del Centro-Nord, mentre è minore al Sud e nelle Isole.

Cittadinanza straniera per regione di residenza

Passi 2016-2019



- maggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- minore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Il lavoro

In Sicilia il 59% della popolazione riferisce di avere un' occupazione lavorativa, continuativa o meno, contro il 67% del valore nazionale.

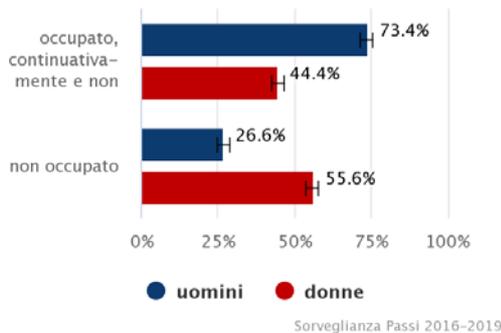
Risultano occupati lavorativamente soprattutto gli uomini (73% vs 44% delle donne) e i 35-49enni in entrambi i sessi.

Al momento dell'intervista il 12% degli intervistati è risultato in cerca di occupazione, il 32% inattivo, cioè non lavora e non sta cercando un impiego.

Tra coloro che lavorano il 69% ha un lavoro dipendente.

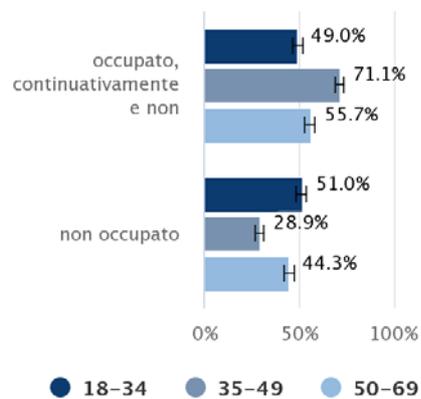
La quota di persone occupate lavorativamente rimane pressoché stabile nel tempo.

Lavoro per sesso Sicilia



Sorveglianza Passi 2016-2019

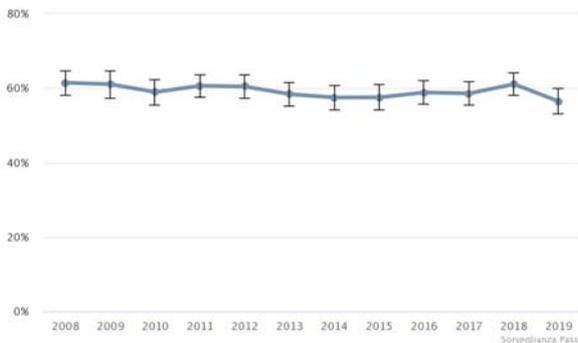
Lavoro per età Sicilia



Sorveglianza Passi 2016-2019

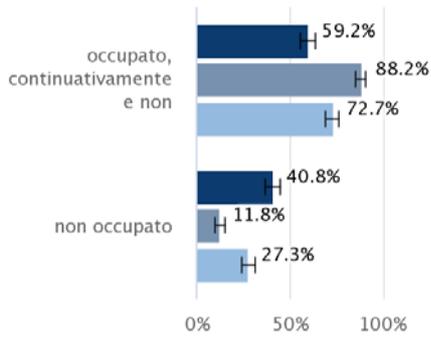
Trend annuale Occupato lavorativamente Regione Sicilia

Passi 2008-2019



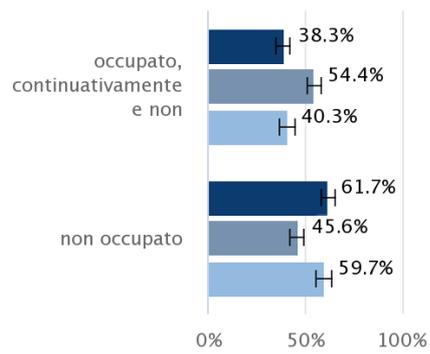
Sorveglianza Passi

**Lavoro per età - uomini
Sicilia**



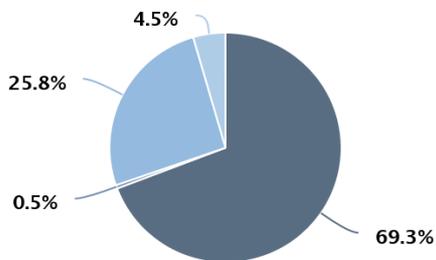
● 18-34 ● 35-49 ● 50-69
Sorveglianza Passi 2016-2019

**Lavoro per età - donne
Sicilia**



● 18-34 ● 35-49 ● 50-69
Sorveglianza Passi 2016-2019

**Distribuzione della tipologia di contratto
Distribuzione percentuale
Sicilia**



● dipendente
● cassa integrato / contratto solidarietà
● autonomo
● atipico

Sorveglianza Passi 2016-2019

**Occupato lavorativamente
per regione di residenza
Passi 2016-2019**



Sorveglianza Passi

Difficoltà economiche

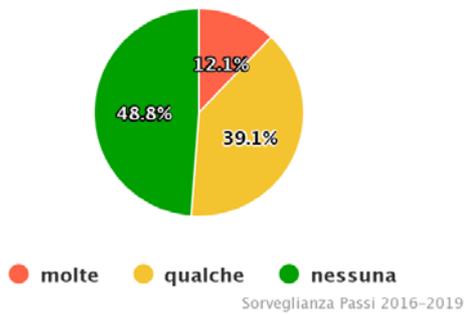
In Sicilia il 19% (12% nel a livello nazionale) del campione regionale dichiara di avere molte difficoltà economiche.

Il 32% afferma di non aver alcuna difficoltà economica.

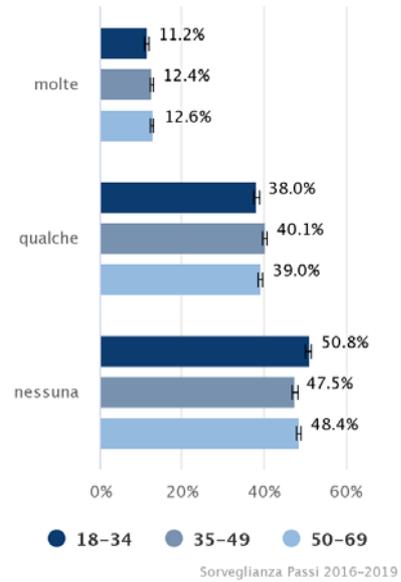
Non si evidenziano differenze significative tra le percentuali di coloro che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classe d'età.

La frequenza di persone con molte difficoltà economiche si riduce complessivamente nel tempo, sebbene negli anni 2011-2014 si registrano prevalenze in crescita.

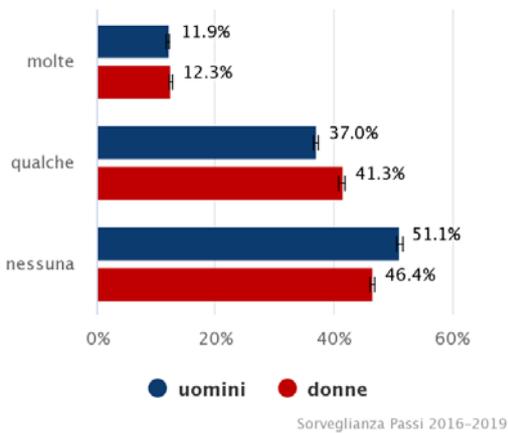
Distribuzione delle difficoltà economiche
Distribuzione percentuale
ITALIA



Difficoltà economiche per età
ITALIA



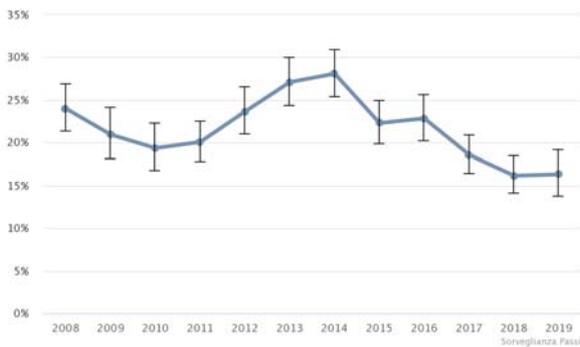
Difficoltà economiche per sesso
ITALIA



Molte difficoltà economiche per regione di residenza
Passi 2016-2019



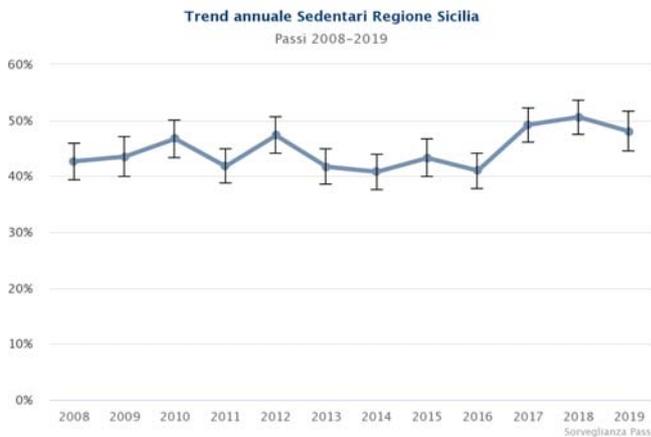
Trend annuale Molte difficoltà economiche Regione Sicilia
Passi 2008-2019



Attività fisica

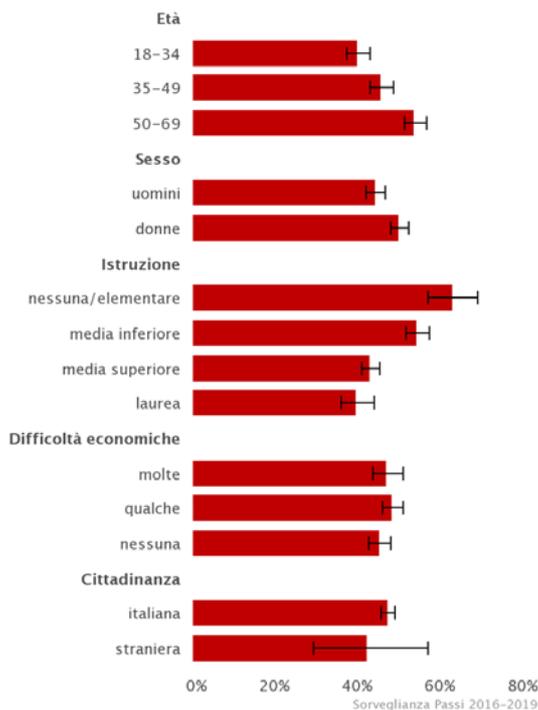
Il 27% del campione regionale ha uno stile di vita attivo, il 26% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 47% è completamente sedentario.

Sono sedentari prevalentemente i 50-69enni (54%), le donne (50%) e chi non ha nessuna istruzione o la licenza elementare (63%). A Caltanissetta poco più di un 18-69enne su 5 è sedentario, ad Enna invece risulta sedentario più di 1 adulto su 2.



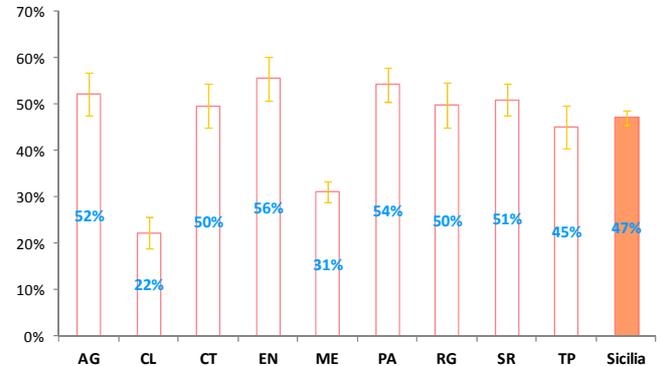
Sedentari per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 47.2% (IC95%: 45.6-48.8%)



Sedentari

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2016-2019



In Italia, nel quadriennio 2016-2019, la percentuale di sedentari è risultata del 31% con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. L'analisi delle prevalenze di sedentari per anno mostra un andamento fortemente oscillante nell'intero periodo considerato.

Sedentario per regione di residenza

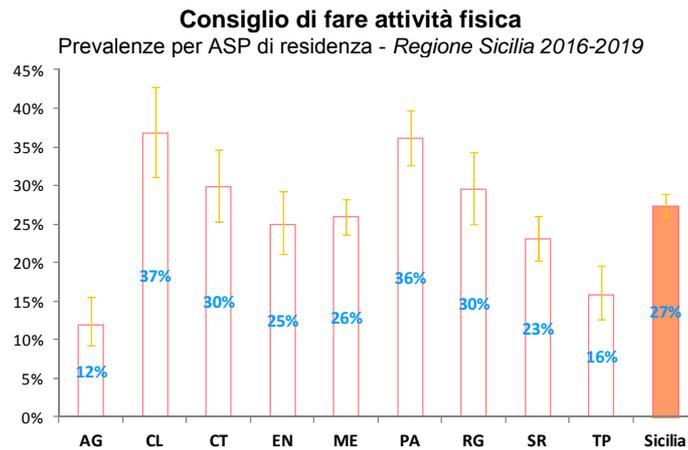
Passi 2016-2019



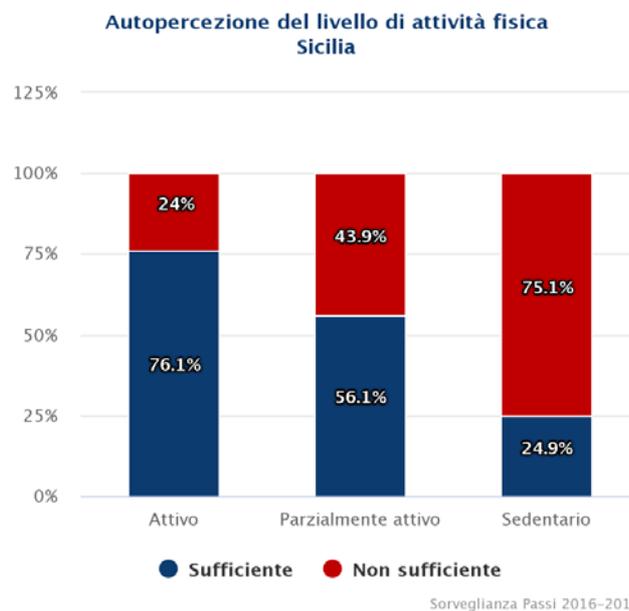
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

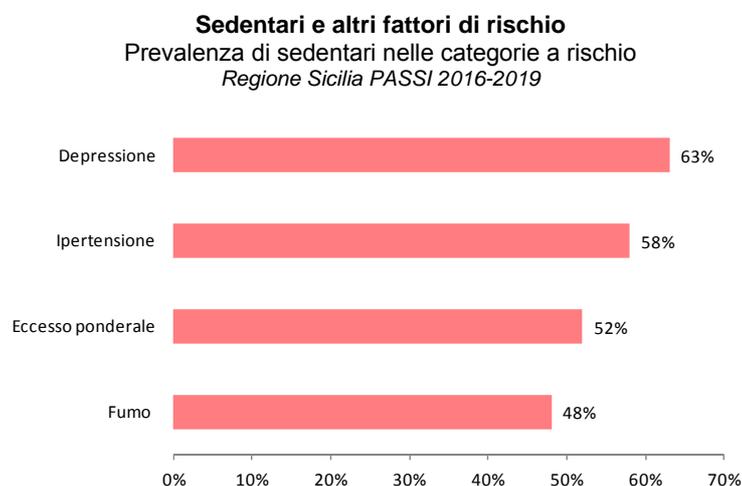
In Sicilia il 27% dei 18-69enni ha ricevuto il consiglio di svolgere esercizio fisico regolarmente, tale percentuale cresce raggiungendo il 35% tra coloro che sono in sovrappeso e il 40% fra coloro che hanno almeno una patologia cronica. Tra le ASP siciliane la percentuale di persone a cui è stato consigliato, da parte del medico, di svolgere attività fisica varia dal 12% di Agrigento al 37% di Caltanissetta.



La percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata è importante al fine di eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo, ma non sempre corrisponde a quella effettivamente svolta: in Sicilia più di una persona parzialmente attiva su due e quasi 1 sedentario su 4 percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.



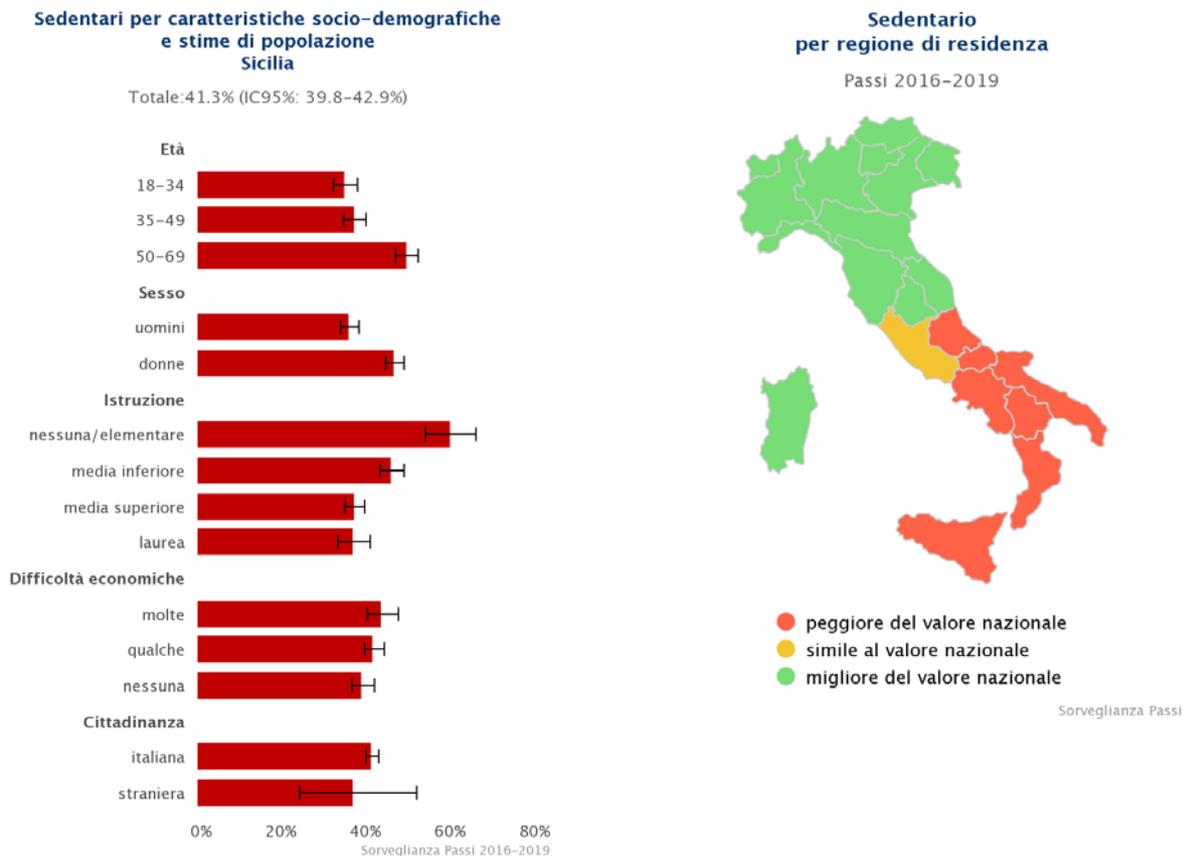
La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso, e fumatori). In Sicilia il 63% delle persone che soffrono di sintomi depressivi e il 58% degli ipertesi risultano sedentari.



Attività fisica secondo le raccomandazioni dell'OMS

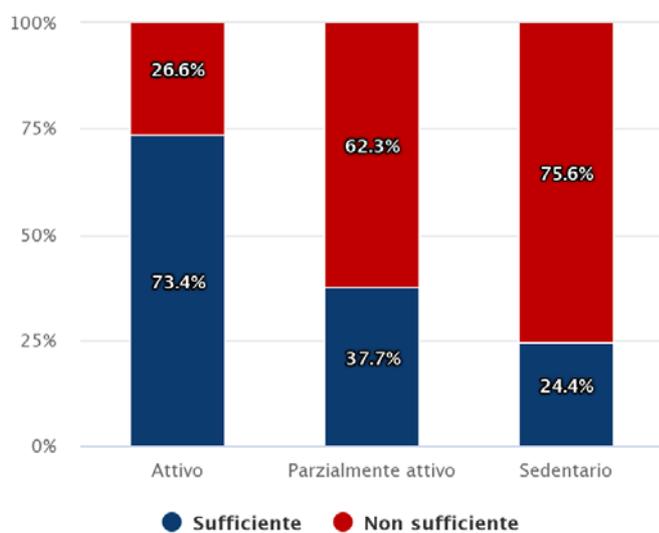
Dal 2019, le analisi condotte sui dati raccolti e la classificazione delle persone in queste tre categorie considerano quanto attualmente indicato dall'OMS per gli adulti. Si considerano "fisicamente attive" le persone che aderiscono alle indicazioni OMS, ovvero praticano settimanalmente almeno 150 minuti di attività fisica moderata o 75 minuti di attività intensa o combinazioni equivalenti delle due modalità (assumendo che i minuti di attività intensa valgano il doppio di quella moderata e le sessioni di attività minori di 10 minuti non siano considerate). Sono considerati fisicamente attivi anche coloro che svolgono un lavoro regolare (ovvero continuativo nel tempo) che richiede un notevole sforzo fisico (come il manovale, il muratore, l'agricoltore), indipendentemente dalla quantità di attività fisica svolta nel tempo libero. Si definiscono "parzialmente attive" le persone che svolgono qualche attività fisica moderata o intensa nel tempo libero, in sessioni superiori a 10 minuti, ma senza raggiungere i livelli settimanali raccomandati dall'OMS, oppure non fanno alcuna attività fisica nel tempo libero ma svolgono un lavoro regolare (continuativo) che richiede un moderato sforzo fisico (come l'operaio in fabbrica, il cameriere, l'addetto alle pulizie). Infine, sono classificati come "sedentari" gli individui che non praticano attività fisica nel tempo libero e non lavorano, oppure svolgono un lavoro sedentario o uno che pur richiedendo uno sforzo fisico (moderato o pesante) non è regolare e continuativo nel tempo. Secondo la definizione basata sui correnti standard OMS, tra gli adulti residenti in Sicilia i "fisicamente attivi" sono il 41% della popolazione, i "parzialmente attivi" il 18% e i "sedentari" il 41%.

La sedentarietà è più frequente all'avanzare dell'età raggiungendo il 50% fra i 50-69enni, fra le donne e fra le persone con uno status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche o basso livello di istruzione. Il gradiente geografico è molto chiaro e a sfavore delle Regioni meridionali.



Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta: più di 1 adulto su 3 fra i parzialmente attivi, e quasi 1 su 4 fra i sedentari, percepiscono come sufficiente il proprio impegno.

