



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2011-2014

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

Membri del Gruppo tecnico

- Nicoletta Bertozzi - *Ausl della Romagna, Cesena*
- Stefano Campostrini - *dipartimento di Statistica, Fondazione Università Ca'Foscari, Venezia*
- Giuliano Carrozzini - *dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena*
- Benedetta Contoli - *Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) - Iss, Roma*
- Marco Cristofori - *Unità operativa Sorveglianza e Promozione della salute, Ausl Umbria 2 Orvieto (Tr)*
- Paolo D'Argenio - *Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) - Iss, Roma*
- Angelo D'Argenio - *dipartimento di Prevenzione, Asl Caserta, Caserta*
- Amalia Maria Carmela De Luca - *Uoc Epidemiologia, Asp Cosenza, Cosenza*
- Pirus Fateh-Moghadam - *Osservatorio per la salute, Provincia autonoma di Trento*
- Gianluigi Ferrante - *Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) - Iss, Roma*
- Valentina Minardi - *Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) - Iss, Roma*
- Luana Penna - *Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) - Iss, Roma*
- Alberto Perra - *Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) - Iss, Roma*
- Valentina Possenti - *Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) - Iss, Roma*
- Elisa Quarchioni - *Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) - Iss, Roma*
- Mauro Ramigni - *Azienda Ulss 9 Treviso dipartimento di Prevenzione, Treviso*
- Stefania Salmaso - *Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) - Iss, Roma*
- Massimo Oddone Trinito - *dipartimento di Prevenzione, Usl Roma C, Roma*
- Stefania Vasselli - *ministero della Salute, Roma*

- a livello regionale:

Baldo Gucciardi

(Assessore alla Sanità - Regione Sicilia)

Ignazio Tozzo

(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, Marianna La Rocca (Intervistatrici)
ASP di Caltanissetta	Rosanna Milisenna (Coordinatrice); Maria Di Forti, Rosanna Milisenna, Antonina Modica dal 2014 (Intervistatrici)
ASP di Catania	Irene Torre (Coordinatrice); Maria Giuseppa D'Angelo, Andrea Nastri, Elena Longhitano, Iole Urzì (Intervistatori/trici)
ASP di Enna	Franco Belbruno (Coordinatore ed Intervistatore); Clotilde Laura Caceci (Intervistatrice)
ASP di Messina	Giovanna Fiumanò (Coordinatrice); Giuseppe Florio, Rosaria Cuffari, Giovanni Galletta, Erminia Iannello, Antonio Pollicino, Giancarlo Quattrone, Antonia Rando, Domenico Pagano (Intervistatori/trici) Roberta Benedetto (collaboratrice)
ASP di Palermo	Maria Angela Randazzo (Coordinatrice); Antonino Gugino, Giuseppa Lipari, Antonina Maione, Vincenza Marchica, Salvatore Palazzo (Intervistatori/trici)
ASP di Ragusa	Giuseppe Ferrera (Coordinatore); Calogero Claudio Pace (vice coordinatore/ intervistatore); Maria Leggio, Corrado Grillo (Intervistatori/trici)
ASP di Siracusa	Alfonso Nicita (Coordinatore); Michele Assenza, Maria Antonietta Licini, Maddalena Rabbito, Enza D'Antoni.
ASP di Trapani	Ranieri Candura (Coordinatore); Giuseppina Bonì, Giovanni Pio Gucciardi, Fiorella Catalano, Giuseppa Candela (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.

INDICE

Prefazione.....	4
Presentazione.....	5
Metodi.....	6
I risultati a colpo d'occhio.....	
Descrizione del campione regionale.....	
Percezione dello stato di salute	
Attività fisica.....	
L'abitudine al fumo.....	
Situazione nutrizionale.....	
Consumo di alcol.....	
Alcol e guida	
Uso dei dispositivi di sicurezza.....	
Infortuni domestici.....	
Vaccinazione antinfluenzale.....	
Vaccinazione antirosolia.....	
Rischio cardiovascolare.....	
Sintomi di depressione.....	
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero.....	
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella.....	
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto.....	
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 2010-2013 il numero di interviste completate, nel pool nazionale, è risultato di oltre 151 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. Le aziende sanitarie di Agrigento, Caltanissetta, Catania, Enna Siracusa e Trapani hanno aderito al campionamento regionale che prevede 10 interviste mensili. L'ASP di Ragusa nel periodo 2009-2011 ha partecipato con un campionamento aziendale, ma dal 2012 partecipa alla sorveglianza con un campionamento regionale.

In Sicilia il campione complessivo per il periodo 2011-2014 è costituito da 5.434 individui; il campione è risultato così suddiviso per ASP:

ASP	Persone di 18-69 anni
Agrigento	449
Caltanissetta	440
Catania	424
Enna	440
Messina	1100
Palermo	1140
Ragusa	610
Siracusa	472
Trapani	359
Totale regionale	5434

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. Nel 2011-2014 sono state effettuate oltre 152 mila interviste telefoniche. 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 21 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 21% 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.

I risultati a colpo d'occhio

Determinanti di salute socio-anagrafici	%	IC95% inf	IC95% sup
Basso livello di istruzione	40	38.6	41.5
Molte difficoltà economiche	24.7	23.4	26.1
Cittadinanza straniera	0.7	0.5	1
Vive solo	5.8	5	6.6
Coniugato	61.7	60.4	62.9
Occupato lavorativamente	59.2	57.7	60.7

Percezione dello stato di salute	%	IC95% inf	IC95% sup
Stato di salute percepito positivamente	66.3	64.9	67.7
Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	3.9	3.6	4.1
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	2.5	2.3	2.7
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	2	1.8	2.2
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane	1.2	1.1	1.4

Attività fisica	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo	30.2	28.8	31.6
Parzialmente attivo	27	25.7	28.3
Sedentario	42.9	41.3	44.4
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica	27.2	25.7	28.6
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	38.9	35.3	42.5
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	32.9	30.7	35.1

Fumo di sigaretta	%	IC95% inf	IC95% sup
Non fumatori	57.7	56.2	59.2
Fumatori	28.6	27.2	30
in astensione	1.1	0.8	1.5
occasionalmente	0.4	0.3	0.6
quotidiani	27.1	25.7	28.5
Ex-fumatori	13.7	12.7	14.8
Numero medio di sigarette fumate	12.8	12.3	13.2
Chiesto se fuma	34.6	33.1	36.2
Consiglio smettere	55.7	52.6	58.9

Eccesso ponderale	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	11.6	10.6	12.6
Sovrappeso	35.1	33.7	36.6
Normo/sottopeso	53.3	51.8	54.8
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	74.2	70	78
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	36	33.5	38.6

Consumo quotidiano di frutta e verdura	%	IC95% inf	IC95% sup
0 porzioni	3.6	3.1	4.2
1/2 porzioni	51	49.5	52.6
3/4 porzioni	37	35.5	38.5
5+ porzioni	8.4	7.6	9.3

Consumo di alcol	%	IC95% inf	IC95% sup
Consumo alcol	45.4	43.9	46.9
Consumo fuori pasto	6.2	5.5	7
Consumo abituale elevato	0.9	0.7	1.3
Consumo binge	3.7	3.1	4.4
Consumo a maggior rischio	9.4	8.6	10.4
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	3.4	2.1	5.5

Alcol e guida	%	IC95% inf	IC95% sup
Guida sotto effetto dell'alcol	6.8	5.7	8.2
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	3.8	3.2	4.4
Controlli forze dell'ordine	27	25.6	28.4
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	7.4	6.1	9

Sicurezza domestica	%	IC95% inf	IC95% sup
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	4.9	4.2	5.6
negli ultra-64enni	3.8	2.4	5.9
in chi convive con ultra-64enni	4.9	3.6	6.8
nelle donne	6.6	5.6	7.8
in chi vive con bambini fino ai 14 anni	7.8	6.3	9.7
Infortunio domestico che ha richiesto cure	3.1	2.6	3.7

Vaccinazione antinfluenzale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura vaccinale nei 18-64enni	9.8	8.5	11.3
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	28.8	23.4	35
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	6.9	5.7	8.4

Rischio cardiovascolare	%	IC95% inf	IC95% sup
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	81.5	80.3	82.7
Iperensione riferita	20.3	19.1	21.6
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	73.1	71.7	74.4
Ipercolesterolemia riferita	21.2	19.8	22.6
Calcolo rischio cardiovascolare	5.6	4.7	6.6
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare	98.1	97.7	98.4

Sintomi di depressione	%	IC95% inf	IC95% sup
Sintomi di depressione	5.5	4.8	6.3
Richiesta di aiuto da qualcuno	62.2	54.9	68.9
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	9.8	7.2	12.5
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	16.8	15.3	18.4
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane*	8.2	6.7	9.7

Copertura screening per neoplasia cervicale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening per neoplasia cervicale totale	67	64.7	69.3
Copertura screening per neoplasia cervicale organizzato	35	32.6	37.4
Copertura screening per neoplasia cervicale spontaneo	31.2	28.9	33.5

Copertura screening mammografico	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening mammografico totale	54.6	50.8	58.3
Copertura screening mammografico organizzato	37.5	33.8	41.3
Copertura screening mammografico spontaneo	15.8	13.1	18.9

Copertura screening coloretale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening coloretale totale	18.1	16.2	20.2
Copertura screening coloretale organizzato	12.3	10.7	14.2
Copertura screening coloretale spontaneo	4.1	3.3	5.2
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	12.9	11.3	14.8
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	8.5	7.1	10.1

Descrizione del campione regionale

La popolazione in studio è costituita da 3.464.652 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 9 ASP della Sicilia.

Da gennaio 2011 a dicembre 2014, sono state intervistate 5.434 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Caratteristiche demografiche degli intervistati

L'età e il sesso

In Sicilia, il campione intervistato è composto dal 51% di donne e 49% di uomini.

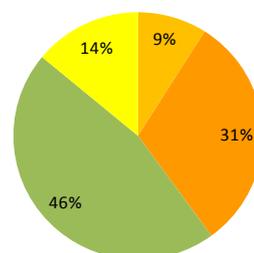
Il 32% del campione è costituito da persone nella fascia 18-34 anni, il 33% da persone nella fascia 35-49 anni, il 35% da 50-69enni.

Il titolo di studio

In Sicilia il 9% dei 18-69enni non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 14% è laureato.

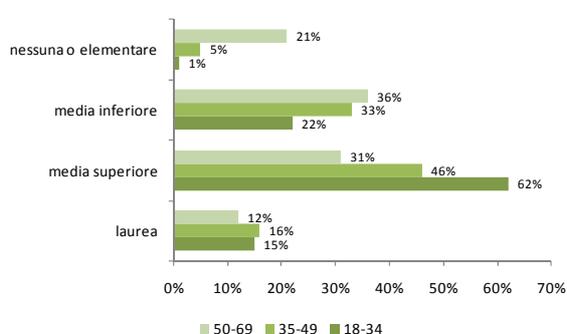
L'istruzione è fortemente età - dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche.

Campione per titolo di studio
Sicilia - PASSI 2011-14



■ Nessuno/Elementare ■ Scuola media inferiore
■ Scuola media superiore ■ Laurea

TITOLO DI STUDIO PER CLASSE D'ETÀ
Sicilia PASSI 2011-14



Basso livello di istruzione per regione di residenza
Passi 2011-2014



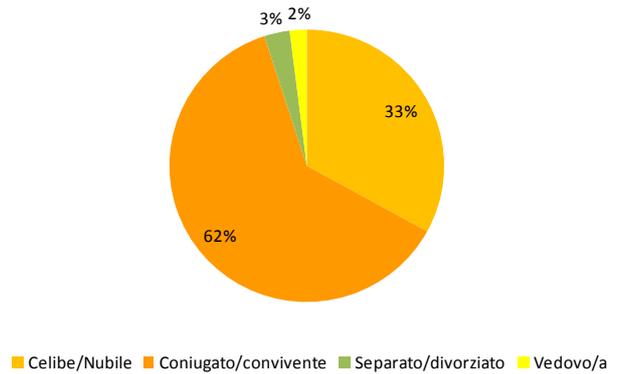
Lo stato civile

In Sicilia i coniugati/conviventi rappresentano il 62% del campione, i celibi/nubili il 33%, i separati/divorziati il 3% ed i vedovi il 2%. Nel pool di ASL PASSI 2011-14 il 59% dei 18-69enni risulta coniugato, l'8% vive solo.

Coniugato per regione di residenza
Passi 2011-2014



Campione per categorie stato civile
Sicilia - PASSI 2011-14



Cittadinanza

In Sicilia il campione è costituito dal 99% di cittadini italiani. Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.

Nel pool di ASL la percentuale di cittadini stranieri è del 4%, ed è maggiore in alcune Regioni del Centro-Nord, mentre è minore al Sud e nelle Isole

Cittadinanza straniera per regione di residenza
Passi 2011-2014

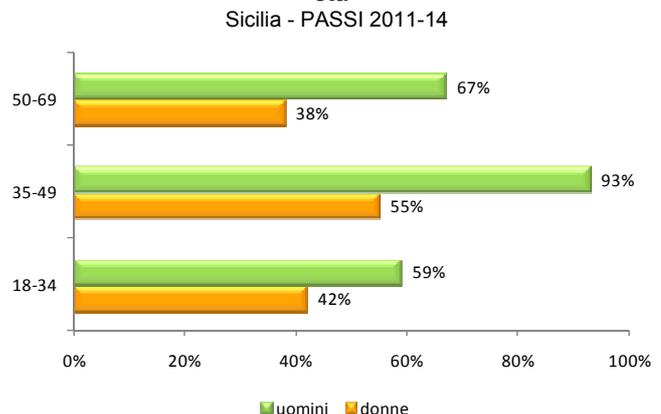


Il lavoro

In Sicilia il 53% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di essere lavorativamente occupato.

Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini sia complessivamente (45% contro 74%) che per ogni fascia d'età. La fascia d'età 35-49 anni è quella con percentuali maggiori di lavoratori regolari sia negli uomini che nelle donne. Nel pool di ASL PASSI 2011-14 la percentuale di intervistati che riferiscono di essere occupati in ambito lavorativo è del 65%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% persone lavorativamente occupate per sesso e classi di età



Occupato lavorativamente per regione di residenza

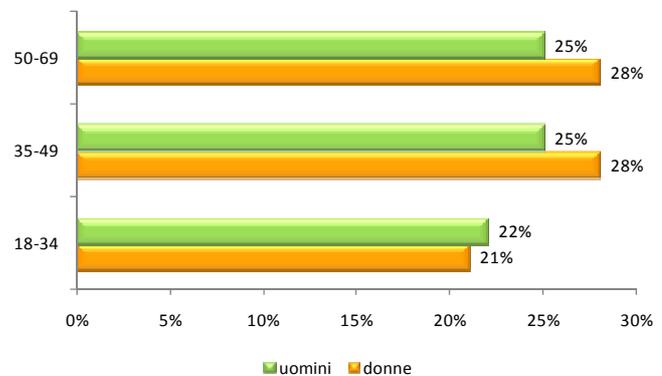
Passi 2011-2014

**Difficoltà economiche**

In Sicilia:

- il 24% del campione non ha alcuna difficoltà economica
- il 51% qualche difficoltà
- il 25% molte difficoltà economiche.

Non si evidenziano differenze significative tra le percentuali di coloro che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classe d'età. Nel pool di ASL PASSI 2011-14 il 16% degli intervistati ha molte difficoltà. Si evidenzia un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
 Sicilia - PASSI 2011-14


Molte difficoltà economiche per regione di residenza

Passi 2011-2014

**Conclusioni**

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

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

Percezione dello stato di 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.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

In Sicilia il 66% degli intervistati considera positivamente il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 29% riferisce di sentirsi discretamente e solo il 5% ha risposto che la propria salute va male/molto male.

Sono più soddisfatti della propria salute:

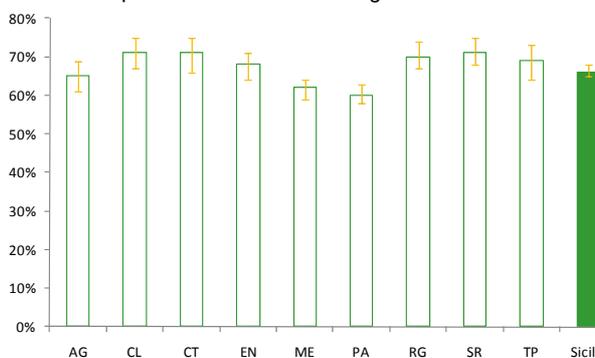
- i giovani nella fascia 18-34 anni
- gli uomini
- le persone con alta istruzione
- le persone senza difficoltà economiche
- le persone senza patologie severe

Nel confronto fra ASP emerge che nell'ASP di Palermo si registra la percentuale più bassa di persone che percepiscono positivamente il loro stato di salute.

Nel pool di ASP si osserva che la quota di persone che riferiscono un buono stato di salute è maggiore al Nord, minore al Centro e ancor più bassa nel Sud e nelle Isole (con qualche eccezione, come per Puglia e Basilicata).

Stato di salute percepito positivamente

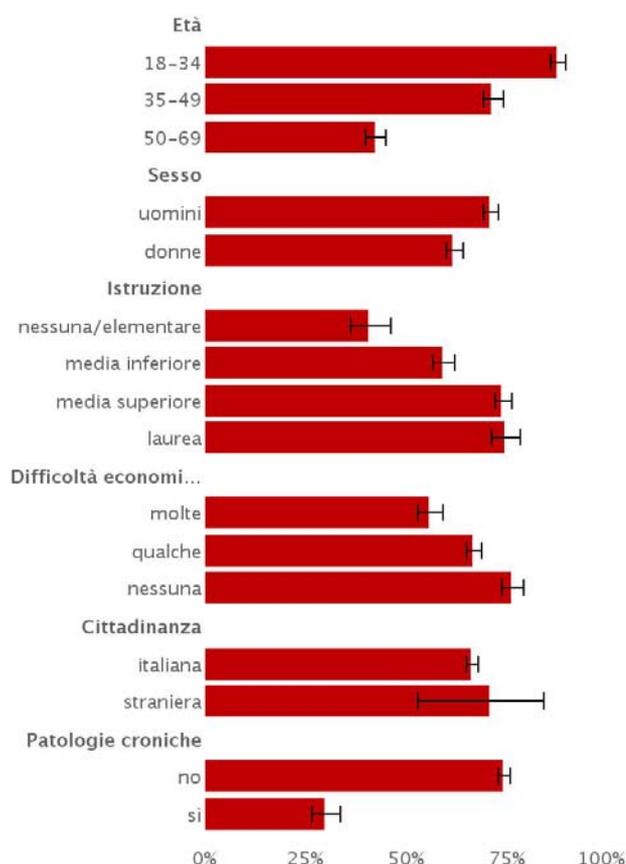
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2011-14



¹ persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.

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

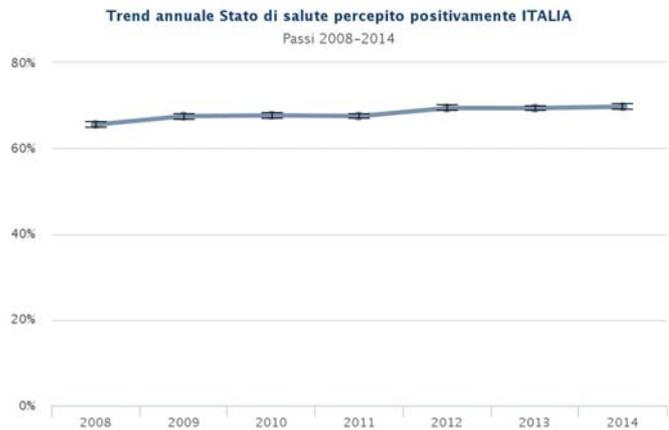
Totale: 66.3% (IC95%: 64.9-67.7%)



Stato di salute percepito positivamente per regione di residenza
Passi 2011-2014



Nel quadriennio 2011-2014, osserviamo un trend in leggera crescita delle prevalenze di coloro che percepiscono positivamente il loro stato di salute.

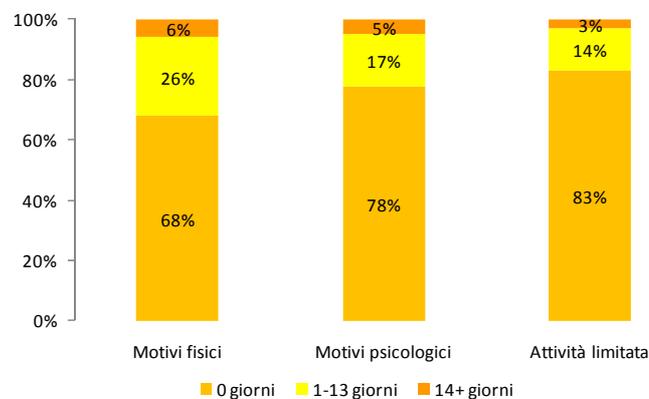


Giorni di cattiva salute percepiti in un mese e limitazioni dell'attività abituali

In Sicilia la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (68% in buona salute fisica, 78% in buona salute psicologica e 83% senza alcuna limitazione delle attività abituali).

