



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2014-2017

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'Argenzio - *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:

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

Coordinatori, Intervistatori e Collaboratori

- a livello aziendale:

ASP di Agrigento	Anna Maria Cardinale (Coordinatrice); Rosa Maria Consagra, Angela Russotto, (Intervistatrici)
ASP di Caltanissetta	Rosanna Milisenna (Coordinatrice); Maria Di Forti, Rosanna Milisenna, Antonina Modica (Intervistatrici)
ASP di Catania	Irene Torre (Coordinatrice); Maria Giuseppa D'Angelo, Andrea Natri, Elena Longhitano, Iole Urzi (Intervistatori/trici)
ASP di Enna	Franco Belbruno (Coordinatore ed Intervistatore); Clotilde Laura Caceci (Intervistatrice)
ASP di Messina	Giovanna Fiumanò (Coordinatrice); Maniaci Antonella, Alizzi Lorenzo, Giuseppe Florio, Giovanni Galletta, Antonio Pollicino, Antonia Rando, Domenico Pagano, (Intervistatori/trici) Roberta Benedetto (collaboratrice)
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 Cappello, 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); Giovanni Pio Gucciardi, 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.

Sommario

Prefazione

Presentazione

Metodi

Impatto sulla salute

Risultati 2014-2017

I risultati a colpo d'occhio

Descrizione del campione regionale

Percezione dello stato di salute

Attività fisica

Abitudine al fumo e tentativo di smettere di fumare

Situazione nutrizionale

Consumo di alcol

Alcol e guida

Uso dei dispositivi di sicurezza

Sicurezza domestica

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 2014-2017, nel pool nazionale, sono state intervistate oltre 138 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, Ragusa, Siracusa e Trapani hanno aderito al campionamento regionale che prevede 10 interviste mensili.

In Sicilia il campione complessivo per il periodo 2014-2017 è costituito da 5.701 individui; il campione è risultato così suddiviso per ASP:

ASP	Persone di 18-69 anni
Agrigento	442
Caltanissetta	712
Catania	404
Enna	440
Messina	1100
Palermo	1104
Ragusa	439
Siracusa	656
Trapani	404
Totale regionale	5701

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

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica/Prevenzione durante tutto l'anno, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica in Sicilia è durata in media 22 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 24% 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.

Impatto sulla salute

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.

Attività fisica

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

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

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

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

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.

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.

Stato nutrizionale ed 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'osteoartrosi, 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.

Consumo di alcol

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

Sicurezza domestica

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

Esistono interventi per la sicurezza domestica che mirano a realizzare adeguate condizioni strutturali e impiantistiche delle abitazioni (campo in cui è importante il ruolo svolto dalle norme tecniche che riguardano ad esempio ascensori, impianti del gas, ecc), privilegiando le case in cui vivono anziani, famiglie con molti bambini, persone in cattive condizioni economiche.

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

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

Vaccinazione antiinfluenzale

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

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

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

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

Vaccinazione antirosolia

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

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

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

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.

Iperensione arteriosa

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

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

Ipercolesterolemia

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

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

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

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

Carta e punteggio del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

Diabete

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

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

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

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

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

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.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

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

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

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

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

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

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

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.

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.

I Risultati

2014 - 2017

I risultati a colpo d'occhio

Determinanti di salute socio-anagrafici	%	IC95% inf	IC95% sup
Basso livello di istruzione	39.4	37.9	40.9
Molte difficoltà economiche	23	21.7	24.3
Cittadinanza straniera	0.7	0.5	1
Vive solo	6.2	5.5	7
Coniugato	63.3	62	64.6
Occupato lavorativamente	58.1	56.5	59.6

Percezione dello stato di salute	%	IC95% inf	IC95% sup
Stato di salute percepito positivamente	67.4	66	68.7
Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	3.7	3.5	4
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	2.3	2.1	2.5
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	2	1.8	2.1
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane	1.2	1.1	1.4

* 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

Attività fisica	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo	29.4	28	30.8
Parzialmente attivo	27.1	25.8	28.6
Sedentario	43.5	41.9	45
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica	29.2	27.7	30.7
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	42.2	38.4	46
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	37.4	35	39.7

Fumo di sigaretta	%	IC95% inf	IC95% sup
Non fumatori	58	56.5	59.5
Fumatori	28.6	27.1	30
in astensione	1.1	0.8	1.5
occasionalmente	0.3	0.2	0.4
quotidiani	27.2	25.8	28.6
Ex-fumatori	13.5	12.5	14.5
Numero medio di sigarette fumate	12.3	11.8	12.8
Chiesto se fuma	37.5	36	39.1
Consiglio smettere	55.1	52	58.2

Tentativo di smettere di fumare	%	IC95% inf	IC95% sup
Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*	37.1	34.6	39.7
Esito del tentativo tra coloro che hanno tentato di smettere			
Tentativo fallito	82.8	79.2	85.8
Tentativo in corso (astinenti da meno di 6 mesi)	10	7.7	13
Tentativo riuscito (astinenti da 6 mesi o più)	7.2	5.3	9.7

Fumo passivo	%	IC95% inf	IC95% sup
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici	86.2	85.1	87.2
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro	91.5	90.2	92.7
Astensione dal fumare nella propria abitazione	78.4	77.2	79.6
Astensione dal fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	82.2	79.8	84.4

Eccesso ponderale	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	13.1	12.1	14.3
Sovrappeso	34.3	32.8	35.7
Normo/sottopeso	52.6	51.1	54.1
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	71	66.8	75
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	35.3	32.7	38
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	52.1	47.5	56.6
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	31.6	28.9	34.3

Consumo quotidiano di frutta e verdura	%	IC95% inf	IC95% sup
0 porzioni	3.1	2.5	3.7
1/2 porzioni	47.6	46.1	49.1
3/4 porzioni	38	36.5	39.5
5+ porzioni	11.4	10.5	12.3

Consumo di alcol	%	IC95% inf	IC95% sup
Consumo alcol	45.6	44.1	47.1
Consumo fuori pasto	6.8	6	7.6
Consumo abituale elevato	0.7	0.5	1.1
Consumo binge	4.9	4.2	5.7
Consumo a maggior rischio	10.8	9.8	11.8
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	5.9	3.5	9.6

Alcol e guida	%	IC95% inf	IC95% sup
Guida sotto effetto dell'alcol	5.4	4.3	6.7
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	2.7	2.1	3.3
Controlli forze dell'ordine	26.9	25.6	28.3
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	7.9	6.5	9.6

Uso dei dispositivi di sicurezza	%	IC95% inf	IC95% sup
Uso cintura anteriore sempre	79.2	77.8	80.5
Uso cintura posteriore sempre	9.8	8.9	10.9
Uso casco sempre	93.1	91.1	94.7
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni	23	19.1	27.4
Penetrazione campagna informativa su uso di dispositivi sicurezza per bambini	63.4	53.6	72.2

Sicurezza domestica	%	IC95% inf	IC95% sup
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	3.8	3.2	4.5
negli ultra-64enni	4	2.3	7
in chi convive con ultra-64enni	4.9	3.5	6.9
nelle donne	5.1	4.1	6.3
in chi vive con bambini fino ai 14 anni	4.1	2.9	5.7
Infortunio domestico che ha richiesto cure	3	2.4	3.6

Vaccinazione antinfluenzale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura vaccinale nei 18-64enni	8	6.8	9.5
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	26.8	21	33.4
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	4.9	3.9	6.1

Vaccinazione antirosolia	%	IC95% inf	IC95% sup
Donne in età fertile vaccinate per la rosolia	42.5	39.9	45.1
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia	1.7	1.1	2.5
Donne in età fertile non consapevoli dello stato immunitario	35.5	32.9	38.2
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia o non consapevoli dello stato immunitario	37.2	34.6	39.9

Rischio cardiovascolare	%	IC95% inf	IC95% sup
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	83	81.8	84.1
Ipertensione riferita	21.1	19.9	22.4
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	74.7	73.3	76
Ipercolesterolemia riferita	22	20.5	23.5
Calcolo rischio cardiovascolare	4.5	3.7	5.5
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare	97.1	96.6	97.5
Diabete	7.1	6.3	7.9

Sintomi di depressione	%	IC95% inf	IC95% sup
Sintomi di depressione	5.6	4.9	6.5
Richiesta di aiuto da qualcuno	63.1	55.9	69.9
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	10.6	8.9	12.4
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	14.7	13	16.4
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane*	6.9	3.4	10.3

Copertura screening per neoplasia cervicale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening cervicale totale	70.2	68	72.4
Copertura screening cervicale organizzato	42	39.5	44.6
Copertura screening cervicale spontaneo	26.8	24.5	29.1

Copertura screening mammografico	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening mammografico totale	60.5	56.9	64.1
Copertura screening mammografico organizzato	46.9	43.2	50.5
Copertura screening mammografico spontaneo	12.4	10.1	15.2

Copertura screening coloretale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening coloretale totale	27.2	25.2	29.2
Copertura screening coloretale organizzato	20.7	19	22.6
Copertura screening coloretale spontaneo	5.3	4.3	6.6
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	22.4	20.6	24.3
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	9.2	7.9	10.7

Descrizione del campione regionale

La popolazione in studio è costituita da 3.441.250 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 9 ASP della Sicilia.