Autopercezione del livello di attività fisica Sicilia



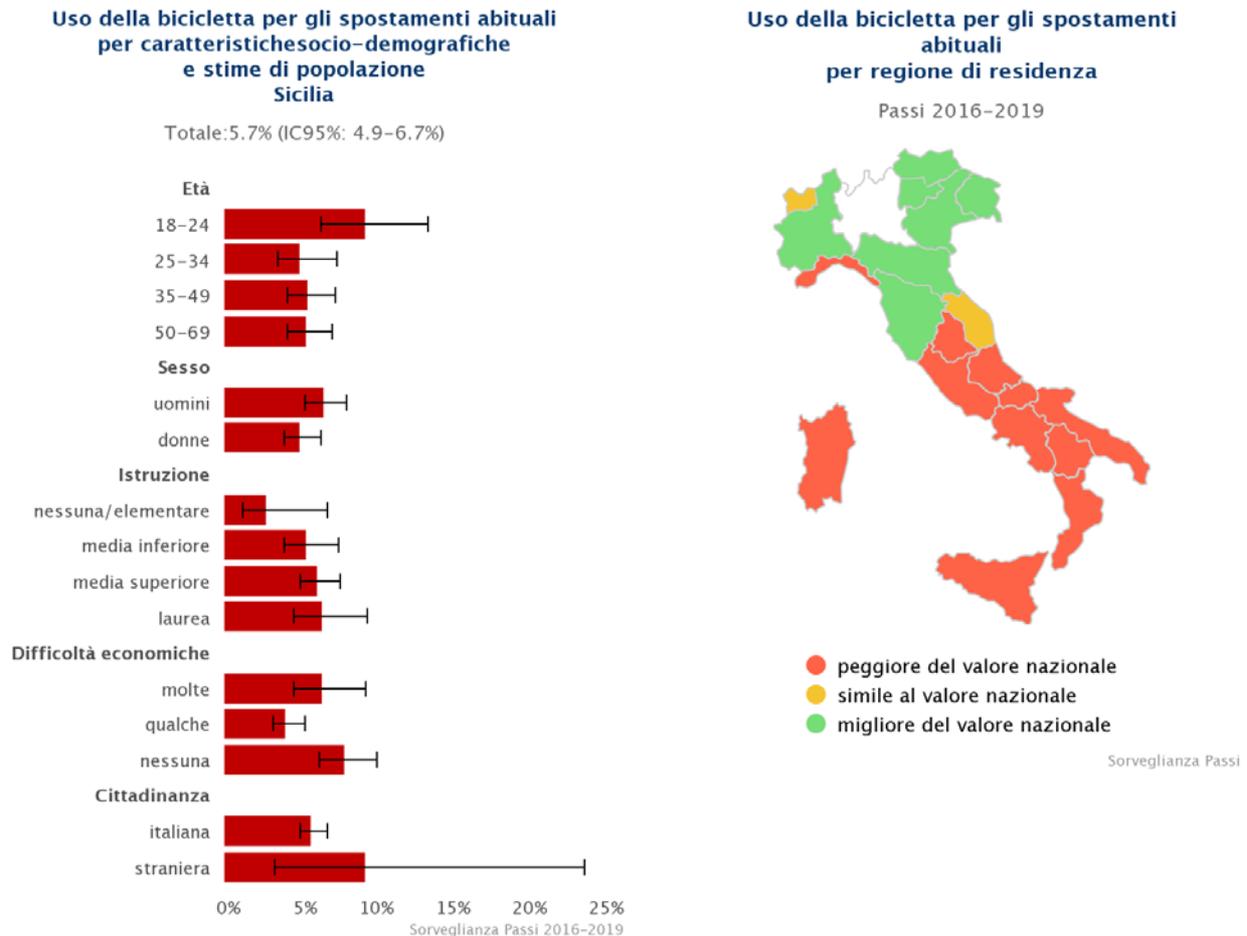
Sorveglianza Passi 2016-2019

Mobilità attiva

L'OMS raccomanda di praticare almeno 150 minuti a settimana di attività moderata, o 75 minuti di attività intensa o combinazioni equivalenti delle due modalità, consigliando inoltre di svolgere sessioni di almeno 10 minuti per ottenere benefici cardio-respiratori. Andare in bicicletta o percorrere dei tragitti a piedi per gli spostamenti abituali può essere considerata attività fisica moderata. Ricorrere alla mobilità attiva, facendo uso di bicicletta o spostandosi a piedi, per almeno 10 minuti in ogni occasione e cumulando almeno 150 minuti settimanalmente garantisce il raggiungimento dei livelli minimi di attività fisica raccomandati da OMS, indipendentemente dall'attività fisica praticata nel tempo libero o durante l'attività lavorativa

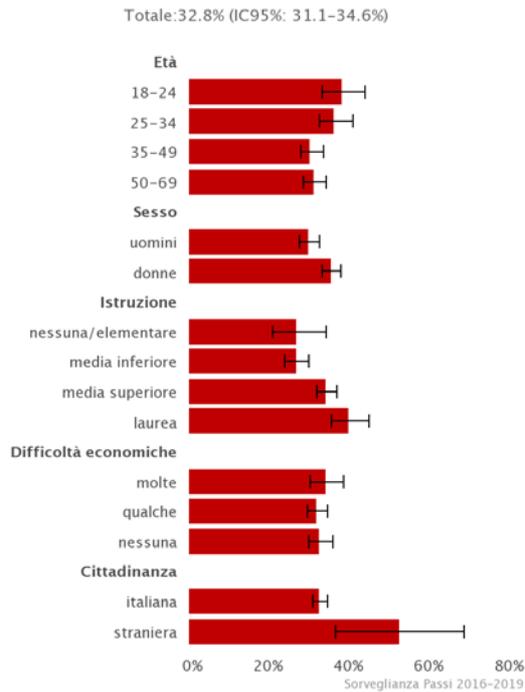
Così utilizzando le informazioni sul tempo impiegato per mobilità attiva si possono definire "fisicamente attive per la pratica di mobilità attiva", le persone che usano la bicicletta o vanno a piedi per gli spostamenti abituali per almeno 150 minuti a settimana, in sessioni non inferiori a 10 minuti); "parzialmente attive per la pratica di mobilità attiva" le persone che praticano sessioni di almeno 10 minuti ma non raggiungono i 150 minuti a settimana; e le persone che non praticano mobilità attiva o pur praticando mobilità attiva non garantiscono tempi di percorrenza a piedi o tempi d'uso della bicicletta superiori a 10 minuti in ogni occasione possono essere denominate come "non attive per mobilità attiva praticata".

In Sicilia il 6% (11% valore nazionale) degli adulti utilizza la bicicletta per andare a lavoro, a scuola o per gli spostamenti quotidiani. È un'abitudine più frequente tra i giovani di 18-24 anni di età, fra gli uomini, fra le persone senza difficoltà economiche e alto livello di istruzione. Il gradiente geografico è molto chiaro e a favore delle Regioni del Nord Italia, Chi si muove in bicicletta lo fa per quasi 4 giorni alla settimana e complessivamente per 182 minuti a settimana.



Il 33% (41% dato nazionale) delle persone tra i 18 e i 69 anni di età ha dichiarato di aver fatto nell'ultimo mese tragitti a piedi per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali. La percentuale di persone che si muove a piedi per i propri spostamenti abituali è leggermente maggiore tra i 18-24enni, fra le donne, fra le persone con molte difficoltà economiche e fra le più istruite. Chi si muove a piedi per gli spostamenti abituali lo fa mediamente per 4,6 giorni alla settimana, complessivamente per 171 minuti settimanali. Si osserva un gradiente geografico a favore delle regioni del Nord..

Tragitti a piedi per gli spostamenti abituali per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



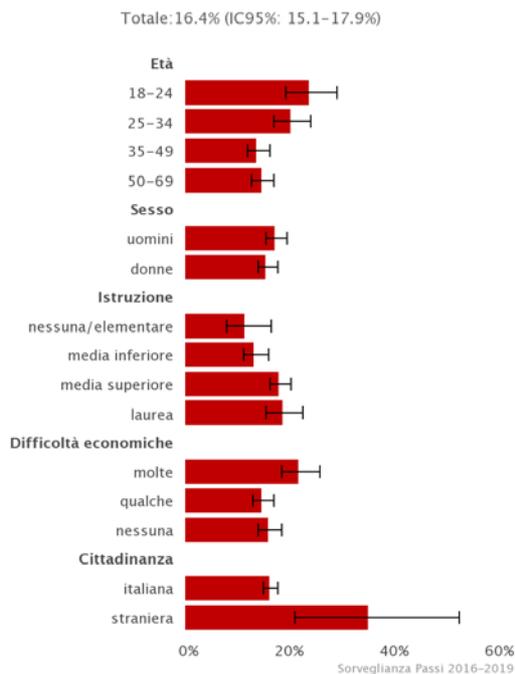
Tragitti a piedi per gli spostamenti abituali per regione di residenza



In Sicilia il 16 % degli intervistati risulta fisicamente attivo con la pratica della mobilità attiva perché per i propri spostamenti abituali in bicicletta o a piedi raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS di almeno 150 minuti a settimana di attività moderata (con sessioni non inferiori ai 10 minuti continuativi); il 18% risulta parzialmente attivo per mobilità attiva praticata perché si sposta a piedi o in bicicletta ma lo fa per meno di 150 minuti a settimana; il restante 66% della popolazione si sposta con veicoli a motore (privati o pubblici) senza o con trascurabili tragitti a piedi o in bicicletta.

La quota di persone che raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS attraverso la mobilità attiva è maggiore tra i 18-24enni, fra gli uomini, fra le persone più istruite e fra coloro che hanno molte difficoltà economiche. Si registra un gradiente geografico a favore del Nord Italia.

Attivi per mobilità attiva praticata per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

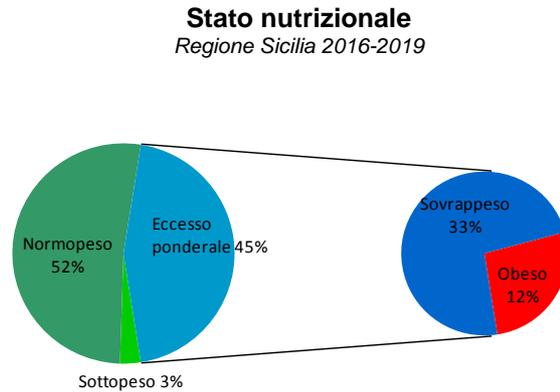


Attivi per mobilità attiva praticata per regione di residenza



Sovrappeso e obesità

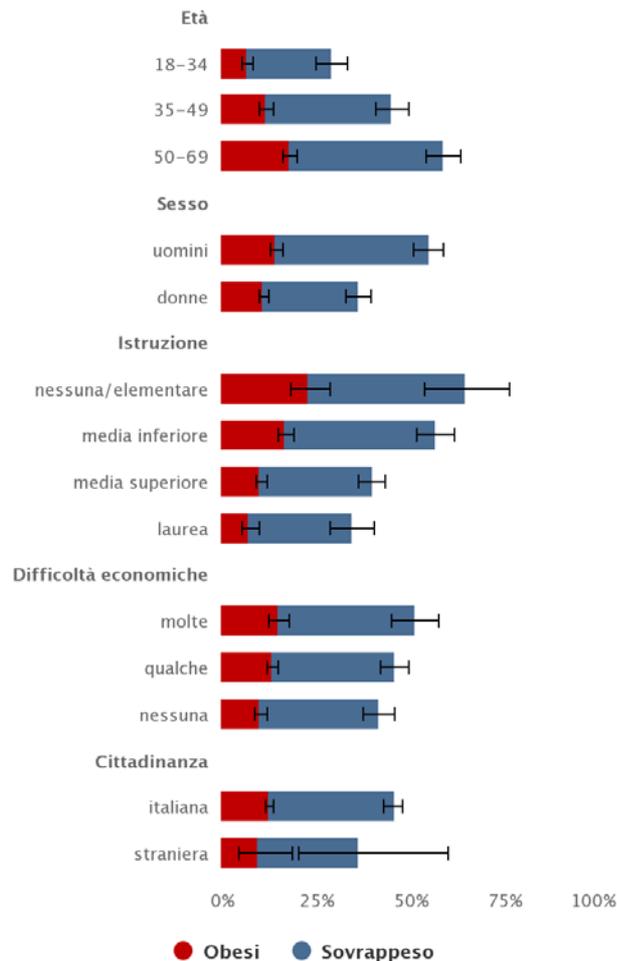
In Sicilia il 45% dei 18-69enni presenta un eccesso ponderale, 1 adulto su tre è in sovrappeso, e più di 1 adulto su 10 è obeso.



L'essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini, fra le persone con basso titolo di studio e fra quelle con molte difficoltà economiche.

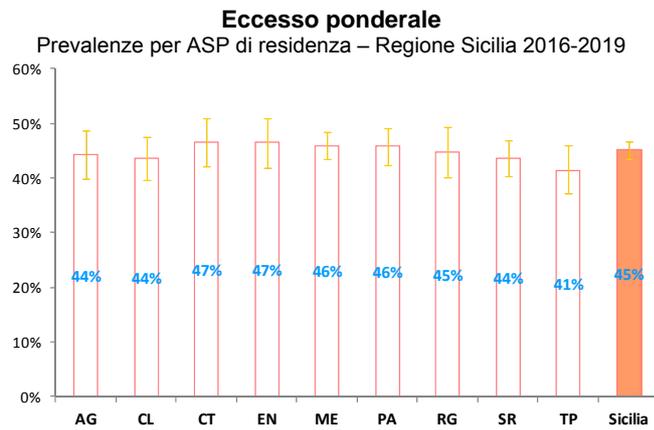
Eccesso ponderale per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale 45,2% (I.C. 95%: 43,6-46,9%)



Sorveglianza Passi 2016-2019

Fra le ASP siciliane, a Trapani si osserva la quota più bassa di persone in eccesso ponderale.



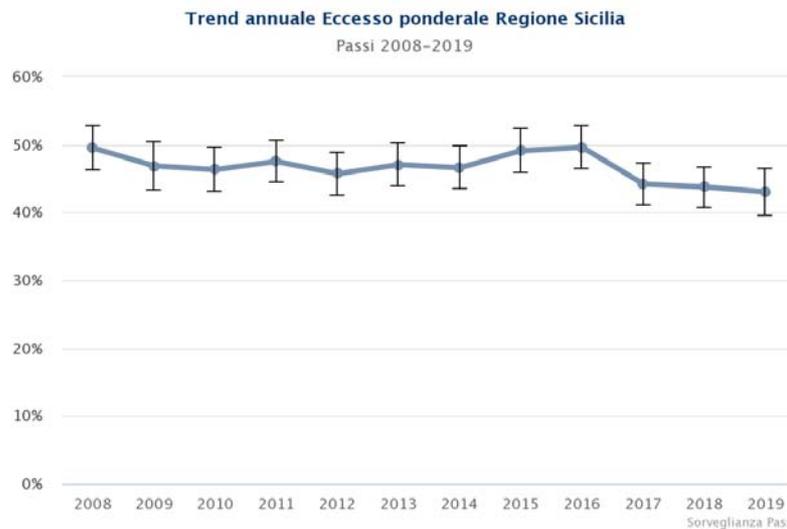
Eccesso ponderale per regione di residenza
Passi 2016-2019



Sorveglianza Passi

In Italia, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%. Si osserva un gradiente geografico a sfavore delle Regioni meridionali.

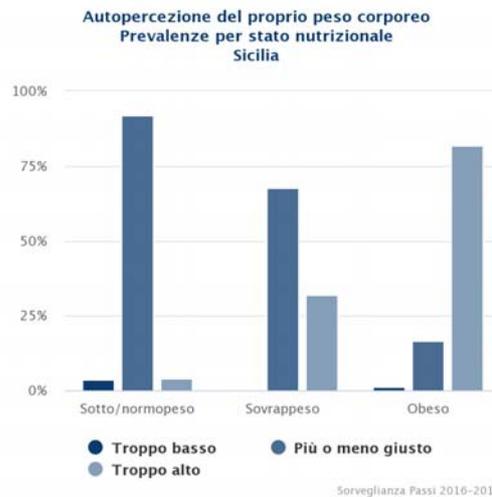
La quota di persone in eccesso ponderale si mantiene stabile negli anni 2008-2016, dal 2016 si osserva un lieve decremento.



Sorveglianza Passi

La percezione del proprio peso corporeo non sempre coincide con il IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati, in particolare, in Sicilia, ritiene il proprio peso più o meno giusto, il 68% delle persone in sovrappeso ed il 17% degli obesi.

Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: fra i 18-69enni in sovrappeso considera il proprio peso più o meno giusto il 55% delle donne e il 76% degli uomini, e lo reputa alto il 44% delle donne e il 24% degli uomini.



In Sicilia il 35% (38% dato nazionale) delle persone in sovrappeso e il 69% (73% dato nazionale) delle persone obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario. Ad Agrigento soltanto una persona in eccesso ponderale su dieci ha ricevuto il consiglio di fare una dieta. A Catania, Palermo e Siracusa più di una persona su due ha ricevuto tale consiglio. Il 26% delle persone in eccesso ponderale segue una dieta per perdere o mantenere il proprio peso. Fra le persone in eccesso ponderale la dieta viene eseguita principalmente dalle donne (33% vs 21% negli uomini), dagli obesi (37% vs 22% dei sovrappeso), da coloro che ritengono il proprio peso “troppo alto” (38% rispetto a quelle che ritengono il proprio peso “giusto” 16%) e da coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (46% vs 12%).

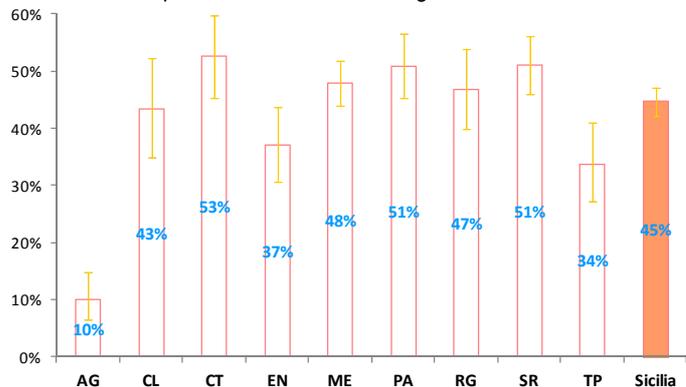
Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale per regione di residenza
Passi 2016-2019



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

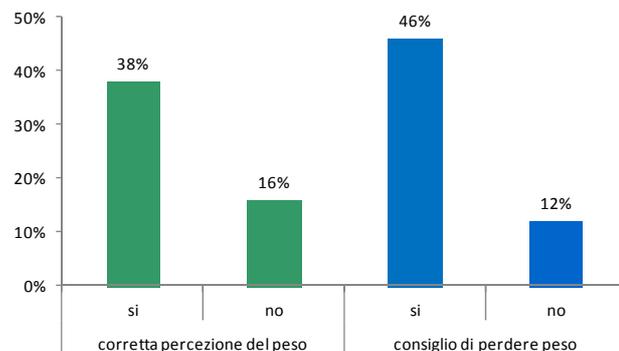
Sorveglianza Passi

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2016-2019



Attuazione di una dieta

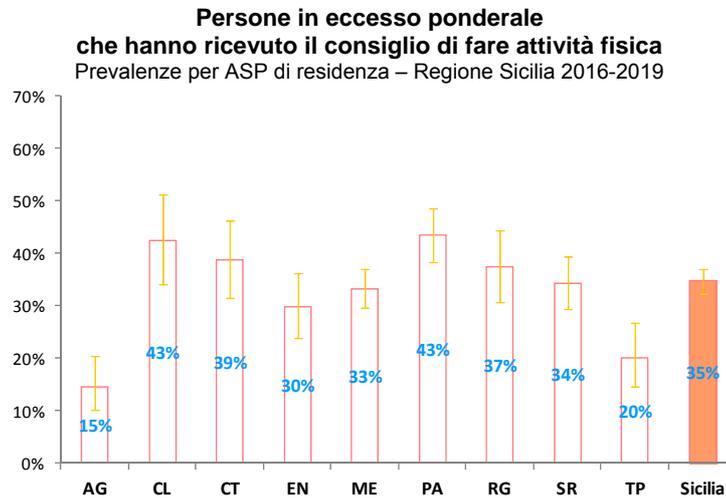
% di “sovrappeso/obesi” che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso e per consiglio dell’operatore sanitario
Regione Sicilia 2016-2019



Il 50% degli adulti in sovrappeso e il 57% degli adulti obesi è sedentario. Il 35% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 30% delle persone in sovrappeso e il 46% di quelle obese.

Fra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica, il 48% pratica attività fisica.

Tra le ASP regionali, si osserva una grande variabilità fra le quote di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica: le percentuali variano dal 15% di Agrigento al 43% di Caltanissetta e di Palermo.



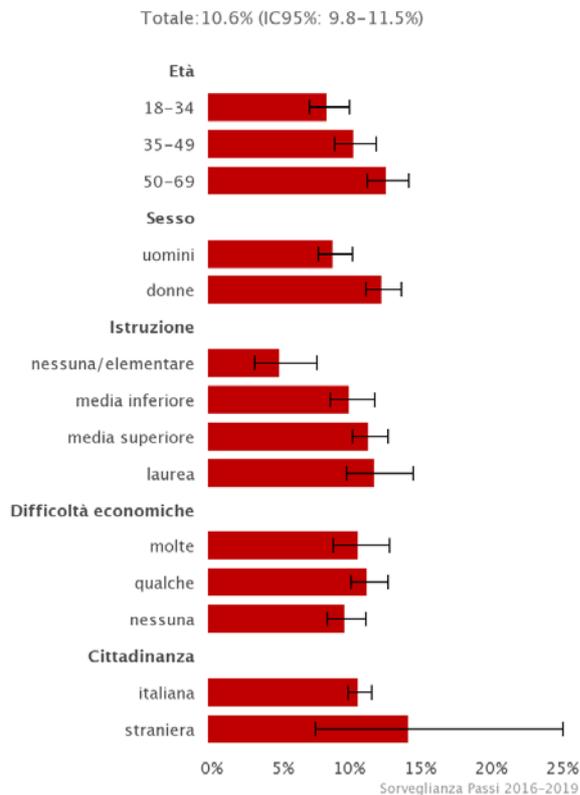
Consumi di frutta e verdura

In Sicilia il 49% dei 18-69enni consuma 1-2 porzioni di frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 37% ne consuma 3-4, e l'11% consuma le 5 porzioni raccomandate. L'adesione al *five-a-day* aumenta al crescere dell'età (raggiungendo il 13% nei 50-69enni) e al crescere del livello d'istruzione (5% nessuna istruzione o licenza elementare vs 12% laurea), è più diffusa nelle donne (12% vs 9%). Tra le ASP regionali si osserva un'elevata variabilità nell'adesione al *five-a-day*: Siracusa, Caltanissetta e Catania risultano le province con le percentuali di adesione più basse, mentre ad Agrigento un adulto su cinque assume giornalmente le 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate.

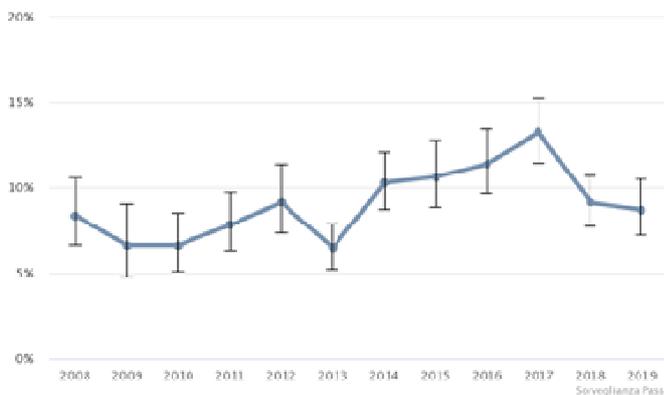
In Italia, 1 adulto su 10 aderisce al *five-a-day*, si osserva un gradiente Nord-Sud, con una più bassa adesione prevalentemente tra i residenti delle Regioni del centro e Sud Italia ad eccezione della Sicilia.

L'analisi per anno delle prevalenze di adesione al *five-a-day* mostra un trend altalenante nel periodo 2008-2019.

Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

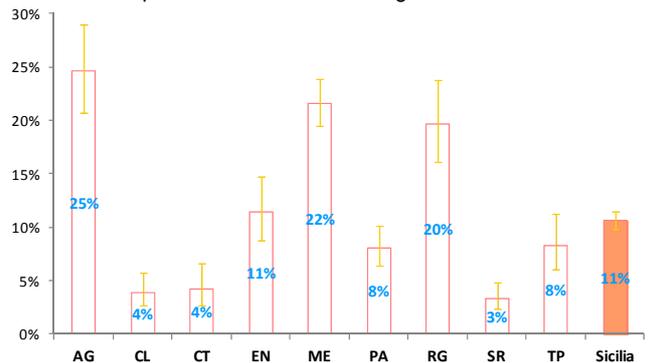


Trend annuale Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura Regione Sicilia Passi 2008-2019



Adesione al *five-a-day*

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2016-2019



Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura per regione di residenza Passi 2016-2019



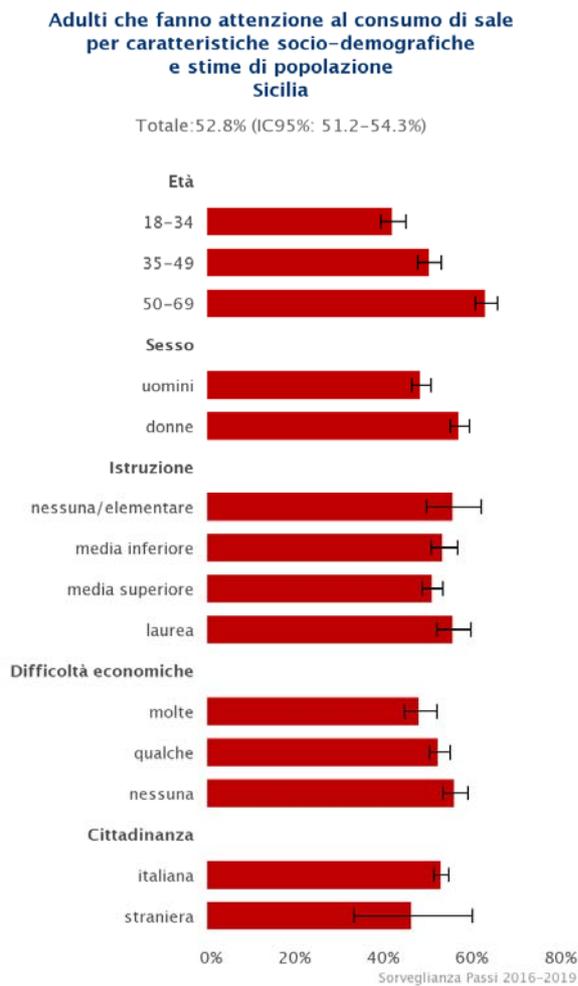
Consumo di sale

I dati PASSI riferiti al quadriennio 2016-2019 rivelano che, in Sicilia il 53% degli adulti intervistati (58% valore nazionale) fanno attenzione o cercano di ridurre la quantità di sale assunta a tavola, nella preparazione dei cibi e nel consumo di quelli conservati; l'11% riferisce di aver cominciato a prestare attenzione all'utilizzo del sale nell'alimentazione nell'ultimo anno. L'uso consapevole del sale è più frequente fra le donne (57% vs 48% negli uomini), nelle persone più mature di età (raggiunge il 63% fra i 50-69enni vs 42% fra i 18-34enni), e in chi non ha difficoltà economiche (56% vs 48% di chi ne riferisce molte). Riguardo l'istruzione, se si escludono le persone con al più la licenza elementare (quota molto bassa, e perlopiù riferita a classi di età più avanzate), i laureati hanno un'attenzione maggiore all'impiego di sale nell'alimentazione.

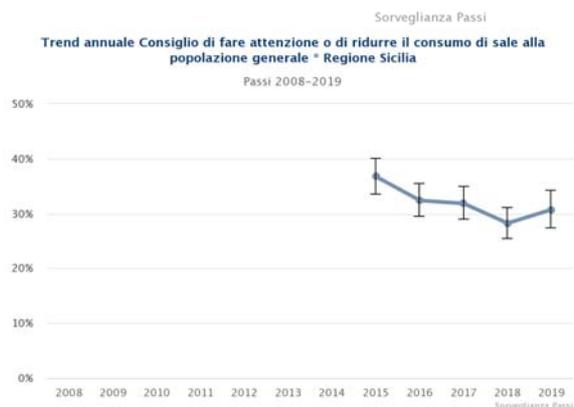
Fra le persone con almeno una patologia cronica, e in particolare tra chi ha una diagnosi di ipertensione arteriosa o di insufficienza renale (per la quali la riduzione del consumo di sale diventa strumento di controllo della malattia), la percentuale di chi ne fa un uso consapevole risulta più alta (77%).