Il 6% 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 2011-14



- La media dei giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è circa 3 giorni, 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, 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. Inoltre il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici è maggiore nelle donne.
- I cittadini stranieri dichiarano di stare male per motivi fisici ed avere limitazioni delle attività abituali per più giorni rispetto ai cittadini italiani.

- **Giorni percepiti in cattiva salute al mese**

* 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

		Sicilia			
		giorni totali *	motivi fisici	motivi psicologici	attività limitata
	Totale	3.9	2.5	2	1.2
Età	18-34	2.5	1.5	1.2	0.7
	35-49	3.5	2	1.9	0.8
	50-69	5.4	3.8	2.8	2.1
Sesso	uomini	2.9	1.9	1.4	1.1
	donne	4.8	3	2.6	1.4
Istruzione	nessuna / elementare	7	4.9	4	3.2
	media inferiore	4.1	2.7	2.2	1.6
	media superiore	3.4	2	1.7	0.9
	laurea	2.9	1.7	1.4	0.4
Difficoltà economiche	molte	5.5	3.4	3.3	1.9
	qualche	3.6	2.4	1.8	1.1
	nessuna	2.8	1.6	1.3	0.8
Cittadinanza	italiana	3.9	2.5	2	1.2
	straniera	4	3.7	0.3	2.7
Patologie croniche	no	3	1.8	1.5	0.8
	si	8.2	5.8	4.6	3.5

Conclusioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello regionale ha riferito la percezione di essere in buona salute. Sono soprattutto i 18-34enni, gli uomini, i laureati, le persone senza difficoltà economiche e senza patologie severe che percepiscono positivamente il loro stato di 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.

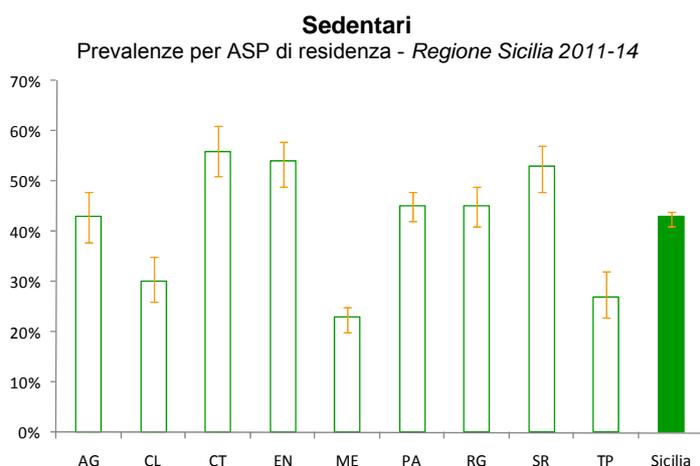
Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria. In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute.

Persone attive fisicamente e sedentari

Nel quadriennio 2011-14, il 30% del campione siciliano dichiara di avere uno stile di vita attivo, il 27% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 43% è completamente sedentario.

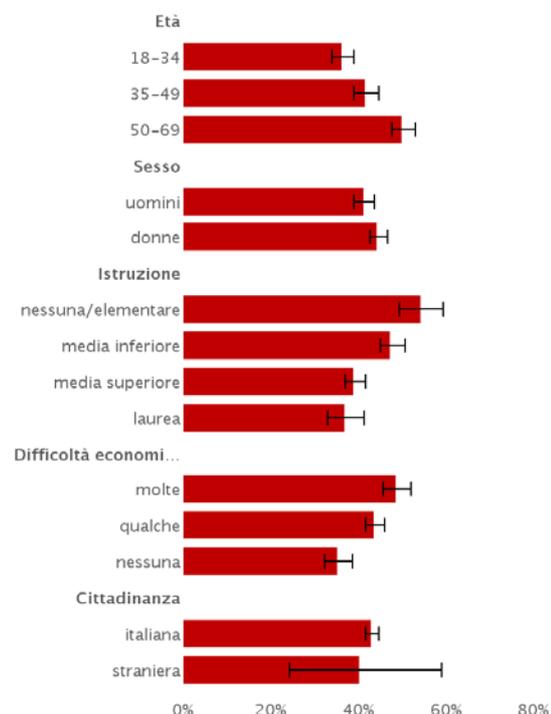
La sedentarietà è più frequente nei 50-69enni, nelle persone con un titolo di studio basso o assente, in quelle con molte difficoltà economiche e negli intervistati con cittadinanza straniera.

Tra le ASP regionali la percentuale di sedentari varia dal 23% di Messina (valore significativamente più basso della media regionale) al 56% di Catania (valore significativamente più alto della media regionale).



PASSI 2011-14 Sedentari per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 42.9% (IC95%: 41.3-44.4%)



Sedentario per regione di residenza

Passi 2011-2014

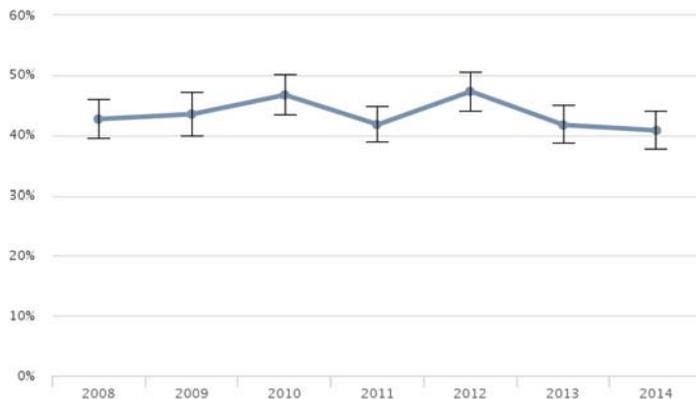


Nel Pool di ASL PASSI 2010-13, la percentuale di sedentari è risultata del 33% con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.

In Lombardia e in Basilicata non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Trend annuale Sedentari Regione Sicilia

Passi 2008-2014



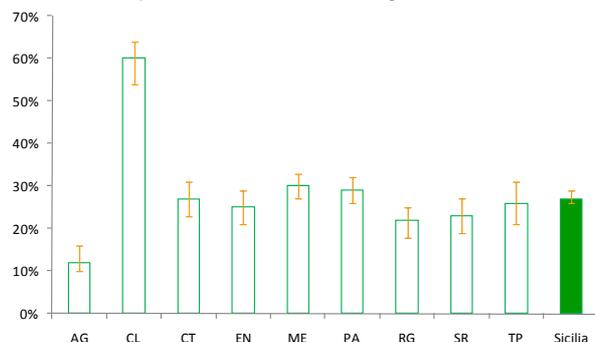
Nel periodo 2008-2014 si può osservare che l'indicatore assume un andamento altalenante. Dall'anno 2012 (valore più alto dell'intero periodo) al 2014 si osserva un leggero decremento

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

In Sicilia il 27% del campione ha riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere esercizio fisico regolarmente, tale percentuale cresce al 33% tra coloro che sono in sovrappeso e al 39% fra coloro che hanno almeno una patologia cronica. Nelle ASP regionali la percentuale di persone a cui è stato consigliato, da parte del medico, di svolgere attività fisica varia dal 12% di Agrigento (valore più basso di quello regionale in maniera statisticamente significativa) al 60% di Caltanissetta (valore più alto di quello regionale in maniera statisticamente significativa).

Consiglio di fare attività fisica

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2011-14

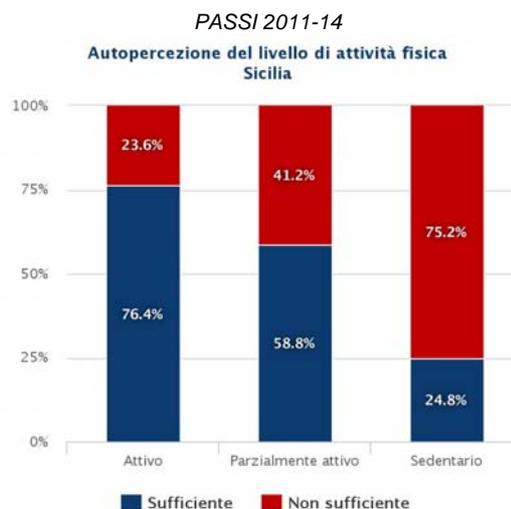


Autopercezione del livello di attività fisica

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.

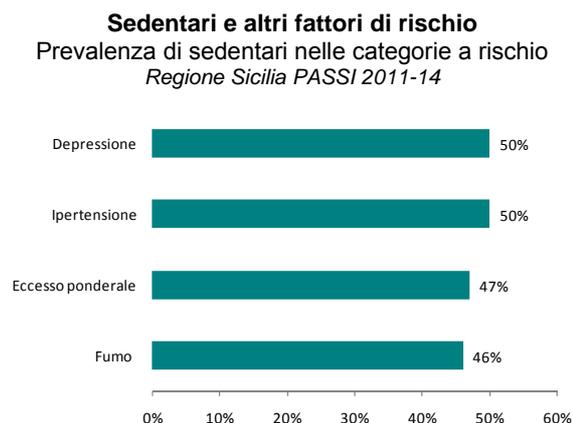
Tra le persone attive, il 76% ha giudicato la propria attività fisica sufficiente.

Il 59% delle persone parzialmente attive ed il 25% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario il 50% delle persone depresse e degli ipertesi, il 47% delle persone in eccesso ponderale e il 46% dei fumatori.



Conclusioni

In Sicilia circa una persona adulta su tre (30%) pratica l'attività fisica raccomandata, il 43% della popolazione regionale è completamente sedentario.

Il 59% delle persone parzialmente attive ed il 25% dei sedentari percepisce sufficiente il proprio livello di attività fisica evidenziando che la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata non corrisponde a quella effettivamente svolta.

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).

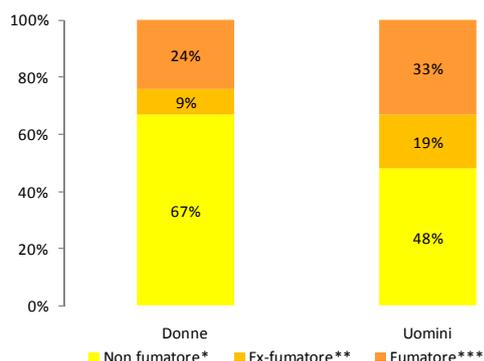
In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

L'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.

Il 58% dei 18-69enni siciliani non fuma, il 14% ha smesso di fumare. I fumatori in Sicilia sono il 29%, tra questi il 27% è un *fumatore quotidiano* in quanto fuma ogni giorno. In media un fumatore abituale fuma 13 sigarette al giorno. L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (33% versus 24%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (67% versus 48%).



*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

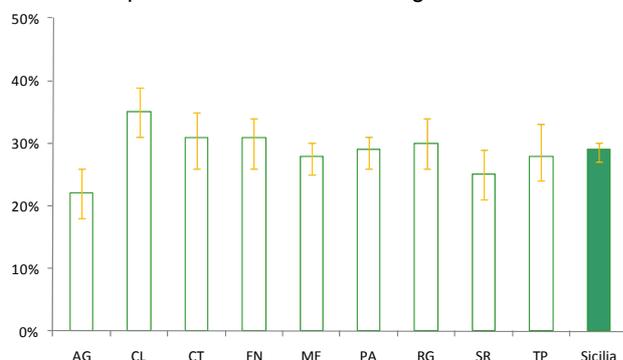
***Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

Caratteristiche dei fumatori di sigaretta

L'abitudine al fumo è più frequente nei 25 - 34enni, negli uomini, nelle persone con titolo di studio di media inferiore, in quelle con molte difficoltà economiche e nei cittadini italiani.

Tra le ASP regionali Agrigento (22%) mostra una prevalenza di fumatori significativamente inferiore, mentre Caltanissetta (35%) una prevalenza di fumatori superiore, rispetto alla media regionale.

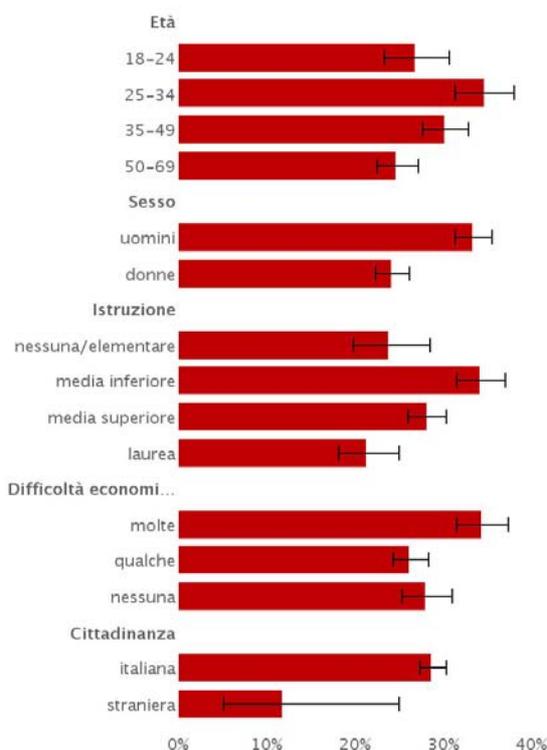
Fumatori
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2011-14



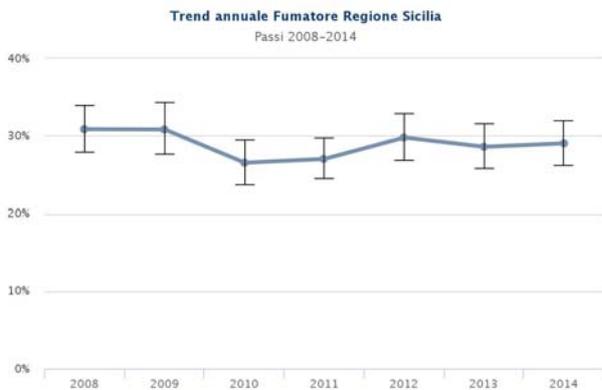
Nel Pool di ASL PASSI 2011-14 il 27% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 18% è ex fumatore e il 55% è non fumatore.

Fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 28.6% (IC95%: 27.2-30.0%)



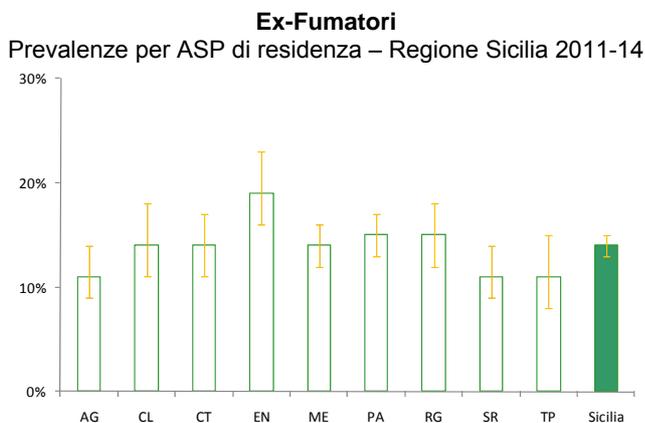
Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il trend annuale dei fumatori in Sicilia presenta delle oscillazioni nel periodo 2008-2014. Il



Caratteristiche degli ex-fumatori di sigaretta

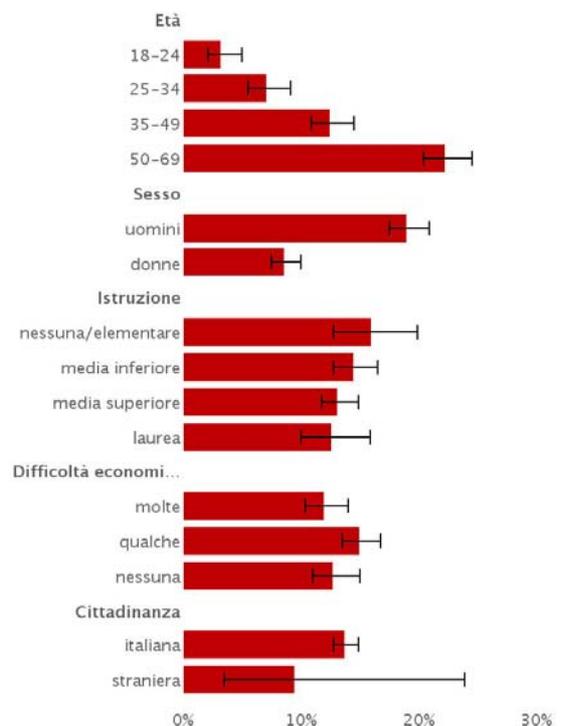
La percentuale di ex-fumatori è più elevata negli uomini, in quelli che non hanno un titolo di studio basso, nei cittadini italiani e aumenta al crescere dell'età.

Tra le ASP regionali Enna si distingue per una percentuale maggiore (statisticamente significativa) rispetto la media regionale.



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

Totale: 13,7% (IC95%: 12,7-14,8%)



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

Circa al 35% degli intervistati, che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, sono state fatte domande riguardo l'abitudine al fumo. In particolare, hanno ricevuto domande sulla propria abitudine al 62% dei fumatori, al 33% degli ex fumatori e al 21% dei non fumatori.

L'analisi per ASP evidenzia differenze statisticamente significative tra le percentuali di persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo (range dal 16% di Trapani al 56% di Caltanissetta).

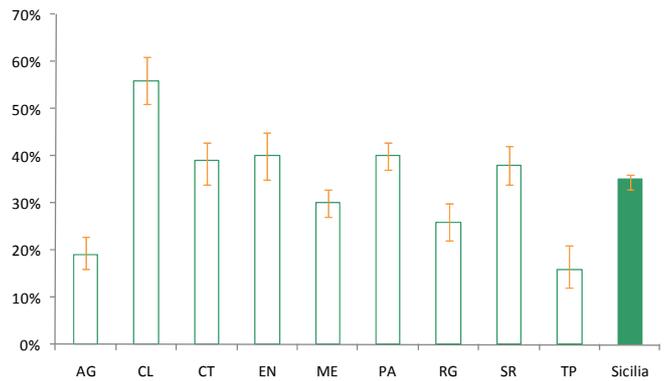
Nel pool PASSI, la percentuale di persone a cui sono state poste domande sull'abitudine al fumo è pari al 40%

Chiesto se fuma per regione di residenza
Passi 2011-2014



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

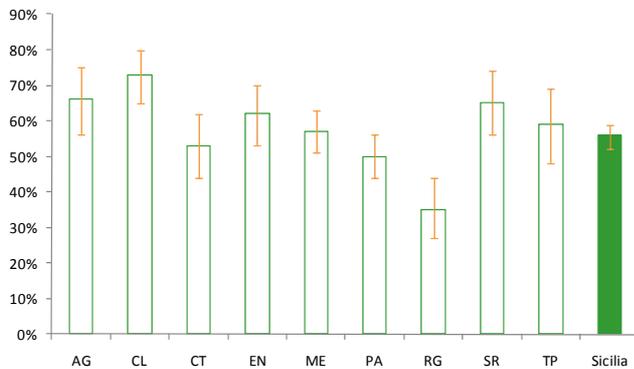
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2011-14



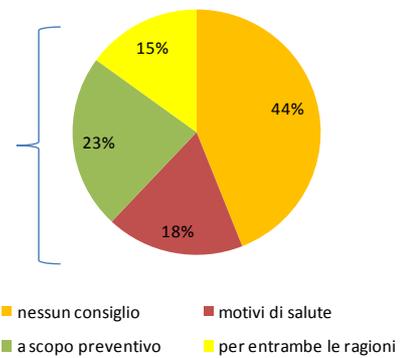
Consiglio di smettere di fumare

Al 56% dei fumatori (52% valore nazionale), negli ultimi 12 mesi, è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Il consiglio è stato dato sia a scopo preventivo che per motivi di salute

Nel confronto fra ASP emergono differenze significative nelle prevalenze di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 35% di Ragusa al 73% di Caltanissetta).



Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione
Regione Sicilia - Passi 2011-14*



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

Consiglio smettere per regione di residenza
Passi 2011-2014



Smettere di fumare: quanti hanno tentato e modalità del tentativo

Nel periodo 2011-14, il 40% dei fumatori ha tentato di smettere di fumare nei dodici mesi precedenti l'intervista.

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 96% l'ha fatto da solo, l'1% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

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.

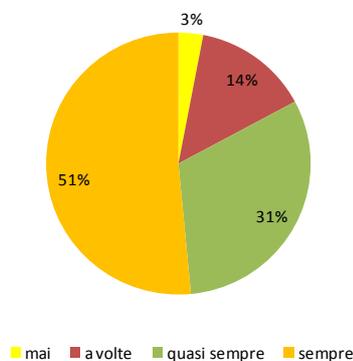
Negli ultimi 20 anni, diversi Paesi, tra cui l'Italia, hanno approvato legislazioni mirate alla protezione della salute dei non fumatori, attraverso il divieto di fumare nei locali pubblici e sui luoghi di lavoro.

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.

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

Nel periodo 2011-14 l'82% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre, il 3% invece sostiene che il divieto di fumare non è mai rispettato.