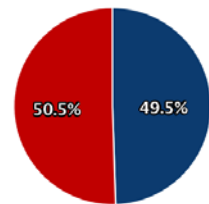
Da gennaio 2014 a dicembre 2017, sono state intervistate 5.701 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Caratteristiche demografiche degli intervistati

L'età e il sesso

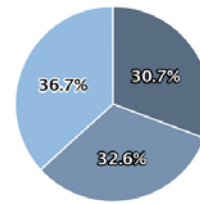
I grafici sottostanti mostrano la distribuzione del campione per sesso e fasce d'età

Distribuzione del campione per sesso
Distribuzione percentuale
Sicilia



● uomini ● donne
Sorveglianza Passi 2014-2017

Distribuzione del campione per età
Distribuzione percentuale
Sicilia



● 18-34 ● 35-49 ● 50-69
Sorveglianza Passi 2014-2017

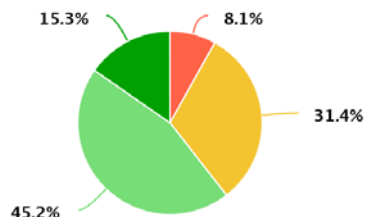
Il titolo di studio

In Sicilia il 39% (35% valore nazionale) dei 18-69enni siciliani ha un basso livello di istruzione (nessun titolo/licenza elementare/licenza media inferiore).

L'analisi per anno evidenzia un trend complessivamente in riduzione delle persone con basso livello di istruzione.

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.

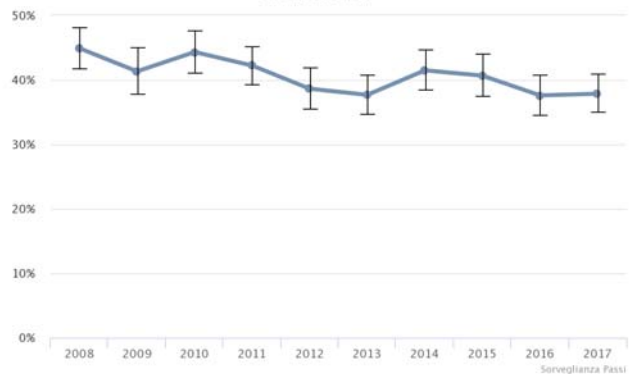
Distribuzione del livello di istruzione
Distribuzione percentuale
Sicilia



● nessuna / elementare
● media inferiore
● media superiore
● laurea

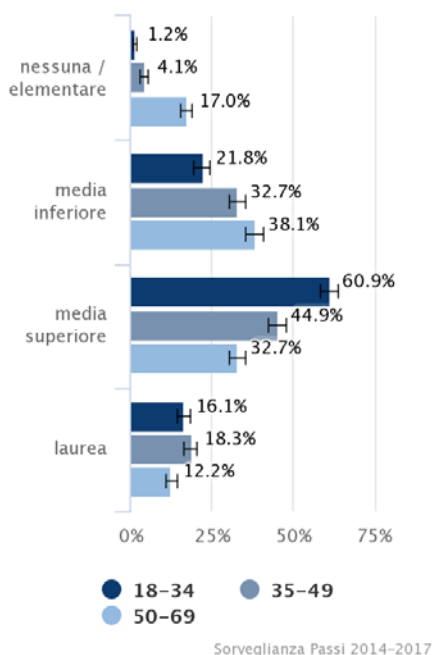
Sorveglianza Passi 2014-2017

Trend annuale Basso livello di istruzione Regione Sicilia
Passi 2008-2017



Sorveglianza Passi

Livello di istruzione per età Sicilia



Sorveglianza Passi 2014-2017

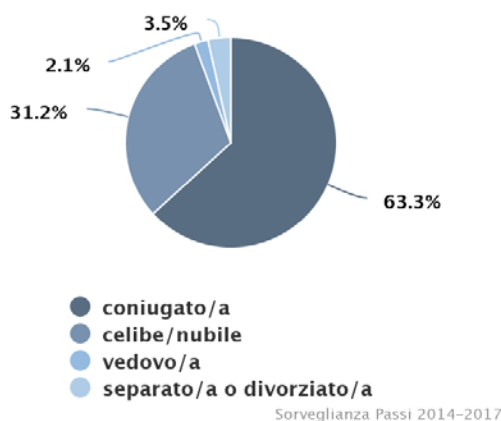
Basso livello di istruzione per regione di residenza Passi 2014-2017



Lo stato civile

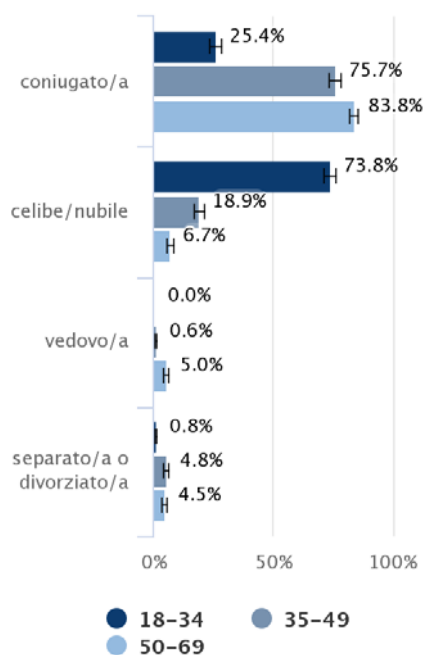
In Sicilia i coniugati/conviventi rappresentano il 63% del campione, i celibi/nubili il 31%. Il 6% della popolazione adulta siciliana vive da sola, sono più gli uomini e i giovani 18-34 anni che vivono da soli. Si riduce nel tempo la percentuale di coniugati, e aumenta quella delle persone che vivono sole.

Distribuzione dello stato civile Distribuzione percentuale Sicilia



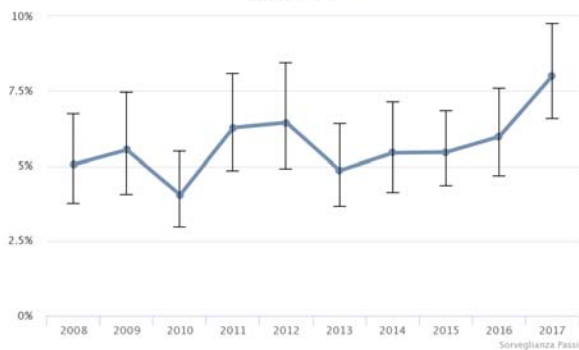
Sorveglianza Passi 2014-2017

Stato civile per età Sicilia

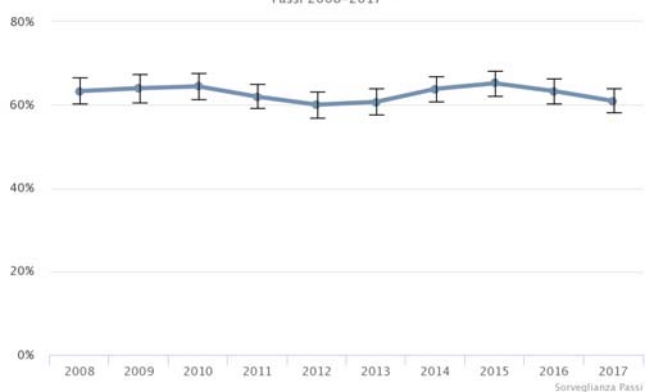


Sorveglianza Passi 2014-2017

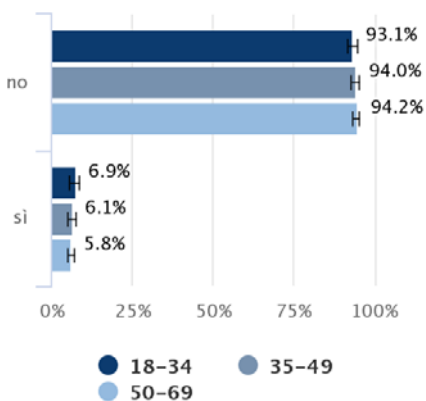
Trend annuale Vive solo Regione Sicilia
Passi 2008-2017