I dati sull'attenzione dei medici alla "salute a tavola" dei loro assistiti mostrano ancora una volta (come accade per i consigli su fumo, alcol, sedentarietà o eccesso ponderale) che il consiglio medico è uno strumento ancora poco utilizzato e in gran parte finalizzato al contenimento del danno. Fra coloro che hanno avuto un contatto con un medico o altro operatore sanitario nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 31% degli intervistati ed in particolare il 61% fra le persone con ipertensione o insufficienza renale, riferisce di aver ricevuto il consiglio su un utilizzo appropriato del sale nella dieta.

Nel periodo 2015-2019 si osserva una riduzione delle percentuali di persone che hanno ricevuto il consiglio di fare attenzione o di ridurre il consumo di sale (dal 37% nel 2015 al 31% nel 2019).



Adulti che fanno attenzione al consumo di sale per regione di residenza

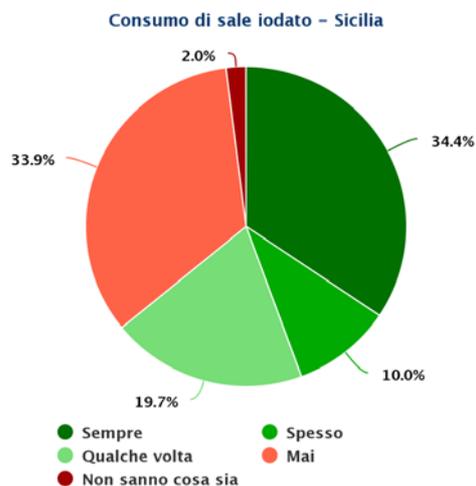


I dati relativi al quadriennio 2016-2019 evidenziano una buona consapevolezza, nella popolazione adulta italiana, dell'importanza di assumere iodio attraverso il sale iodato.

Complessivamente, infatti, il 64% (71% dato nazionale) delle persone intervistate sceglie di utilizzare il sale iodato, il 44% lo usa abitualmente (34% sempre e il 10% spesso) altri riferiscono di usarlo qualche volta (20%).

Il 2% degli intervistati non sa cosa sia il sale iodato.

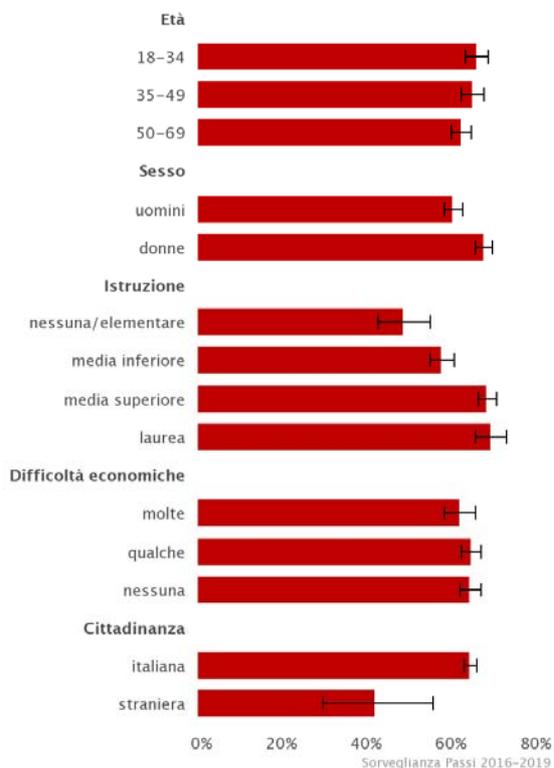
Il consumo del sale iodato cresce, seppur in maniera non lineare, nel tempo passando dal 60% nel 2015 al 67% nel 2019. Usano il sale iodato principalmente le donne (68% vs 60% degli uomini), i 18-49enni e le persone più istruite (69% fra i laureati vs 49% fra chi ha al più la licenza elementare).



Sorveglianza Passi 2016-2019

Adulti che usano sale iodato per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Popolazione di riferimento:
Totale: 64,1% (IC95%: 62,6-65,6%)



Adulti che usano sale iodato per regione di residenza

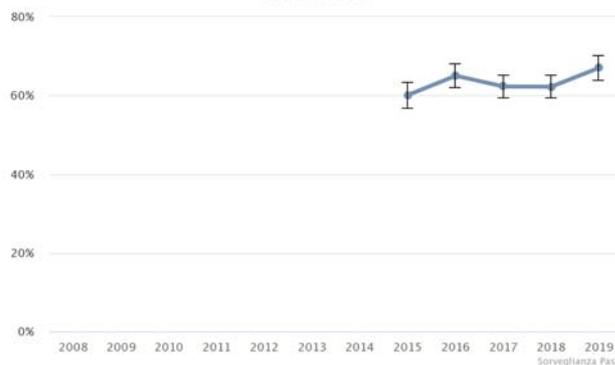
Passi 2016-2019



● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Trend annuale Adulti che usano sale iodato Regione Sicilia
Passi 2008-2019

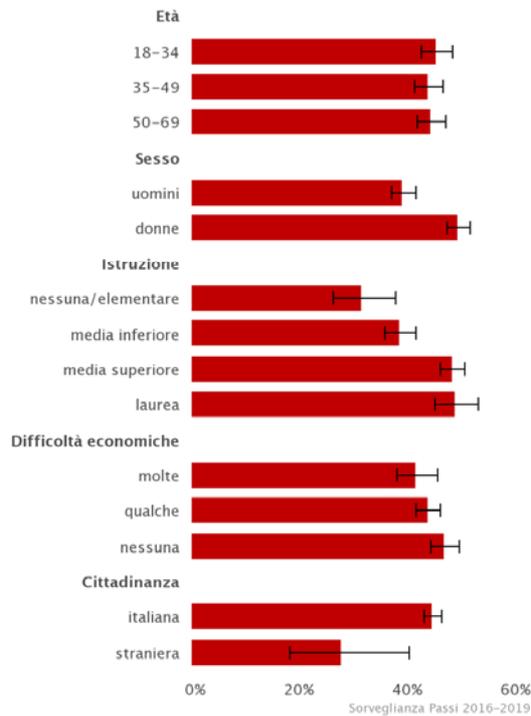


L'uso abituale del sale iodato è più frequente nelle donne (49% vs 39% negli uomini), nelle persone con livello di istruzione alto (49% fra i laureati vs 32% tra coloro che hanno al più la licenza elementare), e fra quelle con nessuna difficoltà economica (47% vs 42% fra coloro che dichiarano di avere difficoltà economiche).

Adulti che usano sale iodato abitualmente

per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Popolazione di riferimento:
Totale:44.4% (IC95%: 42.8-46.0%)



Adulti che usano sale iodato abitualmente per regione di residenza

Passi 2016-2019



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

Sorveglianza Passi

Consumo di alcol

In Sicilia nel quadriennio 2016-2019, il 45% dei 18-69enni ha consumato almeno una bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni, il 6% di coloro che consumano alcol lo beve esclusivamente o prevalentemente fuori pasto, l'1% dei bevitori è un consumatore abituale elevato, il 5% degli intervistati è un consumatore binge.

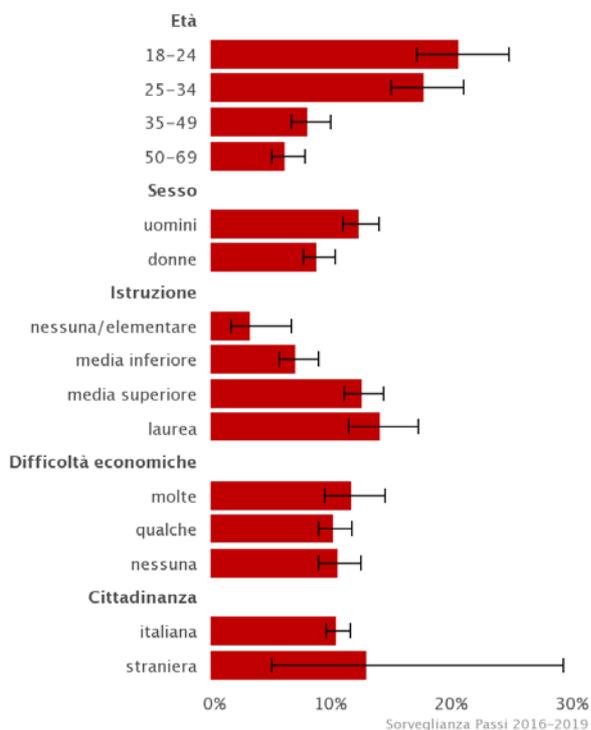
Consumo a maggior rischio

L'11% dei 18-69enni siciliani, è un consumatore di alcol a "maggior rischio" perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.

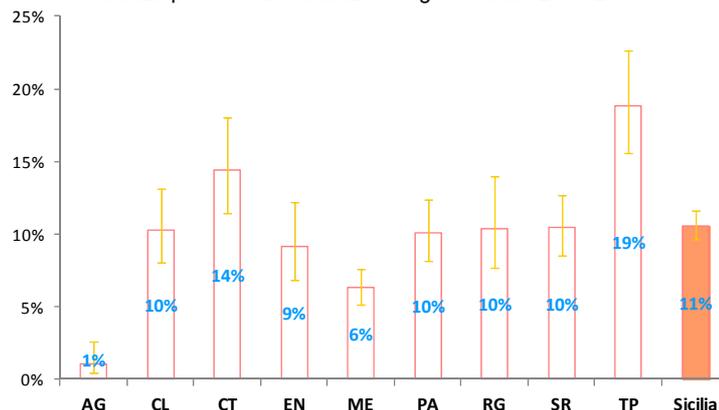
Il consumo di alcol a maggior rischio è un comportamento più frequente tra i 18-24enni (21%), tra gli uomini (12% vs 9%), tra chi ha molte difficoltà economiche (12%) e tra fra i laureati (14%).

Consumo alcolico a maggior rischio per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 10.6% (IC95%: 9.7-11.7%)



Consumo a maggior rischio Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2016-2019



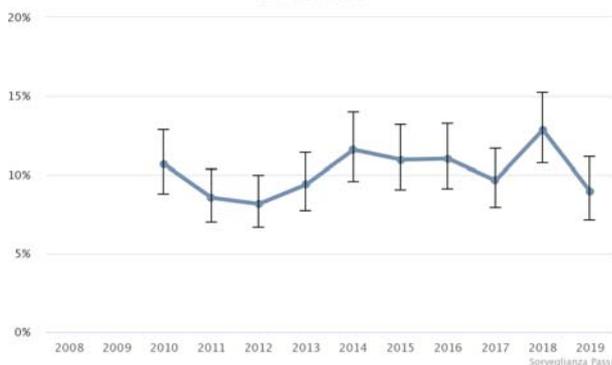
Tra le ASP regionali il consumo a maggior rischio è più diffuso nell'ASP di Trapani, ad Agrigento soltanto l'1% dei 18-69enni è un consumatore a maggior rischio.

Il 17% della popolazione adulta italiana è classificabile come bevitore a maggior rischio.

La distribuzione del consumo alcolico a maggior rischio mostra un gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali e in Umbria, nelle Marche, nel Molise e in Sardegna.

Si evidenzia un andamento piuttosto variabile delle percentuali di consumatori a maggior rischio nel periodo considerato.

Trend annuale Consumo a maggior rischio Regione Sicilia Passi 2008-2019



Consumo a maggior rischio per regione di residenza Passi 2016-2019



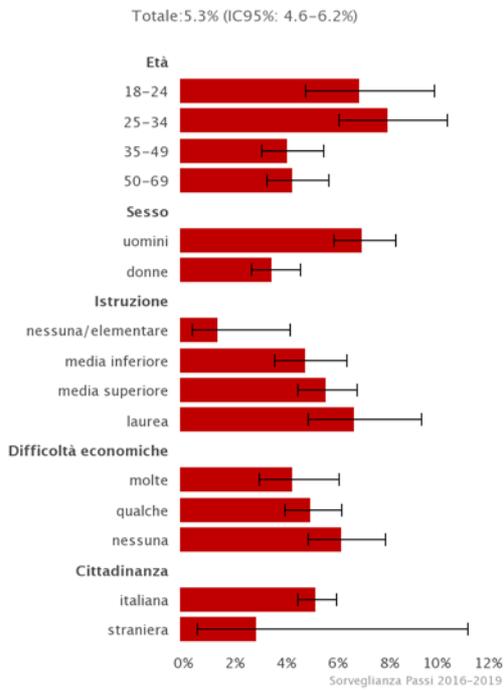
Consumo binge

In Sicilia il 5% (9% in Italia) della popolazione adulta è classificabile come consumatore binge. Il consumo binge è più frequente nei 18-34enni, negli uomini, e in coloro che sono socialmente più avvantaggiati, senza difficoltà economiche o con un alto livello di istruzione.

Nelle ASP di Catania e Trapani si registrano le quote di *binge drinkers* più elevate, ad Agrigento soltanto l'1% degli intervistati è un consumatore binge.

L'analisi per anno del consumo binge evidenzia un andamento molto variabile nel tempo.

Consumo binge per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Consumo binge per regione di residenza

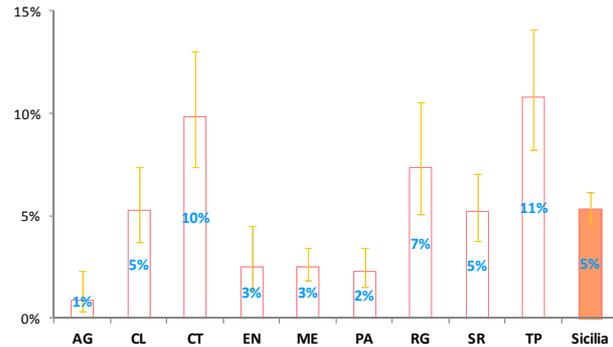
Passi 2016-2019



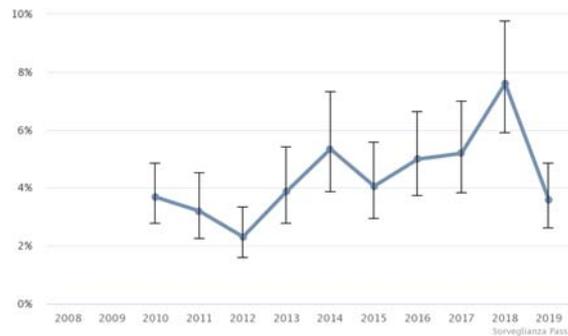
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Consumo binge
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2016-2019



Trend annuale Consumo binge Regione Sicilia
Passi 2008-2019



Solo il 5% dei bevitori a maggior rischio (6% dato nazionale) ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte del medico, hanno ricevuto il consiglio principalmente coloro che fanno un consumo abituale di alcool elevato(10%).

Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico per regione di residenza

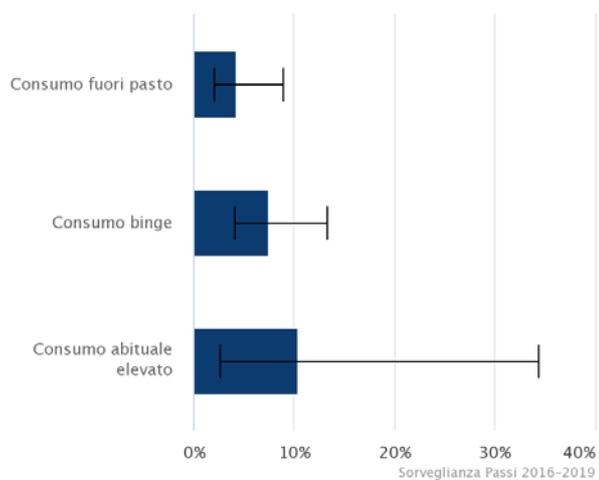
Passi 2016-2019



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

Sorveglianza Passi

Categorie di bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico Sicilia



Sorveglianza Passi 2016-2019

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco, oggi in Italia, costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. I fumatori in Sicilia sono il 27%, tra questi il 26% è un *fumatore quotidiano* in quanto fuma ogni giorno. In media un fumatore abituale fuma 12 sigarette al giorno. Il 59% dei 18-69enni siciliani non fuma, il 13% ha smesso di fumare.

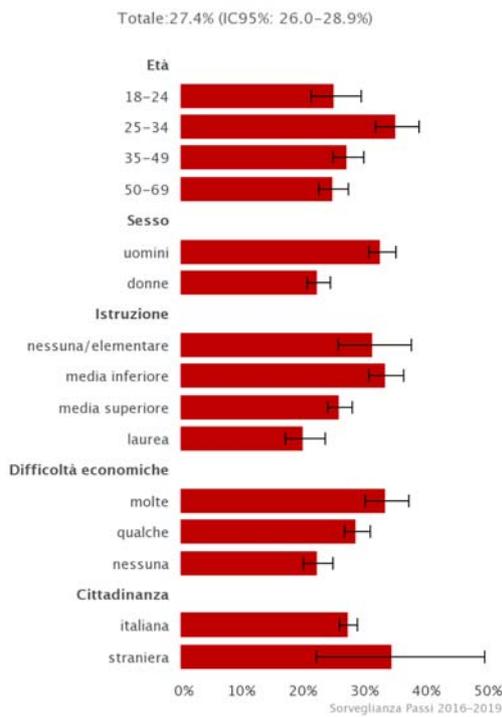
Fumatori

L'abitudine al fumo è più frequente nei 25-34enni (35%), negli uomini (33% vs 22%), nelle persone con titolo di studio di media inferiore (33%), in quelle con molte difficoltà economiche (33%).

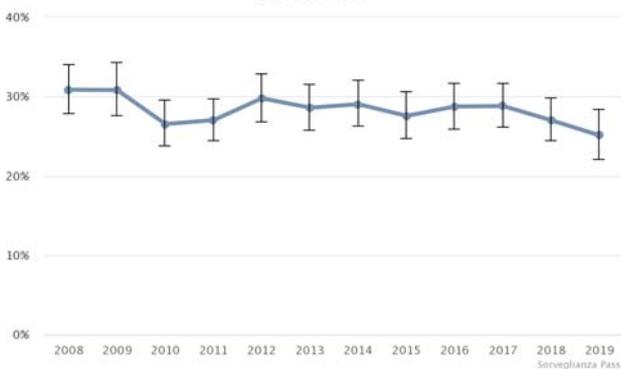
Fra le ASP regionali la quota di fumatori più bassa si osserva ad Agrigento, la quota più alta ad Enna. Il trend annuale delle prevalenze dei fumatori è un trend complessivamente in decrescita anche se non in maniera lineare.

In Italia il 25% degli intervistati è fumatore, con un' evidente variabilità regionale.

Fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

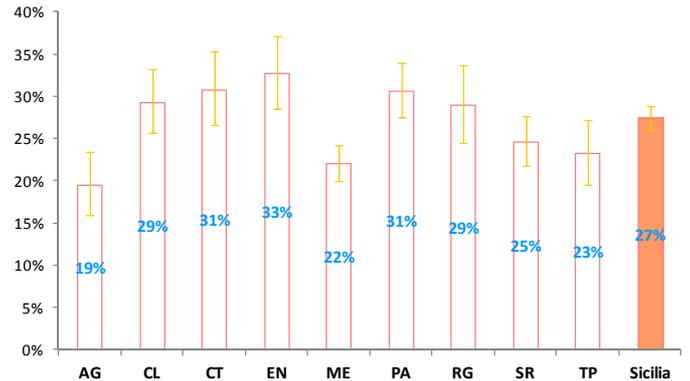


Trend annuale Fumatore Regione Sicilia
Passi 2008-2019



Fumatori

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2016-2019



Fumatori per regione di residenza
Passi 2016-2019



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

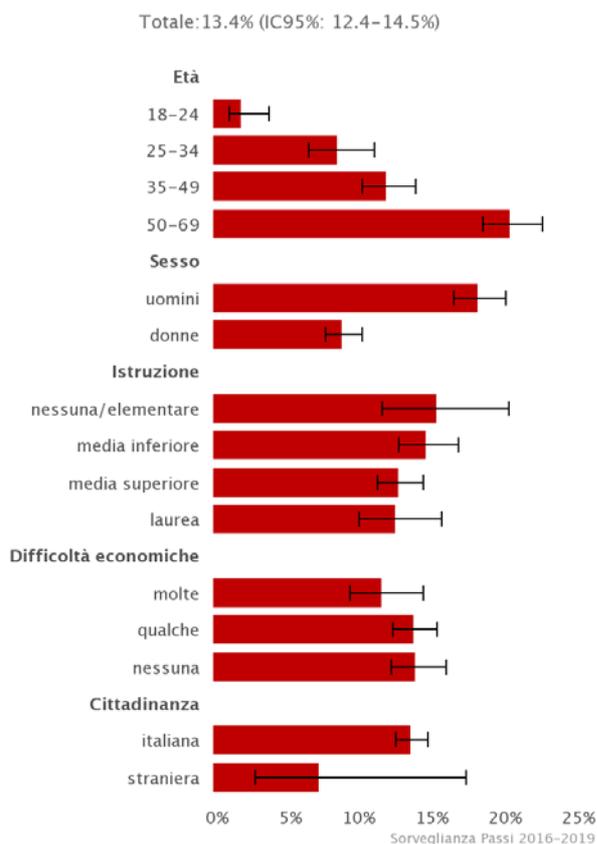
Ex- fumatori

La percentuale di ex-fumatori aumenta al crescere dell'età raggiungendo il 20% nei 50-69enni, ed è più elevata negli uomini (18% vs 9%), in coloro che hanno o nessun titolo di studio o la licenza elementare (15%) e in coloro non hanno nessuna difficoltà economica (14%).

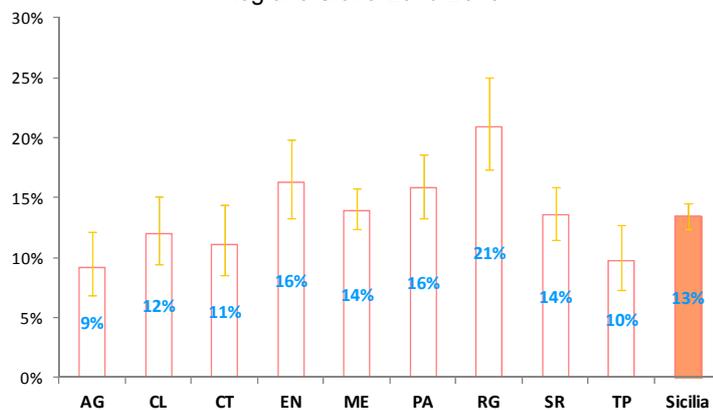
In Sicilia le percentuali di ex fumatori variano dall' 9% di Agrigento al 21% di Ragusa.

In Italia il 18% degli intervistati è ex fumatore, si osserva un evidente gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.

Ex-fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Ex-Fumatori
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2016-2019



Ex Fumatori per regione di residenza
Passi 2016-2019



● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Il 35% (38% valore nazionale) degli intervistati ha ricevuto domande sull' abitudine al fumo da parte di un medico/operatore sanitario, in particolare, hanno ricevuto tale domanda il 61% dei fumatori, il 44% degli ex fumatori e il 21% dei non fumatori.

Tra le ASP siciliane, si osserva una grande variabilità delle percentuali di persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo: il range va dal 7% di Agrigento al 50% di Caltanissetta.

Chiesto se fuma per regione di residenza

Passi 2016-2019

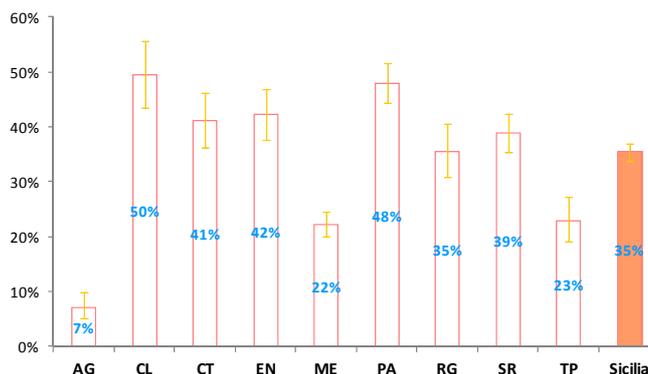


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2016-2019



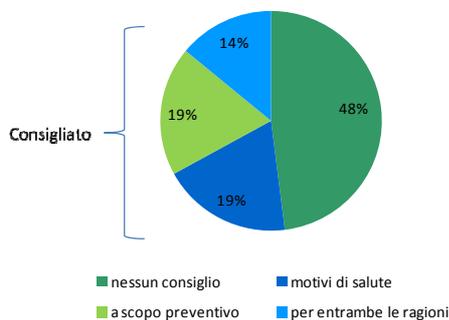
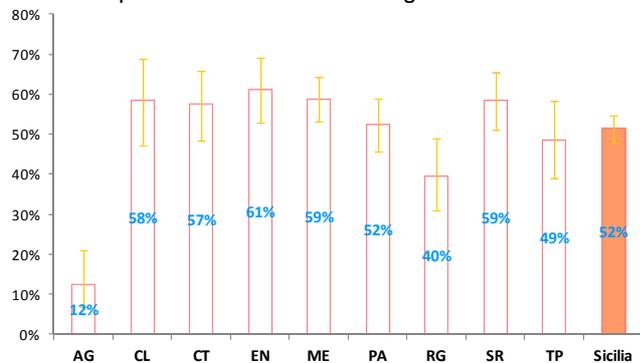
In Sicilia al 52%(dato uguale al valore nazionale),dei fumatori è stato consigliato di smettere di fumare sia a scopo preventivo che per motivi di salute.

Fra le ASP siciliane, Agrigento risulta l'ASP con la percentuale più bassa (12%) di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare, Enna l'ASP con la percentuale più alta (61%).

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

Regione Sicilia - Passi 2016-2019*

Consiglio smettere di fumare
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2016-2019



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

Consiglio smettere per regione di residenza

Passi 2016-2019



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

Sorveglianza Passi

Smettere di fumare

Nel periodo 2016-19 il 36% (uguale alla media nazionale) dei fumatori ha tentato di smettere di fumare nei dodici mesi precedenti l'intervista, di questi soltanto l'8% è riuscito a smettere (ha smesso di fumare da 6 mesi o più), il 79% invece ha fallito il tentativo. L'85% di coloro che hanno smesso di fumare ha riferito di esserci riuscito da solo senza nessun ausilio, l'11% ha fatto ricorso all'utilizzo della sigaretta elettronica.