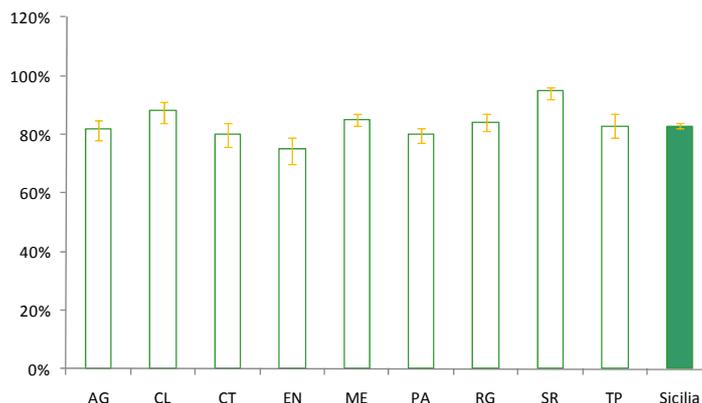
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Regione Sicilia – Passi 2011-14*



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

La prevalenza di persone che rispettano il divieto di fumo nei luoghi pubblici varia dal 75% di Enna al 95% di Siracusa.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2011-14

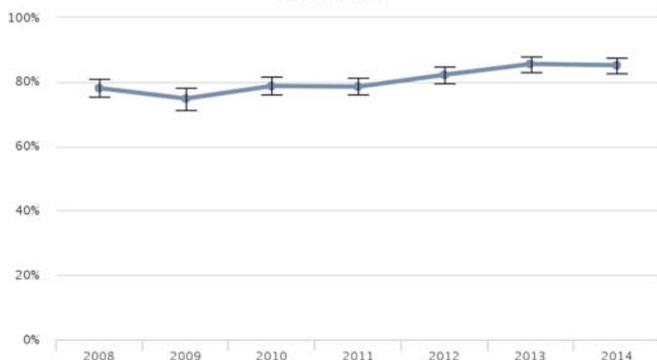


Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici per regione di residenza
Passi 2011-2014



Nel pool PASSI 2011-14 circa 9 adulti su 10 riferiscono che il divieto di fumo nei locali pubblici è sempre, o quasi sempre, rispettato.

Trend annuale Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici Regione Sicilia
Passi 2008-2014

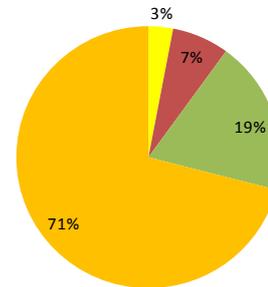


Nel periodo 2008-2014 si evidenzia un trend in leggera crescita del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici.

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Il 90% dei lavoratori intervistati nel quadriennio 2010-13 afferma che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre, il 3% invece mai.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro
 Regione Sicilia- Passi 2011-14*

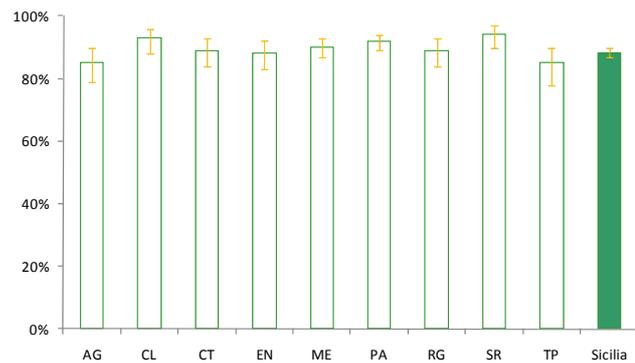


■ mai ■ a volte ■ quasi sempre ■ sempre

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

In Sicilia, le percentuali di coloro che percepiscono che il rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro è rispettato sempre, variano dall'85% Agrigento e Trapani al 93% di Caltanissetta.

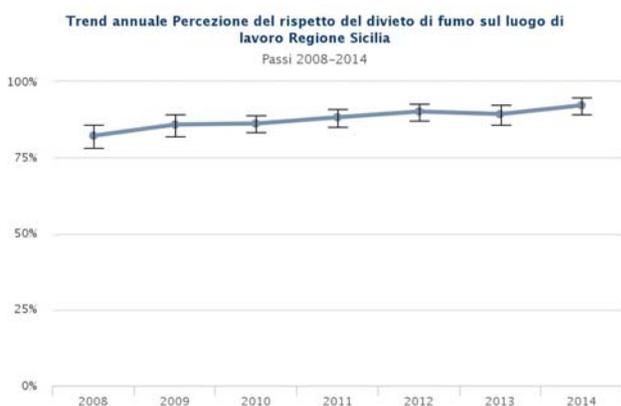
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro
 Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2011-14



Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nel 91% dei casi.

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro per regione di residenza
 Passi 2011-2014

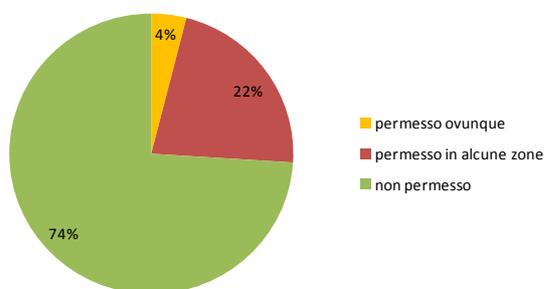




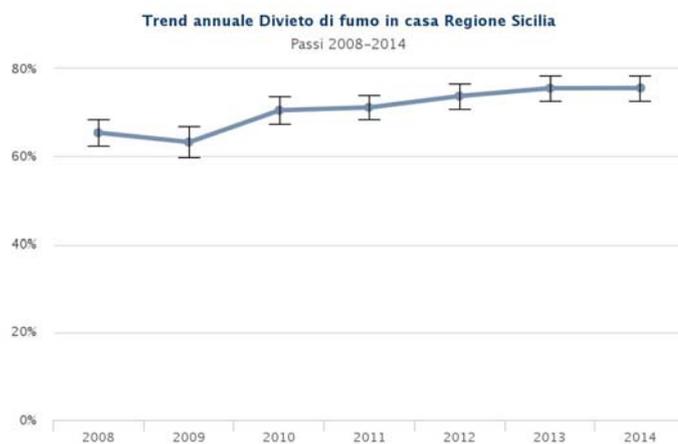
Considerando il pool regionale 2008-2014 si può osservare un andamento complessivamente crescente dell' indicatore.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

In Sicilia, nel periodo 2011-14, il 74% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa, tale percentuale sale al 79% in caso di convivenza con minori di 14 anni.



Dal 2008 al 2014 si può osservare che il rispetto del divieto di fumo in casa è in leggero aumento



Divieto di fumo in casa per regione di residenza
Passi 2011-2014



Nel Pool di ASL PASSI 2010-13, il 79% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione.

Conclusioni

In Sicilia, nel periodo 2011-14, si stima che meno di una persona su tre sia classificabile come fumatore; tra i fumatori il 27% è un fumatore quotidiano.

Tra i fumatori, più di uno su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere. La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. In Sicilia la percezione del rispetto della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro sembra abbastanza alta, mentre più di un intervistato su quattro dichiara che nella propria abitazione è ammesso fumare rilevando che l'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora rilevante.

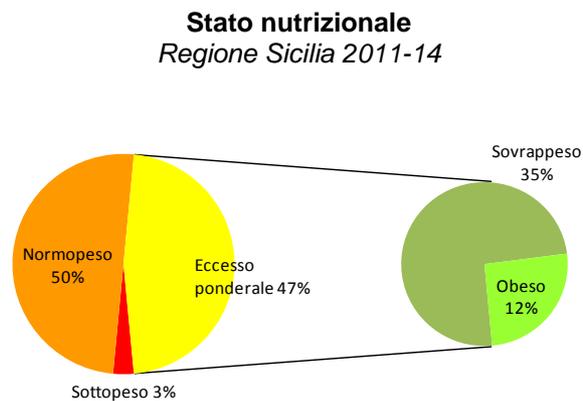
Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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).

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.

Stato nutrizionale della popolazione

In Sicilia il 53% delle persone intervistate risulta sotto/normopeso, il 35% sovrappeso e il 12% obeso. Complessivamente si stima che il 47% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



Eccesso ponderale

L'eccesso ponderale è più frequente: col crescere dell'età, negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione, in chi ha difficoltà economiche.

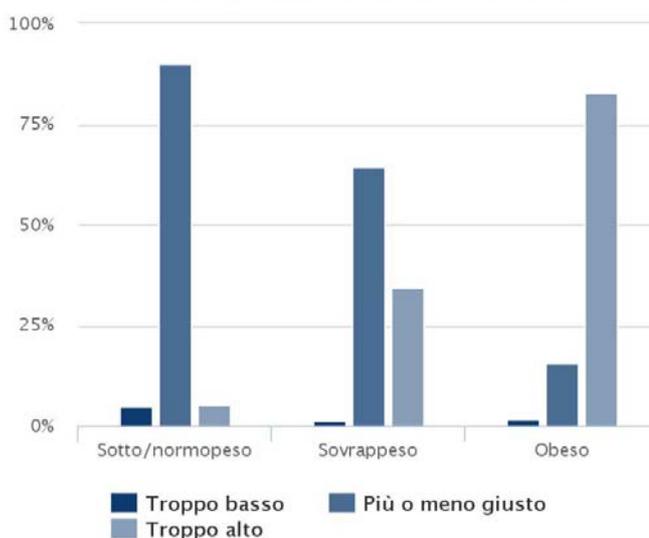
Nelle ASP della Regione le percentuali di persone con eccesso ponderale variano dal 38% di Trapani (valore inferiore in maniera statisticamente significativa al dato regionale) al 54% di Agrigento ed Enna (valore superiore in maniera statisticamente significativa al dato regionale).

Autopercezione del proprio peso

La percezione del proprio peso corporeo non sempre coincide con il IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: in Sicilia si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (83%) e nei normopeso (90%); tra le persone in sovrappeso invece il 65% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso.

Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'88% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 93% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 49% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 76% degli uomini

Autopercezione del proprio peso corporeo Prevalenze per stato nutrizionale – Sicilia



Adesione al five a day per caratteristiche socio demografiche e stime di popolazione

Sicilia

Adesione al "five a day"

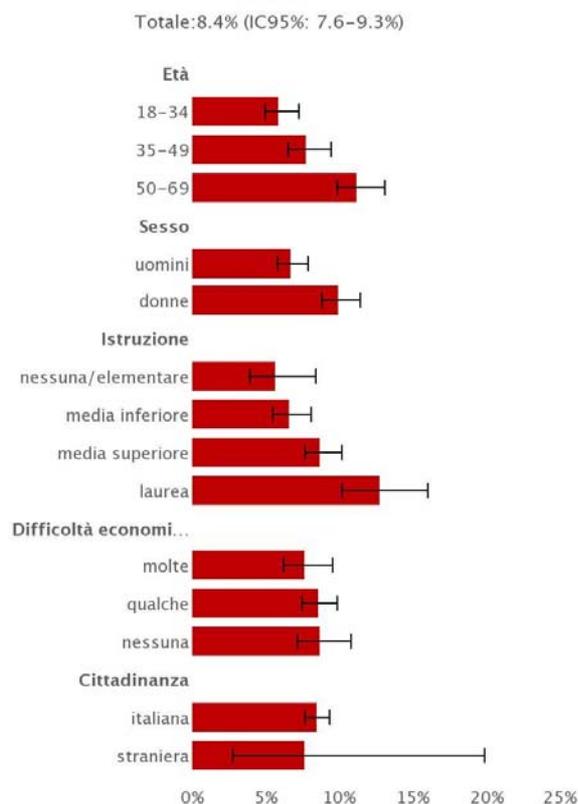
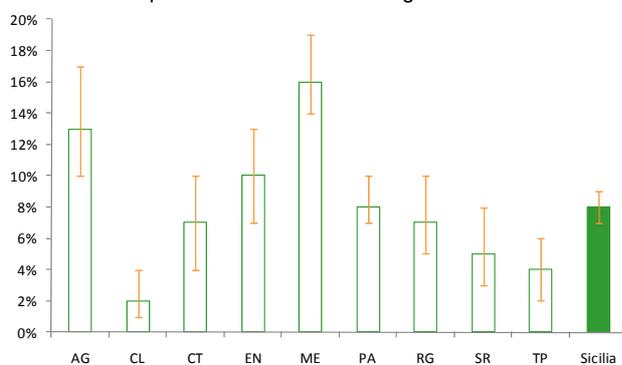
Il 51% della popolazione adulta siciliana mangia 1- 2 porzioni di frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 37%, 3-4 porzioni al giorno e solo l'8% le 5 porzioni raccomandate.

L'adesione al *five-a-day* è più diffusa nei 50-69enni, nelle donne e nei laureati.

Nelle ASP della Regione la percentuale di persone intervistate che aderisce al "*five a day*" varia dal 2% di Caltanissetta (valore significativamente più basso rispetto alla media regionale), al 16% di Messina (valore significativamente più alto rispetto alla media regionale).

Adesione al five-a-day

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2011-14



Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura per regione di residenza

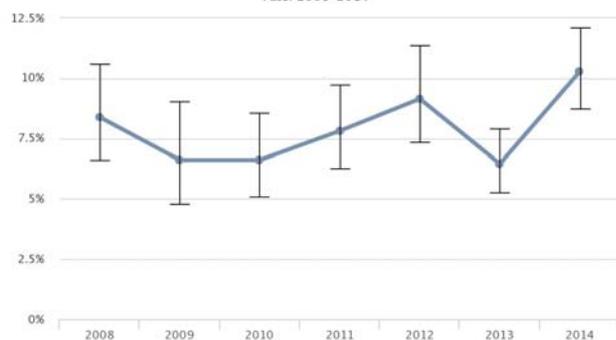
Passi 2011-2014



Nel pool di ASL 2011-14, la percentuale di intervistati che aderisce al *five-a-day* è del 10%. Si osserva un gradiente Nord-Sud, con una più bassa adesione prevalentemente tra i residenti delle Regioni del centro e Sud Italia.

Trend annuale Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura Regione Sicilia

Passi 2008-2014



Nel periodo 2008-2014 si osserva un trend in aumento dell'indicatore tra il 2010 e il 2012, nel 2013 invece si registra il valore più basso dell'intero periodo (6%), valore che risale nel 2014.

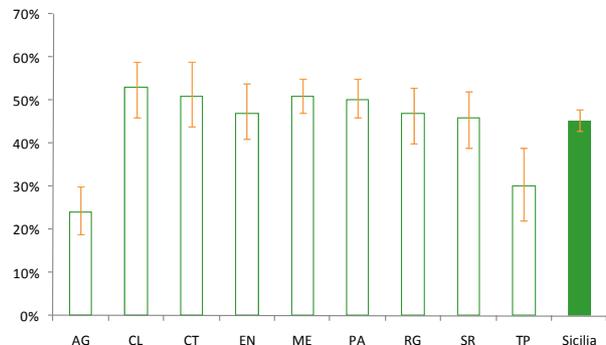
Persone sovrappeso/obese che ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari

In Sicilia il 42% delle persone in sovrappeso e il 78% delle persone obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario. In Sicilia la percentuale di persone intervistate in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso varia dal 24% di Agrigento (valore significativamente più basso rispetto alla media regionale) al 53% di Caltanissetta. Nel pool di ASL 2010 -13, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 51%.

Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale per regione di residenza
Passi 2011-2014



Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2011-14

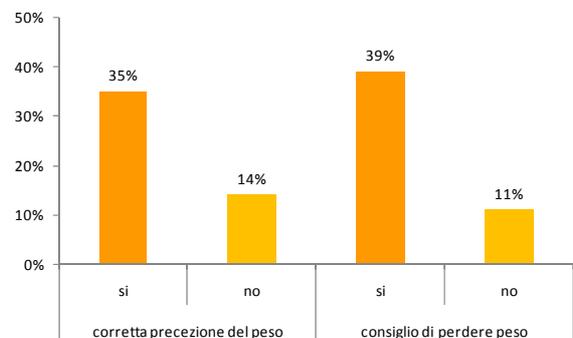


Il 23% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.

La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:

- nelle donne (33% vs 16% negli uomini)
- negli obesi (30% vs 21% nei sovrappeso)
- In coloro che ritengono il proprio peso "troppo alto" (35%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (14%)
- in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (39% vs 11%).

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 2011-14



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

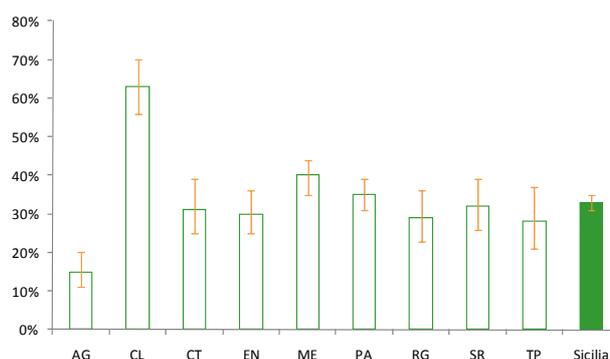
Il 47% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (45% nei sovrappeso e 55% negli obesi). Il 33% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 29% delle persone in sovrappeso e il 43% di quelle obese.

Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 58% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 51% di chi non l'ha ricevuto.

Nelle ASP regionali, la percentuale di intervistati in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2011-14

varia dal 15% di Agrigento (valore significativamente più basso rispetto il valore regionale) al 63% di Caltanissetta (valore significativamente più alto rispetto la media regionale).



Conclusioni

Si sa, dalla letteratura, che la prevalenza dell'eccesso ponderale evinta dalle indagini telefoniche è sottostimata; in Sicilia, nonostante tale sottostima, quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

Tra le persone in sovrappeso circa 1 su 2 percepisce il proprio peso come "troppo alto" indicando anche una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso. La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 23% delle persone in eccesso ponderale.

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, ma soltanto l'8% aderisce al five a day, indicando l'importanza di promuovere un'alimentazione corretta e un'attività fisica regolare.

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.

Gli indicatori PASSI

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande. PASSI monitora diversi aspetti del consumo a maggior rischio mediante indicatori specifici: **consumo abituale elevato**: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni¹; **consumo binge**: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione²; consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

Nel periodo 2011-14, il 45% del campione siciliano 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 4% degli intervistati è un consumatore binge.

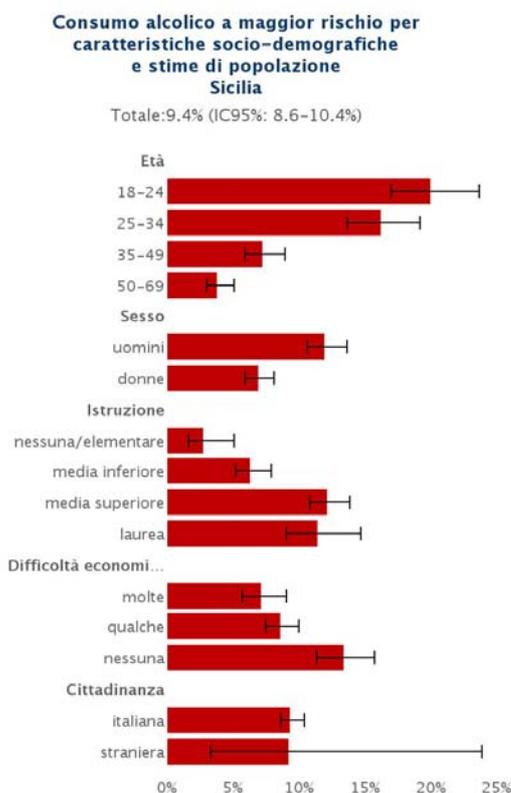
¹ Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte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

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

Caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio

Nel periodo 2011-14 in Sicilia, il 9% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.

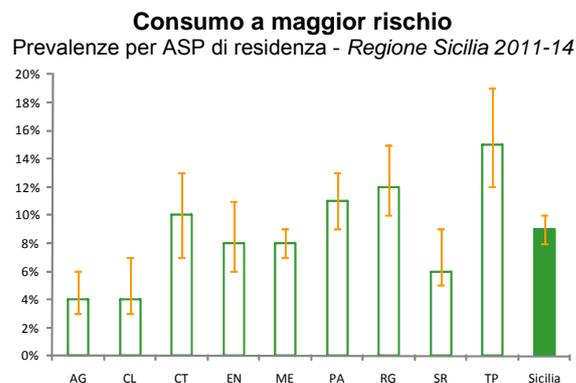
Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-24, tra gli uomini, tra le persone con livello di istruzione medio-alto e tra quelle che non hanno difficoltà economiche.



Tra le ASP regionali, Agrigento e Caltanissetta mostrano una prevalenza di persone che consumano alcol con modalità ritenute a maggior rischio, minore in maniera statisticamente significativa, rispetto la media regionale, mentre Trapani si differenzia per una prevalenza più alta statisticamente significativa.

Nel Pool PASSI, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%.

La distribuzione del consumo alcolico a maggior rischio mostra un gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali.