Trend annuale Coniugato Regione Sicilia
Passi 2008-2017

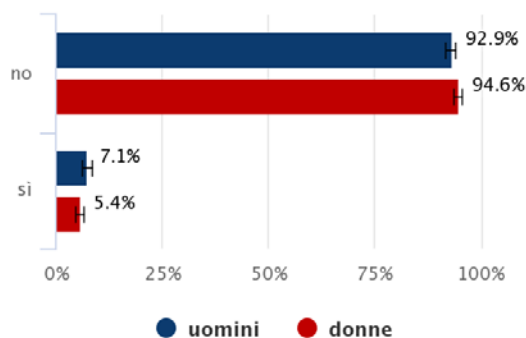


Vive da solo per età
Sicilia



Sorveglianza Passi 2014-2017

Vive da solo per sesso
Sicilia



Sorveglianza Passi 2014-2017

Vive solo per regione di residenza
Passi 2014-2017



Sorveglianza Passi

Coniugato per regione di residenza
Passi 2014-2017



Sorveglianza Passi

Cittadinanza

In Sicilia il campione straniero in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano rappresenta poco meno del 1%, in Italia la percentuale di cittadini stranieri è del 4%, ed è maggiore in alcune Regioni del Centro-Nord, mentre è minore al Sud e nelle Isole.



Il lavoro

In Sicilia il 58% dei 18-65enni d'età ha riferito di essere lavorativamente occupato.

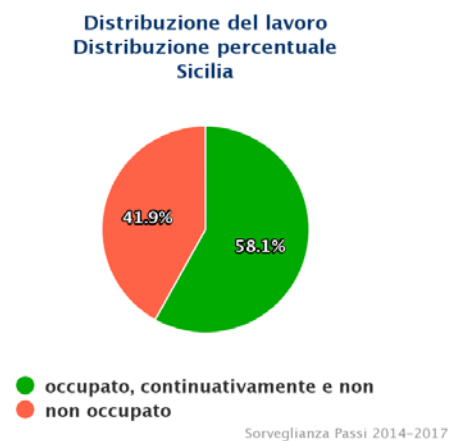
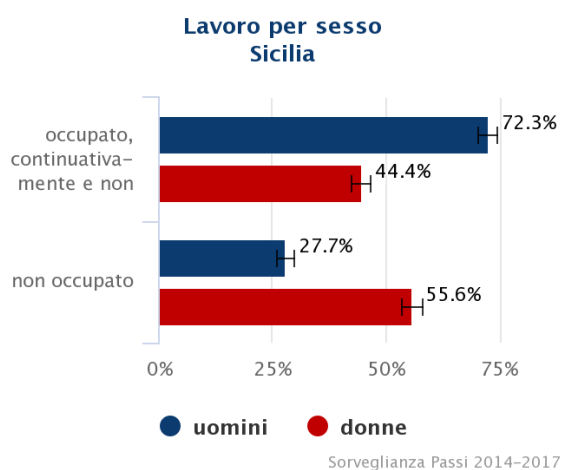
Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini sia complessivamente che per singola fascia d'età. La fascia d'età 35-49 anni è quella con percentuali maggiori di lavoratori regolari sia negli uomini che nelle donne.

Al momento dell'intervista il 14% degli intervistati è risultato in cerca di occupazione, il 32% inattivo.

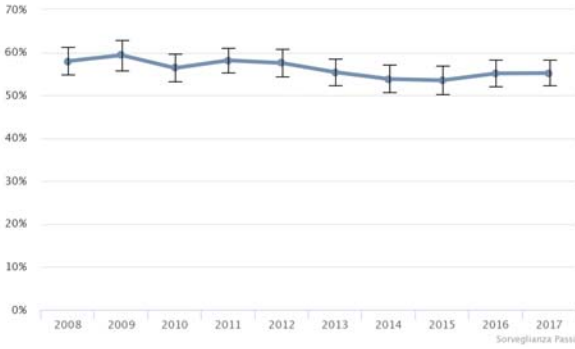
Tra coloro che lavorano il 69% ha un lavoro dipendente.

Dal 2008 al 2012 si registrano prevalenze di adulti lavoratori (continuativamente o non) più alte rispetto a quelle evidenziate a partire dal 2013.

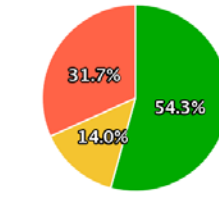
In Italia, nel quadriennio 2014-17, il 66% degli adulti risultano occupati in ambito lavorativo, con un rilevante gradiente Nord-Sud.



Trend annuale Occupato lavorativamente Regione Sicilia
Passi 2008-2017



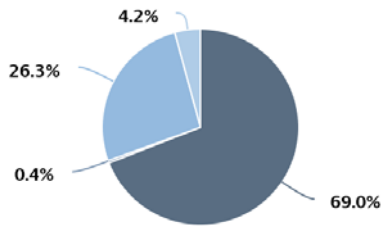
Distribuzione dello stato lavorativo
Distribuzione percentuale
Sicilia



- occupato
- in cerca occupazione
- inattivo

Sorveglianza Passi 2014-2017

Distribuzione della tipologia di contratto
Distribuzione percentuale
Sicilia



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

Sorveglianza Passi 2014-2017

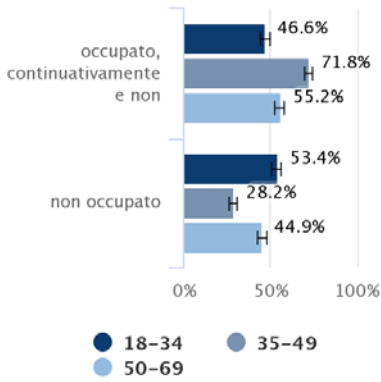
Occupato lavorativamente per regione di residenza
Passi 2014-2017



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

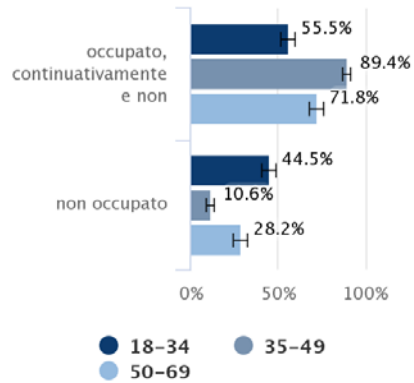
Sorveglianza Passi

Lavoro per età
Sicilia

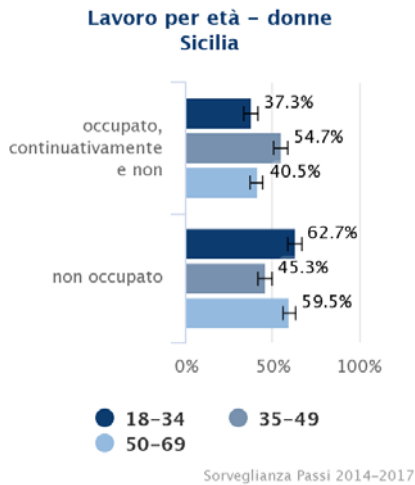


Sorveglianza Passi 2014-2017

Lavoro per età - uomini
Sicilia



Sorveglianza Passi 2014-2017

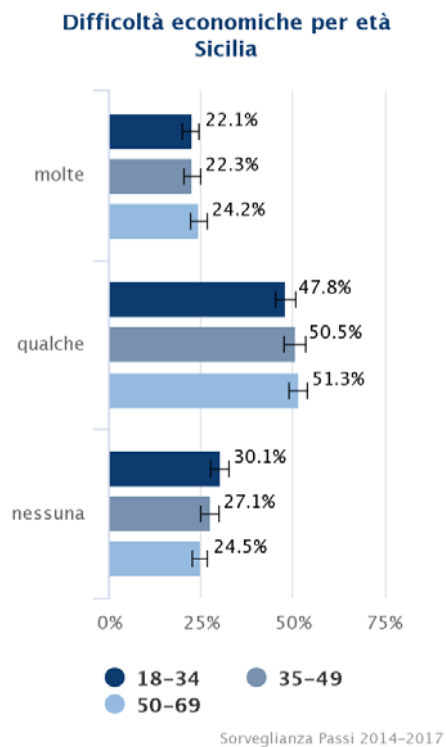
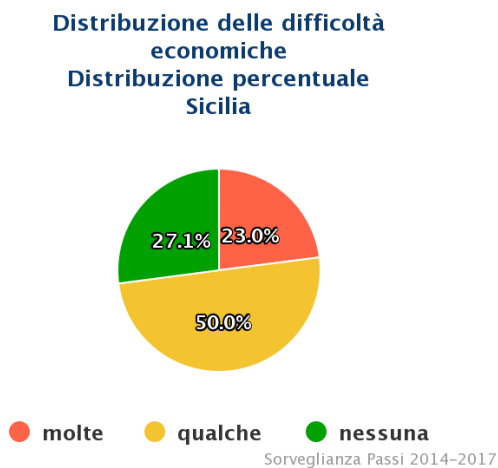