Il tentativo di smettere di fumare è più frequente fra i 18-34enni (37%), fra le donne (40%), fra coloro che hanno il diploma di scuola media superiore (38%) e fra coloro che non hanno nessuna difficoltà economica (39%). Nel periodo 2008-2019 si osserva una riduzione, seppur non costante, delle persone che tentano di smettere di fumare.

Tentativo di smettere di fumare per regione di residenza

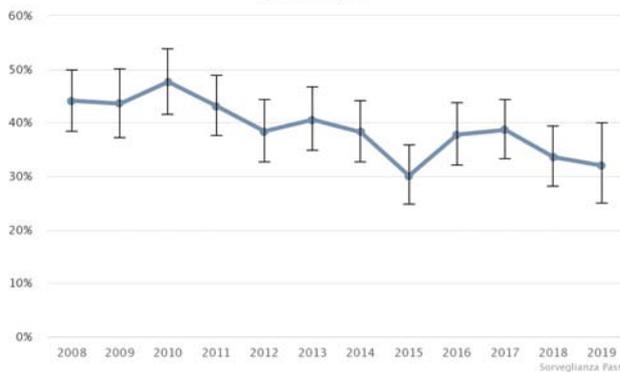
Passi 2016-2019



Sorveglianza Passi

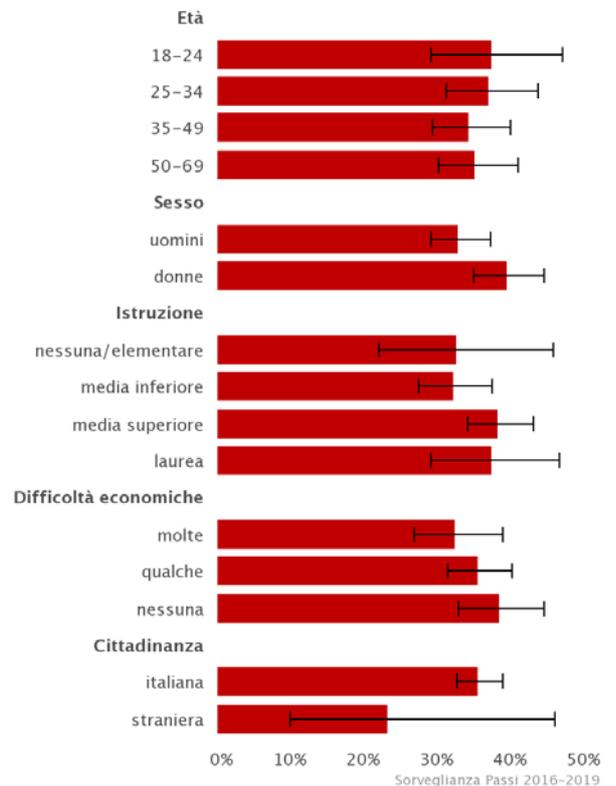
Trend annuale Tentativo di smettere di fumare Regione Sicilia

Passi 2008-2019



Tentativo di smettere di fumare per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 35.7% (IC95%: 32.7-38.8%)



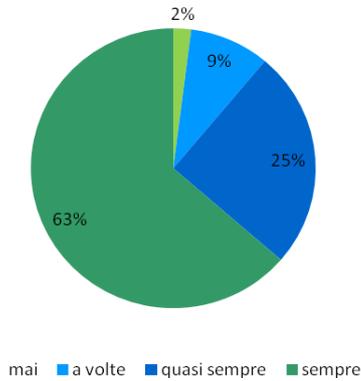
Fumo passivo

Rispetto del divieto nei luoghi pubblici

In Sicilia l'89% (92% valore nazionale) degli intervistati dichiara che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre, il 2% invece sostiene che il divieto di fumare non è mai rispettato.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Regione Sicilia – Passi 2016-2019*

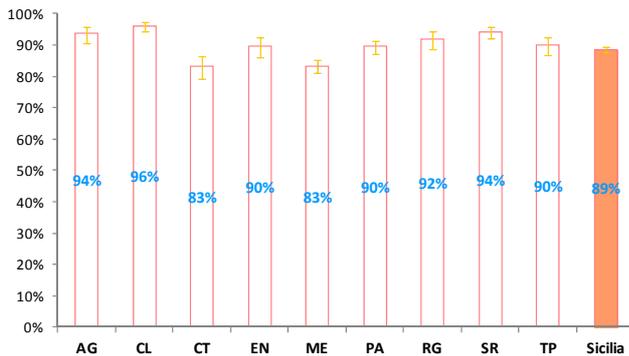


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

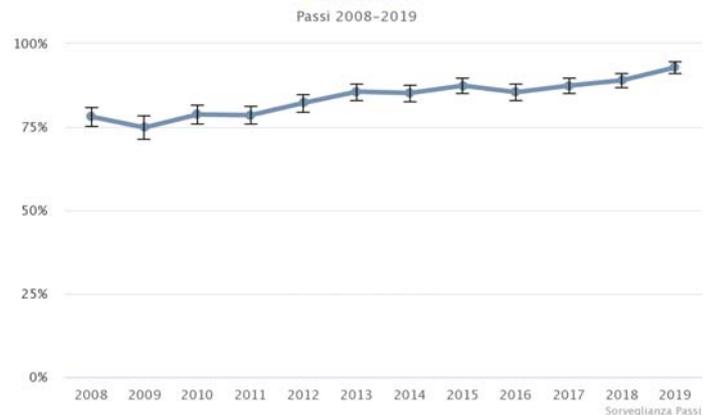
Nelle ASP di Catania e Messina il divieto di fumo nei luoghi pubblici viene rispettato da meno persone. Il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici aumenta nel tempo.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2016-2019



Trend annuale Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici Regione Sicilia



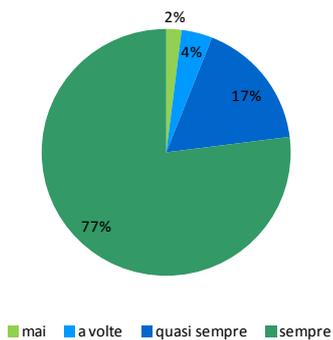
Rispetto del divieto sul luogo di lavoro

Il 94% (uguale al dato nazionale) dei lavoratori intervistati nel quadriennio 2016-19 afferma che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre, il 2% invece mai.

Tra le ASP siciliane nell'ASP di Ragusa si osserva la percentuale minore di lavoratori che percepiscono sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi di lavoro.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Regione Sicilia– Passi 2016-2019*



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

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro per regione di residenza

Passi 2016-2019



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

Sorveglianza Passi

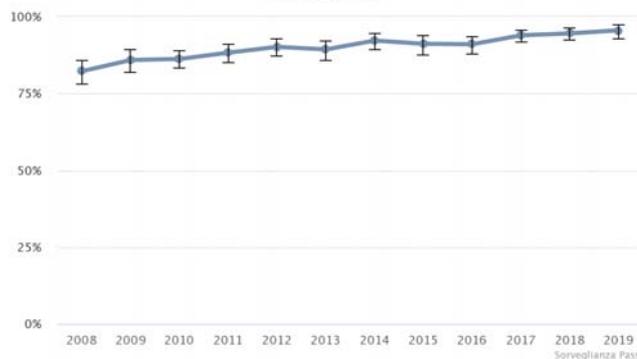
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2016-2019



Trend annuale Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro Regione Sicilia

Passi 2008-2019

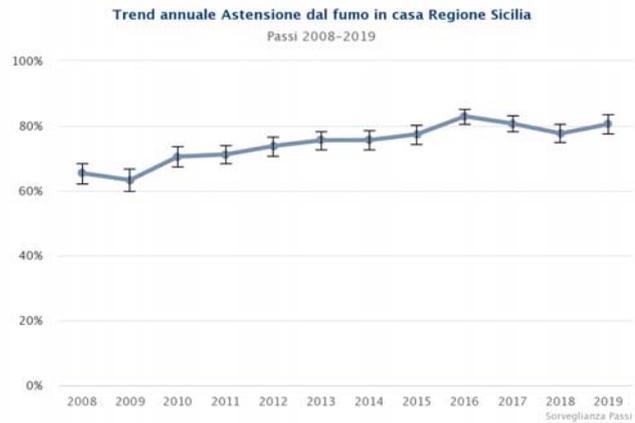
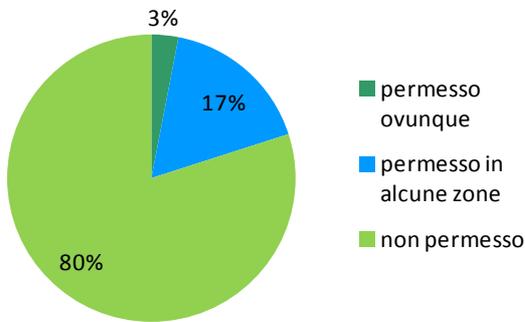


La quota di persone che rispettano il divieto di fumo nei luoghi di lavoro aumenta nel tempo.

Astensione fumo in casa

In Sicilia, nel periodo 2016-19, l'80% (84% valore nazionale) degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa, tale percentuale sale all' 83% in caso di convivenza con minori di 14 anni. Astenersi dal fumare in casa è diventata un'abitudine sempre più frequente, sebbene negli anni 2016-2018 emerge un andamento del trend leggermente decrescente.

Astensione dal fumo nella propria abitazione Regione Sicilia- Passi 2016-2019



Astensione dal fumo in casa per regione di residenza
Passi 2016-2019



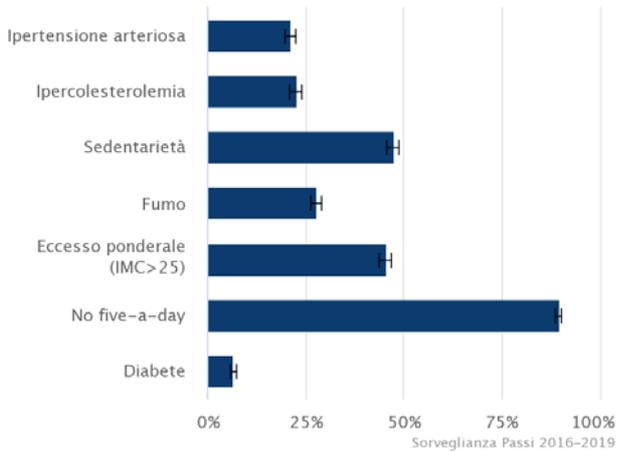
Rischio cardiovascolare

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

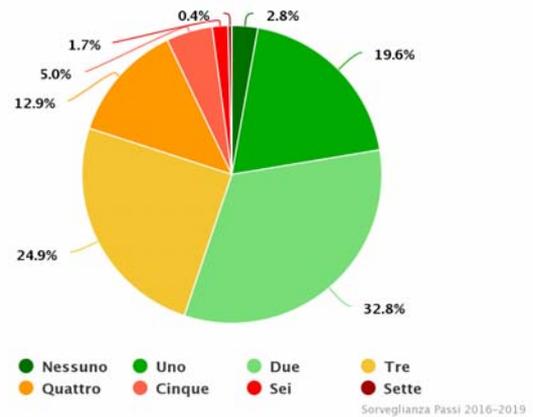
I fattori di rischio più rilevanti, in Sicilia, risultano essere il non mangiare frutta e/o verdura 5 volte al giorno (89%), la sedentarietà (47%) e l'eccesso ponderale (45%).

Complessivamente il 45% degli intervistati presenta almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare. Solo il 3% risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

**Fattori di rischio cardiovascolare
nella popolazione 18-69 anni
Sicilia**



**Profili di rischio multifattoriale - Distribuzione percentuale
Sicilia**



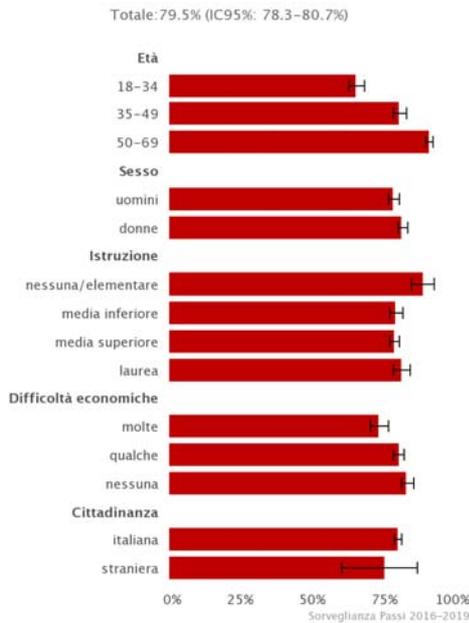
Iperensione arteriosa

In Sicilia, l'80% (82% valore nazionale) degli intervistati ha eseguito una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 9% più di 2 anni fa, l'11% non l'ha mai controllata.

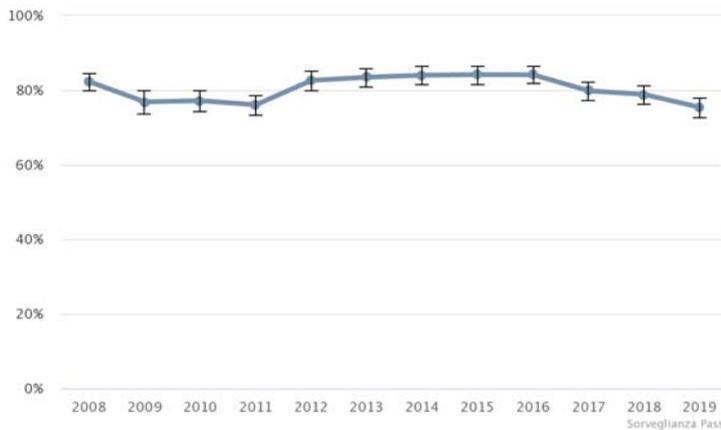
La misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più frequente al crescere dell'età (passa dal 65% nei 18-34enni al 90% nei 50-69enni), ed è più frequente in coloro che hanno un livello di istruzione basso/nessuno e in coloro che hanno qualche difficoltà economica o nessuna.

Tra le province della Sicilia la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni risulta effettuata più frequentemente ad Enna e meno ad Agrigento.

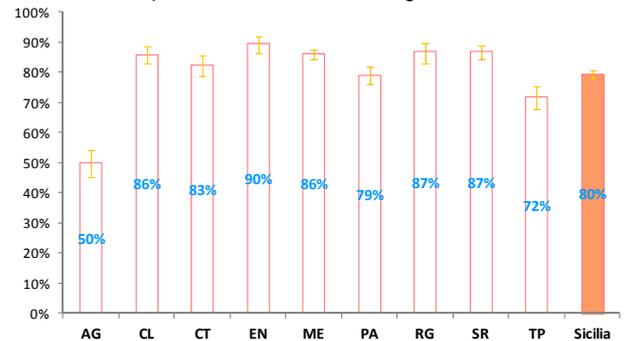
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Trend annuale Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni Regione Sicilia
Passi 2008-2019



Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2016-19



Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni per regione di residenza

Passi 2016-2019



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

Sorveglianza Passi

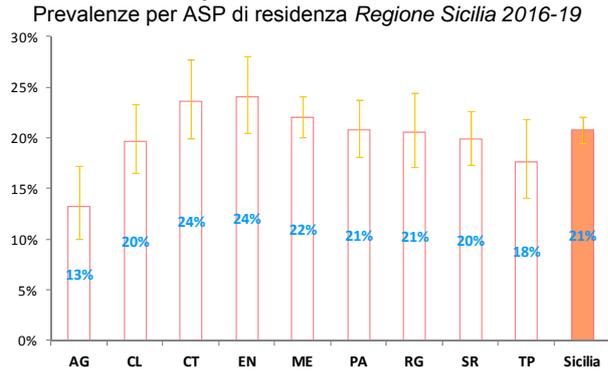
L'analisi su base annuale delle prevalenze della misurazione della pressione arteriosa mostra, dopo un periodo di stabilità, una riduzione nell'ultimo quadriennio.

In Sicilia il 21% dei 18-69enni soffre di ipertensione arteriosa (20% valore nazionale).

Percentuali più elevate di ipertesi si osservano al crescere dell'età (2% nei 18-34enni vs 40% nei 50-69enni), negli uomini (22% vs 19%), nelle persone con nessun titolo di studio o licenza elementare (45%), in coloro che hanno molte difficoltà economiche (26%) e nelle persone con eccesso ponderale (31% vs 12%).

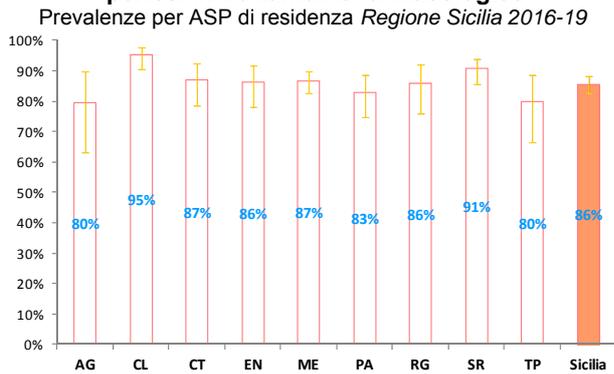
Le percentuali di ipertesi, fra le province regionali, variano dal 13% di Agrigento al 24% di Catania ed Enna.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa



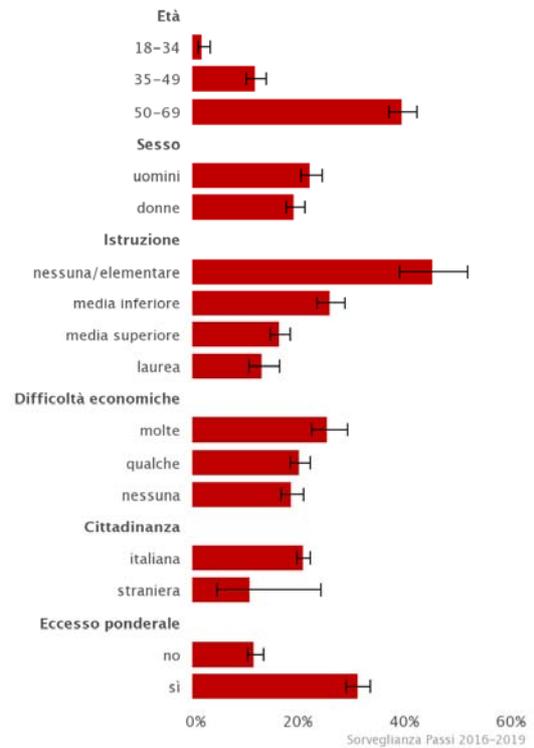
In Sicilia l'86% degli ipertesi utilizza farmaci antipertensivi (80% valore nazionale). Il 90% degli ipertesi ha ricevuto il consiglio dal proprio medico di ridurre il consumo di sale, l'81% di ridurre o mantenere il peso corporeo e l'80% di svolgere regolare attività fisica. Caltanissetta risulta la provincia con la percentuale più alta di ipertesi in trattamento farmacologico.

Ipertesi in trattamento farmacologico



Ipertensione riferita per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 20.8% (IC95%: 19.5-22.1%)



Trattamento dell'ipertensione Percentuali per trattamento/consiglio ricevuto Sicilia



Ipercolesterolemia

Il 73% (79% valore nazionale) degli intervistati riferisce di aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita, in particolare il 49% lo ha misurato nel corso dell'ultimo anno, il 16% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista, il 9% da oltre 2 anni.

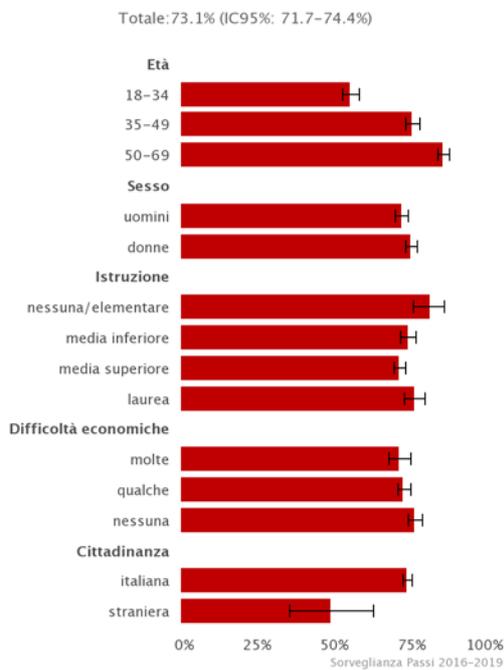
Il 27% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età e in chi ha un titolo di studio basso.

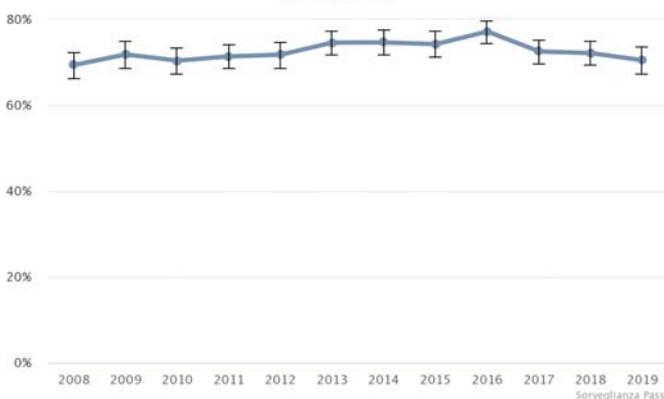
In Sicilia la percentuale di persone a cui è stata misurata la colesterolemia varia dal 56% di Trapani all'86% di Messina.

Negli anni 2008-2016 si osserva un leggero e costante aumento della quota di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita, negli anni 2017-2019 invece la misurazione della colesterolemia risulta meno frequente

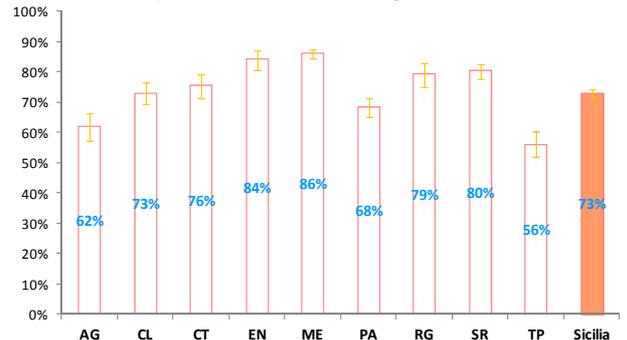
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Trend annuale Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita Regione Sicilia Passi 2008-2019



Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2016-19



Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita per regione di residenza Passi 2016-2019

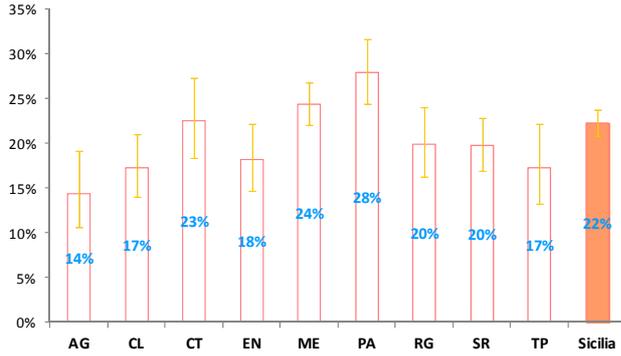


In Sicilia il 22% degli intervistati ai quali è stato misurato il colesterolo, è ipercolesterolemico (23% valore nazionale).

L'ipercolesterolemia risulta più frequente al crescere dell'età (7% nei 18-34enni vs 36% nei 50-69enni), nelle persone con basso livello di istruzione (38%), in quelle con molte difficoltà economiche (24%) e nelle persone in eccesso ponderale (29% vs 16%). In Sicilia Agrigento risulta la provincia con una quota minore di ipercolesterolemici, Palermo la provincia con la quota maggiore.

Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2016-19

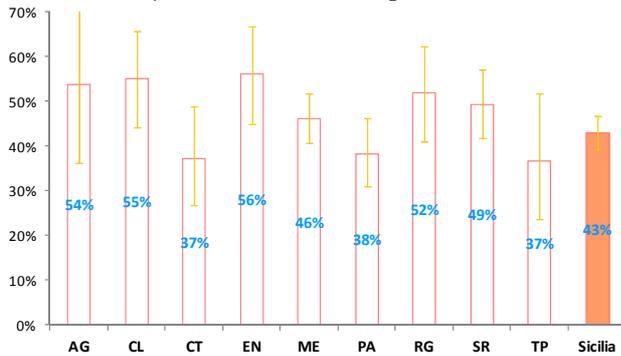


Il 43% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue è in trattamento farmacologico (36% valore nazionale).