Consumo a maggior rischio per regione di residenza

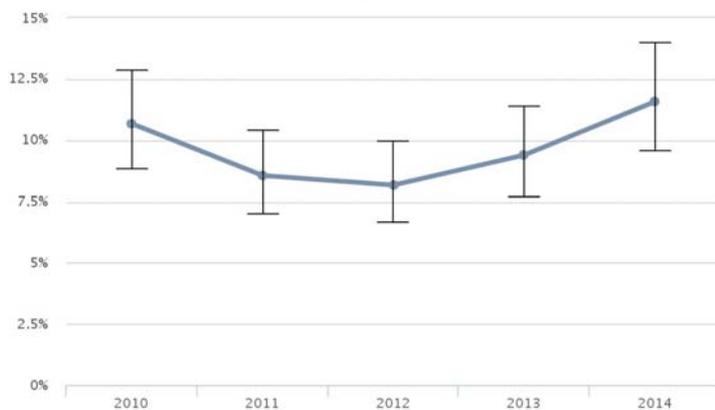
Passi 2011-2014



Dal 2010 al 2012 si osserva un'andamento in riduzione del consumo a maggior rischio, ma dal 2012 al 2014 il trend è in costante crescita.

Trend annuale Consumo a maggior rischio Regione Sicilia

Passi 2008-2014

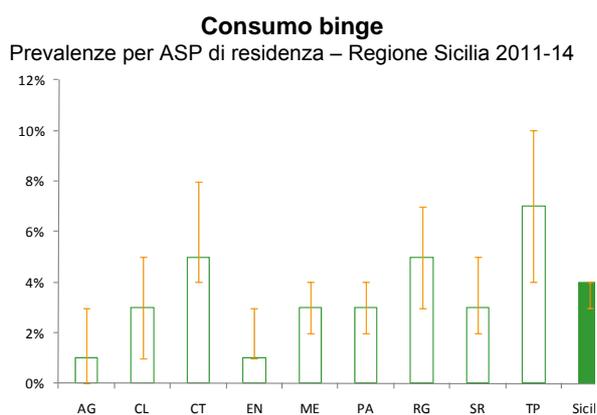


Caratteristiche delle persone con consumo binge

Il 4% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.

Il consumo binge è più frequente tra i giovani, negli uomini, in coloro che hanno un livello di istruzione medio-alto, in coloro che non hanno nessuna difficoltà economica e ne i cittadini italiani.

Tra le ASP regionali non si osservano differenze statisticamente significative fra le percentuali di consumatori binge.

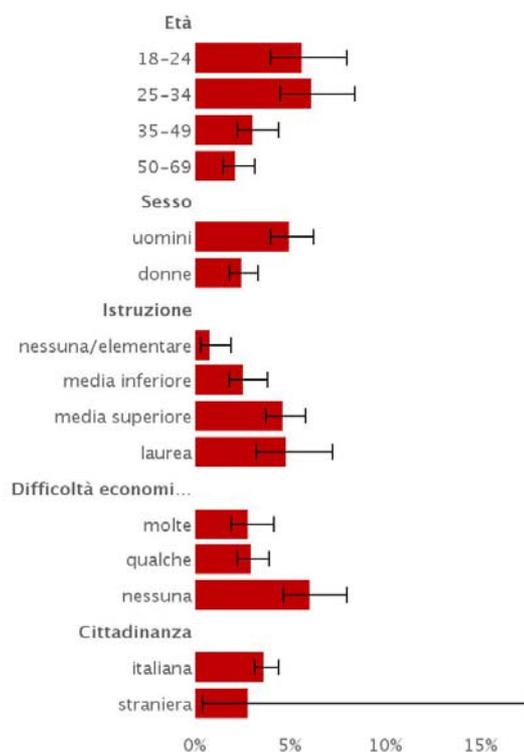


Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di consumatori binge è risultata del 9%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.

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

Totale: 3.7% (IC95%: 3.1-4.4%)

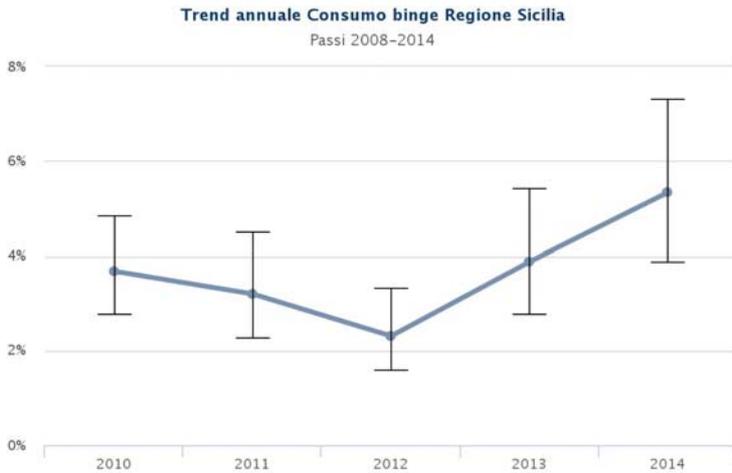


Consumo binge per regione di residenza Passi 2011-2014



L'analisi temporale evidenzia un andamento discendente dell'indicatore negli anni 2010-

2012, e un andamento crescente negli ultimi 2 anni .



Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol

Nel periodo 2011-14, in Sicilia, solo al 3% dei bevitori a maggior rischio è stato consigliato, da un operatore sanitario, di bere meno. Nel pool nazionale la % di bevitori a maggior rischio a cui è stato consigliato di bere meno è del 6%.

Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico per regione di residenza
Passi 2011-2014



Conclusioni

In Sicilia, il 55% della popolazione adulta non beve alcol, mentre poco meno di un adulto su 10 ha abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Solo il 3% dei consumatori a maggior rischio riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo. Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a 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.

Alcol e guida

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

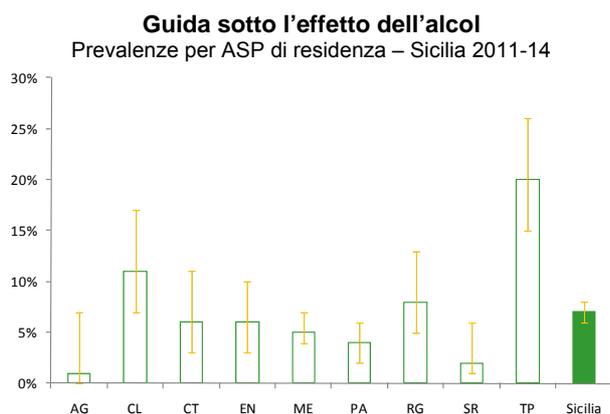
PASSI rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto.

Persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol

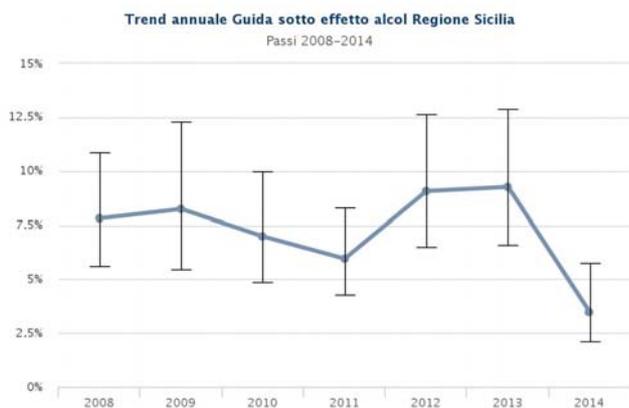
Il 7% dei conducenti siciliani ha guidato un'auto, o una moto, sotto l'effetto dell'alcol (entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche), nei 30 giorni prima dell'intervista, mentre il 4% del campione ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol/moto, nei 30 giorni precedenti all'intervista.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più frequente negli uomini, nei 18-49enni e in coloro che non hanno alcuna difficoltà economica.

La distribuzione geografica della guida sotto l'effetto dell'alcol presenta differenze statisticamente significative tra ASP (range dall'1% di Agrigento al 20% di Trapani). Nel pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è del 9% con differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.

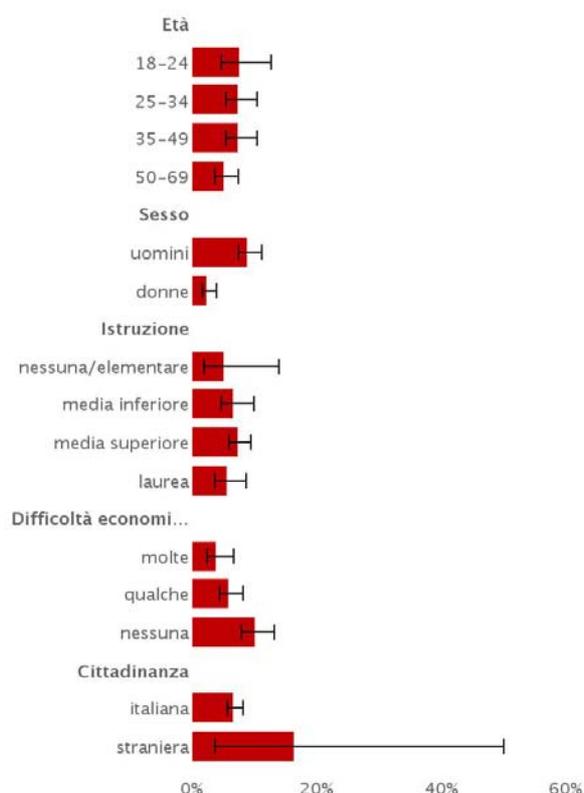


Considerando il periodo 2008-2014 si può osservare un andamento altalenante della prevalenza dei guidatori che guidano sotto l'effetto dell'alcol



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

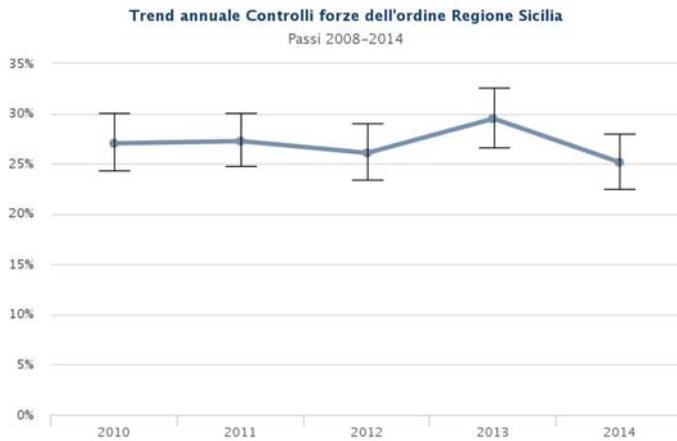
Totale: 6.8% (IC95%: 5.7-8.2%)



Guida sotto effetto alcol per regione di residenza

Passi 2011-2014





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

Nel periodo 2010-2014 la prevalenza di persone fermate dalle forze dell'ordine è stabile nel primo periodo mentre dal 2012 assume un andamento più altalenante.

Tra coloro che sono stati fermati, il 7% è stato sottoposto anche all'etilotest .

La percentuale di controlli con etilotest è maggiore nelle fasce d'età più giovani: si passa dal 19% dei 18-24enni al 2% dei 50-69enni.

Conclusioni

In Sicilia, il 7% dei conducenti, ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol.

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.

Uso dei dispositivi di sicurezza

Nel 2011, in Italia, si sono registrati 205.638 incidenti stradali con lesioni a persone, di cui 3860 mortali. Con questi dati, l'Italia conferma una costante tendenza alla diminuzione del numero di incidenti e decessi che ha portato i primi a ridursi del 22% e i secondi del 44%, rispetto al 2001, nonostante il parco di veicoli sia, da allora, aumentato. Questo trend è in linea con la media europea, anche se ancora al di sotto dell'obiettivo europeo di un dimezzamento della mortalità causata da incidenti stradali nel decennio 2001-2011.

Circa un terzo di tutti gli incidenti stradali coinvolge un veicolo a due ruote (pdf 499 kb); questi veicoli sono stati coinvolti in 71.108 incidenti nel 2010, con 1244 decessi e 84.548 feriti. Oltre il 60% delle vittime ha un'età inferiore ai 45 anni. Anche questo tipo di incidente è in calo, ma i decessi si sono ridotti solo del 19% rispetto al 2001. Nonostante questi miglioramenti, gli incidenti stradali rappresentano ancora la prima causa di morte e disabilità tra i giovani, una causa ampiamente prevenibile.

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. Tra questi ultimi, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato di essere efficaci nel mitigare le conseguenze degli incidenti: si stima che, in Italia, 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.

In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli. Gli indicatori con cui Passi misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale. Purtroppo ancora

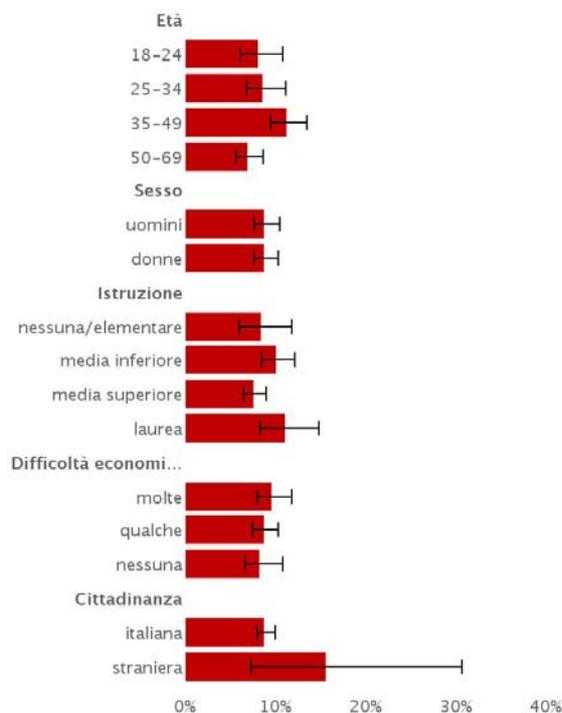
Si è visto che sono soprattutto i bambini e gli occupanti i sedili posteriori delle auto quelli più frequentemente non assicurati con sistemi di ritenuta. Questi fatti, e la mancata osservazione di miglioramenti rilevabili negli ultimi anni, ci dicono che i sistemi di controllo e sanzione non sono adeguati e che la comunicazione non è stata efficace nell'aumentare la consapevolezza di conducenti e viaggiatori, e neanche dei genitori.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

In Sicilia, nel quadriennio 2011-2014, il 77% degli intervistati che utilizzano l'auto utilizza sempre la cintura anteriore, l'89% di coloro che utilizzano la moto utilizza sempre il casco. L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 9% degli intervistati, infatti, la usa sempre. I 35-49enni, i laureati e i cittadini stranieri sono coloro che usano maggiormente le cinture posteriori sempre.

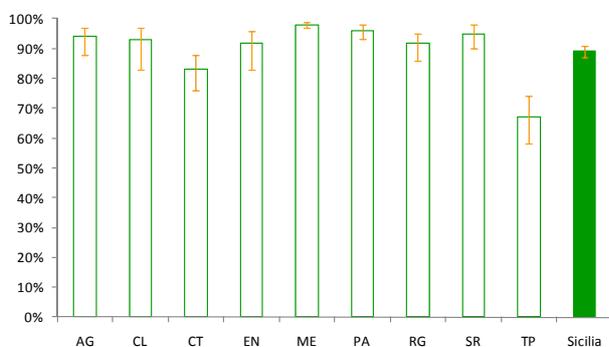
Uso cintura posteriore sempre per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 8.9% (IC95%: 8.0-9.9%)



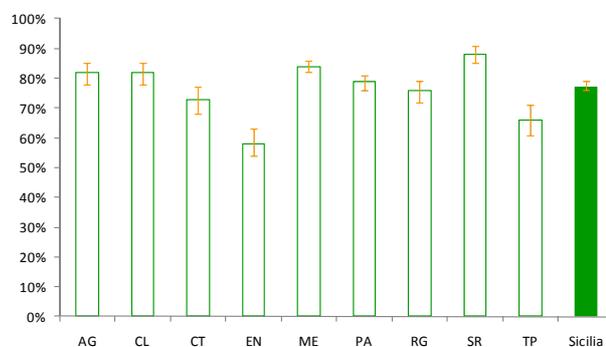
Uso casco sempre

Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2011-14



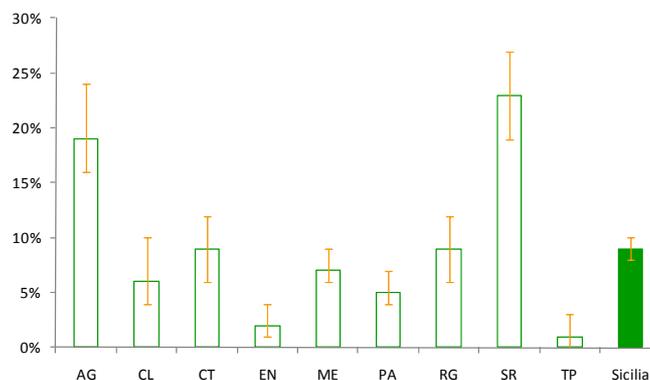
Uso cintura anteriore sempre

Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2011-14



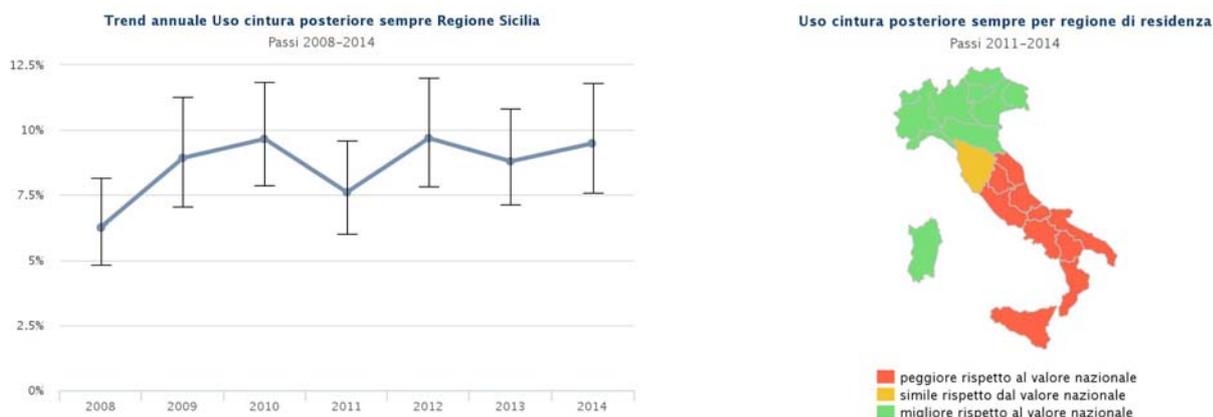
Uso cintura posteriore sempre

Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2011-14



- Nel periodo 2011-14, in tutte le ASP della regione Sicilia, l'utilizzo del casco tra i motociclisti è molto diffuso, il range va dal 67% di Trapani (valore significativamente inferiore alla media)

- regionale), al 98% di Messina (valore significativamente superiore alla media regionale).
- Nelle ASP di Enna (58%) e Trapani (66%) si registrano le percentuali più basse, in maniera statisticamente significativa, di utilizzo della cintura anteriore sempre.
 - L'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ampiamente disatteso in tutte le ASP: nell' ASP di Agrigento (19%) e Siracusa (23%) si evidenziano valori significativamente più alti rispetto al dato regionale, mentre nelle ASP di Enna (2%), Palermo (5%) e Trapani (1%) si registrano valori significativamente più bassi.



Nel periodo 2008-2011 l'utilizzo della cintura posteriore sempre mostra un andamento altalenante, il valore più basso si registra nel 2008 (6%) e il più alto negli anni 2010 e 2012 (10%).

Nel pool nazionale il 20% 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.

Utilizzo dei sistemi di sicurezza, seggiolini e/o adattatori, per il trasporto in auto di bambini

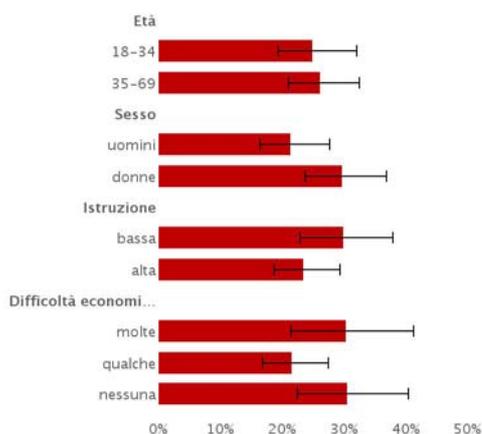
La sorveglianza Passi, a partire dal 2011, rileva l'utilizzo dei sistemi di sicurezza, seggiolini e/o adattatori, per il trasporto in auto di bambini, chiedendo agli adulti 18-69enni, che dichiarano di vivere in famiglia con bambini fino a 6 anni di età, se quando viaggiano in auto con il bambino abbiano difficoltà a farlo stare sul seggiolino o sull'adattatore, come proxy del "non utilizzo" o "utilizzo inadeguato" di questi sistemi. In Sicilia nel periodo 2011-2014 emerge che tra coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, il 26% 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 più frequente fra le donne, fra coloro che hanno istruzione bassa, fra coloro che viaggiano con bimbi dai 2 ai 6 anni (29%) rispetto a quelli che hanno bambini di 0-1 anno (17%), ma soprattutto fra coloro che, alla guida o come passeggeri, violano l'obbligo dell'uso delle cinture di sicurezza per se stessi (37%) contro il 22% di chi usa sempre la cintura. Inoltre il 32% dei genitori che non hanno sentito campagne sui dispositivi di sicurezza per bambini hanno maggiori difficoltà ad utilizzare i suddetti dispositivi rispetto a coloro che invece sono informati. (24%).