Difficoltà economiche

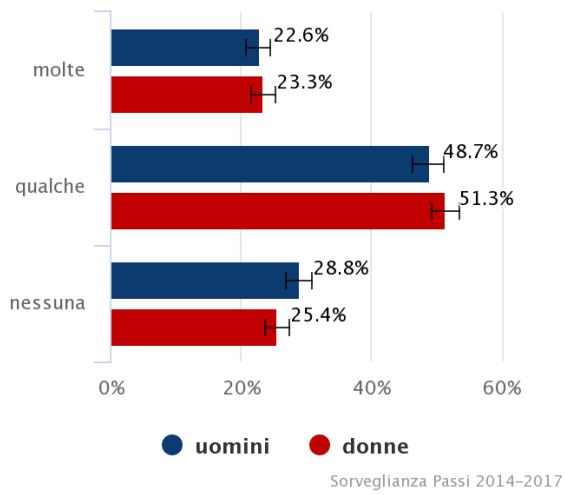
In Sicilia: meno di una persona su 4 ha molte difficoltà economiche ed una su 2 ha qualche difficoltà. Non si evidenziano differenze significative tra le percentuali di coloro che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classe d'età.

In Italia il 15% della popolazione adulta ha molte difficoltà economiche, si evidenzia un rilevante gradiente territoriale, con frequenze significativamente maggiori di persone con molte difficoltà tra i residenti dell'Italia del Sud, ad eccezione della Basilicata.

La frequenza di persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche è aumentata negli anni 2011-2014, dal 2014 al 2017 si osserva un andamento in decrescita.



Difficoltà economiche per sesso Sicilia



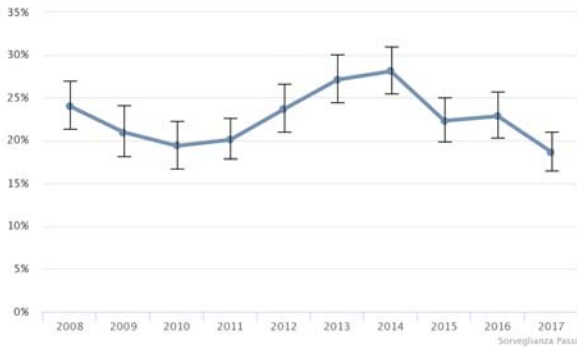
Molte difficoltà economiche per regione di residenza

Passi 2014-2017



Trend annuale Molte difficoltà economiche Regione Sicilia

Passi 2008-2017



Percezione dello stato di salute

Percezione positiva del proprio stato di salute

In Sicilia il 67% 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 4% ha risposto che la propria salute va male/molto male.

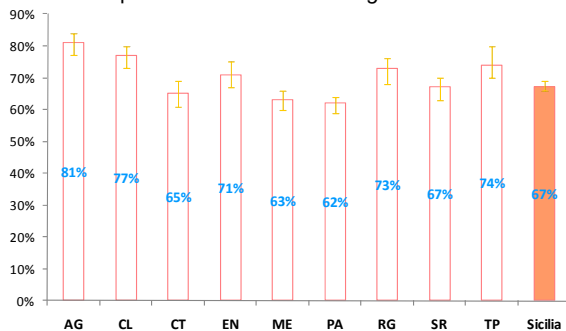
Sono più soddisfatti della propria salute i 18-34enni, gli uomini, le persone con istruzione medio-alta, le persone senza difficoltà economiche, le persone senza patologie severe

Nel confronto fra ASP emerge che nell' ASP di Palermo si registra una percentuale più bassa (62%), in maniera statisticamente significativa, di persone che percepiscono positivamente il loro stato di salute, rispetto la media regionale.

Nell'ASP di Agrigento si osserva invece la percentuale più alta (81%), in maniera statisticamente significativa.

Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2014-17



Nel nostro paese, per quanto riguarda la percezione positiva del proprio stato di salute, si evidenziano differenze significative fra le varie regioni.

Stato di salute percepito positivamente per regione di residenza

Passi 2014-2017

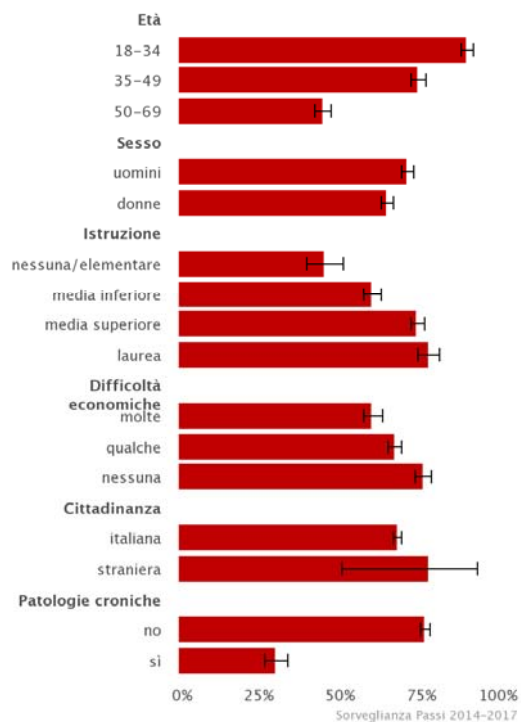


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

Totale: 67.4% (IC95%: 66.0-68.7%)

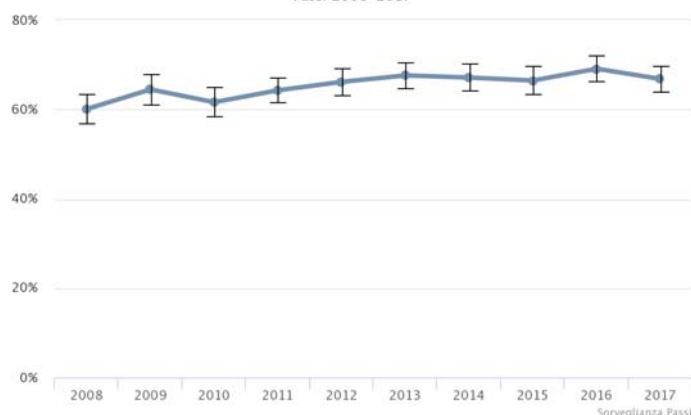


¹ persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.

Trend annuale Stato di salute percepito positivamente Regione Sicilia

Passi 2008-2017



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

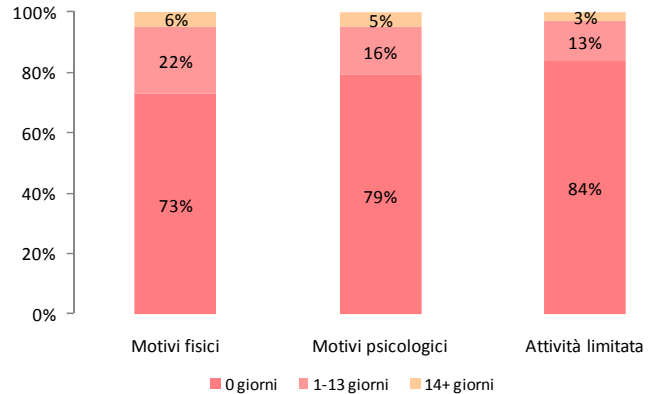
In Sicilia la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (73% in buona salute fisica, 79% in buona salute psicologica e 84% senza alcuna limitazione delle attività abituali).