Il confronto tra le ASP regionali non evidenzia differenze significative, fra le percentuali di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemici in trattamento farmacologico

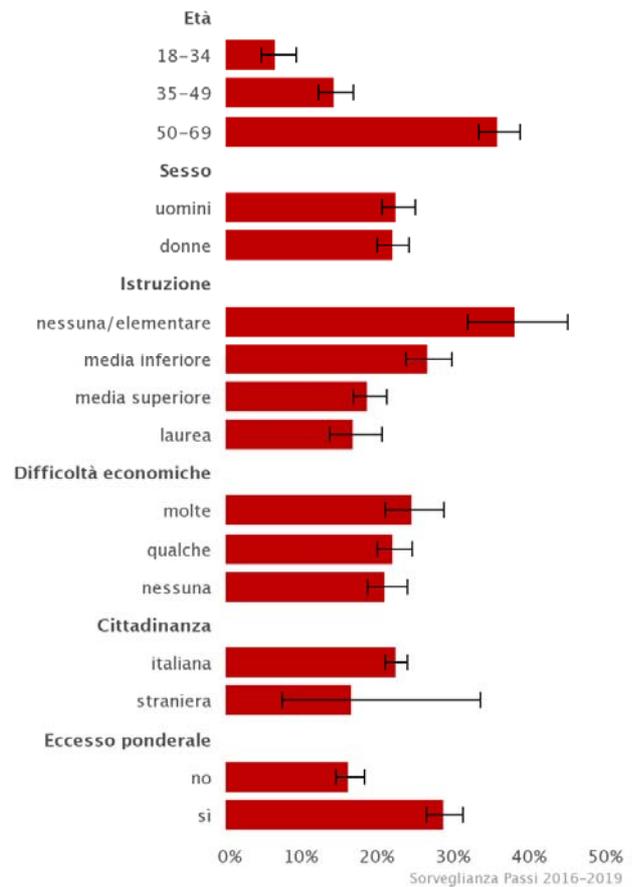
Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2016-19



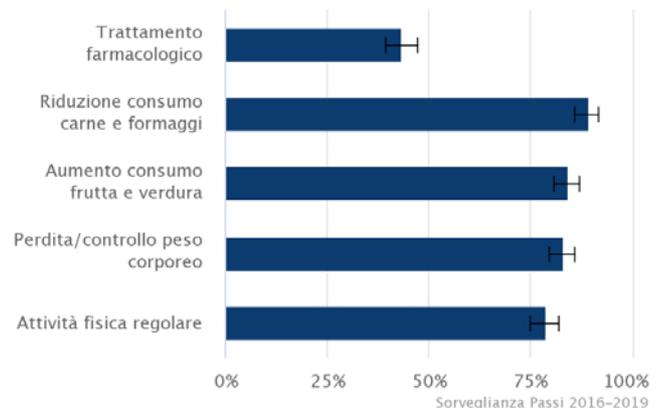
Gli ipercolesterolemici hanno ricevuto da parte dal medico il consiglio di ridurre il consumo di carne e formaggi (89%), di aumentare il consumo di frutta e verdura (84%), di ridurre o controllare il proprio peso (83%) e di svolgere regolare attività fisica (78%).

Ipercolesterolemia riferita per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 22.3% (IC95%: 20.8-23.8%)



Trattamento dell'ipercolesterolemia Percentuali per trattamento/consiglio ricevuto Sicilia

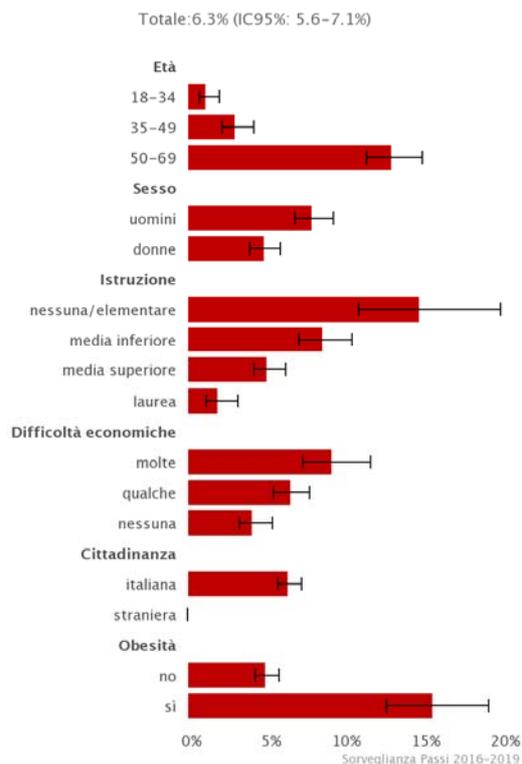


Diabete

Il 6% (5% valore nazionale) dei 18-69enni intervistati ha riferito una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici, cresce con l'età (è circa l'1% nelle persone di 18-34 anni e raggiunge il 13% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini che fra le donne (8% vs 5%), nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche, e negli obesi (14% vs 5% nei non obesi).

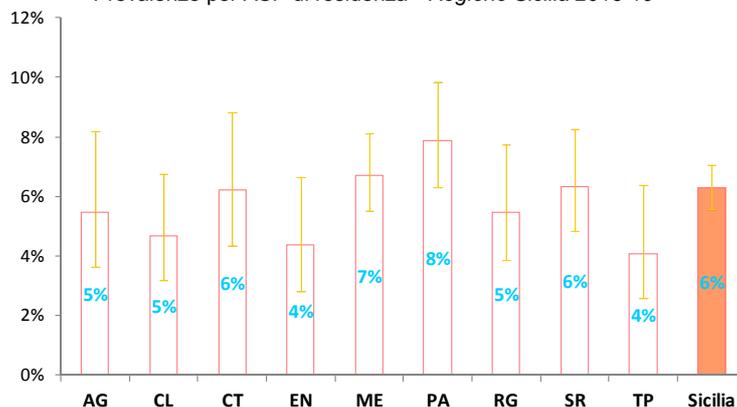
Fra le province siciliane non si evidenziano differenze significative fra le prevalenze di adulti diabetici. La prevalenza di persone con diabete mostra una discreta variabilità nel tempo.

Diabete per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Diabete

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2016-19



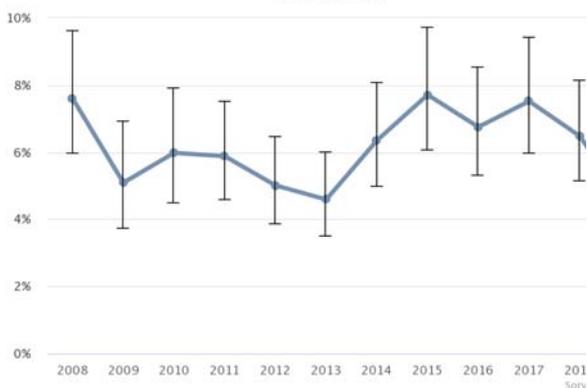
Diabete per regione di residenza

Passi 2016-2019



Trend annuale Diabete Regione Sicilia

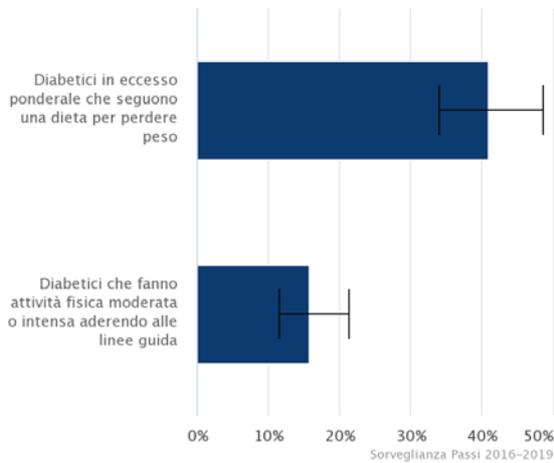
Passi 2008-2019



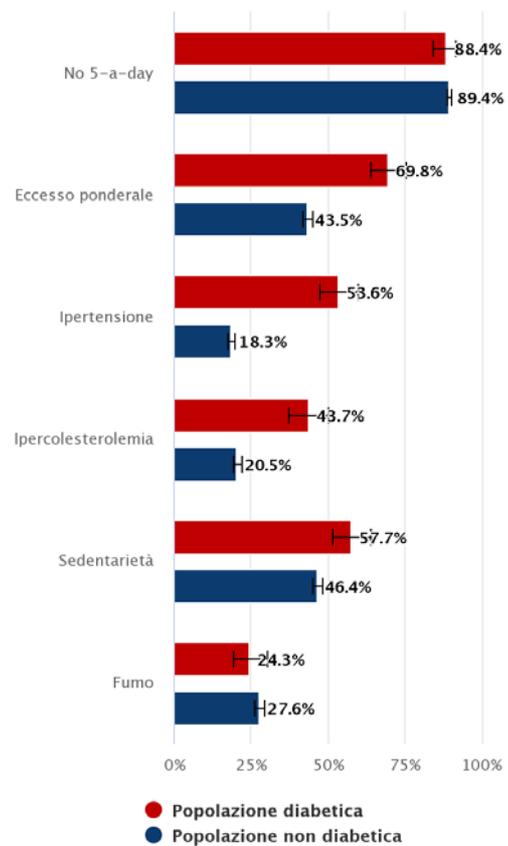
Il diabete si associa molto spesso ad altre condizioni fra le quali, ipertensione, ipercolesterolemia, eccesso ponderale e sedentarietà, condizioni che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto a quelle che non ne soffrono.

Seguire un regime alimentare controllato e svolgere regolare attività fisica rappresentano azioni efficaci per contrastare il diabete. In Sicilia, il 41% dei diabetici in eccesso ponderale segue una dieta e il 16% dei diabetici svolge un'attività fisica moderata o intensa.

Contrasto all'eccesso ponderale e alla sedentarietà Sicilia

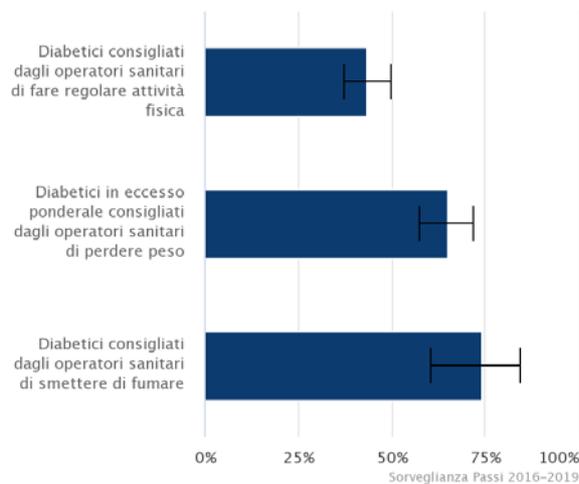


Fattori di rischio associati al diabete Sicilia



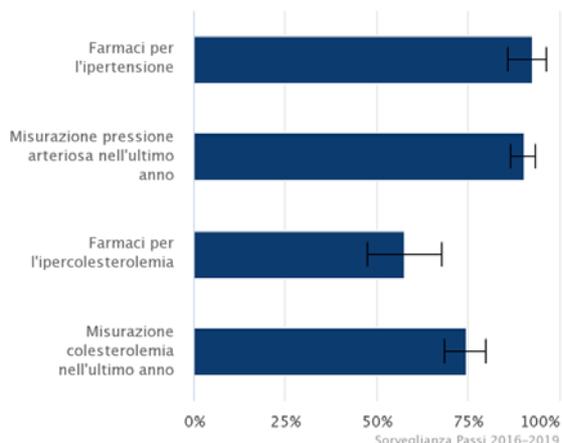
Il 43% dei diabetici ha ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio da parte di un operatore sanitario di svolgere regolare attività fisica, il 65% dei diabetici in eccesso ponderale ha ricevuto il suggerimento di perdere peso e il 74% dei diabetici fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.

Attenzione degli operatori sanitari Sicilia



Il 91% di persone con diabete ha misurato la pressione arteriosa nell'ultimo anno, e il 75% di aver controllato il colesterolo una volta nella vita. Tra i diabetici ipertesi, il 93% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre il 58% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

Monitoraggio e terapia dei principali fattori di rischio cardiovascolare Sicilia

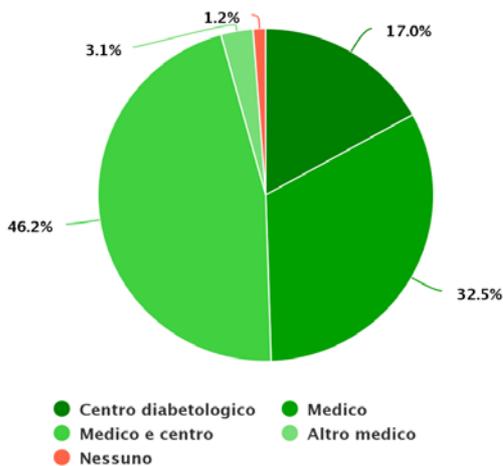


Dal 2011 Passi raccoglie le informazioni sul monitoraggio metabolico e la terapia di persone con diabete dai quali si evidenzia che il 17% è seguito principalmente dal centro diabetologico, il 33% dal medico di medicina generale, il 46% da entrambi. L'1% riferisce di non essere seguito da nessuno.

Il 25% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata tra i 4 e i 12 mesi prima dell'intervista, il 33% negli ultimi 4 mesi. Il 28% dei diabetici non conosce l'esame.

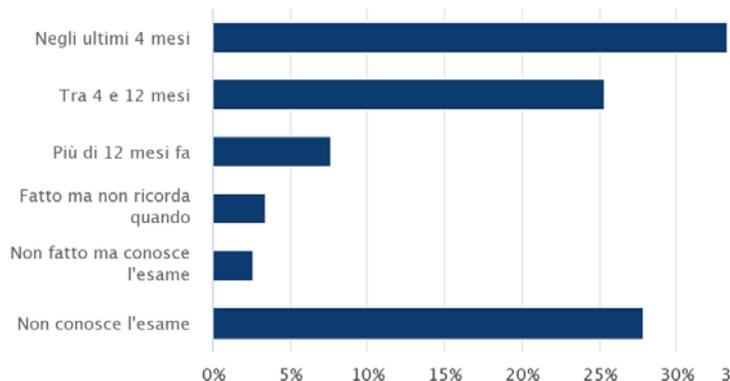
Il 70% delle persone con diabete utilizza gli ipoglicemizzanti orali come trattamento farmacologico per il controllo del diabete, il 30% adopera invece l'insulina.

Presa in carico delle persone con diabete - Sicilia

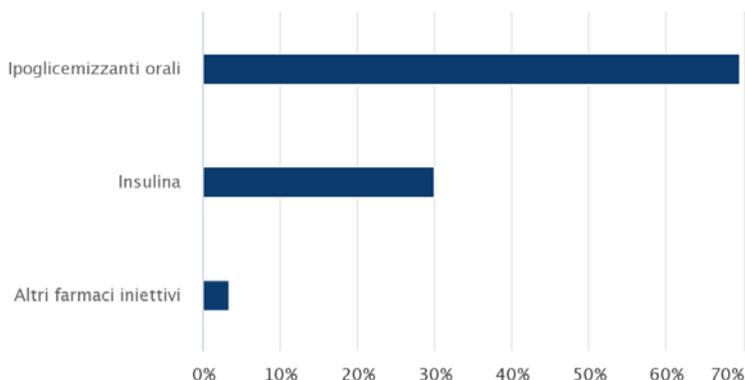


Sorveglianza Passi 2016-2019

Emoglobina glicata (HbA1c) - Sicilia



Trattamento farmacologico del diabete - Sicilia



Dispositivi per la sicurezza stradale

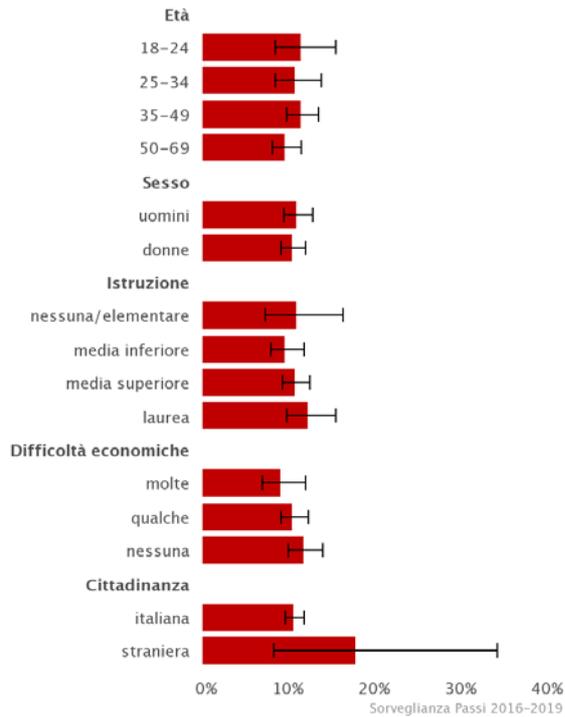
Nel quadriennio 2016-2019, l'80% degli intervistati che hanno viaggiato in auto ha utilizzato sempre la cintura anteriore, il 95% di coloro che hanno utilizzato la moto hanno indossato sempre il casco.

L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo l'11% dei 18-69enni la usa sempre.

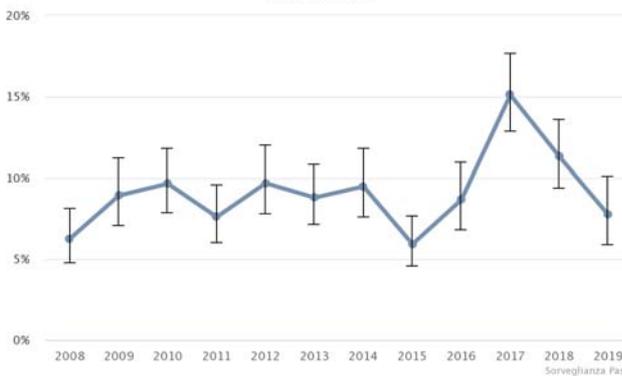
Non si osservano differenze significative nell'uso della cintura posteriore per nessuna caratteristica socio-demografica analizzata.

Uso cintura posteriore sempre per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 10.7% (IC95%: 9.7-11.9%)

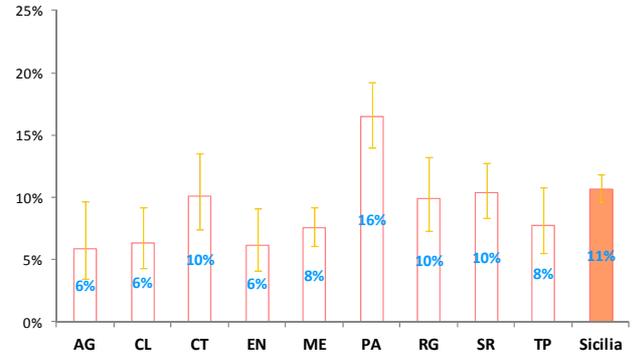


Trend annuale Uso cintura posteriore sempre Regione Sicilia Passi 2008-2019



Uso cintura posteriore sempre

Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2016-19



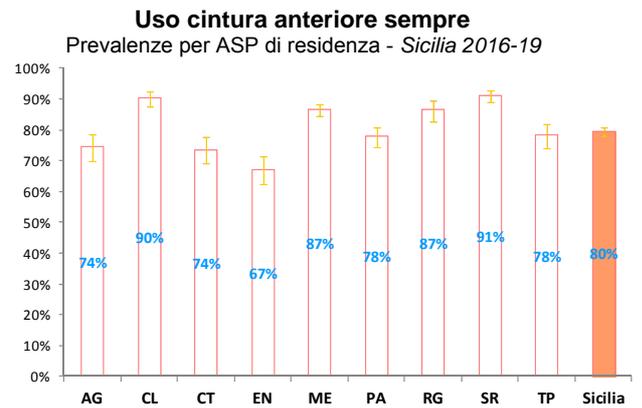
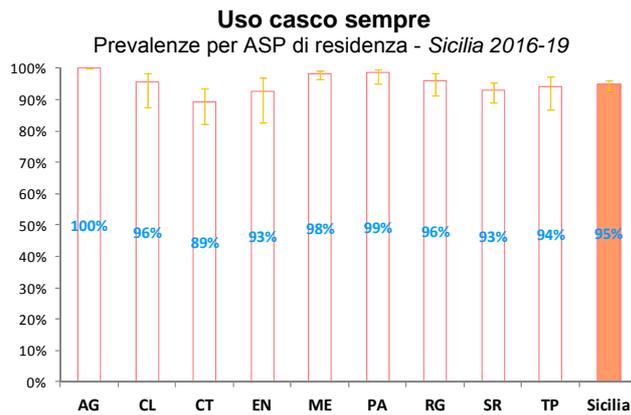
Uso cintura posteriore sempre per regione di residenza

Passi 2016-2019



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

Sorveglianza Passi



Fra le province siciliane l'utilizzo del casco tra i motociclisti varia dall' 89% di Catania al 100% di Agrigento.

Le percentuali di adulti che viaggiano in auto e indossano la cintura anteriore sempre variano dal 67% di Enna al 91% di Siracusa.

L'uso della cintura posteriore sempre risulta più frequente a Palermo (16%) mentre ad Agrigento, Caltanissetta ed Enna si osserva un uso inferiore (6%).

Si osserva un andamento in crescita, seppur non in maniera costante, dell' uso della cintura posteriore negli anni 2008-2019.

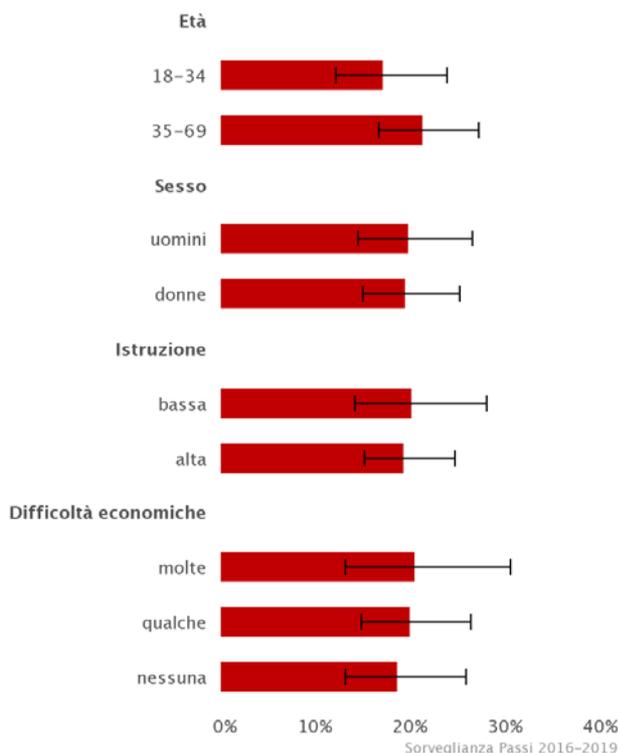
In Italia il 23% degli intervistati dichiara indossa sempre la cintura posteriore, ma si evidenzia che nelle regioni del Nord tale utilizzo è molto più diffuso rispetto alle regioni del Centro-Sud.

In Sicilia, il 20% (19% in Italia) di coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, dichiara o di avere difficoltà o di non utilizzare o addirittura di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino.

Il non utilizzo o l'utilizzo "inadeguato" dei seggiolini/adattatori per il trasporto dei bambini in auto è significativamente maggiore fra coloro che viaggiano con bimbi dai 2 ai 6 anni (24%) rispetto a quelli che hanno bambini di 0-1 anno (9%).

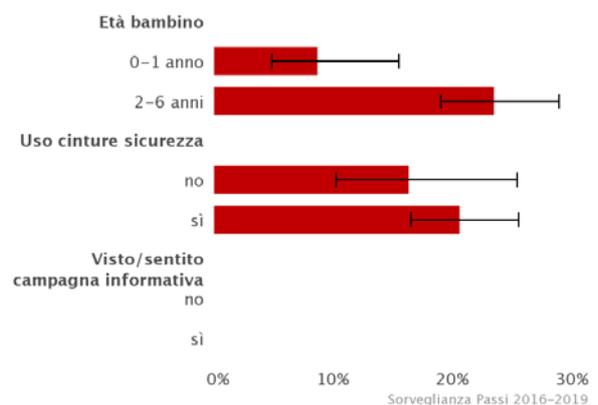
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 19.6% (IC95%: 16.0-23.8%)



Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini per età bambino, per uso cinture di sicurezza da parte del guidatore e per penetrazione campagna informativa per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 19.6% (IC95%: 16.0-23.8%)



**Uso inadeguato/non uso di dispositivi
sicurezza per bambini 0-6 anni
per regione di residenza**

Passi 2016-2019



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

Sorveglianza Passi

Guida sotto l'effetto dell'alcol

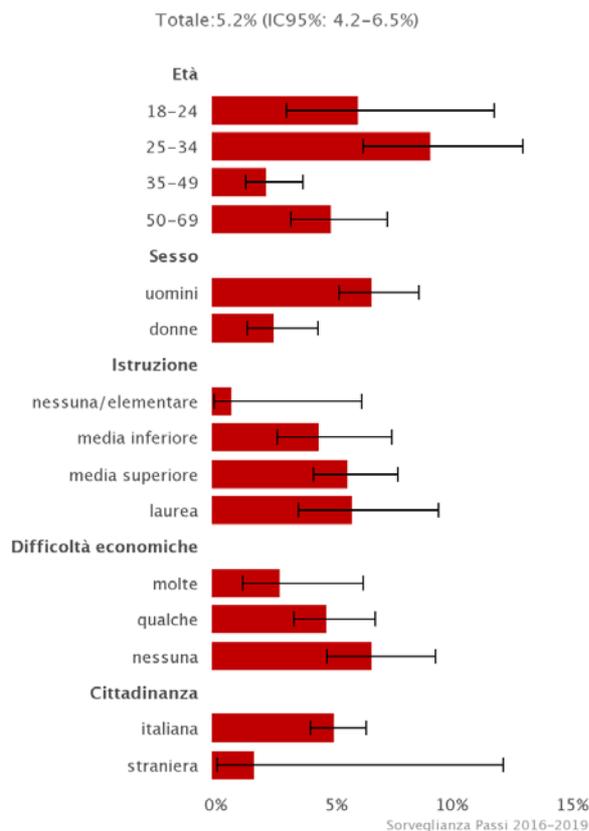
In Sicilia il 5% dei conducenti ha guidato sotto l'effetto dell'alcol nei 30 giorni prima dell'intervista avendo assunto due o più unità alcoliche un'ora prima di essersi messi alla guida, mentre il 3% del campione regionale ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più frequente nei 25-34enni (9%), negli uomini (7% vs 3%), e nelle persone socialmente più avvantaggiate, senza difficoltà economiche o con un alto livello di istruzione. Fra le province siciliane si osserva una grande variabilità fra le prevalenze di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol: il range va dallo 0% di Agrigento al 13% di Trapani.

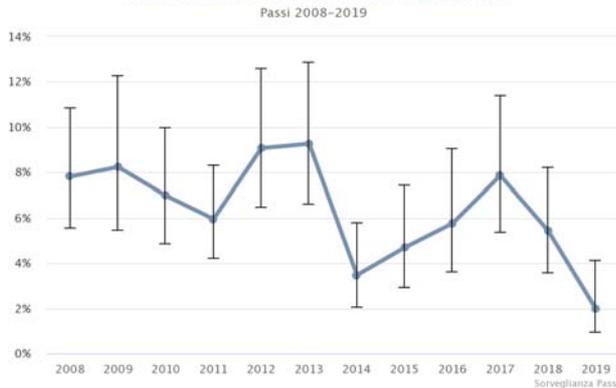
In Italia, il 7% degli intervistati ha guidato sotto l'effetto dell'alcol.