Nella nostra regione si registra la percentuale più alta di uso inadeguato/non uso di dispositivi di sicurezza per bambini 0-6 anni, di tutto il pool nazionale.

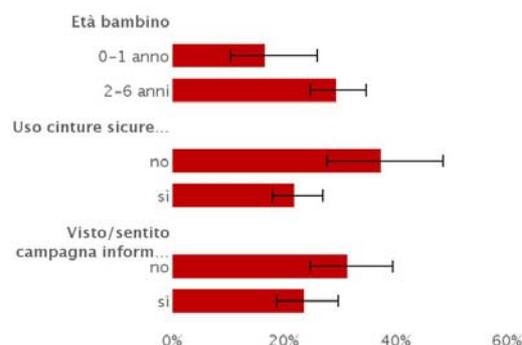
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale:25.8% (IC95%: 21.7-30.4%)



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:25.8% (IC95%: 21.7-30.4%)



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

Passi 2011-2014



■ peggiore rispetto al valore nazionale
■ simile rispetto dal valore nazionale
■ migliore rispetto al valore nazionale

Conclusioni e raccomandazioni

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

L'uso della cintura anteriore è meno frequente in area urbana (rispetto alle strade extra-urbane) e nell'Italia meridionale. Anche il casco, nelle Regioni del Sud non è sempre indossato. Ma sono soprattutto i bambini e gli occupanti i sedili posteriori delle auto quelli più frequentemente non assicurati con sistemi di ritenuta. Questi fatti, e la mancata osservazione di miglioramenti rilevabili negli ultimi anni, ci dicono che i sistemi di controllo e sanzione non sono adeguati e che la comunicazione non è stata efficace nell'aumentare la consapevolezza di conducenti e viaggiatori, e neanche dei genitori.

Gli articoli 171 e 172 del codice della strada dispongono l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori per i più grandicelli.

La legge dell'obbligo da sola può non essere sufficiente a generalizzare l'uso dei dispositivi di sicurezza. Per far rispettare la legge, l'Oms ritiene essenziale che si attuino sistematici controlli e sanzioni, assieme a campagne di comunicazione volte ad aumentare la consapevolezza del pubblico sui rischi di incidenti e quelli di incorrere in sanzioni.

Anche il sistema sanitario ha un ruolo essenziale perché, oltre a soccorrere e curare i traumatizzati, possiede un patrimonio informativo che consente di fornire indicazioni sui gruppi della popolazione che sono a maggior rischio e sugli interventi preventivi efficaci. Il Piano della prevenzione 2010-2012 prevede una intensificazione degli sforzi del sistema sanitario per cooperare con gli organi che operano per aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza.

Sicurezza domestica

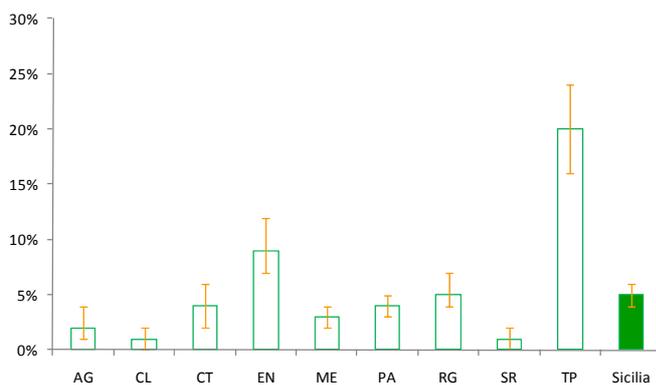
La propria abitazione è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Al contrario, gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata.

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

Percezione del rischio di infortunio domestico

In Sicilia la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: infatti solo il 5% intervistati considera questo rischio alto o molto alto. Nelle varie ASP regionali la percentuale di persone che hanno consapevolezza del rischio di infortunio domestico varia dall'1% di Caltanissetta e Siracusa (valore inferiore in maniera statisticamente significativa alla media regionale) al 20% di Trapani (valore superiore in maniera statisticamente significativa alla media regionale).

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2011-14



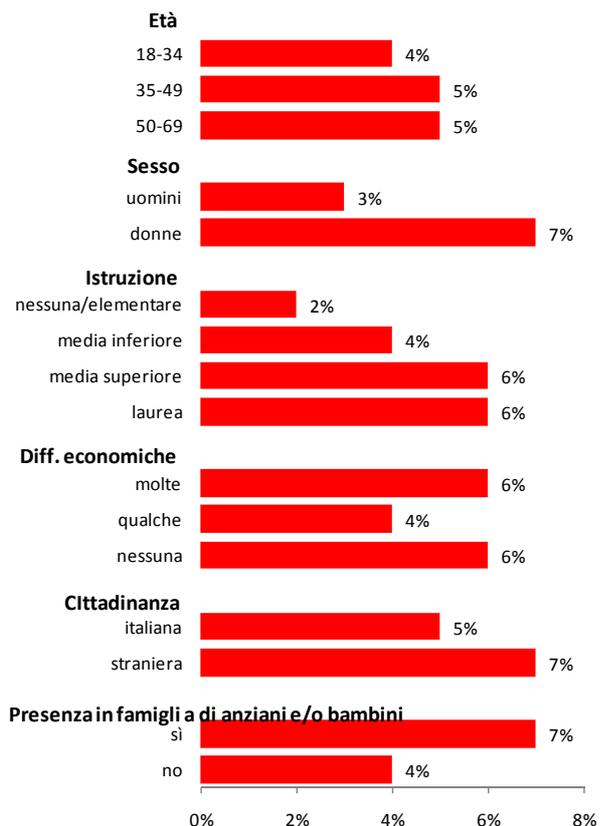
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza

Passi 2011-2014



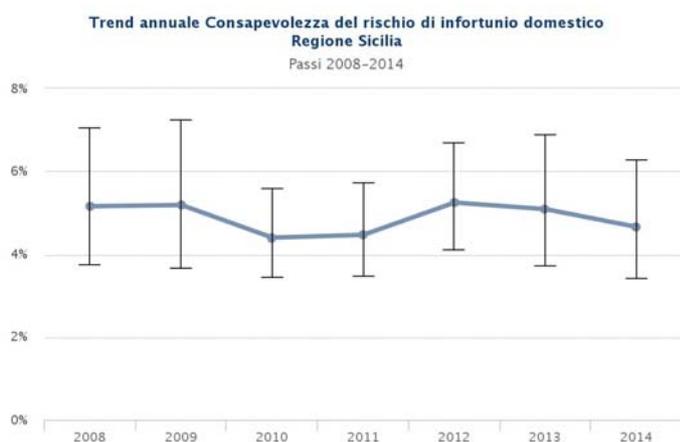
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione
Sicilia

Totale: 4,9% (IC95%: 3,5%-6,7%)



- Nel pool di Asl PASSI 2011-14 la percentuale di persone con una alta percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 6%.

Nel periodo 2008-2014 l'indicatore assume un andamento oscillante.



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

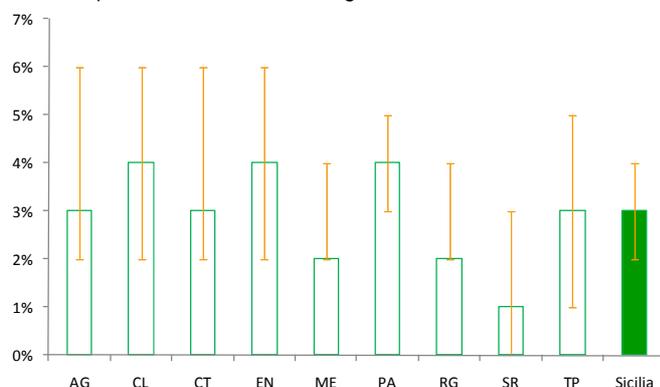
Nei 12 mesi precedenti all'intervista, il 3% (stesso valore nazionale) degli intervistati ha riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione.

Nel confronto fra ASP non emergono differenze significative fra le percentuali di persone che hanno subito incidenti domestici per cui sono state necessarie cure del medico o al pronto soccorso/ospedale.

L'analisi per anno evidenzia che l'indicatore assume valori in decrescita dal 2011 al 2013, mentre nel 2014 si evidenzia un aumento del valore dell'indicatore.

Infortunio domestico che ha richiesto cure

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2011-14



Infortunio domestico che ha richiesto cure			
Prevalenze per anno - Sicilia 2011-2014			
2011	2012	2013	2014
4%	3%	2%	3%

Conclusioni

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

Gli interventi per la sicurezza domestica 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 programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico.

Vaccinazione antinfluenzale

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 65 anni 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.

Persone vaccinate per l'influenza durante le ultime 4 campagne vaccinali (2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014)

In Sicilia il 10% dei 18-64enni intervistati ha riferito di essersi vaccinato durante le campagne antinfluenzali 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, 2013, tale percentuale sale al 29% fra i 18-64enni con almeno una patologia cronica.

La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata più elevata nei 50-64enni, negli uomini, in coloro hanno un livello di istruzione basso e nei cittadini stranieri.

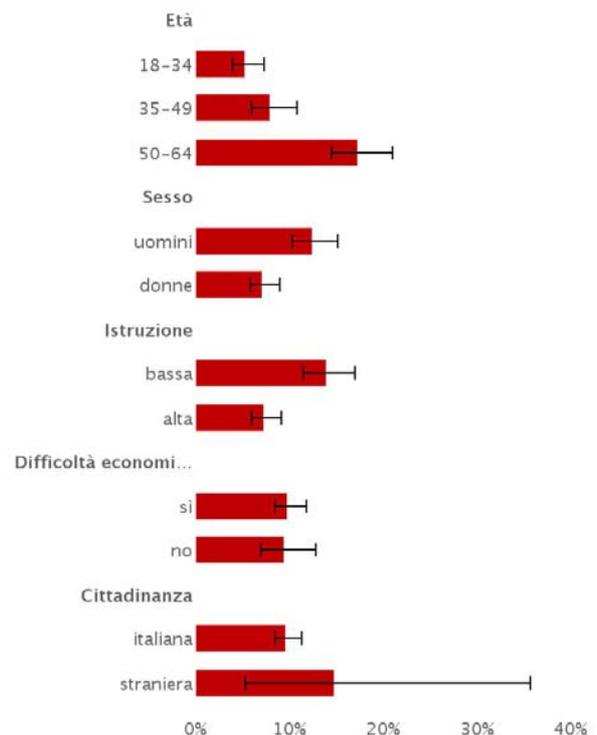
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate durante le ultime quattro campagne contro l'influenza è risultata del 9%, sale al 23% fra i 18-64enni con almeno una patologia cronica.

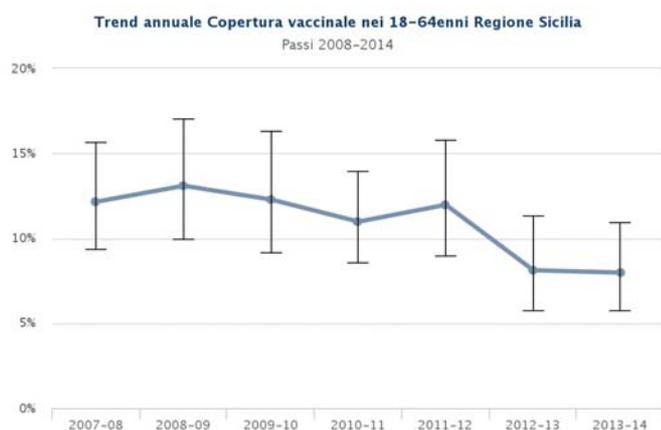
Copertura vaccinale nei 18-64enni per regione di residenza
Passi 2011-2014



Copertura vaccinale nei 18-64enni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 9.8% (IC95%: 8.5-11.3%)



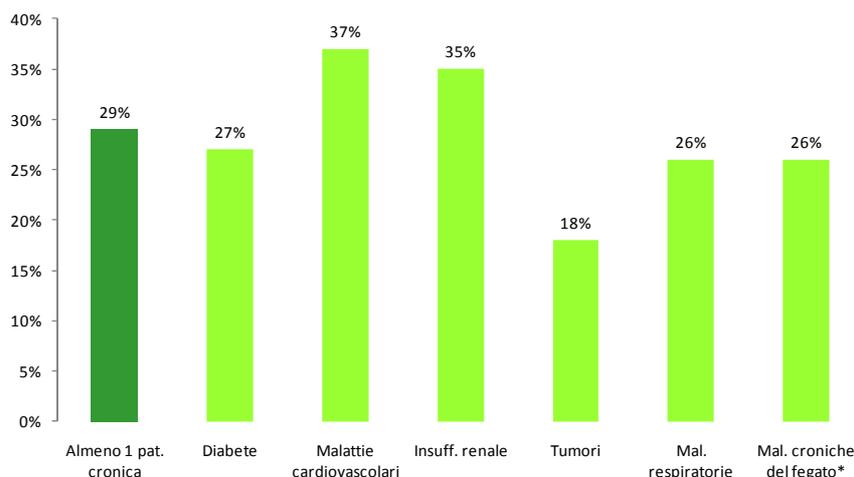


Il trend annuale delle campagne vaccinali considerate mostra un'adesione pressochè stabile nelle prime 5 campagne, e un decremento nelle ultime 2, registrando nella campagna 2013-2014 il valore più basso (8%).

La copertura vaccinale tra coloro che hanno patologie croniche varia in base al tipo di patologia diagnosticata (dal 18% di coloro che hanno un tumore al 37% di chi è affetto da malattie cardiovascolari).

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

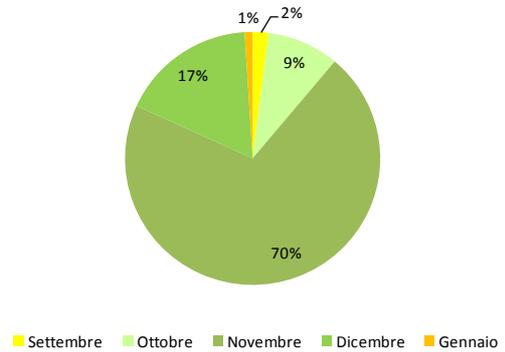
Prevalenze per tipo di patologia cronica
Sicilia 2010/11, 2011/12, 2012/13, 2013/2014



In Sicilia, la maggior parte (70%) degli intervistati hanno riferito di essere stati vaccinati durante il mese di Novembre.

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

Distribuzione per mese di vaccinazione
Sicilia 2010/11, 2011/12, 2012/13, 2013/2014



Conclusioni

In Sicilia un adulto su dieci, e più di uno su 4 tra le persone affette da almeno una patologia cronica si è vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali, questi valori sono ancora però insufficienti per raggiungere le coperture elevate necessarie al fine di ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze.

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. Viene infine presentato in forma sintetica il quadro complessivo dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati da PASSI.

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.

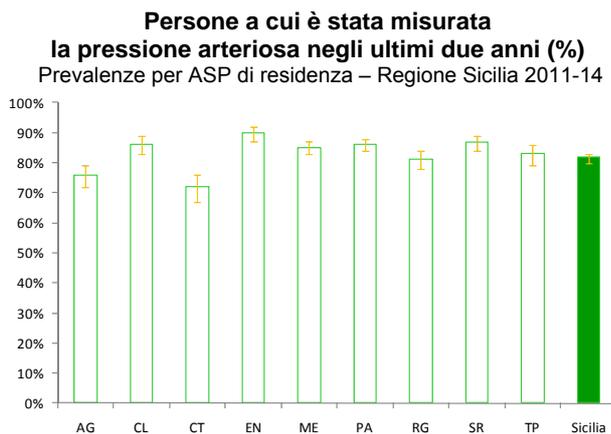
In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

Misurazione della pressione arteriosa

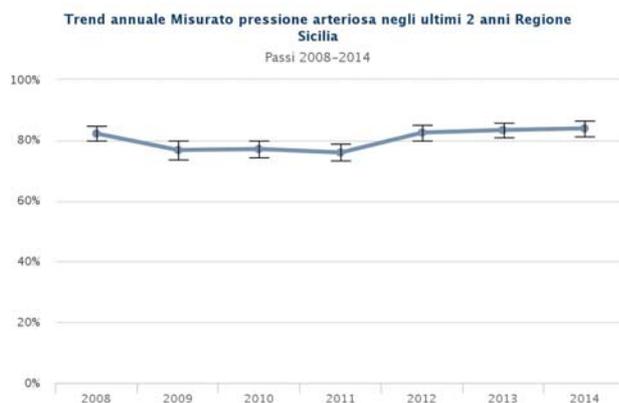
In Sicilia, l'82% degli intervistati ha riferito di aver eseguito una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7% più di 2 anni fa, il 12% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

La misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è risultata più diffusa nelle fasce d'età più avanzate e nei cittadini italiani.

Tra le ASP regionali si evidenziano differenze statisticamente significative fra le percentuali di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni, (range dal 72% di Catania al 90% di Enna).



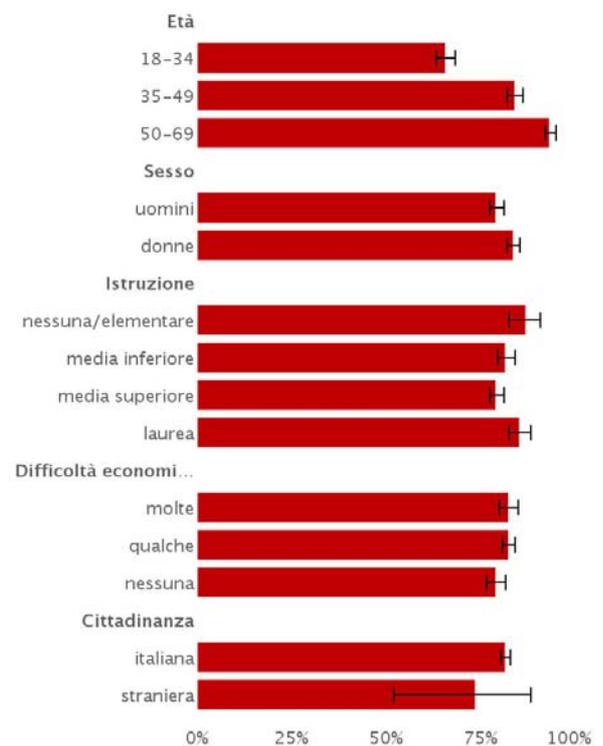
Nel pool nazionale l'83% degli intervistati riferisce di aver misurato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni.



Analizzando il trend si osserva che l'indicatore assume il valore più basso dell'intero periodo nel

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

Totale: 81.5% (IC95%: 80.3-82.7%)



Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni per regione di residenza

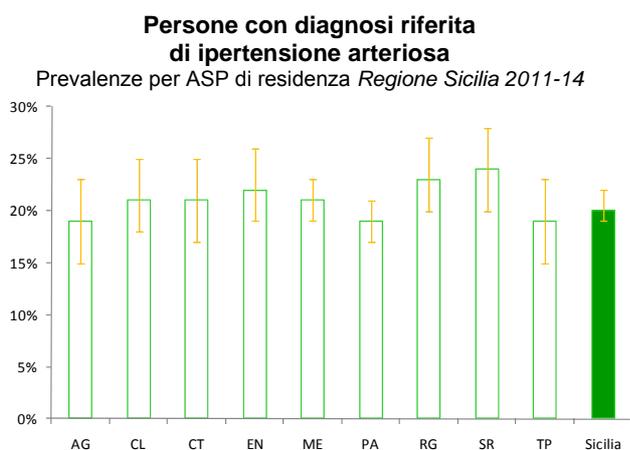
Passi 2011-2014



2011 (76%), dal 2012 si osserva un incremento raggiungendo il valore più elevato nel 2014 (84%).

Persone con ipertensione

In Sicilia, il 20% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha avuto diagnosi di ipertensione. In particolare l'ipertensione risulta più frequente nei 50-69enni, nelle persone con livello istruzione molto basso, in coloro che hanno molte difficoltà economiche e nelle persone con eccesso ponderale.