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.

L'analisi temporale evidenzia un andamento altalenante delle prevalenze di persone che si dichiarano in buona salute.

- La media dei giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici e per motivi psicologici è 2 giorni ; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1 giorno al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nei 50-69enni, nelle donne, in coloro che hanno un livello d'istruzione basso, nelle persone con molte difficoltà economiche e in coloro che soffrono di almeno una patologia severa.

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Regione Sicilia - PASSI 2014-17



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

		Sicilia			
		giorni totali *	motivi fisici	motivi psicologici	attività limitata
	Totale	3.7	2.3	2	1.2
Età	18-34	2.2	1	1.3	0.5
	35-49	3.4	2.1	1.8	1.1
	50-69	5.3	3.5	2.6	2
Sesso	uomini	2.8	1.8	1.4	1
	donne	4.6	2.8	2.5	1.5
Istruzione	nessuna / elementare	7.1	4.5	4.2	3.3
	media inferiore	4.3	2.8	2.2	1.5
	media superiore	3	1.8	1.5	0.9
	laurea	2.9	1.5	1.5	0.7
Difficoltà economiche	molte	5.4	3.5	2.9	2
	qualche	3.4	2.1	1.8	1.1
	nessuna	3	1.6	1.5	0.9
Cittadinanza	italiana	3.7	2.3	2	1.3
	straniera	1.7	1.2	0.4	0.4
Patologie croniche	no	2.8	1.6	1.4	0.8
	sì	8	5.3	4.2	3.2

* 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

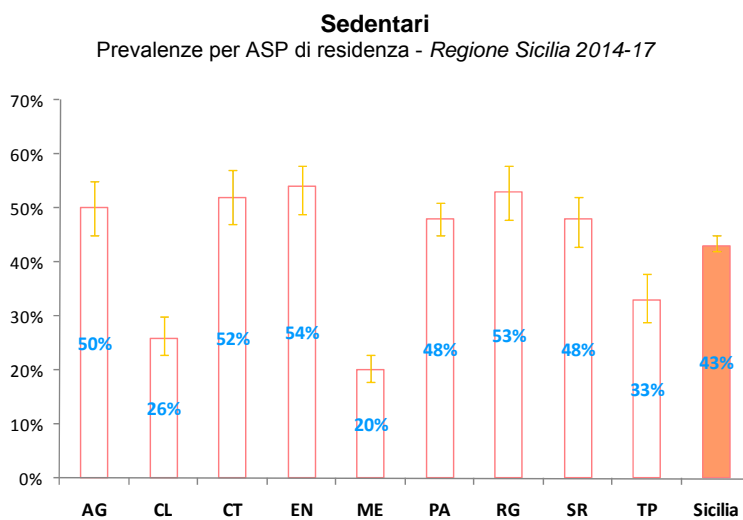
Attività fisica

Persone attive fisicamente e sedentari

Nel quadriennio 2014-17, il 29% 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 44% è completamente sedentario.

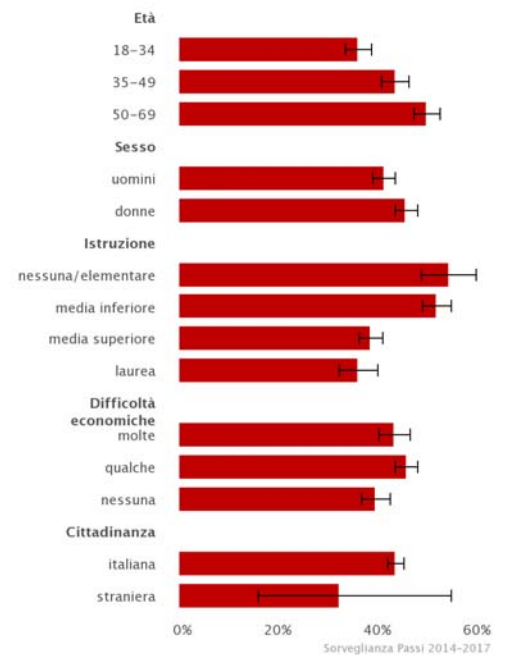
L'analisi per caratteristiche socio-demografiche permette di evidenziare che meno sedentari sono: i 18-34enni, gli uomini, coloro che hanno un titolo di studio medio-alto e chi non ha nessuna difficoltà economica.

Tra le ASP regionali la percentuale di sedentari varia dal 20% di Messina (valore significativamente più basso della media regionale) al 54% di Enna (valore significativamente più alto della media regionale).

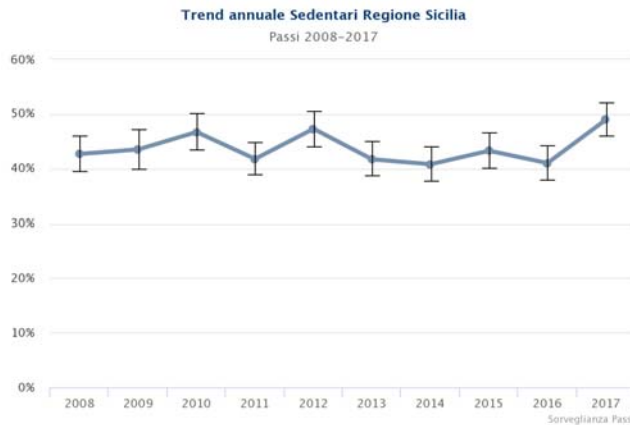


Sedentari per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 43.5% (IC95%: 41.9-45.0%)



Nel Pool di ASL PASSI 2013-16, la percentuale di sedentari è risultata del 34% con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.



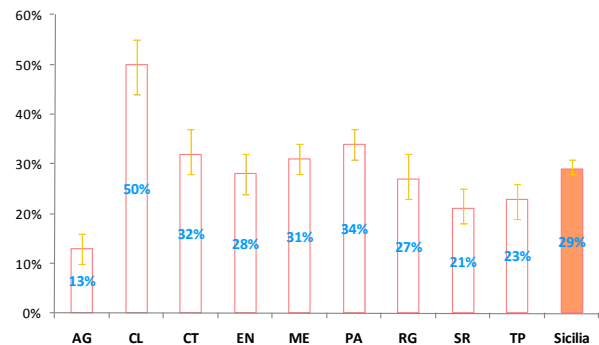
Nel periodo 2008-2017 l'analisi su base annuale delle prevalenze di sedentari in Sicilia, evidenzia un andamento altalenante.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

In Sicilia il 29% del campione ha riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere esercizio fisico regolarmente, tale percentuale cresce al 37% tra coloro che sono in sovrappeso e al 42% 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 13% di Agrigento (valore più basso di quello regionale in maniera statisticamente significativa) al 50% di Caltanissetta (valore più alto di quello regionale in maniera statisticamente significativa).

Consiglio di fare attività fisica

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2014-17



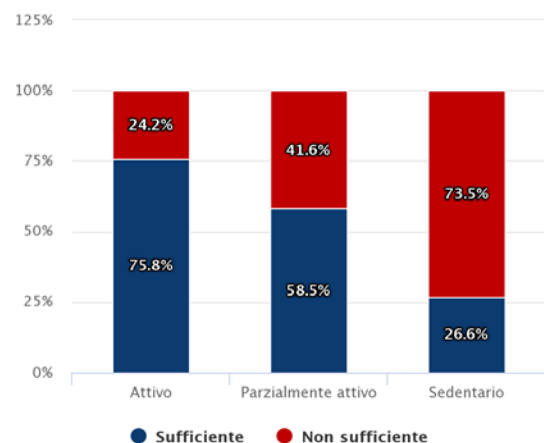
Autopercezione del livello di attività fisica

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 27% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Autopercezione del livello di attività fisica Sicilia

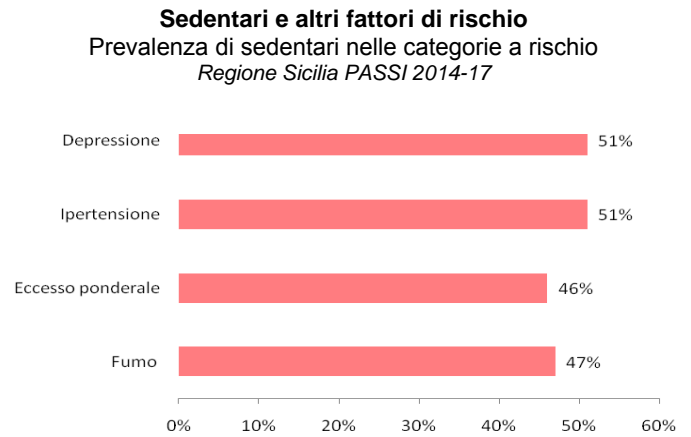


Sorveglianza Passi 2014-2017

Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

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 particolare, in Sicilia si nota che circa una persona depressa su 2 e circa un'iperteso su 2 è sedentario.