Si osserva una riduzione, seppur con una certa variabilità annuale, delle prevalenze di soggetti che guidano sotto l'effetto dell'alcol.

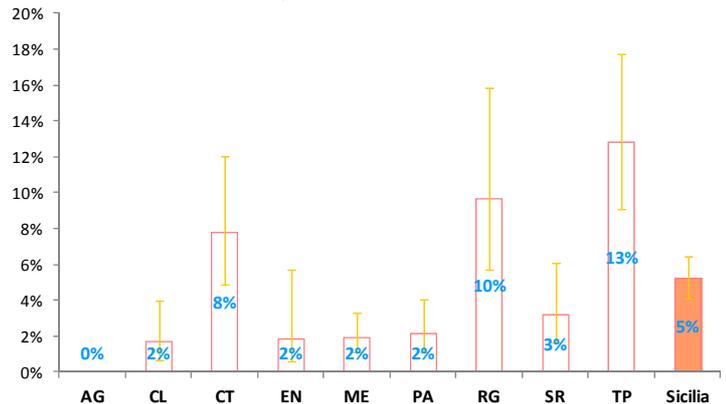
Guida sotto effetto dell'alcol per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Trend annuale Guida sotto effetto alcol Regione Sicilia



Guida sotto l'effetto dell'alcol Prevalenze per ASP di residenza – Sicilia 2016-19



Guida sotto effetto alcol per regione di residenza

Passi 2016-2019



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

Sorveglianza Passi

Tra coloro che hanno subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine il 9% (dato uguale a livello nazionale) è stato sottoposto all'etiltest. Questo controllo è stato effettuato prevalentemente nei più giovani: il 18% dei 18-24enni e il 15% dei 25-34enni è stato sottoposto all'etiltest, mentre soltanto l'1% dei 50-69enni ha riferito di aver effettuato questo controllo.

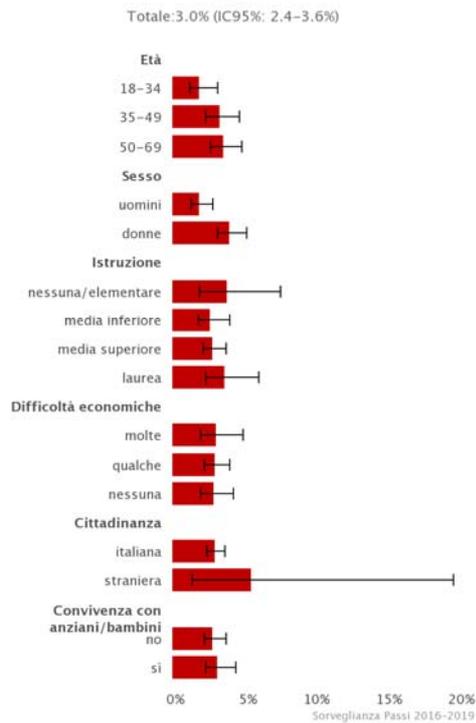
Sicurezza domestica

In Sicilia solo il 3% (7% dato nazionale) degli intervistati considera il rischio di infortunio domestico alto o molto alto.

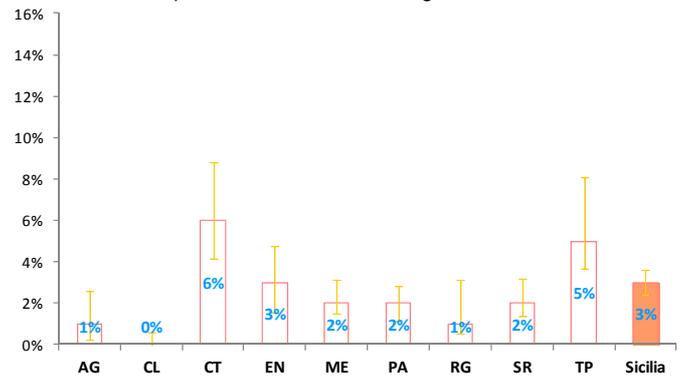
La consapevolezza del rischio di infortunio domestico aumenta al crescere dell'età (passando dal 2% nei 18-34enni al 4% nei 50-69enni), è maggiore nelle donne (4% vs 2%) e in coloro che non hanno un livello di studio basso e nei laureati. La consapevolezza di rischio di infortunio varia fra le ASP regionali, il range di valori varia dallo 0% nell'ASP di Caltanissetta al 6% all'ASP di Catania.

Durante gli anni interessati, si osserva una riduzione, seppur non costante, della consapevolezza del rischio di infortunio domestico.

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Consapevolezza del rischio di infortunio domestico Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2016-19



Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza

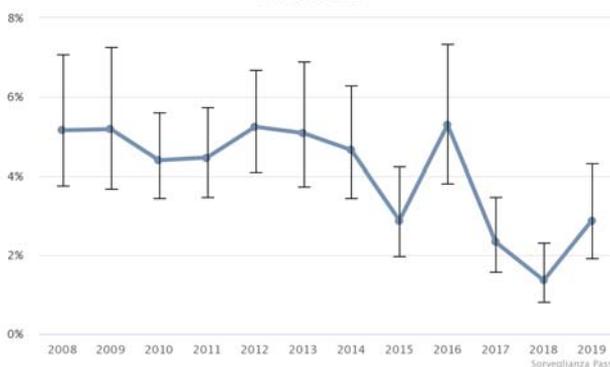
Passi 2016-2019



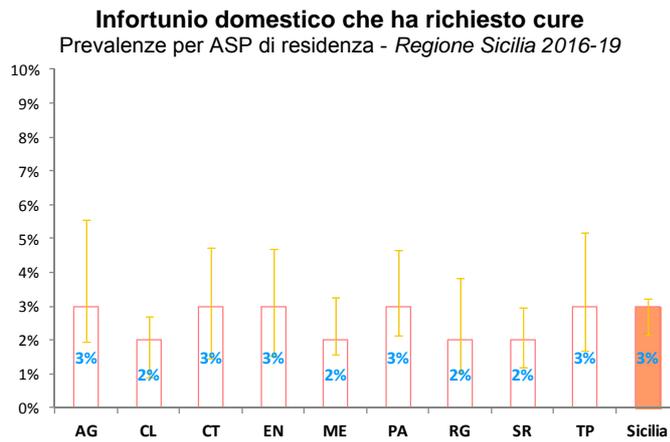
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Trend annuale Consapevolezza del rischio di infortunio domestico Regione Sicilia Passi 2008-2019



Nei 12 mesi precedenti all'intervista, il 3% (stesso valore nazionale) degli intervistati ha riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione. Fra le ASP siciliane, non si evidenziano differenze significative fra le percentuali di persone che hanno subito infortuni domestici che hanno richiesto cure.



Infortunio domestico che ha richiesto cure per regione di residenza

Passi 2016-2019



● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Il 16% dei 18-69enni ha ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici.

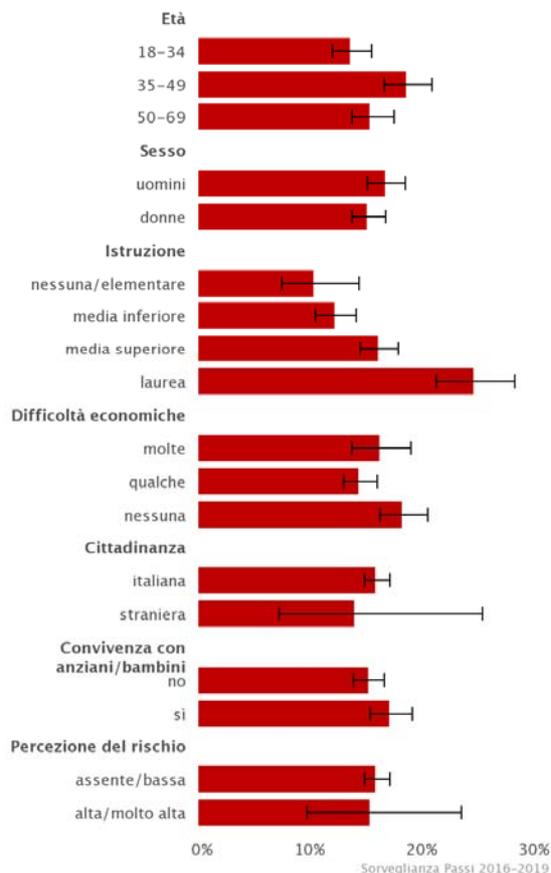
Le informazioni le hanno ricevute soprattutto gli uomini (17%), i 35-49enni (19%), i laureati (25%), chi convive con bambini e/o anziani (17%) e chi non ha nessuna difficoltà economica (18%).

Le fonti di informazioni principali sulla prevenzione degli infortuni domestici sono state radio, TV, giornali internet (59%) seguite da opuscoli specifici (35%).

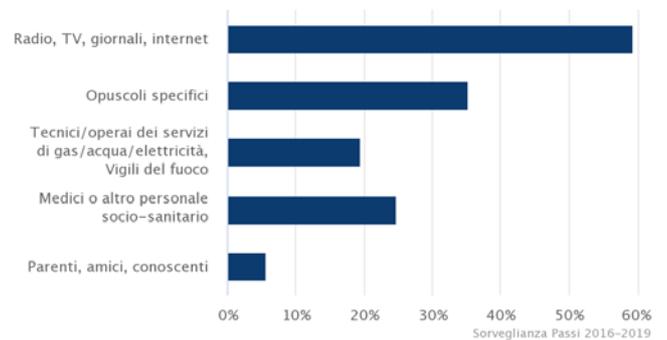
Il 33% di coloro che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici ha apportato modifiche nelle abitudini e/ negli appartamenti.

Ricevute informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici negli ultimi 12 mesi per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 15.9% (IC95%: 14.8-17.0%)



Fonti di informazione - Sicilia



Sorveglianza Passi 2016-2019

Screening cervicale

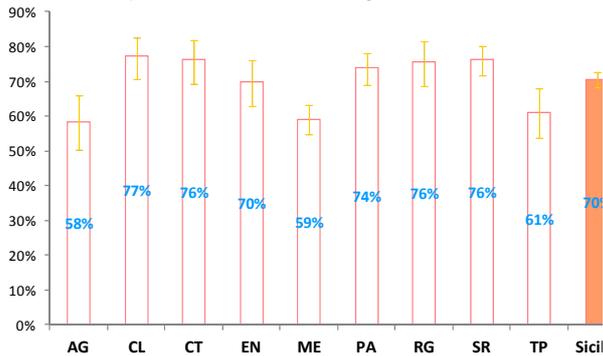
In Sicilia, il 70% delle 25-64enni ha eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida nazionali.

L'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne coniugate, in quelle conviventi, e nelle donne socio-economicamente più avvantaggiate, per condizioni economiche o istruzione.

In Sicilia le percentuali di donne che hanno effettuato il test in accordo alle linee guida variano dal 58% di Agrigento al 77% di Caltanissetta.

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

Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2016-19

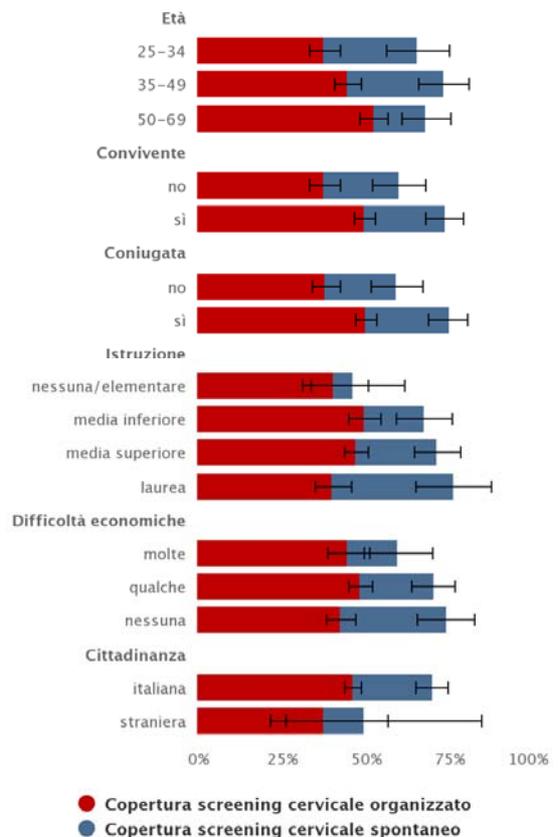


Copertura screening cervicale totale per regione di residenza Passi 2016-2019



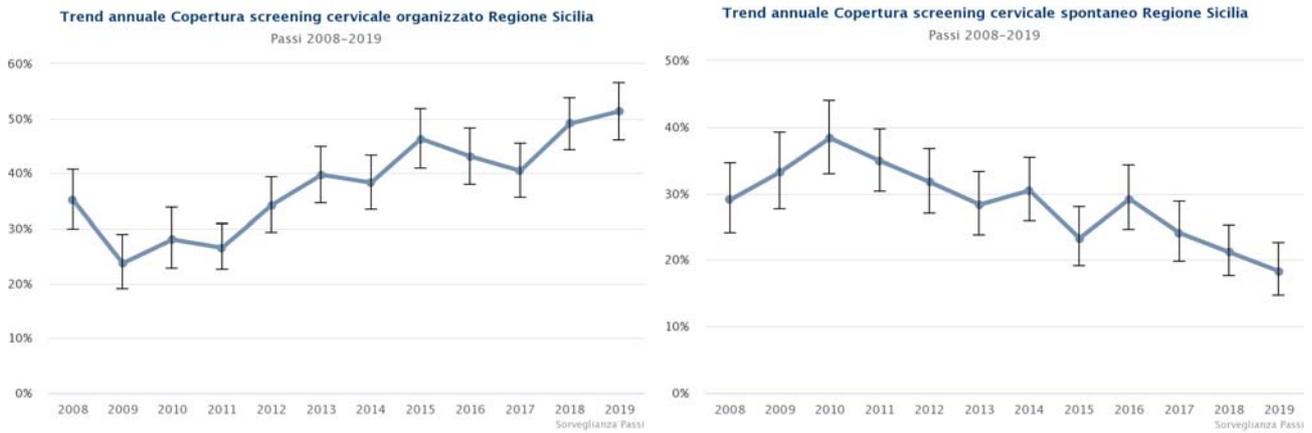
Copertura screening cervicale per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 70.5% (IC95%: 68.2-72.6%)



In Italia, l'80% delle donne intervistate di 25-64 anni ha effettuato il test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

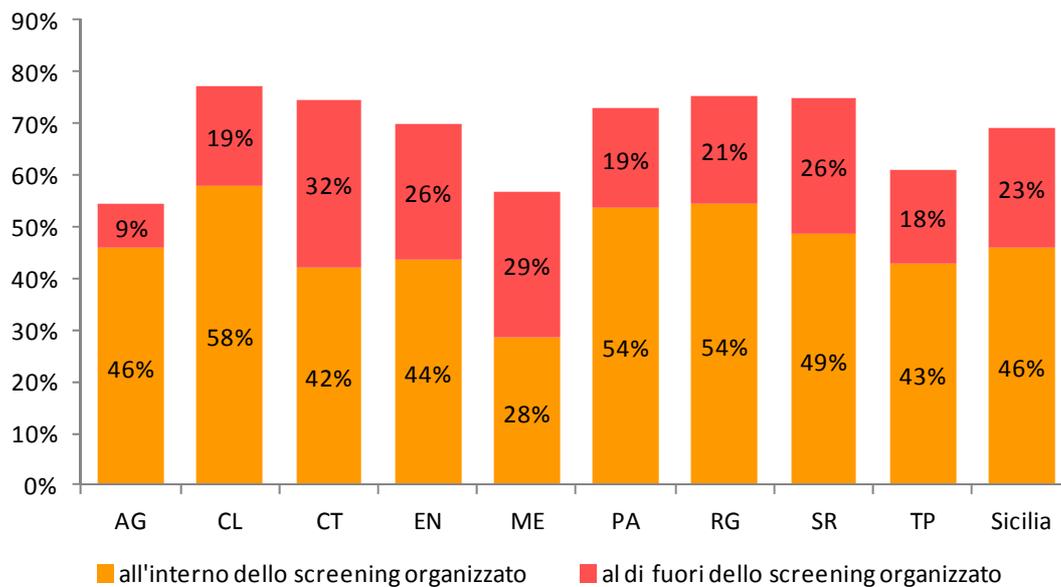
Aumenta nel tempo la quota di donne che si sottopone allo screening cervicale all'interno di programmi organizzati, mentre diminuisce la quota di donne che si sottopone allo screening per iniziativa personale.



In Sicilia, il 46% delle 25-64enni intervistate, ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato (range dal 28% di Messina al 58% di Caltanissetta), mentre il 23% l'ha eseguito come prevenzione individuale (range dal 9% di Agrigento al 32% di Catania).

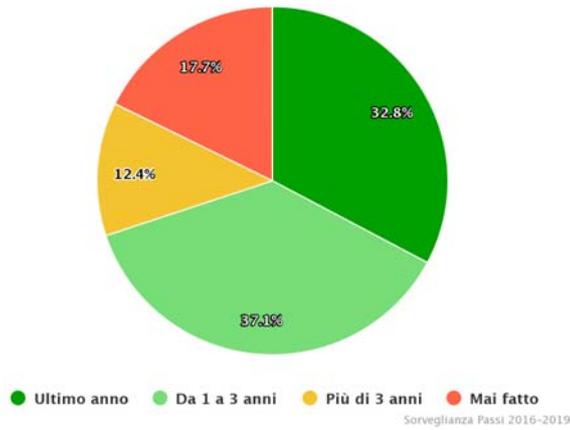
**Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni
all'interno o al di fuori di un programma organizzato
Donne 25-64 anni**

Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2016-19

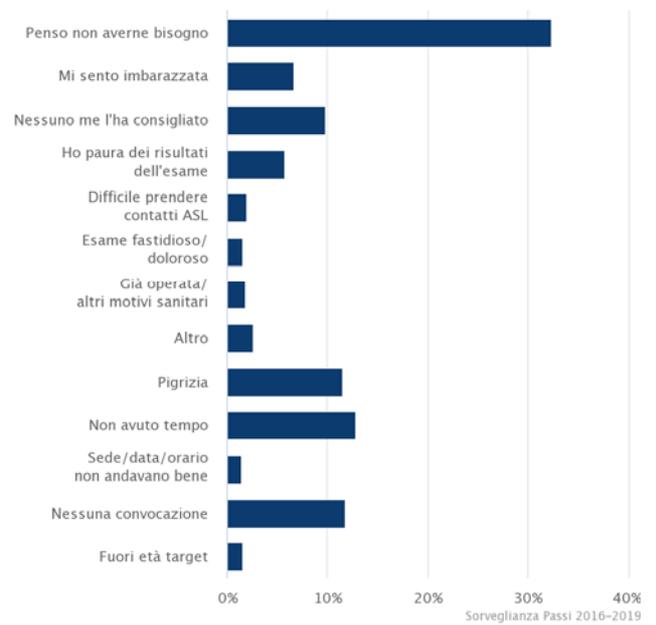


Il 18% delle donne riferisce di non essersi mai sottoposta allo screening cervicale e il 12% di averlo fatto da oltre tre anni. Fra le donne che non hanno eseguito il test, il 32% riferisce che non l'ha eseguito perché ritiene di non averne bisogno.

Periodicità di esecuzione del test di screening cervicale – Sicilia



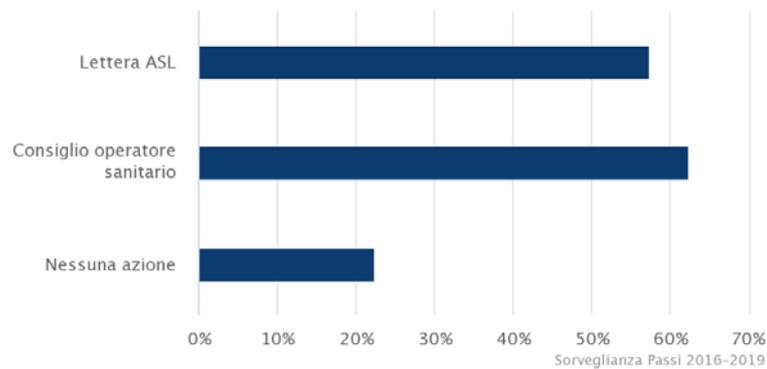
Motivi della non effettuazione del test di screening cervicale negli ultimi tre anni – Sicilia



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

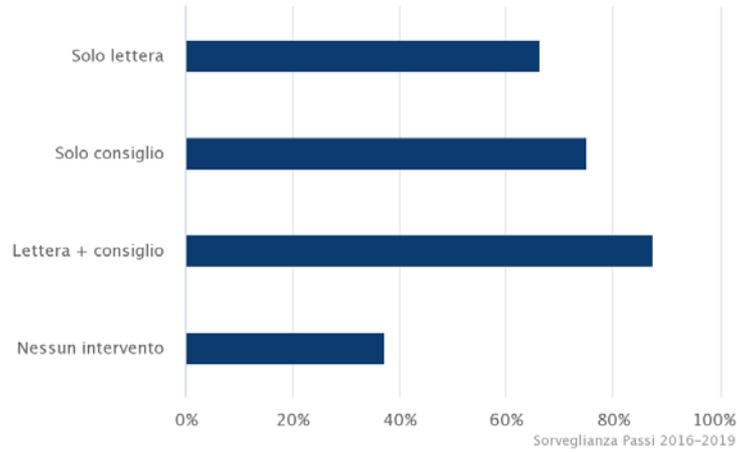
Il 57% delle donne di 25-64 anni ha ricevuto una lettera di invito dall'ASP (range dal 33% di Messina all'80% di Ragusa) , il 62% ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening (range dal 45% di Agrigento e Ragusa all'81% di Palermo), mentre il 22% non è stato raggiunto da nessun intervento di promozione.

Interventi di promozione del test di screening cervicale – Sicilia



L'intervento più efficace nel promuovere l'adesione allo screening è il consiglio del medico operatore sanitario, da solo (75%) o associato all'aver ricevuto la lettera (87%).

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening cervicale secondo le linee guida
Copertura screening cervicale totale per tipo di intervento - Sicilia



Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

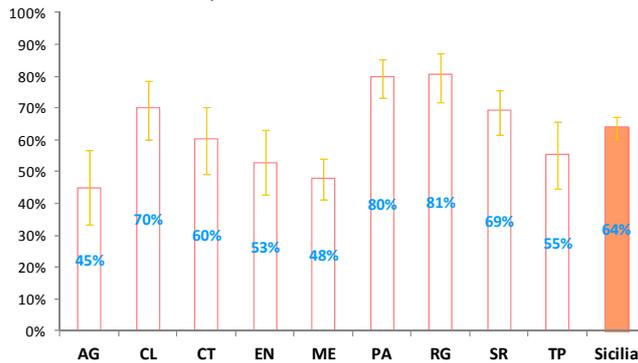
In Sicilia il 64% (75% valore nazionale) delle 50-69 anni ha eseguito una Mammografia preventiva, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La quota di donne che si sottopone allo screening mammografico è maggiore fra le 50-59enni, fra le donne socio-economicamente più avvantaggiate, per condizioni economiche o istruzione, e fra le donne coniugate o conviventi rispetto alle donne non coniugate e non conviventi.

Fra le Asp regionali si osservano differenze significative delle coperture dello screening mammografico, in particolare ad Agrigento (45%) si osserva la quota più bassa di donne che hanno eseguito la mammografia nei tempi raccomandati, a Ragusa (81%) la quota più alta.

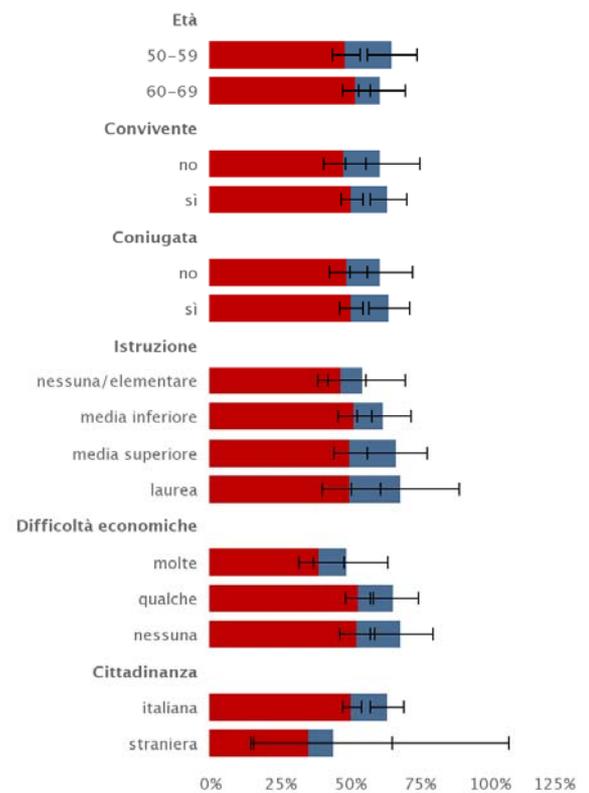
Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2016-19



Copertura screening mammografico per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 64.1% (IC95%: 60.7-67.4%)



Copertura screening mammografico totale per regione di residenza

Passi 2016-2019



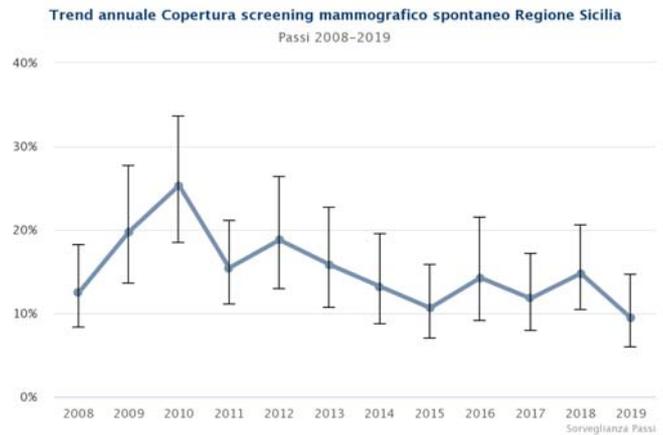
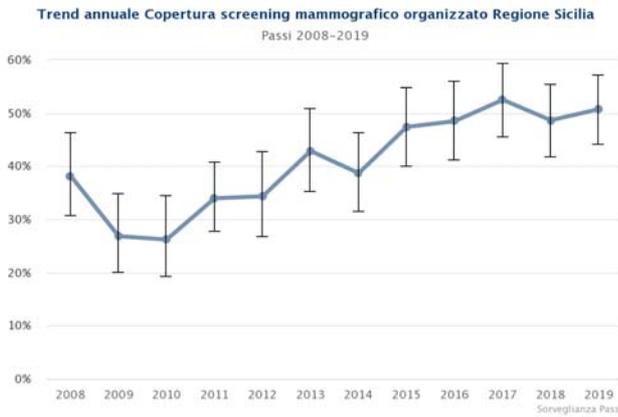
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

- Copertura screening mammografico organizzato
- Copertura screening mammografico spontaneo

Sorveglianza Passi 2016-2019

Negli anni si osserva una certa variabilità nell'adesione allo screening mammografico per iniziativa personale mentre aumenta nel tempo, anche se non in modo continuo, la quota di donne che si sottopone alla mammografia nell'ambito degli screening organizzati.