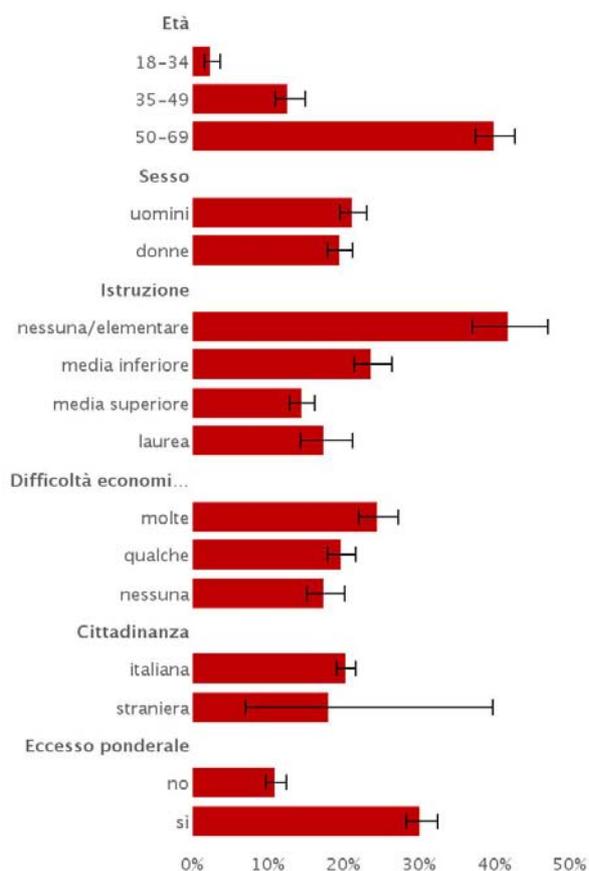


Tra le ASP siciliane non emergono differenze statisticamente significative tra le percentuali di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione.

Nel pool PASSI 2011-14, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 20%.

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

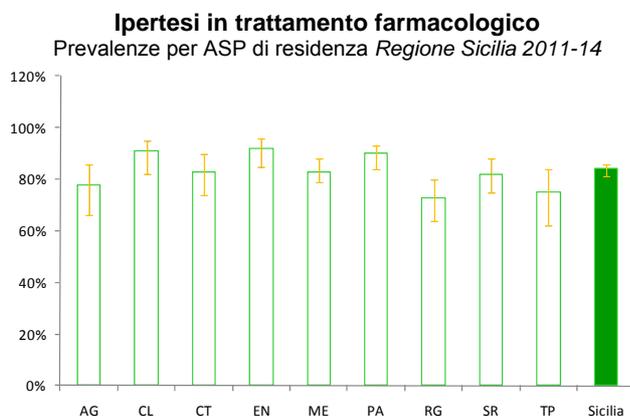
Totale: 20.3% (IC95%: 19.1-21.6%)



Trattamento farmacologico e consigli dal medico

In Sicilia l'84 % degli ipertesi utilizza farmaci antipertensivi (79% valore nazionale).

Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, agli ipertesi è stato suggerito dal proprio medico di ridurre il consumo di sale (93%), di ridurre o mantenere il peso corporeo (83%) e di svolgere regolare attività fisica (82%).



Il confronto tra le ASP regionali evidenzia che a Ragusa si registra la percentuale più bassa, in maniera statisticamente significativa, di ipertesi in trattamento farmacologico (73%).

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 79%.

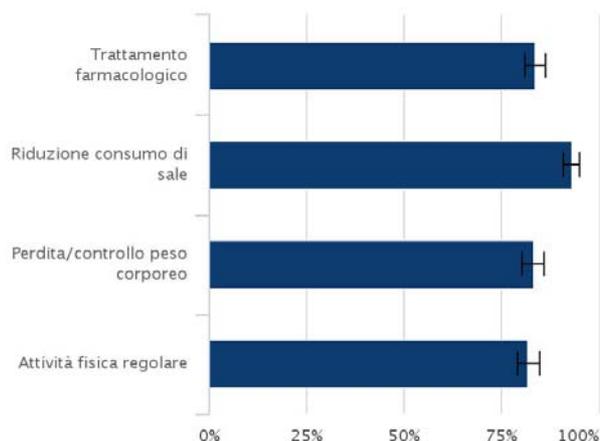
Conclusioni

In Sicilia meno di una persona su cinque non si è sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni, una persona su cinque è ipertesa, nei 50enni e più 4 persone su 10 soffrono di ipertensione.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Ad una proporzione di persone con ipertensione che varia dall' 82% al 93% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali.

Trattamento dell'ipertensione Percentuali per trattamento/consiglio ricevuto Sicilia

Passi 2011-2014



Ipercolesterolemia

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

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

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

Misurazione del colesterolo

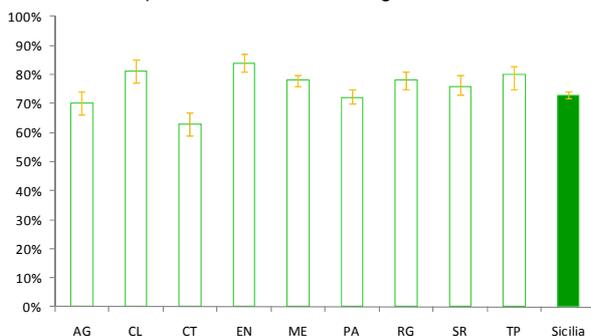
Il 73% degli intervistati della nostra regione è stato misurato il colesterolo almeno una volta nella vita, in particolare al 52% nel corso dell'ultimo anno, al 13% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista, all' 8% oltre 2 anni.

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 nei cittadini italiani. In Sicilia la percentuale di persone a cui è stata controllata la colesterolemia varia dal 63% di Catania (valore inferiore in maniera statisticamente significativa alla media regionale) all'84% di Enna (valore superiore in maniera statisticamente significativa alla media regionale).

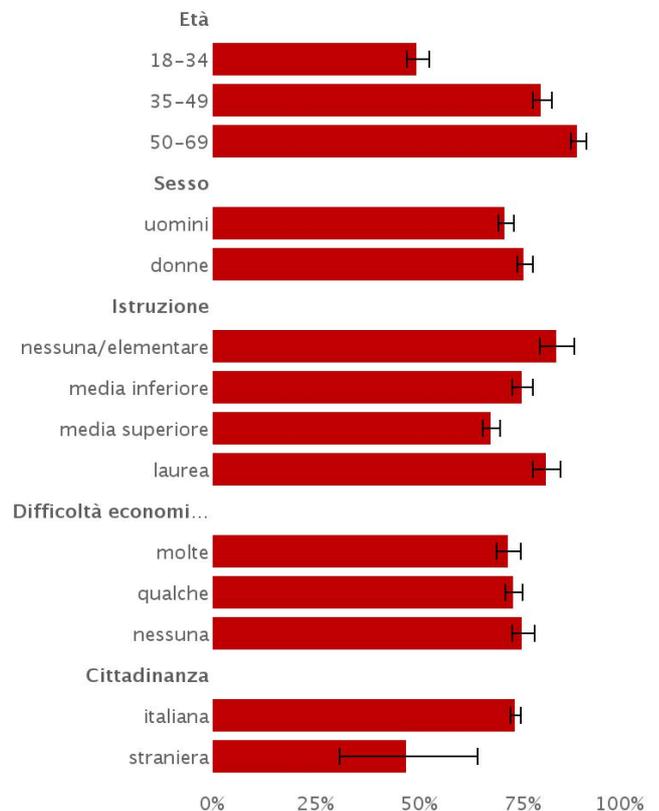
Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita

Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2011-14



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

Totale: 73.1% (IC95%: 71.7-74.4%)



Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita per regione di residenza

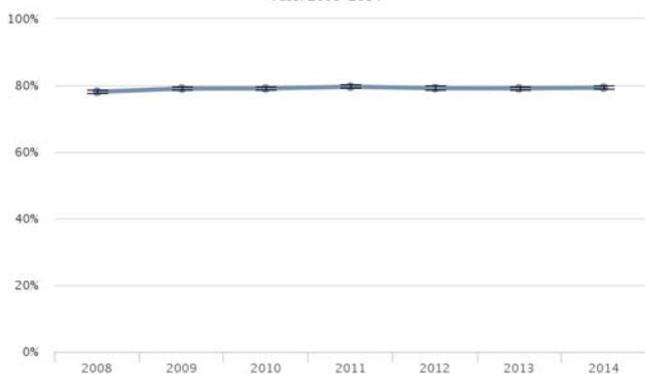
Passi 2011-2014



Nel Pool di ASL PASSI 2011-14 la percentuale di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita è del 79%.

Trend annuale Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita ITALIA

Passi 2008-2014



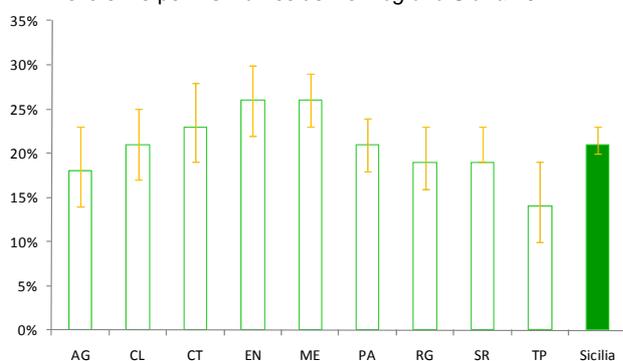
Si osserva un andamento lineare, nell'intero periodo 2008-2014, della percentuale di persone che hanno misurato il colesterolo almeno una volta nella vita.

Persone con alti livelli di colesterolemia

In Sicilia il 21% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

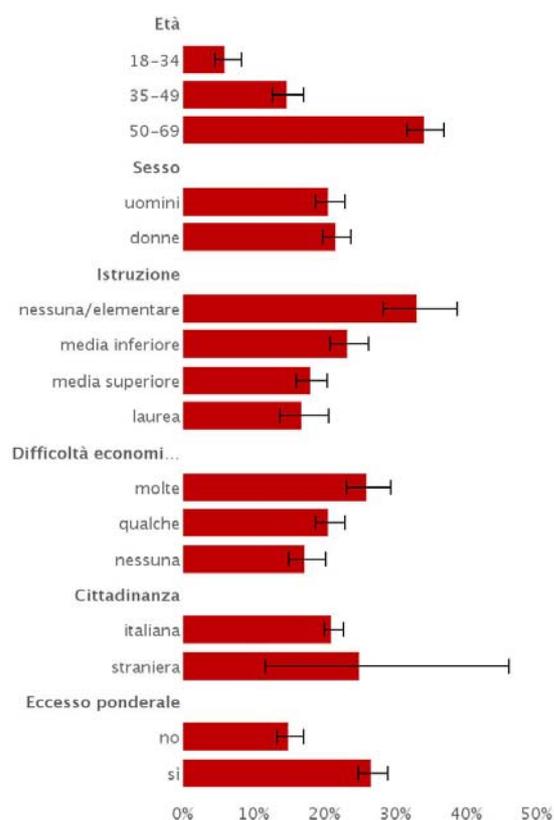
In particolare l'ipercolesterolemia risulta più frequente - nei 50-69enni, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con molte difficoltà economiche e nelle persone in eccesso ponderale. L'analisi per ASP evidenzia che nell'ASP di Trapani si registra la percentuale più bassa (14%), in maniera statisticamente significativa, di persone con diagnosi di ipercolesterolemia. Nel pool PASSI 2010-13, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%.

Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia
Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2011-14



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

Totale: 21.2% (IC95%: 19.8-22.6%)



Trattamento dell'ipercolesterolemia

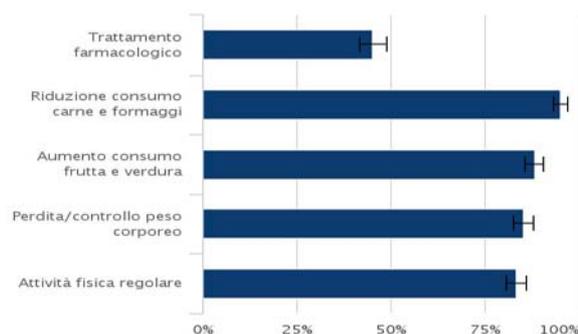
In Sicilia il 45% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue è in trattamento farmacologico (33% valore nazionale).

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipercolesterolemici hanno ricevuto da parte dal medico il consiglio di ridurre il consumo di carne e formaggi (95%), di svolgere regolare attività fisica (83%), di ridurre o controllare il proprio peso (85%) e di aumentare il consumo di frutta e verdura (88%).

Tra le ASP regionali, Siracusa si differenzia come l'ASP in cui la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico è maggiore in maniera statisticamente significativa rispetto la media regionale.

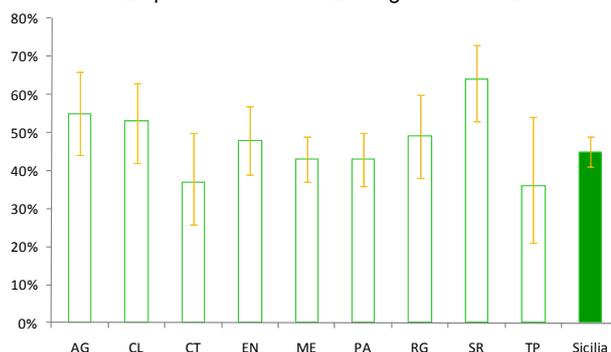
Trattamento dell'ipercolesterolemia

Passi 2011-2014



Ipertesi in trattamento farmacologico

Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2011-14



Conclusioni

In Sicilia, nella fascia d'età 18-69 anni, più di una persona su cinque ha valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre una persona su tre sopra ai 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia 4 su dieci effettuano una terapia farmacologica; questa non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti: in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia che varia dall' 83% al 95% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali.

Carta e punteggio individuale 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.

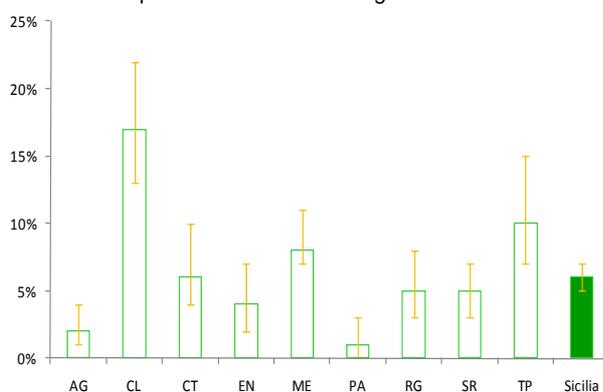
Calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare

In Sicilia solo al 6% dei 35-69enni è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare.

In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi nei 50-69enni, nelle persone con alto livello di istruzione, in quelle con nessuna difficoltà economica, nelle persone con più fattori di rischio cardiovascolare.

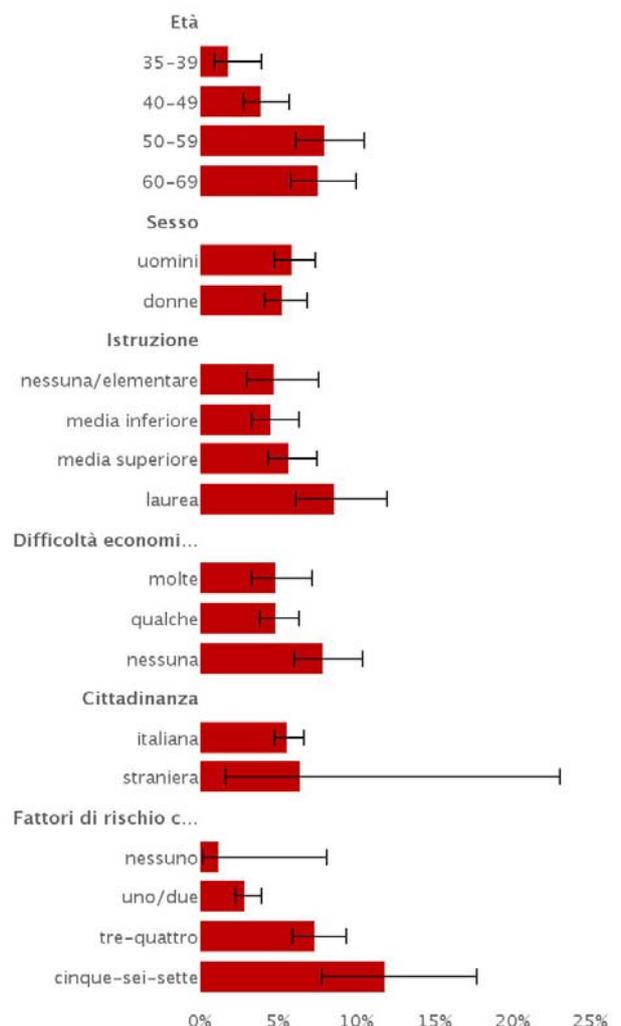
Tra le ASP regionali la percentuale di persone che hanno effettuato il calcolo del punteggio cardiovascolare varia dall'1% di Palermo (valore inferiore in maniera statisticamente significativa rispetto la media regionale) al 17% di Caltanissetta (valore superiore in maniera statisticamente significativa rispetto la media regionale).

Calcolo del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)
Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2011-14



Calcolo rischio cardiovascolare in 35-69enni senza patologie cardiovascolari e stime di popolazione Sicilia

Totale: 5.6% (IC95%: 4.7-6.6%)



Calcolo rischio cardiovascolare per regione di residenza

Passi 2011-2014

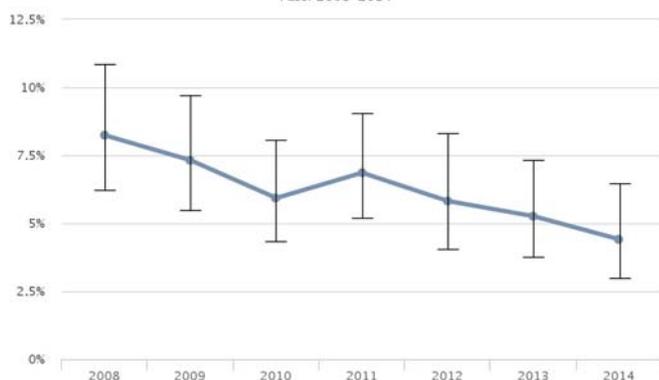


■ peggiore rispetto al valore nazionale
■ simile rispetto dal valore nazionale
■ migliore rispetto al valore nazionale

Nel Pool di ASL PASSI 2011-14 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 6%. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni

Trend annuale Calcolo rischio cardiovascolare Regione Sicilia

Passi 2008-2014



L'analisi per anno del ricorso al calcolo del rischio cardiovascolare, mostra un trend in decrescita, passando dall'8% nel 2008 al 4% nel 2014.

Conclusioni

In Sicilia come pure in ambito nazionale, la carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti ancora largamente inutilizzati da parte dei medici.

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.

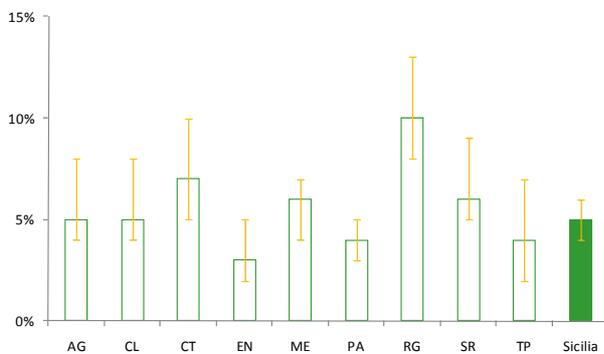
Nelle indagini di popolazione, uno degli strumenti più utilizzati è il Patient Health Questionnaire che, nella versione completa (PHQ-9), è composto da nove domande con cui è possibile individuare la presenza di episodio depressivo maggiore con buona sensibilità e specificità.

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.

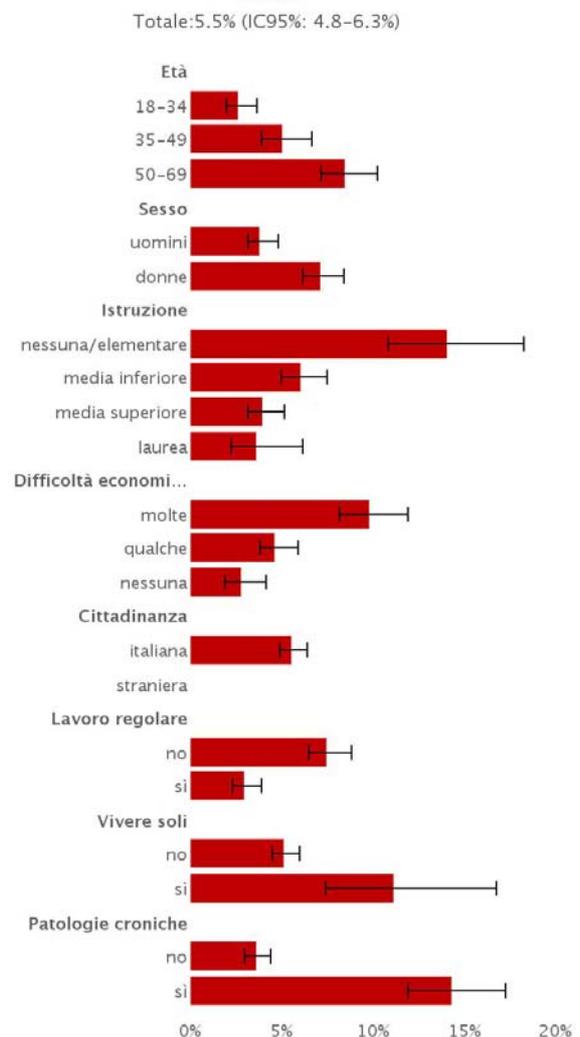
Caratteristiche delle persone con sintomi di depressione

In Sicilia il 6% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi nei 50-69enni, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, nelle persone con molte difficoltà economiche, nelle persone senza un lavoro continuativo, nelle persone con almeno una patologia cronica, nelle persone che vivono sole

Sintomi di depressione
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2011-14



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



Nell' ASP di Ragusa si registra una percentuale (10%) di persone con sintomi depressivi superiore, in maniera statisticamente significativa, al valore regionale. Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, il 6% degli intervistati ha riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista.

Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra regioni.

Il trend annuale evidenzia valori in discesa dal 2008 (7%) al 2012 (5%), si osserva un piccolo aumento dell'indicatore nel 2013 (6%), che risce nel 2014 (5%).

Sintomi di depressione per regione di residenza

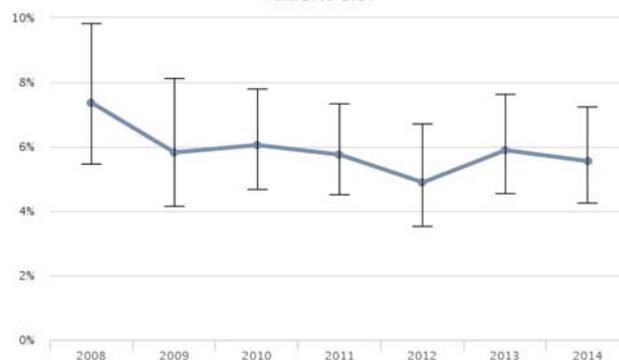
Passi 2011-2014



■ peggiore rispetto al valore nazionale
 ■ simile rispetto al valore nazionale
 ■ migliore rispetto al valore nazionale

Trend annuale Sintomi di depressione Regione Sicilia

Passi 2008-2014



Conseguenze dei sintomi di depressione sulla vita delle persone depresse

Le persone con sintomi di depressione vivono un numero maggiore di giorni in cattiva salute fisica e psichica e con limitazioni delle attività abituali rispetto coloro che non soffrono di questo malessere.

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

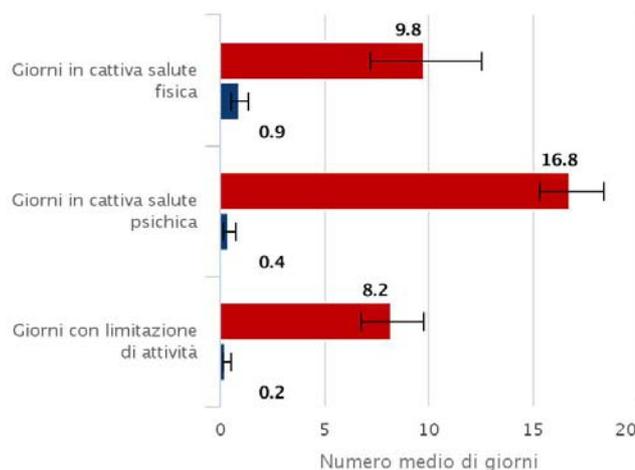
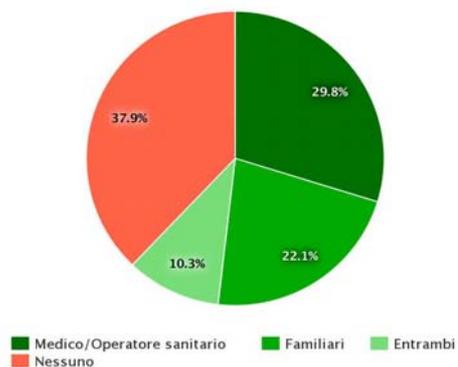


Figure a cui si rivolgono le persone con sintomi di depressione

Il 62% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di aver cercato aiuto o nei medici/operatori sanitari, o nei familiari o in entrambi.

Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto – Sicilia



Conclusioni

In Sicilia il 6% dei 18-69enni soffre di sintomi depressivi. Più di una persona su tre richiede aiuto evidenziando che è ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una attuale “sfida” per i Servizi Sanitari.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Secondo i dati dei registri tumori, tra il 1998 e il 2002, in Italia, sono stati diagnosticati in media, ogni anno, 9,8 casi di tumore della cervice uterina ogni 100.000 donne, ovvero circa 3400 nuovi casi l'anno. Incidenza e mortalità mostrano una tendenza alla riduzione nel tempo, lenta ma continua. In Italia il cancro della cervice uterina rappresenta circa il 2% dei nuovi casi di tumore femminili. Migliora lentamente anche la sopravvivenza: si stima infatti che a 5 anni dalla diagnosi sopravviva il 68% delle donne colpite (dato 2002-2004). Eppure la mortalità per cancro del collo dell'utero sarebbe del tutto evitabile grazie alla diagnosi precoce con Pap test, la cui esecuzione è raccomandata ogni tre anni, tra i 25 e i 64 anni.

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.

Donne che hanno eseguito un test di screening in accordo alle linee guida

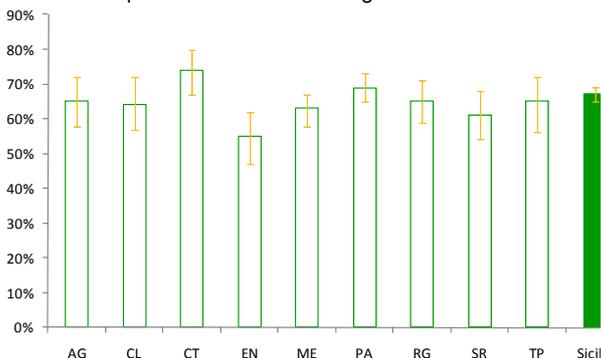
In Sicilia, il 67% delle donne intervistate di 25-64 anni ha eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni.

In particolare l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne coniugate, in quelle conviventi e nelle cittadine italiane.

Tra le ASP siciliane, Enna si distingue per la percentuale più bassa (statisticamente significativa) di donne che hanno effettuato il test in accordo alle linee guida.

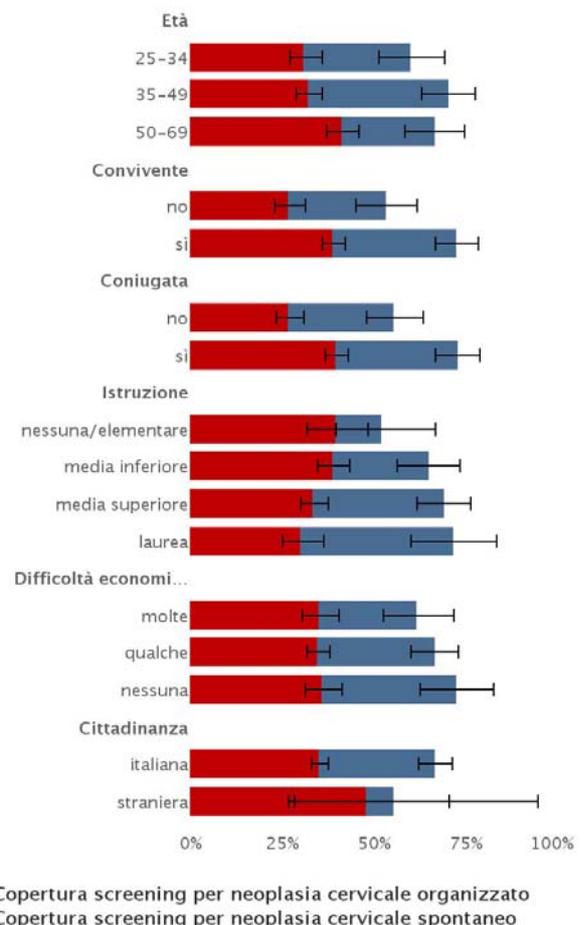
Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni Donne 25-64 anni

Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2011-14



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

Totale: 67.0% (IC95%: 64.7-69.3%)



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 79% delle donne

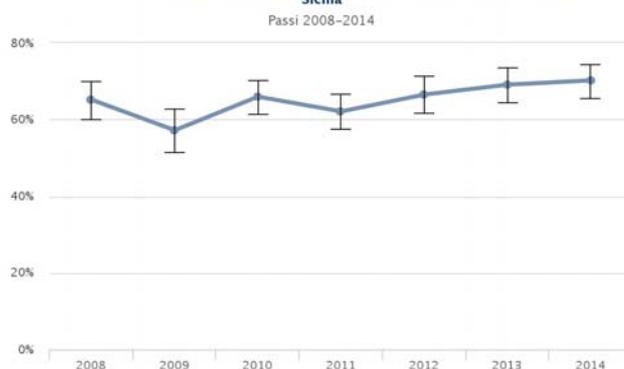
Copertura screening per neoplasia cervicale totale per regione di residenza



intervistate di 25-64 anni ha effettuato il test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

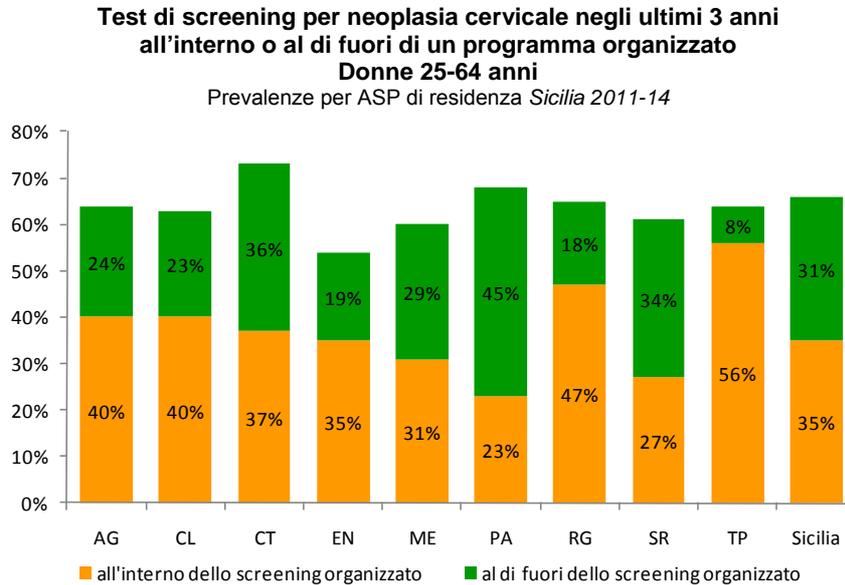
L'analisi per anno evidenzia che nel primo quadriennio 2008-2011 le percentuali di donne che hanno eseguito il pap test negli ultimi 3 anni, assumono valori altalenanti, dal 2011 al 2014 invece si osserva un trend in leggero aumento.

Trend annuale Copertura screening per neoplasia cervicale totale Regione Sicilia



Esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale all'interno di un programma organizzato o come prevenzione individuale

In Sicilia, il 35% delle 25-64enni intervistate, ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato (range dal 23% di Palermo al 47% di Trapani), mentre il 31% l'ha eseguito come prevenzione individuale (range dall'8% di Trapani al 45% di Palermo).



Periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale e motivazione della mancata effettuazione.

In Sicilia più di una 25-64enne su tre ha eseguito l'ultimo test di screening nell'ultimo anno, meno di una su tre da uno a tre anni.

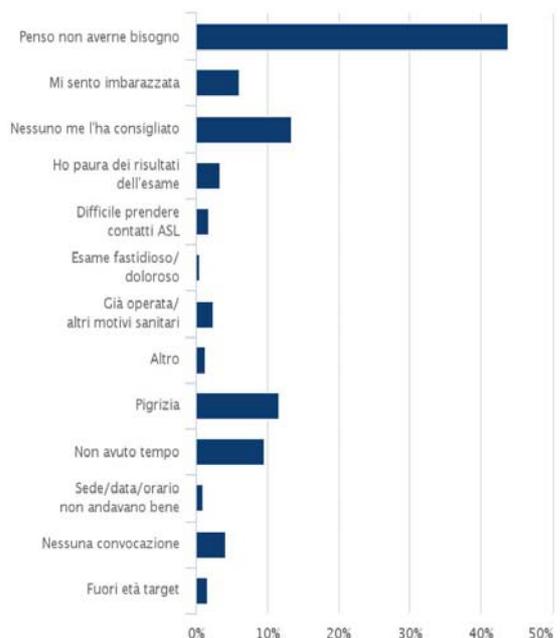
Una donna su 10 ha fatto passare più di tre anni dall'ultimo test, discostandosi dalle indicazioni delle linee guida.

Il 44% delle donne intervistate non ha eseguito il test di screening perché ritiene di non averne bisogno

Periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale - Sicilia



Motivi della non effettuazione del test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi tre anni - Sicilia

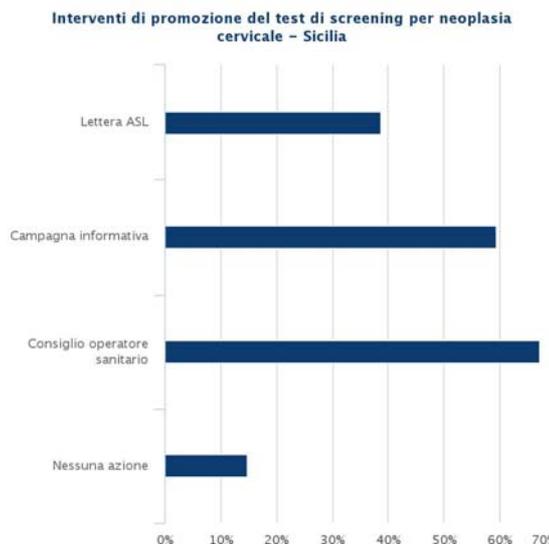


* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

Promozione del test di screening per neoplasia cervicale

In Sicilia il 39% delle donne intervistate ha ricevuto una lettera di invito dall'ASP, il 59% ha visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening, il 67% ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening.

Il 15% non è stato raggiunto da nessun intervento di promozione per l'effettuazione dello screening per neoplasia cervicale.

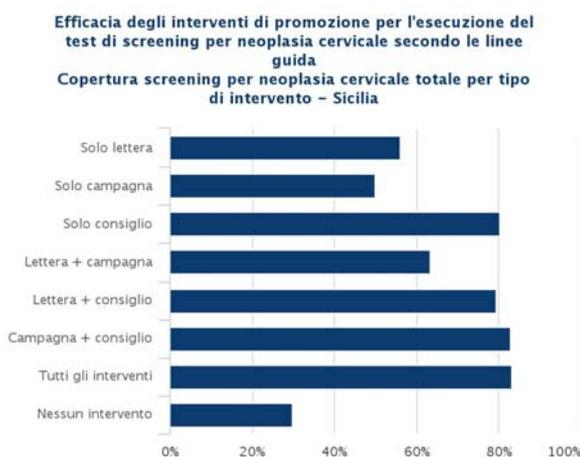


In Sicilia sono state rilevate fra le varie ASP differenze, statisticamente significative, nella promozione dei test di screening per neoplasia cervicale. In particolare per la lettera d'invito il range va dal 9% di Enna al 86% di Trapani, per il consiglio dell'operatore sanitario il range va dal 49% di Agrigento al 75% di Caltanissetta e per la campagna informativa il range va dal 48% di Trapani a 96% di Caltanissetta.

Efficacia degli interventi di promozione

In Sicilia l'intervento più efficace nel promuovere l'adesione allo screening è il consiglio del medico/operatore sanitario, da solo o associato alla campagna informativa.

Dal grafico sottostante si può osservare che al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening: si passa dal 30% di donne che hanno eseguito il test pur non essendo raggiunte da alcun intervento di promozione all'83% di donne che hanno eseguito il test avendo ricevuto tutti e tre gli interventi, ciò conferma l'importanza degli interventi di promozione.



Conclusioni

In Sicilia, quasi sette donne su 10 hanno effettuato il test di screening nei tempi raccomandati, tale valore è inferiore al valore nazionale.

I programmi organizzati si confermano, in quasi tutte le ASP, correlati ad una maggior adesione.

Nelle donne raggiunte da uno o più interventi di promozione, la percentuale di esecuzione dell'esame risulta significativamente maggiore rispetto alle donne non raggiunte da nessun intervento.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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.

Esecuzione della Mammografia in accordo con le linee guida

In Sicilia il 55% (71% valore nazionale) delle 50-69 anni intervistate ha eseguito una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

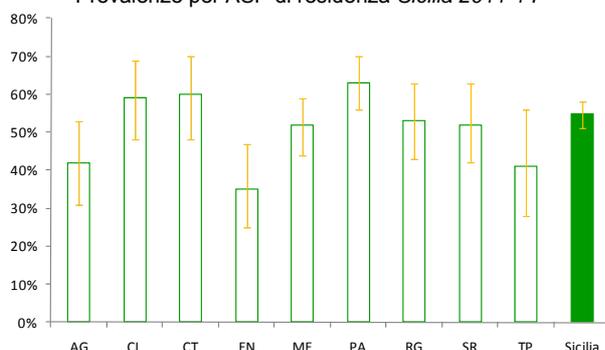
In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne di 50-59 anni, in quelle coniugate, nelle conviventi, in quelle con medio-alto livello d'istruzione, in quelle senza rilevanti difficoltà economiche e nelle cittadine italiane.

L'età media in cui viene eseguita la prima Mammografia preventiva è 47 anni.

L'età media della prima Mammografia è 41 anni.

Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

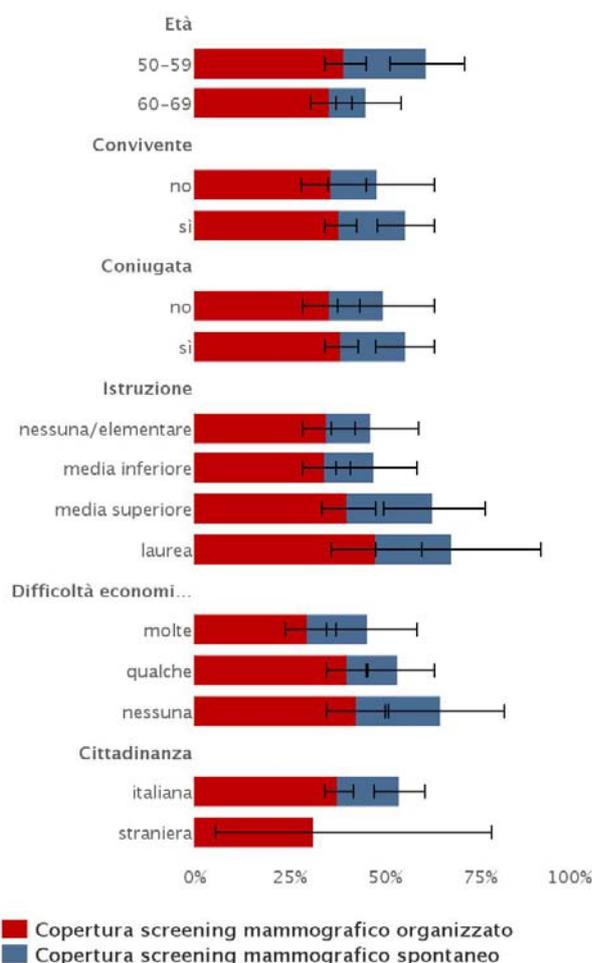
Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2011-14



L'ASP di Enna si distingue per la percentuale più bassa, statisticamente significativa, di donne che hanno eseguito la mammografia preventiva entro i tempi raccomandati.

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

Totale: 54.6% (IC95%: 50.8-58.3%)



Nel periodo 2008-2014 l'andamento dell'indicatore è altalenante, il valore più basso si registra nel 2009 (48%) e quello più alto nel 2013. (60%).

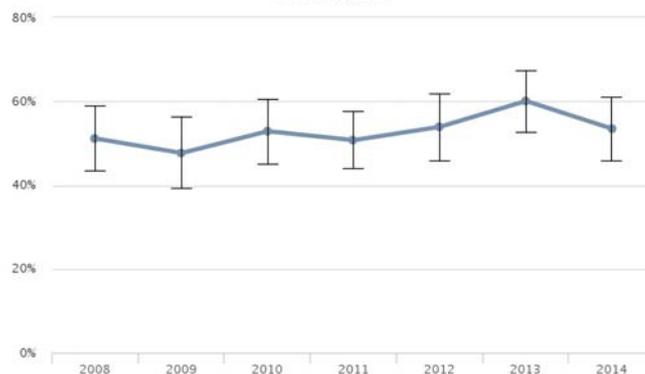
Copertura screening mammografico totale per regione di residenza

Passi 2011-2014



Trend annuale Copertura screening mammografico totale Regione Sicilia

Passi 2008-2014



Esecuzione della mammografia nello screening organizzato o come prevenzione individuale

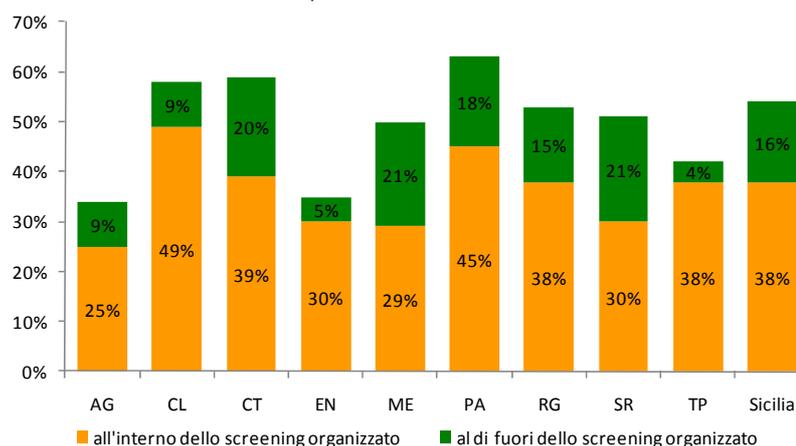
Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.