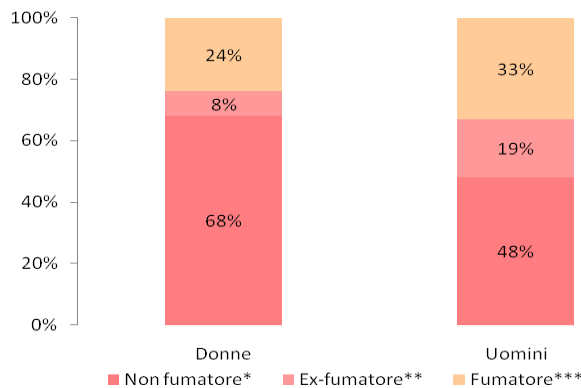


L'abitudine al fumo

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.

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 12 sigarette al giorno. L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne; tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne. Il 58% dei 18-69enni siciliani non fuma, il 13% ha smesso di fumare.



*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

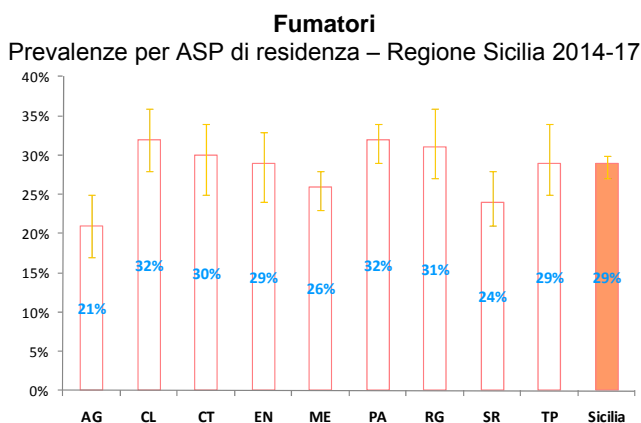
**Ex fumatore: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

***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.

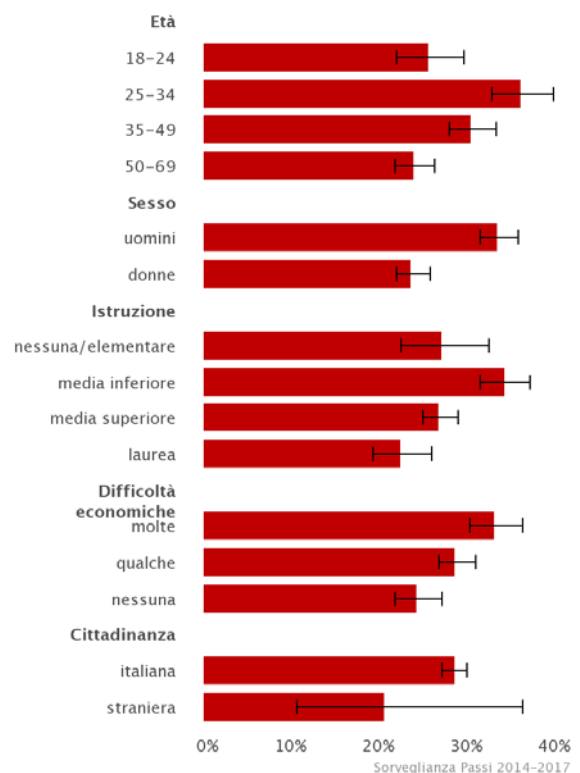
Fra le ASP regionali, Agrigento si differenzia per una percentuale di fumatori più bassa, statisticamente significativa, rispetto la media regionale.



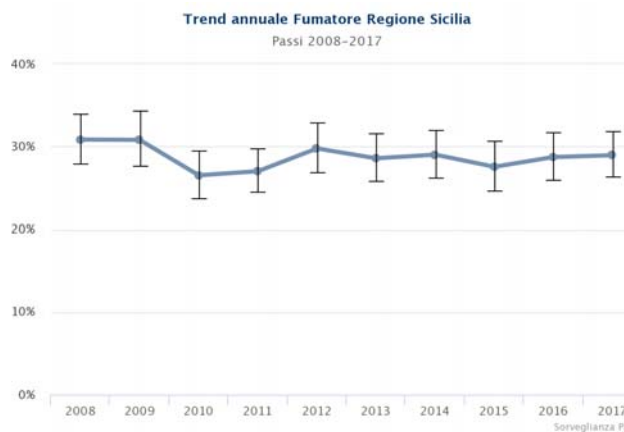
Nel Pool di ASL PASSI 2014-17 il 26% degli intervistati è fumatore, con un'evidente variabilità regionale.

Fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 28.6% (IC95%: 27.1-30.0%)



Il trend annuale dei fumatori in Sicilia presenta delle oscillazioni più o meno marcate nell'intero periodo esaminato.



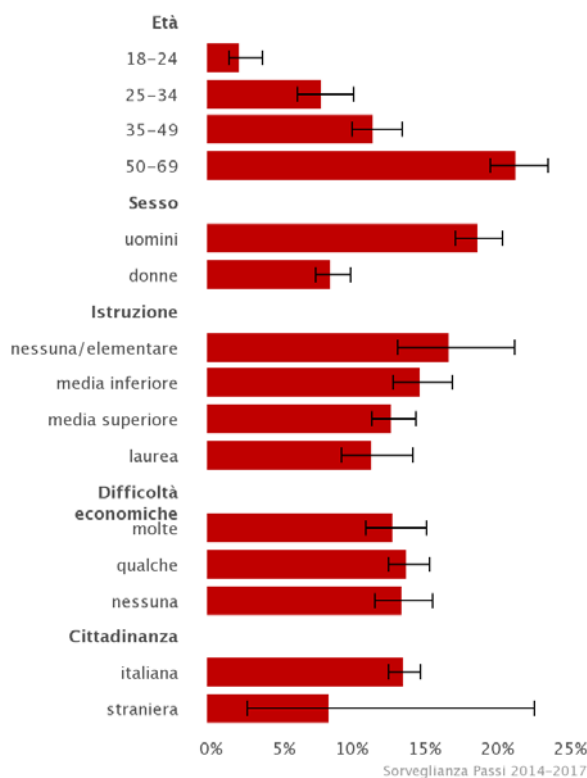
Caratteristiche degli ex-fumatori di sigaretta

La percentuale di ex-fumatori aumenta al crescere dell'età ed è più elevata negli uomini, e in coloro che hanno un titolo di studio basso. In Sicilia le percentuali di ex fumatori variano dall'8% di Agrigento (valore inferiore in maniera statisticamente significativa rispetto alla media regionale) al 21% di Enna (valore superiore in maniera statisticamente significativa). In Italia il 18% degli intervistati è ex fumatore, si osserva un evidente gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.

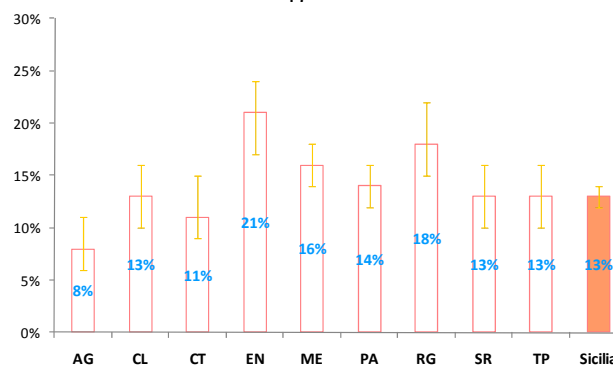


Ex-fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 13.5% (IC95%: 12.5-14.5%)



Ex-Fumatori Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2014-17



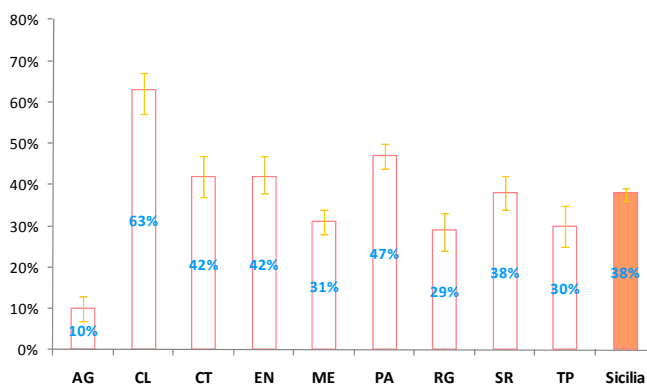
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

Circa al 38% (uguale al valore nazionale) 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 il 63% dei fumatori, il 40% degli ex fumatori e il 24% dei non fumatori.