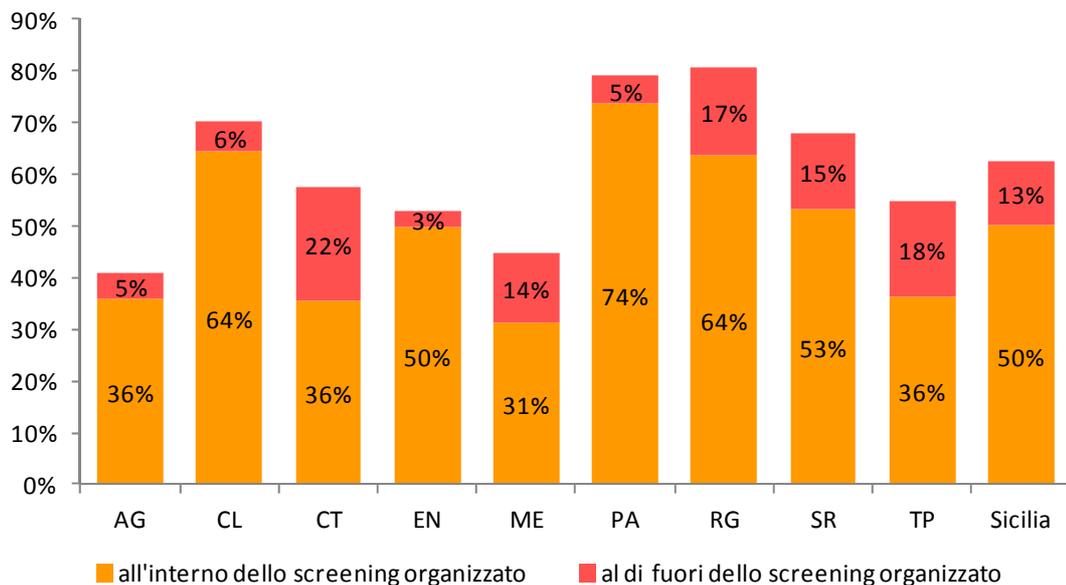
Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico.

In Sicilia, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 50% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato (range dal 31% di Messina al 74% di Palermo), mentre il 13% l'ha eseguita come prevenzione individuale (range dal 3% di Enna al 22% di Catania).

In Italia il 55% delle 50-69enni ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 19% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

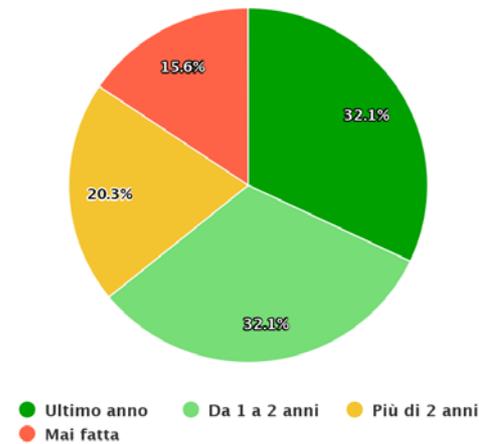
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato
Donne 50-69 anni

Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2016-19



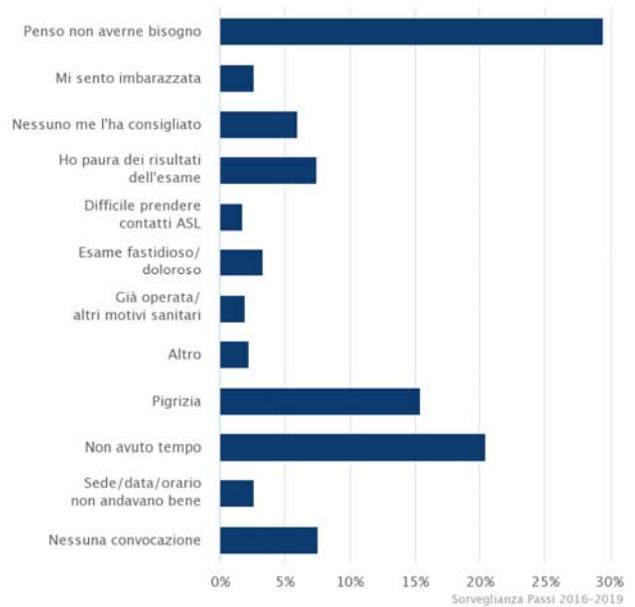
Il 36% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (16%) o l'ha eseguita da oltre due anni (20%). La non esecuzione dell'esame viene giustificata da diverse motivazioni, tra cui il ritenere di non averne bisogno rappresenta la principale.

Periodicità di esecuzione della mammografia – Sicilia



Sorveglianza Passi 2016-2019

Motivo della non esecuzione della mammografia negli ultimi due anni – Sicilia

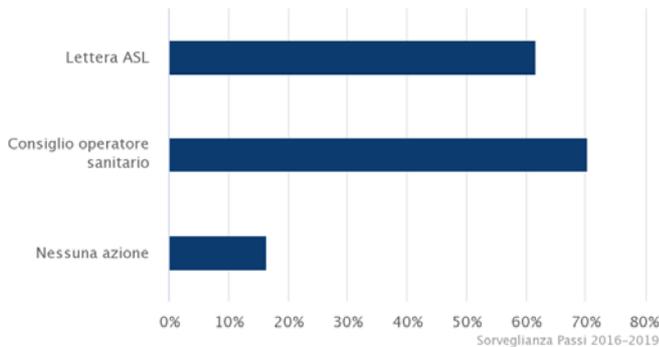


Sorveglianza Passi 2016-2019

In Sicilia il 70% delle 50-69enni ha ricevuto da un medico il consiglio di sottoporsi alla mammografia (range dal 47% di Caltanissetta e Ragusa al 93% di Palermo). Il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL (range dal 33% di Messina all'88% di Ragusa). Il 16% delle donne intervistate non ha ricevuto nessun tipo di intervento.

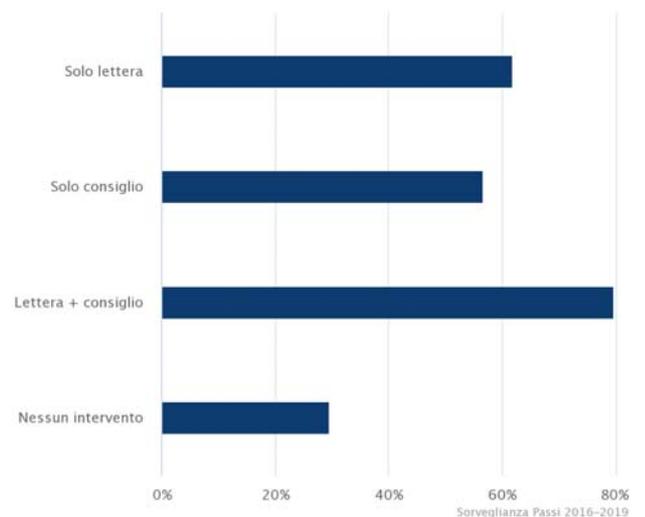
L'80% delle donne che ha ricevuto sia la lettera che il consiglio da parte del medico ha effettuato la mammografia, mentre lo screening mammografico è stato effettuato solo dal 29% delle donne che non hanno ricevuto nessun intervento, questo conferma l'efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della mammografia.

Interventi di promozione della mammografia – Sicilia



Sorveglianza Passi 2016-2019

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della mammografia secondo le linee guida
Copertura screening mammografico totale per tipo di intervento – Sicilia



Sorveglianza Passi 2016-2019

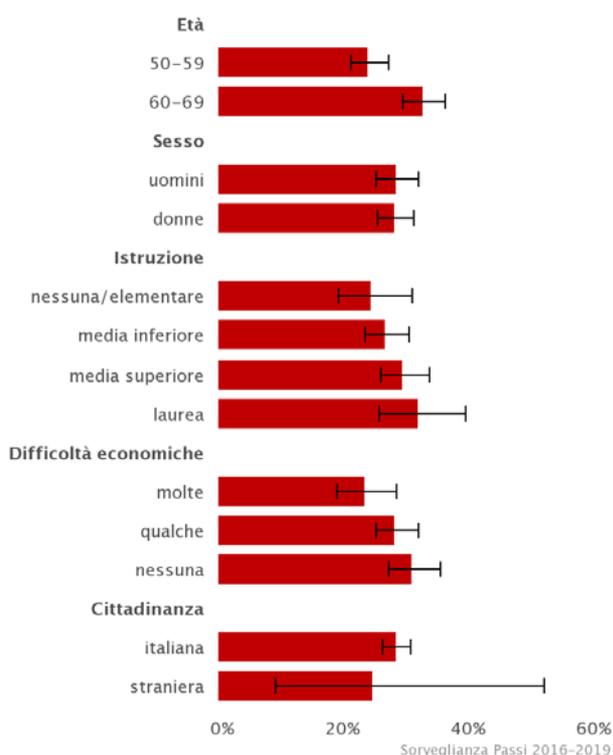
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

In Sicilia il 28% dei 50-69enni ha eseguito la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) negli ultimi due anni e il 10% ha effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni, come indicato dalle linee guida. La ricerca del SOF è più frequente nei 60-69enni (33%), nelle persone senza difficoltà economiche (31%), e cresce al crescere del grado di istruzione.

La colonscopia nei tempi raccomandati viene eseguita soprattutto dagli uomini (11%) e dalle persone senza difficoltà economiche (12%), l'adesione allo screening aumenta al crescere del livello di istruzione raggiungendo il 13% fra i laureati.

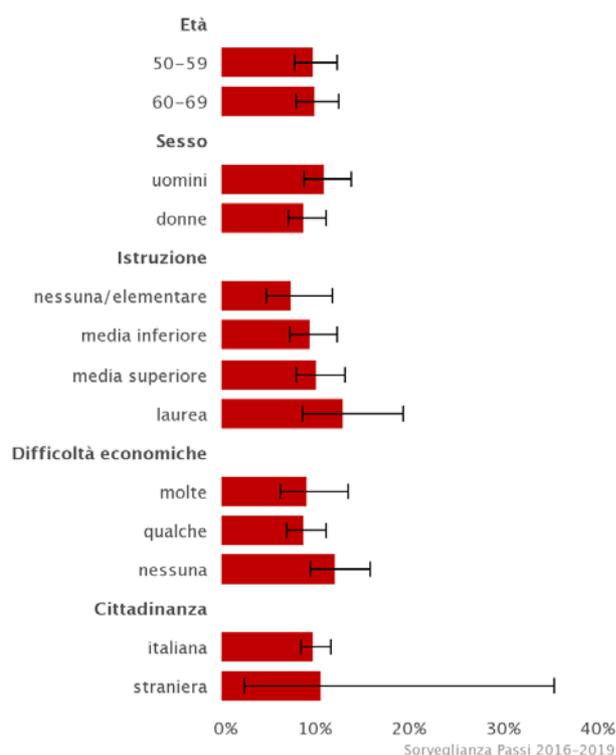
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 28.3% (IC95%: 26.2-30.6%)



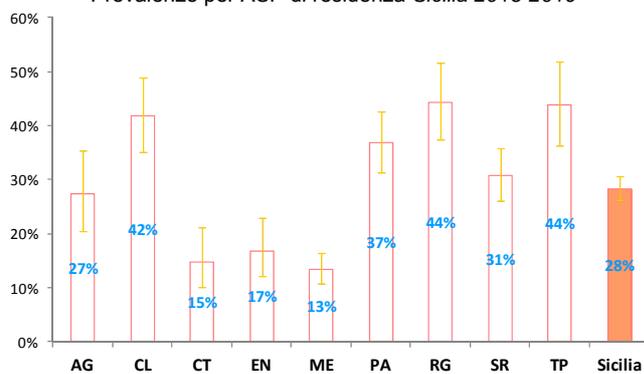
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 9.9% (IC95%: 8.5-11.6%)

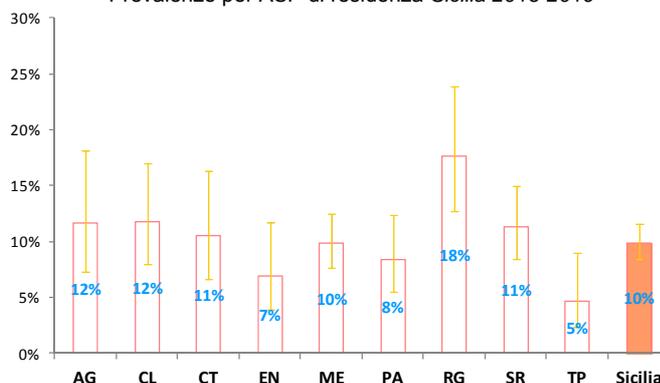


Fra le ASP regionali si osservano differenze significative nell'aderenza agli screening colo rettali, in particolare Messina risulta la provincia con la percentuale più bassa di persone che hanno effettuato la ricerca del SOF nei tempi raccomandati, mentre le province di Ragusa e Trapani risultano quelle con le percentuali più alte; per l'effettuazione della colonscopia negli ultimi 5 anni, a Trapani si registra la quota più bassa di persone che si sono sottoposte a questo esame, a Ragusa quella più alta.

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni
Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2016-2019



Colonscopia negli ultimi cinque anni
Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2016-2019



Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per regione di residenza
Passi 2016-2019

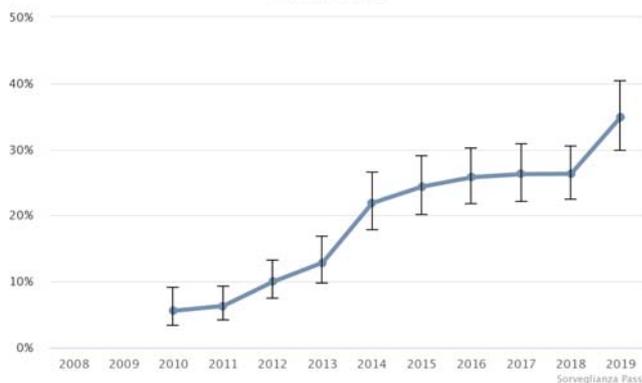


Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni per regione di residenza
Passi 2016-2019

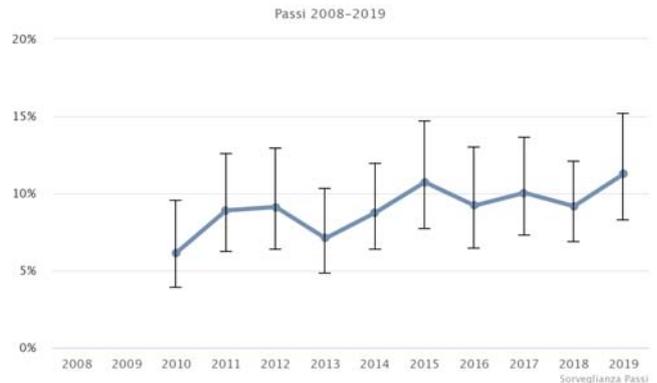


In Italia, il 42% dei 50-69enni ha effettuato la ricerca del sangue occulto, il 14% ha effettuato la colonscopia. Per entrambi gli screening si evidenzia una grande variabilità territoriale a sfavore delle Regioni meridionali.

Trend annuale Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni Regione Sicilia
Passi 2008-2019

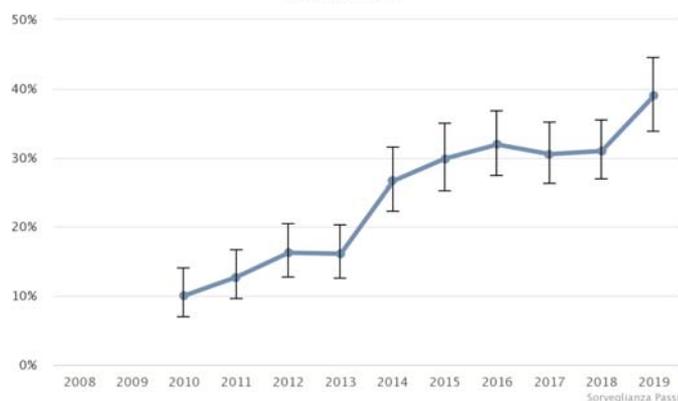


Trend annuale Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni Regione Sicilia
Passi 2008-2019



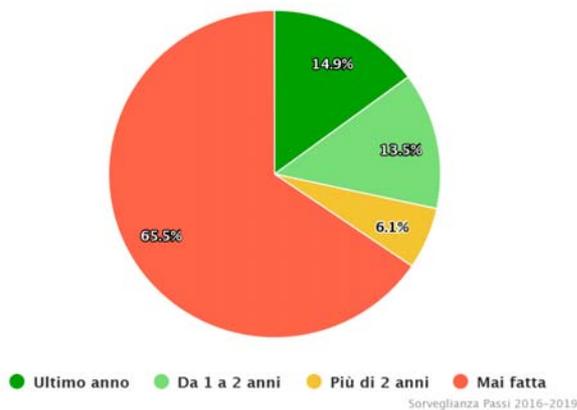
La quota di soggetti che hanno eseguito il Sof test è aumentata nel tempo. Si evidenzia invece un andamento variabile nell'effettuazione della colonscopia nel periodo considerato.

Trend annuale Copertura screening colorettales totale Regione Sicilia
Passi 2008-2019

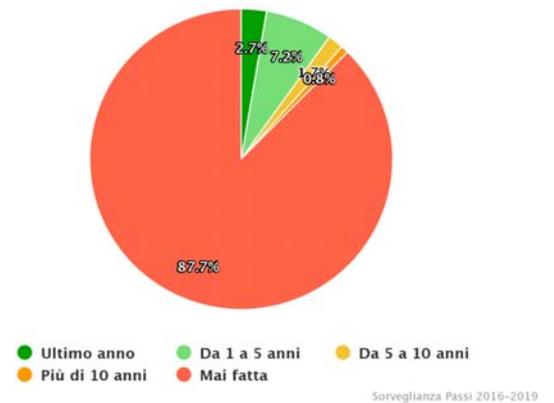


La copertura dello screening totale è aumentata negli anni. In Sicilia, il 6% dei 50-69enni ha effettuato la ricerca di sangue, e il 3% la colonscopia oltre i tempi raccomandati.

Periodicità di esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci – Sicilia



Periodicità di esecuzione della colonscopia/rettosigmoidoscopia Sicilia

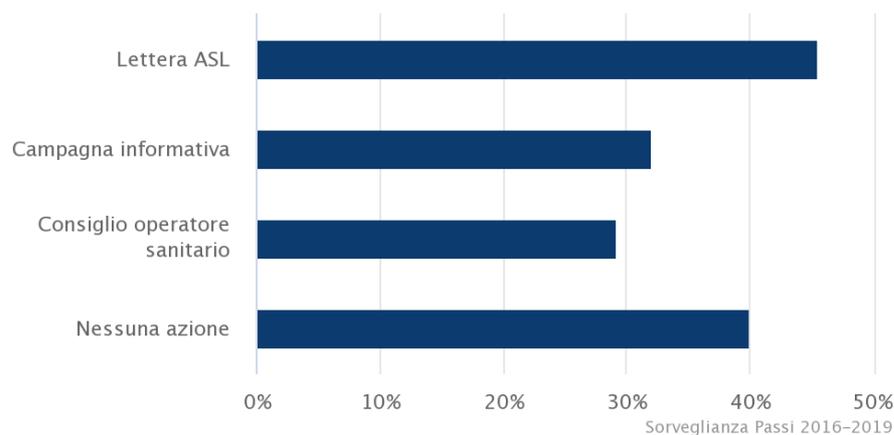


Tra gli interventi di promozione della ricerca di sangue occulto fecale, quello che ha raggiunto una percentuale maggiore di intervistati è la lettera dell'ASP (45%) con valori che variano dal 15% di Messina all' 86% di Ragusa.

Il 32% degli intervistati ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (range dall'11% di Enna al 38% di Trapani), il 29% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 7% di Agrigento al 56% di Caltanissetta).

Il 40% degli intervistati non è stato raggiunto da nessun intervento.

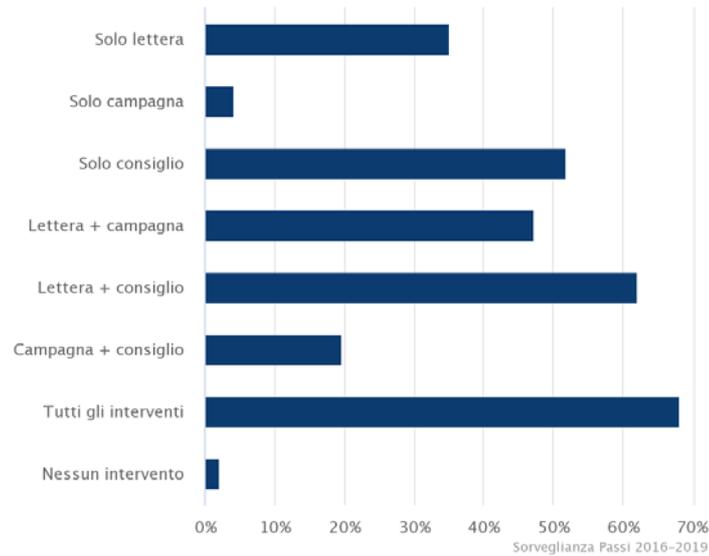
Interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci – Sicilia



La percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci nei tempi raccomandati, è solo del 2% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione, cresce all'aumentare del numero di input ricevuti, raggiungendo il 68% con la combinazione di tutti gli interventi.

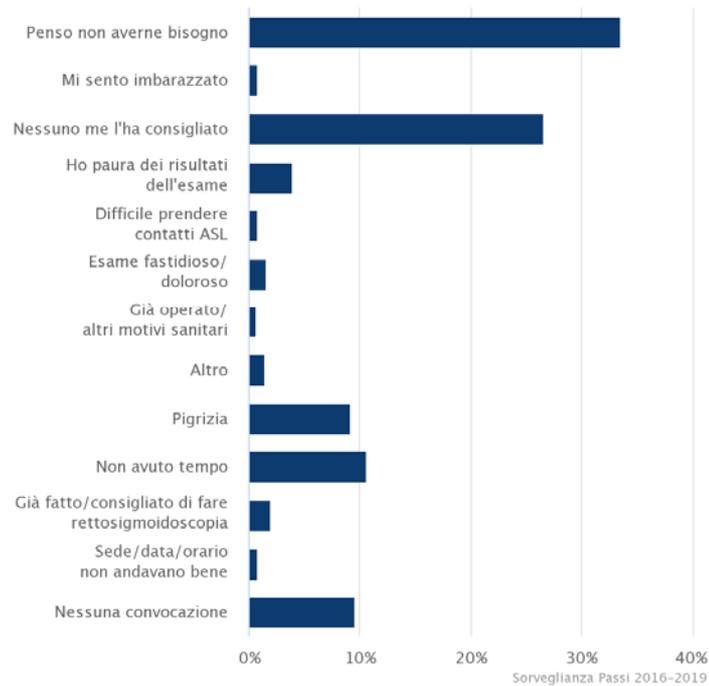
Questi dati confermano l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci – Ricerca del sangue occulto nelle feci per tipo di intervento Sicilia



Le motivazioni per la mancata esecuzione dello screening sono state prevalentemente la mancanza di percezione del rischio, ritenendo di non averne bisogno (33%) e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito (27%).