In Sicilia, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 38% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato (range dal 25% di Agrigento al 49% di Caltanissetta), mentre il 16% l'ha eseguita come prevenzione individuale (range dal 5% di Enna al 21% di Messina).

Nel Pool di ASL il 51% 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 2011-14



Periodicità di esecuzione della Mammografia e motivazione della non esecuzione

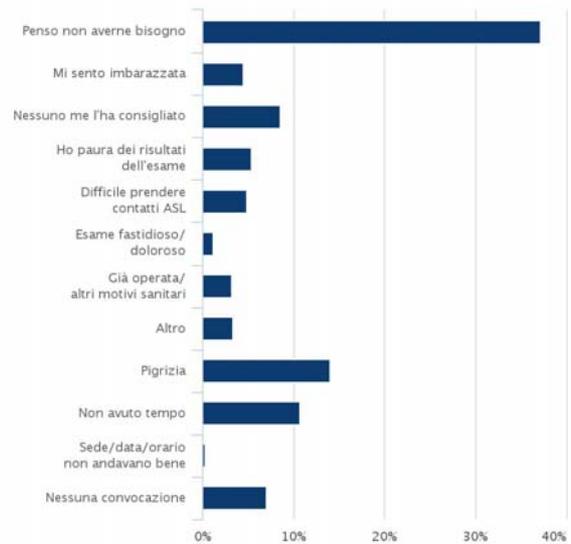
In Sicilia il 45% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (22%) o l'ha eseguita da oltre due anni (23%).

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



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

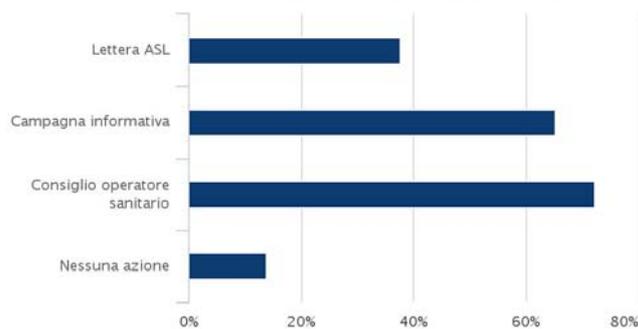


Promozione della Mammografia

In Sicilia al 75% delle 50-69enni è stato consigliato da un medico di sottoporsi alla mammografia (range dal 55% di Messina all'84% di Caltanissetta).

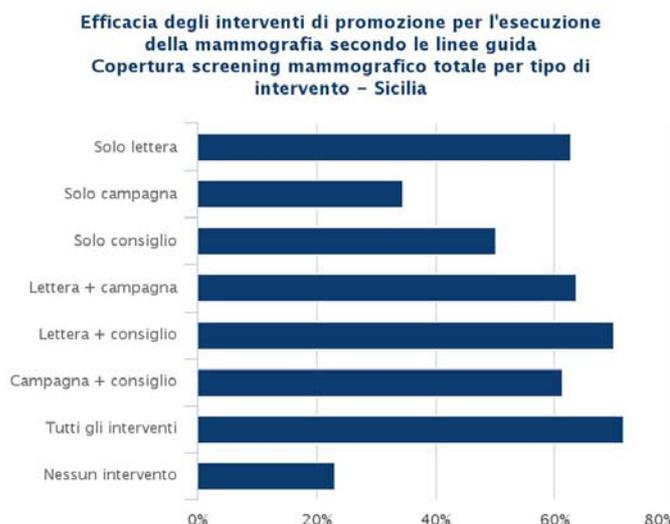
Il 68% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL (range dal 11% di Messina al 76% di Caltanissetta), e il 70% ha sentito/visto la campagna informativa.(range va dal 37% di Agrigento al 98% di Caltanissetta).

Interventi di promozione della mammografia - Sicilia



Efficacia degli interventi di promozione

L'efficacia degli interventi di promozione è confermata dal fatto che al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening, in Sicilia il 23% delle donne che non sono state raggiunte da alcun intervento ha eseguito il test di screening, tale percentuale aumenta al 63% fra coloro che hanno ricevuto la lettera dell'ASP, al 70% da coloro che sono state raggiunte da lettera e campagna e al 71% da coloro che sono state raggiunte da tutti e tre gli interventi.



Conclusioni

In Sicilia, la copertura per al test di screening è inferiore alla media nazionale. I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

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.

Esecuzione di un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida

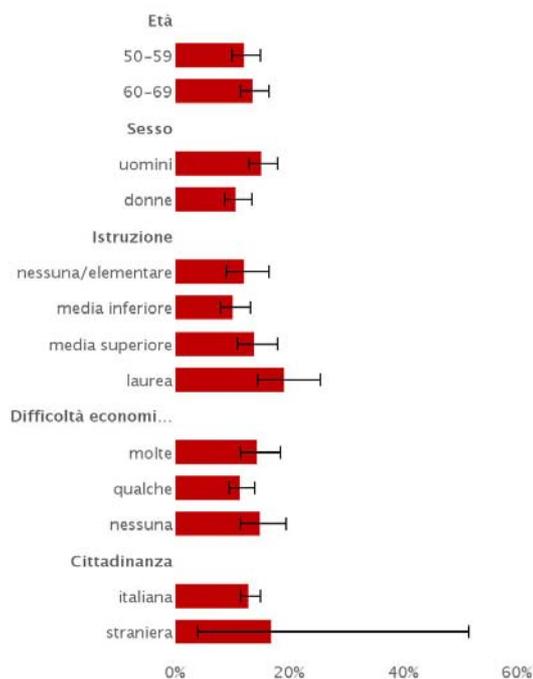
In Sicilia circa il 18% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni). Il 13% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni. Il 9% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni;

Nel confronto fra ASP emerge che a Ragusa (33%) si riporta la percentuale maggiore, in maniera statisticamente significativa, di intervistati che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto.

Per l'effettuazione della colonscopia negli ultimi 5 anni, le percentuali variano dall'1% dell'ASP di Trapani (valore inferiore alla media regionale in maniera statisticamente significativa) al 18% di Caltanissetta (valore superiore in maniera statisticamente significativa).

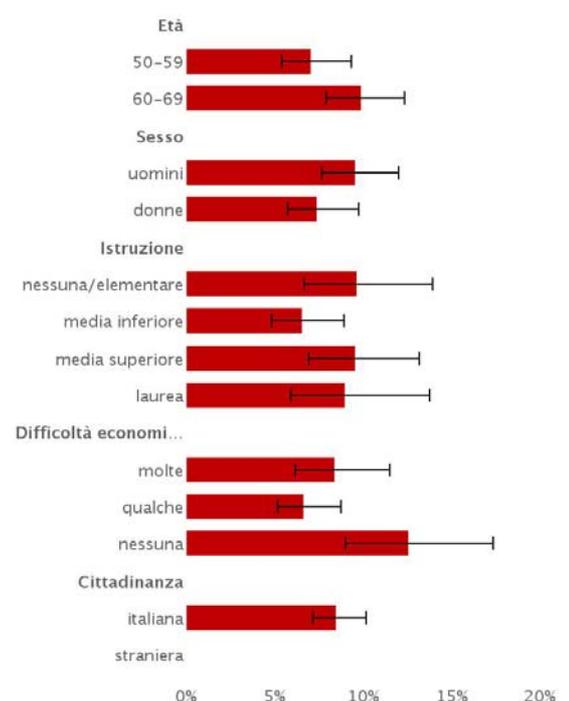
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

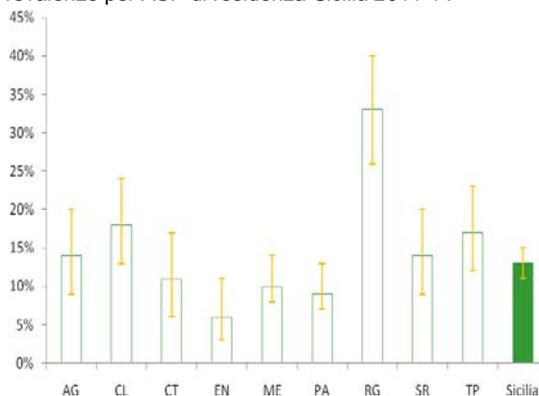
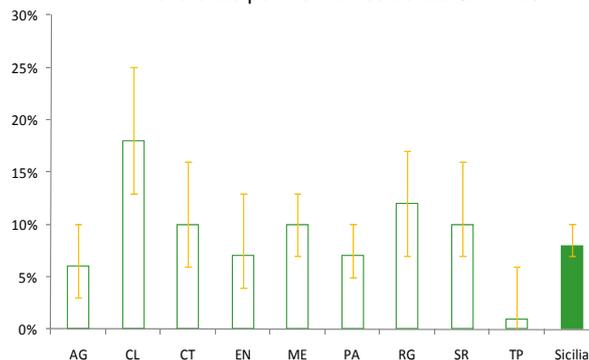
Totale:12.9% (IC95%: 11.3-14.8%)



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

Totale:8.5% (IC95%: 7.1-10.1%)



Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anniPrevalenze per ASP di residenza *Sicilia 2011-14***Colonscopia negli ultimi cinque anni**Prevalenze per ASP di residenza *Sicilia 2011-14***Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per regione di residenza**

Passi 2011-2014



- peggiore rispetto al valore nazionale
- simile rispetto dal valore nazionale
- migliore rispetto al valore nazionale

Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni per regione di residenza

Passi 2011-2014



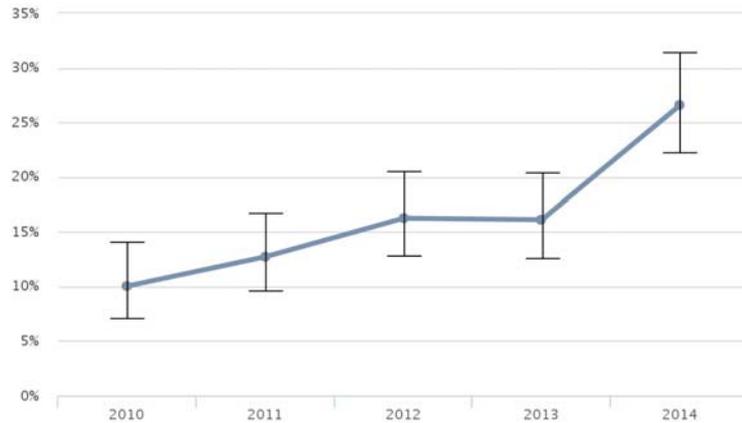
- peggiore rispetto al valore nazionale
- simile rispetto dal valore nazionale
- migliore rispetto al valore nazionale

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 34% delle persone di 50-69 anni ha effettuato la ricerca del sangue occulto e il 13% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

Nel periodo 2010-2014 si osserva un andamento in crescita del ricorso allo screening coloretate totale. Per lo screening ricerca di sangue occulto fecale, si evidenzia un andamento in costante crescita passando da un valore di 6% del 2010 e 2011 al 22% nel 2014. Per la colonscopia invece si osserva un andamento leggermente altalenante con il valore più basso (6%) registrato nel 2010 e il valore più alto (9%) registrato nel 2011-2012

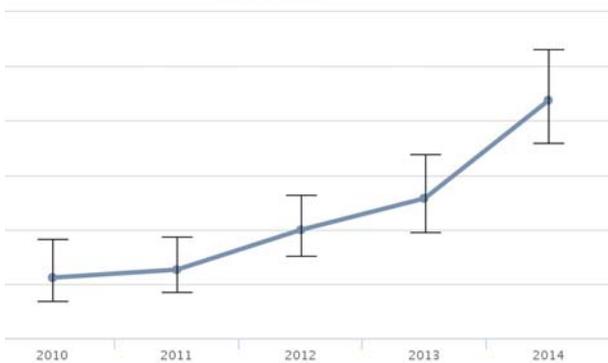
Trend annuale Copertura screening colorettales totale Regione Sicilia

Passi 2008-2014



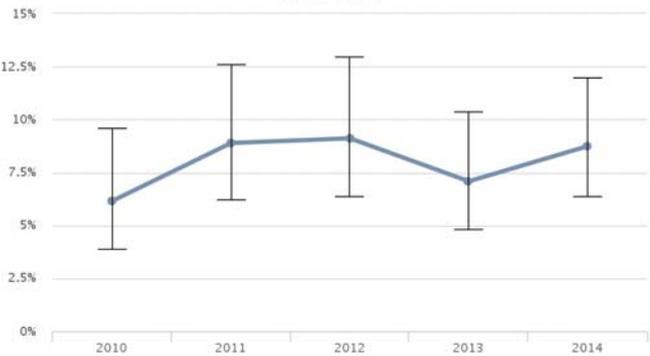
Trend annuale Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni Regione Sicilia

Passi 2008-2014



Trend annuale Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni Regione Sicilia

Passi 2008-2014

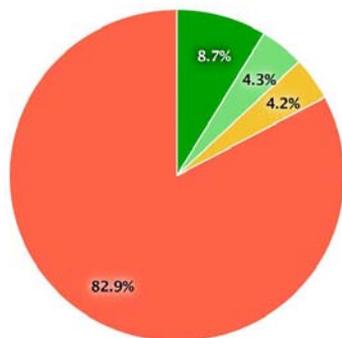


Periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colo retali

In Sicilia, rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto, il 9% del campione ha effettuato la ricerca nell'ultimo anno, il 4% da uno a due anni, il 4% da più di 2 anni.

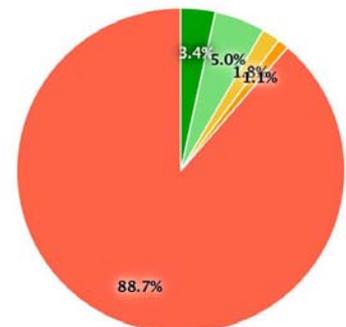
Per la colonscopia il 3% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 5% da uno a cinque anni, il 2% da cinque a dieci anni e l'1% da più di dieci anni.

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



■ Ultimo anno
 ■ Da 1 a 2 anni
 ■ Più di 2 anni
■ Mai fatta

Periodicità di esecuzione della colonscopia/rettosigmoidoscopia Sicilia



■ Ultimo anno
 ■ Da 1 a 5 anni
 ■ Da 5 a 10 anni
■ Più di 10 anni
■ Mai fatta

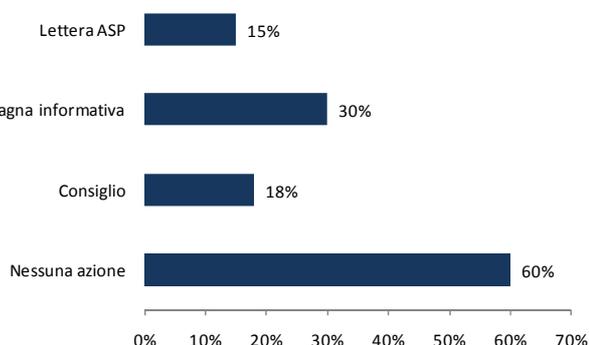
Promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci

In Sicilia tra gli interventi di promozione della ricerca di sangue occulto fecale, quello che ha raggiunto una percentuale maggiore di intervistati è la campagna informativa 30% (range dal 17% di Enna all' 80% di Caltanissetta).

Il 18% (range dal 7% di Enna al 39% di Caltanissetta) degli intervistati ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario, il 15% ha ricevuto la lettera (range dall'1% di Messina al 32% di Trapani).

Il 60% degli intervistati non è stato raggiunto da nessun intervento.

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

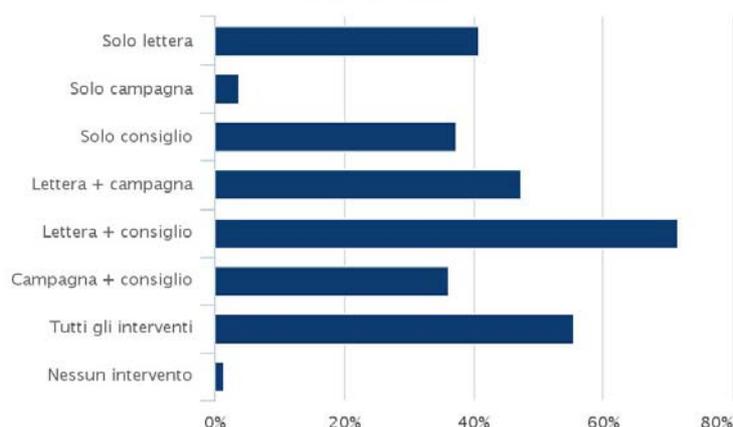


Efficacia degli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci

In Sicilia la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening coloretale nei tempi raccomandati, è solo del 2% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 47% tra le persone raggiunte da lettera e campagna informativa, e al 72% dalle persone che hanno ricevuto la lettera e il consiglio da parte del medico.

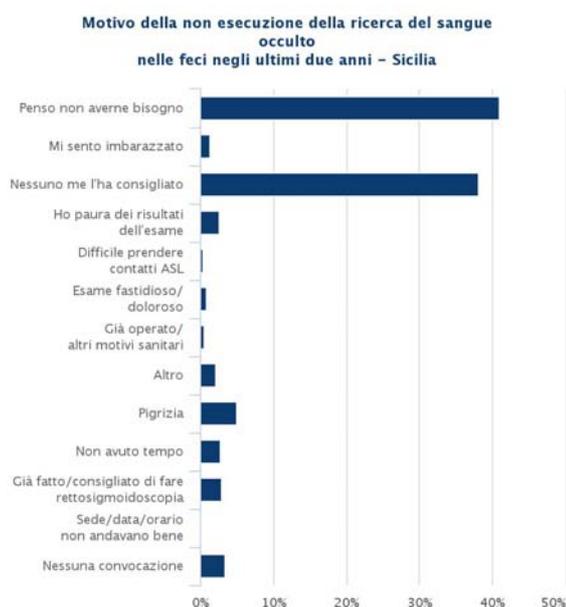
Questi dati confermano l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

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 Copertura screening mammografico totale per tipo di intervento - Sicilia



Motivo della mancata effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo

Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il pensare di non averne bisogno (41%) e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito (38%). Questo dimostra che il rischio di cancro coloretale è sottovalutato e che bisogna implementare l'opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.



Conclusioni

In Sicilia 8 su 10 50-69enni non si sono sottoposti ad un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di input ricevuti (lettera della Asl, consiglio, campagna informativa), infatti il 72% degli intervistati 50-69enni che hanno ricevuto la lettera e il consiglio da parte del medico si è sottoposto a screening, contro il 2% di quelli non raggiunti da alcun intervento.

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 2011	PASSI 2012	PASSI 2013	PASSI 2014
Numerosità	1533	1321	1289	1288
Tasso di risposta	90.2	92.4	91.9	92.8
Tasso di rifiuto	7.2	4.5	5.9	6
Tasso di sostituzione	9.8	7.6	8.1	7.2
Tasso di non reperibilità	2.6	3.1	2.2	1.2
Tasso di eleggibilità	94.6	94.5	95.7	94.0

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:

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

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:

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

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

- Tasso di rifiuto

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

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

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:

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

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:

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

- 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				
	2011	2012	2013	2014
E' senza telefono	84%	81%	86%	81%
Residente o domiciliato stabilmente altrove	12%	11%	10%	13%
Istituzionalizzato (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)	1%	1%	1%	0%
Deceduto	2%	1%	1%	2%
Non conoscenza lingua italiana	1%	1%	1%	1%
Grave disabilità psico/fisica	2%	4%	1%	3%

- 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				
	2011	2012	2013	2014
Già presente (anagrafe sanitaria)	38%	31%	36%	33%
Pagine Bianche	27%	27%	20%	17%
MMG	21%	28%	28%	33%
Anagrafe comunale	0%	0%	0%	1%
Altre fonti aziendali	2%	2%	3%	3%
Parenti, vicini, ecc.	11%	11%	3%	3%
Riferito dall'intervistato stesso	2%	2%	1%	2%

- 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				
	2011	2012	2013	2014
7-13	44%	40%	33%	33%
13-15	19%	19%	21%	18%
15-19	32%	32%	35%	35%
19-20	2%	2%	3%	5%
20 e oltre	4%	6%	9%	9%

Distribuzione settimanale delle interviste				
	2011	2012	2013	2014
feriale	93%	93%	93%	92%
sabato	7%	5%	6%	6%
festivo	0%	0%	0%	2%
non indicato	0%	1%	1%	

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 stati 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 2009-2012 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 2009-2012 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.