Tra le ASP della Sicilia si osservano differenze fra le percentuali di persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo: il range va dal 10% di Agrigento (valore inferiore in maniera statisticamente significativa) al 63% di Caltanissetta (valore superiore in maniera statisticamente significativa).



Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2014-17

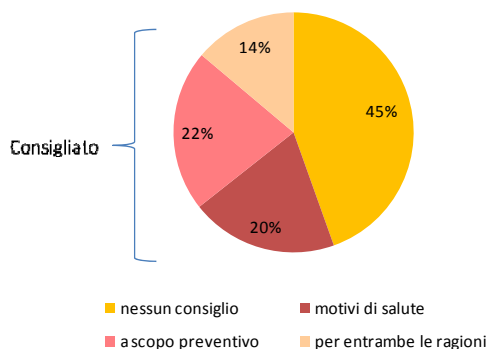


Consiglio di smettere di fumare

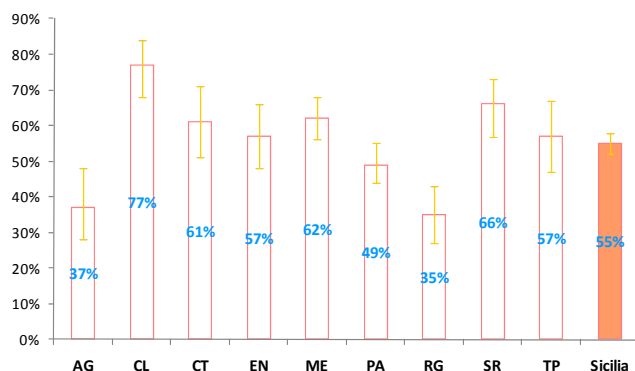
Al 55% dei fumatori (51% valore nazionale), negli ultimi 12 mesi, è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Il consiglio è stato dato sia a scopo preventivo che per motivi di salute.

Si osservano, fra le ASP siciliane, differenze statisticamente significative, rispetto la media regionale, fra le percentuali di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare: i valori variano dal 35% di Ragusa al 77% di Caltanissetta.

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione
Regione Sicilia - Passi 2014-17*



Consiglio smettere di fumare
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2014-17



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

Consiglio smettere
per regione di residenza
Passi 2014-2017



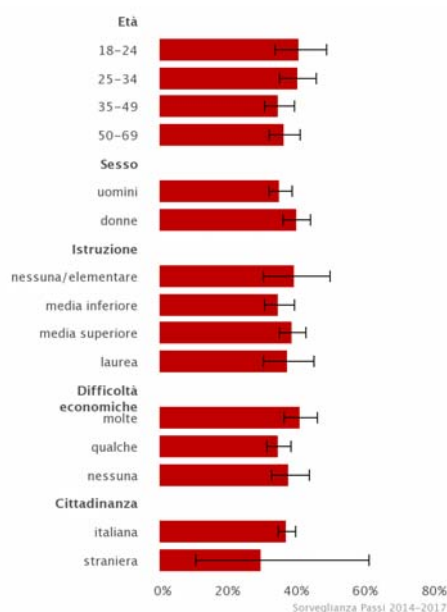
Tentativo di smettere di fumare:

Nel periodo 2014-17 il 37% (35% valore nazionale) dei fumatori ha tentato di smettere di fumare nei dodici mesi precedenti l'intervista, di questi soltanto il 7% è riuscito a smettere (ha riferito di aver smesso di fumare da 6 mesi o più).

Sono principalmente i 18-34enni, le donne e coloro che hanno molte difficoltà economiche che hanno tentato di smettere di fumare, non emergono differenze per titolo di studio. Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, l'88% l'ha fatto da solo, il 9% tramite l'utilizzo della sigaretta elettronica, e meno dell'1% tramite l'utilizzo di farmaci.

L'analisi per anno indica una riduzione delle persone che tentano di smettere di fumare fino al 2015, dal 2015 al 2017 si registrano valori leggermente in risalita.

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



Tentativo di smettere di fumare per regione di residenza

Passi 2014-2017

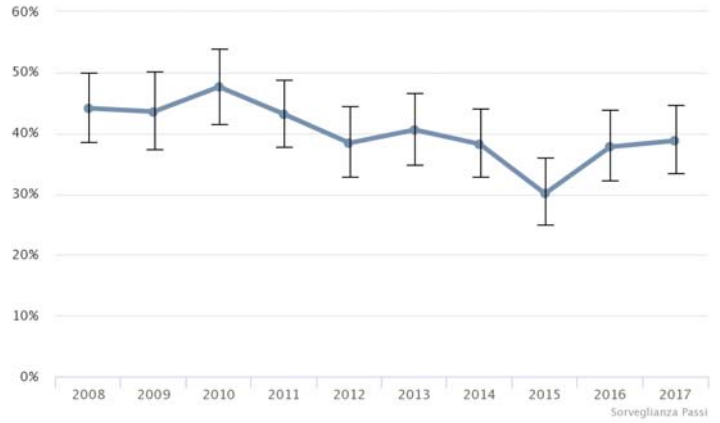


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Trend annuale Tentativo di smettere di fumare Regione Sicilia

Passi 2008-2017



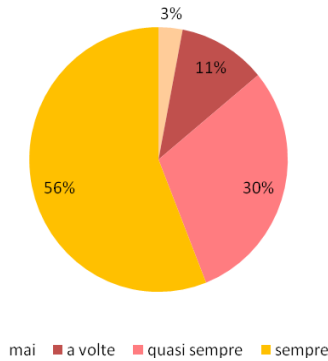
Sorveglianza Passi

Fumo passivo

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

In Sicilia nel periodo 2014-17 l'86% (91% valore nazionale) 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 2014-17*

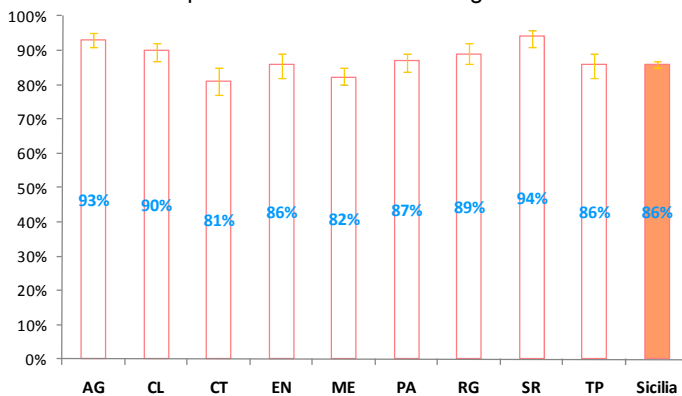


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

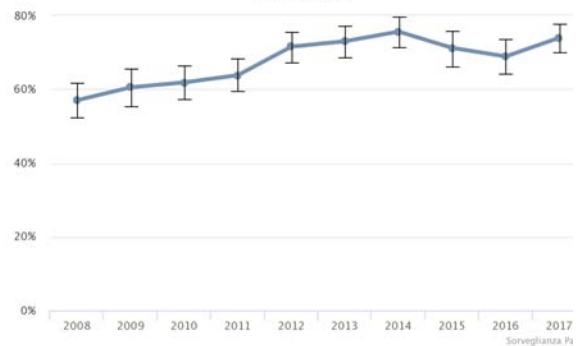
Nelle province di Agrigento e Siracusa il divieto di fumo nei luoghi pubblici viene rispettato maggiormente rispetto alle altre province siciliane (valori statisticamente superiori alla media regionale).