Motivo della non esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni – Sicilia

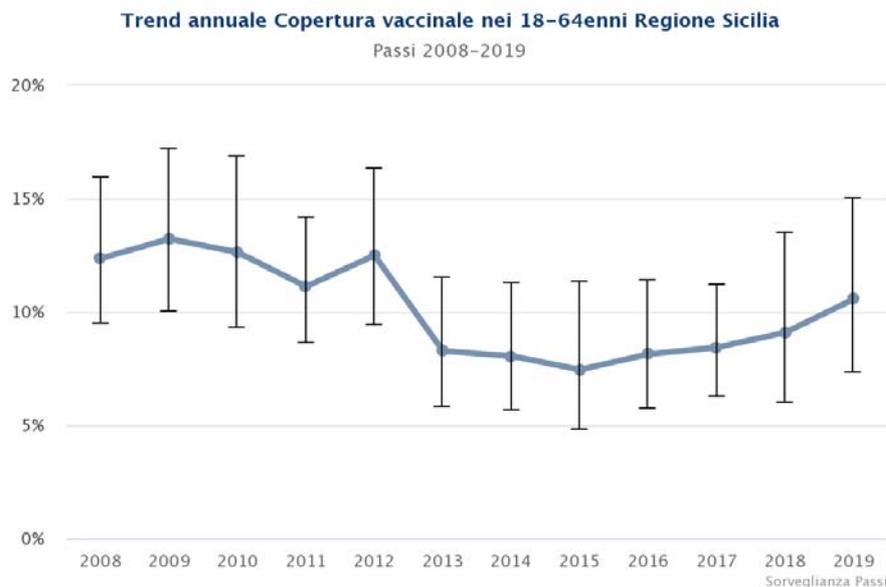
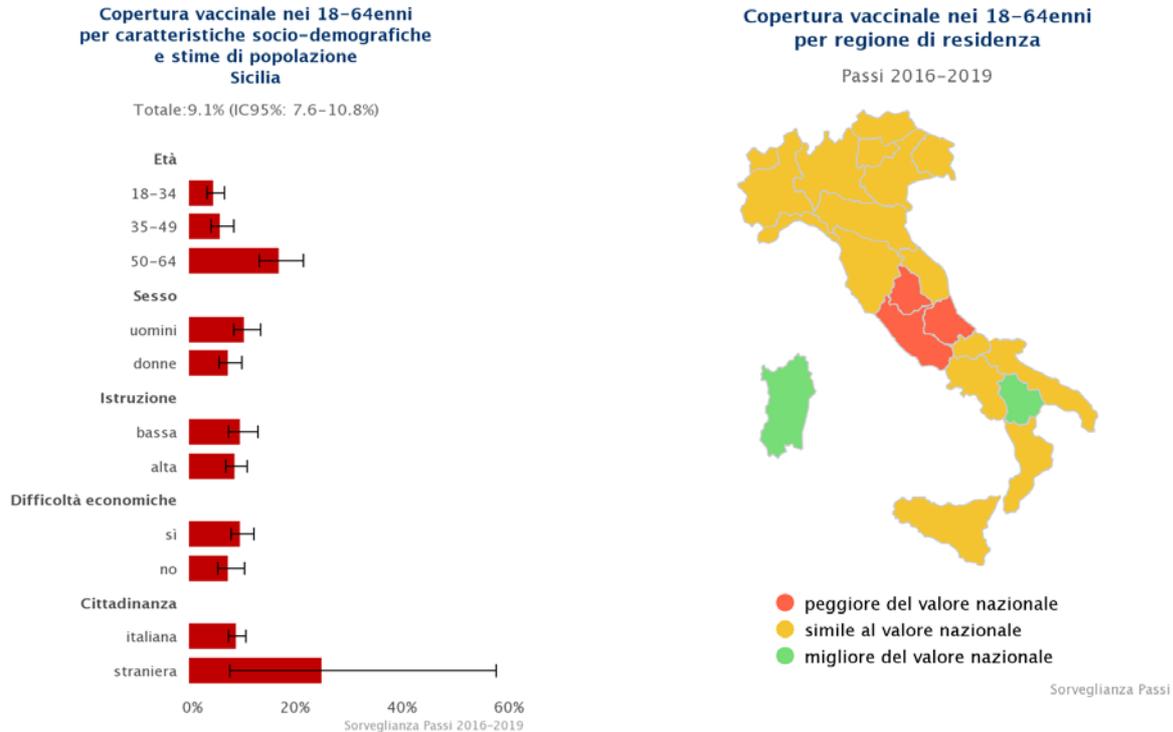


Vaccinazione per l'influenza stagionale

Nel periodo 2016-2019 il 9% dei 18-64enni ha eseguito la vaccinazione per l'influenza.

La copertura vaccinale risulta più elevata nei 50-64enni (17%), negli uomini (11%), in coloro che hanno un livello di istruzione basso (10%) e in coloro che riferiscono di avere difficoltà economiche (10%).

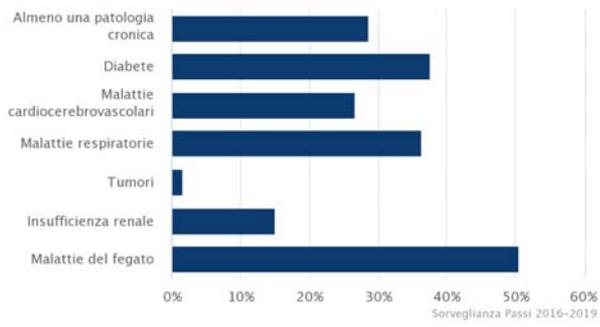
In Italia, la percentuale di persone vaccinate durante le ultime quattro campagne contro l'influenza è risultata dell'8%, sale al 21% fra i 18-64enni con almeno una patologia cronica.



Il ricorso alla vaccinazione antiinfluenzale è diminuito negli anni anche se non in modo significativo.

Il 29% dei 18-64enni affetti da almeno una patologia cronica ha eseguito la vaccinazione, in particolare, si osservano percentuali più alte di coperture vaccinali fra coloro che soffrono di malattie del fegato (50%).

Copertura vaccinale nei 18-64enni con patologie croniche Sicilia



Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica per regione di residenza

Passi 2016-2019



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

Sorveglianza Passi

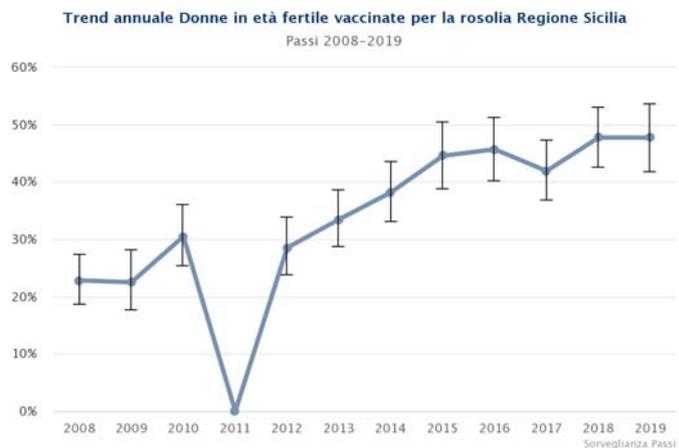
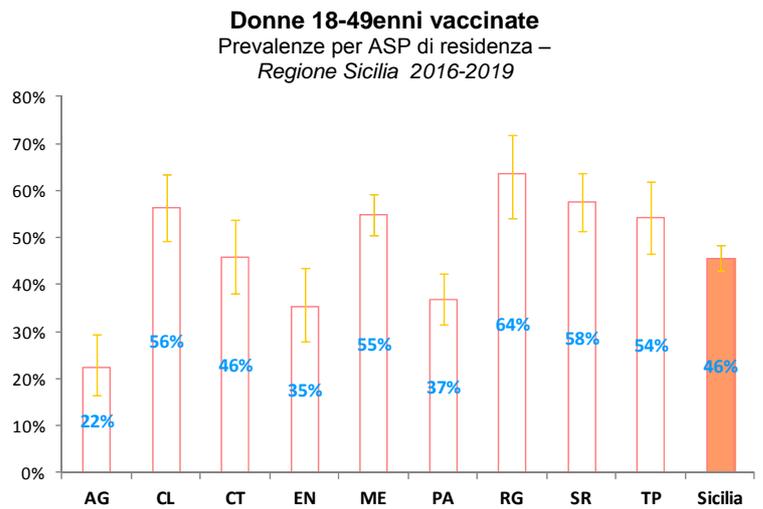
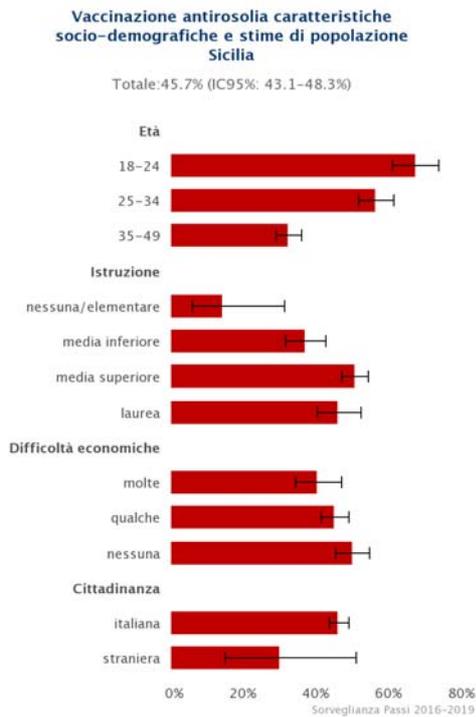
Vaccinazione antirosolia

In Sicilia il 46% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia, il 2% risulta suscettibile alla rosolia, perché non vaccinata e con rubeotest negativo, il 34% invece è la quota di coloro che sono inconsapevoli del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia evidenziando una scarsa consapevolezza da parte delle donne del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza.

Il ricorso alla vaccinazione si riduce all'aumentare dell'età (67% nelle 18-24enni vs 32% nelle 35-49enni), è maggiore in coloro che hanno un titolo di studio di media superiore (51%) e nelle donne che dichiarano di non avere difficoltà economiche (50%).

La copertura vaccinale varia significativamente fra le province siciliane: i valori di coperture vaccinali vanno dal 22% di Agrigento al 64% di Ragusa.

Aumenta nel tempo la quota di donne vaccinate per rosolia.



Nel 2011 in Sicilia i dati sulla Rosolia non sono stati raccolti.

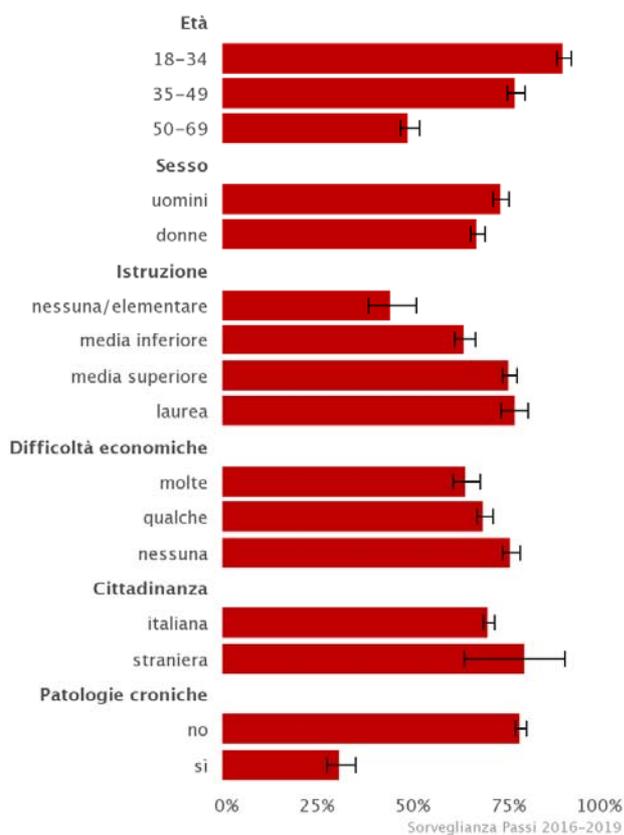
Qualità della vita relativa alla salute

In Sicilia il 70% (71% a livello nazionale) degli intervistati considera positivamente il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 26% riferisce di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto che la propria salute va male/molto male.

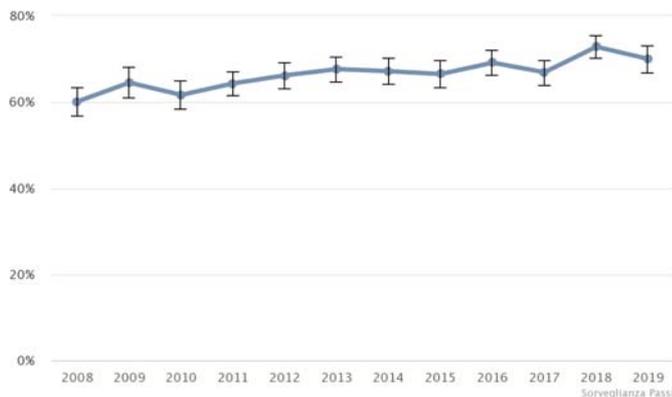
La percezione positiva dello stato di salute diminuisce al crescere dell'età passando dall'89% nei 18-34 anni al 49% dei 50-69enni, aumenta con il miglioramento delle condizioni socioeconomiche, è più frequente negli uomini (73% vs 67%) e nelle persone senza patologie croniche (78% vs 31% di chi soffre di patologie croniche). Nel confronto fra ASP emergono differenze significative fra le quote di persone che hanno dichiarato una percezione positiva del proprio stato di salute con valori compresi tra il 64% di Palermo e Siracusa, e l'86% di Agrigento.

Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 69.7% (IC95%: 68.3-71.1%)



Trend annuale Stato di salute percepito positivamente Regione Sicilia Passi 2008-2019



Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2016-2019



Stato di salute percepito positivamente per regione di residenza

Passi 2016-2019



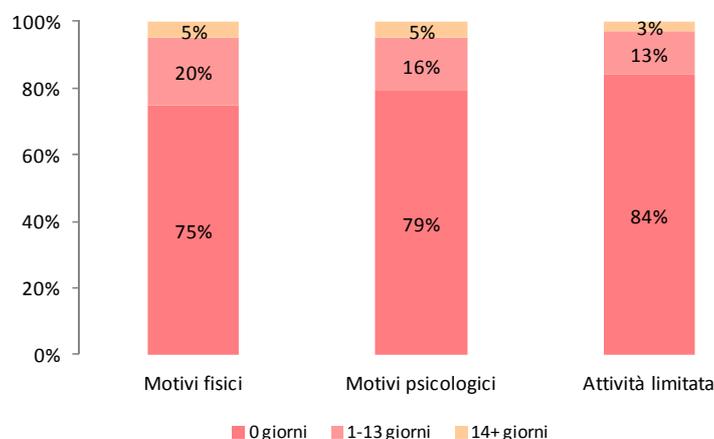
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Aumenta nel tempo, sebbene non in modo lineare, la quota di persone che si dichiarano in buona salute.

In Sicilia la maggior parte dei 18-69enni intervistati ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (75% in buona salute fisica, 79% in buona salute psicologica e 84% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Il 5% degli intervistati ha riferito aver sofferto di cattiva salute per condizioni fisiche più di 14 giorni in un mese, il 5% per motivi psicologici e il 3% ha avuto limitazioni nello svolgimento delle attività abituali.

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Regione Sicilia - PASSI 2016-19



La media dei giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici e per motivi psicologici è 2 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1 giorno al mese.

Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nei 50-69enni, nelle donne, in coloro che hanno un livello d'istruzione basso, nelle persone con molte difficoltà economiche e in coloro che soffrono di almeno una patologia severa.

Giorni non in salute per motivi fisici e psicologici, e giorni con limitazione di attività
(numero medio di giorni, negli ultimi 30 giorni)

		Sicilia			
		giorni totali *	motivi fisici	motivi psicologici	attività limitata
	Totale	3,6	2	2	1,3
Età	18-34	2,2	1	1,4	0,7
	35-49	3	1,7	1,6	1
	50-69	5,1	3,1	2,8	2,1
Sesso	uomini	2,9	1,7	1,6	1,1
	donne	4,2	2,3	2,3	1,5
Istruzione	nessuna / elementare	6,1	3,4	3,8	2,9
	media inferiore	4,2	2,6	2,4	1,8
	media superiore	3	1,7	1,6	0,9
	laurea	2,9	1,4	1,6	0,8
Difficoltà economiche	molte	4,9	2,9	3	2,2
	qualche	3,6	2	2	1,2
	nessuna	2,8	1,5	1,4	0,9
Cittadinanza	italiana	3,6	2	2	1,3
	straniera	2	1,1	0,9	1,1
Patologie croniche	no	2,6	1,4	1,4	0,8
	si	8,6	5,2	4,8	3,8

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

Depressione

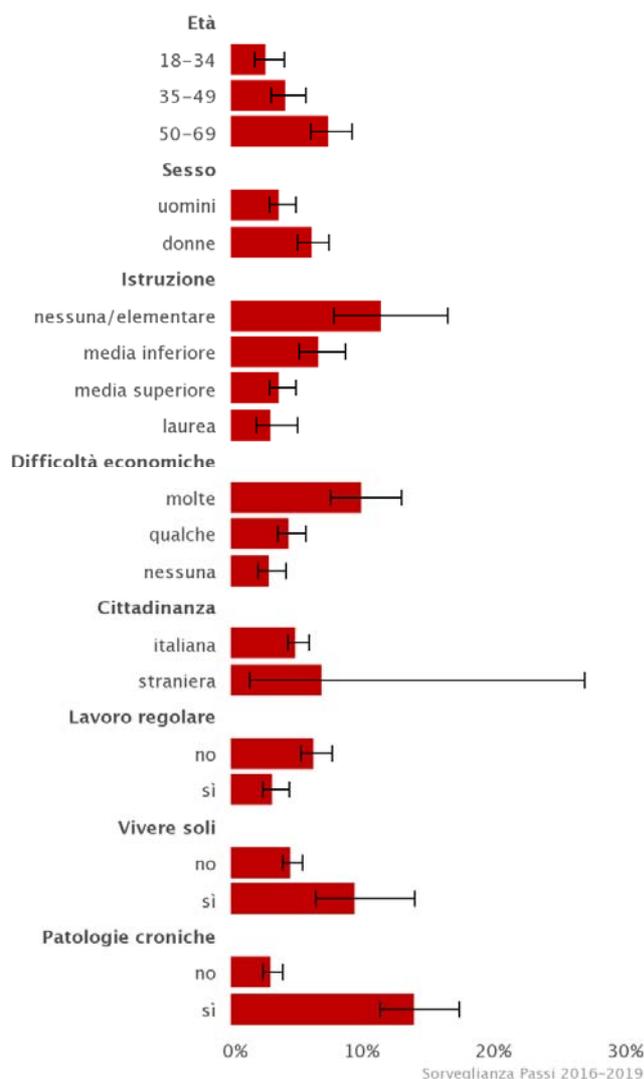
In Sicilia il 5% delle persone intervistate ha riferito sintomi depressivi; questi sintomi appaiono più diffusi all'avanzare dell'età (3% nei 18-34enni vs 7% nei 50-69enni) fra le donne (6% vs 4%), fra le persone senza un lavoro regolare (6% vs 3%), fra quelle che vivono da sole (10% vs 5%), e fra quelle affette da patologie croniche (14% vs 3%). La depressione, inoltre, risulta meno diffusa con il migliorare delle condizioni socioeconomiche.

Catania risulta la provincia con una percentuale maggiore (11%) di persone con sintomi depressivi. In Italia il 6% degli intervistati riferisce di soffrire di sintomi depressivi. Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra regioni.

Si osserva un'evidente variabilità annuale delle prevalenze di persone che riferiscono sintomi depressivi.

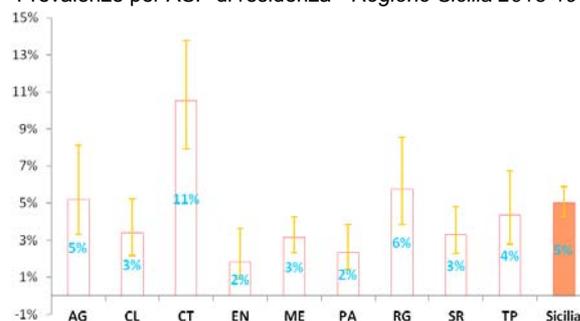
Sintomi di depressione per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 5.0% (IC95%: 4.3-5.9%)



Sintomi di depressione

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2016-19



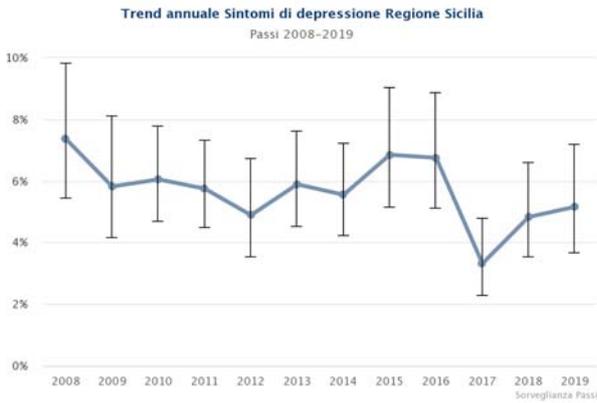
Sintomi di depressione per regione di residenza Passi 2016-2019

Passi 2016-2019



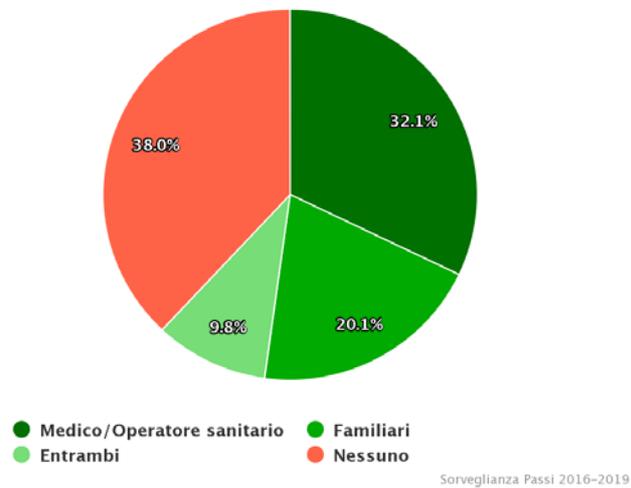
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi



Il medico è la figura a cui si rivolgono prevalentemente i soggetti con sintomi depressivi. Il 38% dei soggetti colpiti da sintomi depressivi dichiara di non chiedere alcun tipo di aiuto.

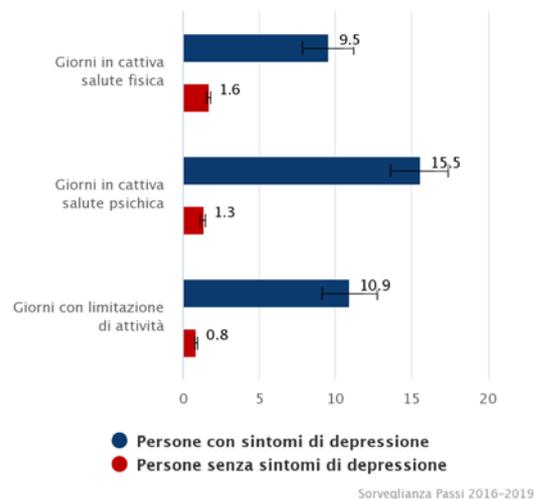
Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto - Sicilia



Le persone che riferiscono sintomi depressivi dichiarano di aver trascorso, nel corso del mese antecedente l'intervista, in media 10 giorni in cattiva salute fisica, 16 giorni in cattiva salute psichica e 11 con limitazioni delle attività.

Il numero di giorni in cattiva salute fisica, psichica e con limitazioni delle attività abituali risultano minori fra le persone senza sintomi depressivi.

Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazioni di attività nei 30 giorni precedenti Sicilia



APPENDICE 1. Monitoraggio

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

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

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2016	PASSI 2017	PASSI 2018	PASSI 2019
Numerosità	1318	1867	1731	1707
Tasso di risposta	94.8	94.9	96.6	94.3
Tasso di rifiuto	4.5	4.6	3.2	5.5
Tasso di sostituzione	5.2	5.1	3.4	5.7
Tasso di non reperibilità	0.7	0.5	0.2	0.2
Tasso di eleggibilità	95.0	95.0	96.6	95.1

Si riportano alcune definizioni importanti e le descrizioni degli indicatori utilizzati:

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

- Tasso di risposta

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

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

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

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

- Tasso di sostituzione

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

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

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

- Tasso di rifiuto

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

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

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

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

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

- Tasso di non reperibilità

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

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

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

- Tasso di eleggibilità "e"

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

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

- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità**

E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria. E' un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); la proporzione di persone che risulta "senza telefono rintracciabile", cioè che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.

Motivi di non eleggibilità				
	2016	2017	2018	2019
E' senza telefono	85%	83%	91%	86%
Residente o domiciliato stabilmente altrove	11%	12%	6%	10%
Istituzionalizzato (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)	0%	2%	1%	1%
Deceduto	2%	1%	1%	2%
Non conoscenza lingua italiana	1%	1%	0%	0%
Grave disabilità psico/fisica	1%	2%	1%	1%

- Modalità di reperimento del numero telefonico**

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

Modalità di reperimento del numero di telefono				
	2016	2017	2018	2019
Già presente (anagrafe sanitaria)	29%	43%	31%	36%
Pagine Bianche	14%	8%	6%	6%
MMG	38%	30%	44%	44%
Anagrafe comunale	2%	1 %	1 %	1 %
Altre fonti aziendali	5%	6%	11%	6%
Parenti, vicini, ecc.	11%	10%	7%	7%
Riferito dall'intervistato stesso	1%	2%	1%	1%

- Distribuzione delle interviste per orari/giorni in Sicilia**

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

Distribuzione delle interviste per orari				
	2016	2017	2018	2019
7-13	29%	23%	29%	15%
13-15	12%	13%	8%	6%
15-19	36%	44%	42%	63%
19-20	6%	7%	8%	7%
20 e oltre	18%	13%	13%	8%

Distribuzione settimanale delle interviste				
	2016	2017	2018	2019
feriale	93%	88%	90%	89%
sabato	6%	10%	7%	9%
festivo	1%	2%	3%	2%

APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

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

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

Sono stati calcolati due diversi pesi, uno che riporta i dati all'universo di riferimento ("Peso1") e un altro che invece mantiene la numerosità campionaria ("Peso2").

Il "Peso1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione ${}_i P_k$ (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2011) dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte ${}_i \hat{P}_k$ in quel dato periodo dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera regione, formalmente:

$${}_i \text{Peso1}_k = \frac{{}_i P_k}{{}_i \hat{P}_k}$$

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{pop_strato}_k\text{-}ASL_i}{\text{pop_strato}_k\text{-}Re\ g}$$

e

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{numero_int_strato}_k\text{-}ASL_i}{\text{numero_int_strato}_k\text{-}Re\ g}$$

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

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

Per quelle sezioni del rapporto PASSI in cui il target di popolazione analizzato è relativo ad età differenti da quelle sopra citate, quali screening, vaccinazioni e carta del rischio cardiovascolare, sono stati ricalcolati appositamente entrambi i pesi per le rispettive classi.

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