Il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici aumenta progressivamente dal 2008 al 2014, dal 2014 al 2017 si osserva un andamento altalenante.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2014-17



Trend annuale Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici Regione Sicilia
Passi 2008-2017



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici per regione di residenza
Passi 2014-2017

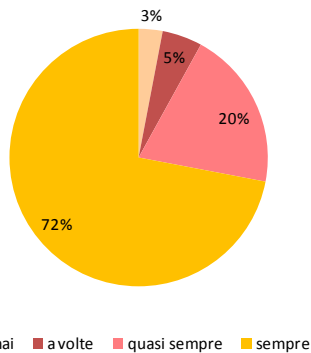


● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Il 92% (93% valore nazionale) dei lavoratori intervistati nel quadriennio 2014-17 afferma che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre, il 3% invece mai. Nell'ASP di Palermo il 96% dei lavoratori dichiara che è sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi di lavoro, tale valore risulta maggiore in maniera statisticamente significativa rispetto la media regionale. A Ragusa invece si registra un valore (85%) più basso, in maniera statisticamente significativa rispetto alla media regionale.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro Regione Sicilia- Passi 2014-17*



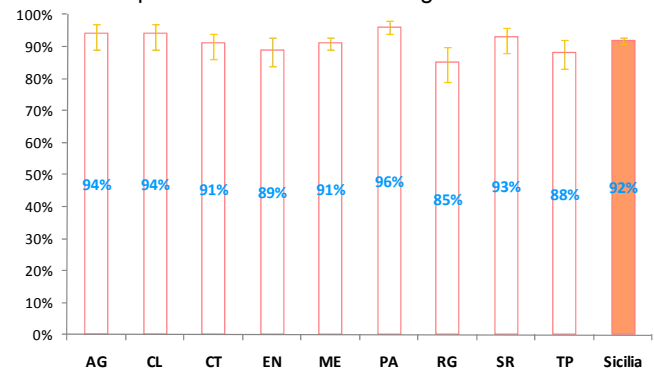
*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro per regione di residenza Passi 2014-2017

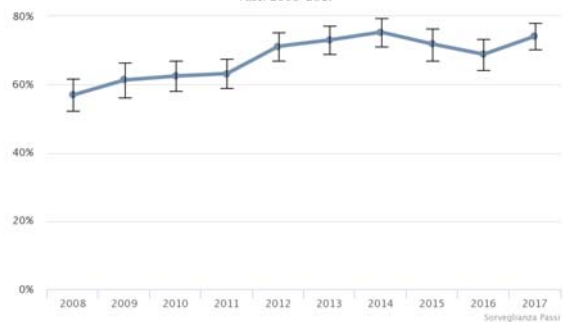


Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2014-17



Trend annuale Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro Regione Sicilia Passi 2008-2017

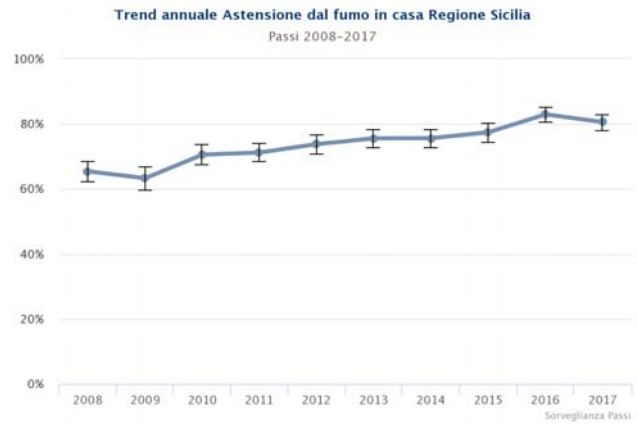
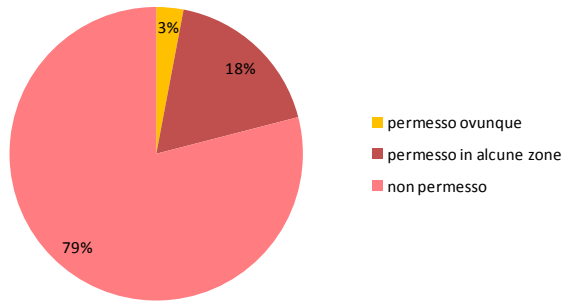


La sequenza temporale evidenzia un aumento del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro nel periodo 2008-2014, dal 2014 al 2017 emerge un andamento altalenante.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

In Sicilia, nel periodo 2014-17, il 79% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa, tale percentuale sale all' 83% in caso di convivenza con minori di 14 anni.

L'analisi del trend annuale evidenzia un' andamento altalenante nei primi e negli ultimi anni del periodo considerato, intervallato dal 2011 al 2013 ad un andamento in leggero costante aumento.



Astensione dal fumo in casa per regione di residenza
Passi 2014-2017

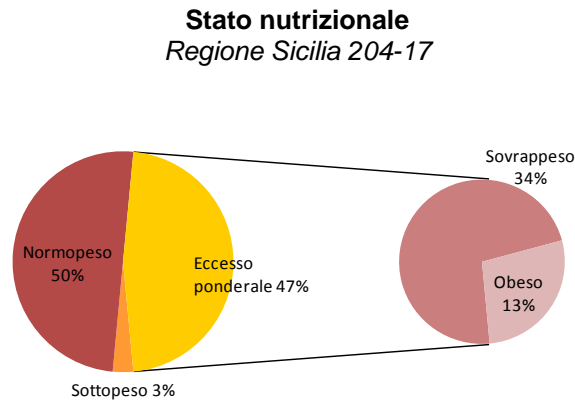


In Italia nel quadriennio 2014-17, l'82% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

Stato nutrizionale della popolazione

In Sicilia il 47% dei 18-69enni presenta un eccesso ponderale, più di 1 adulto su tre è in sovrappeso, e più di 1 adulto su 10 è obeso.



Eccesso ponderale

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

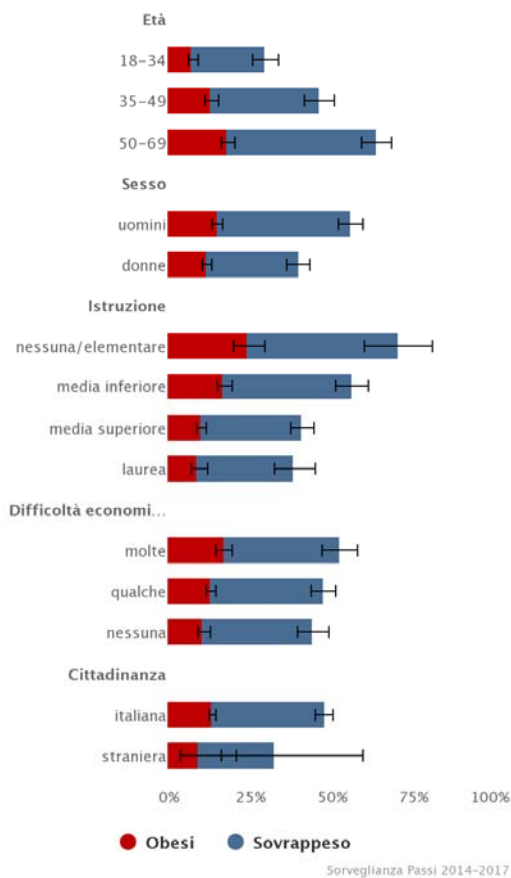
Tra le ASP della Regione, non si evidenziano differenze, statisticamente significative, di adulti in eccesso ponderale.

In Italia, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%. È evidente un gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.

L'analisi del trend annuale mostra che la prevalenza dell'eccesso ponderale subisce delle piccole oscillazioni annue.

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

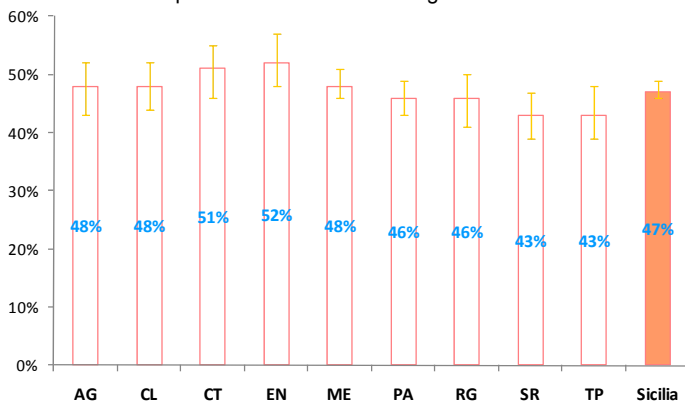
Totale: 47.4% (IC95%: 45.9-48.9%)



Sorveglianza Passi 2014-2017

Eccesso ponderale

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2014-17



Eccesso ponderale per regione di residenza

Passi 2014-2017

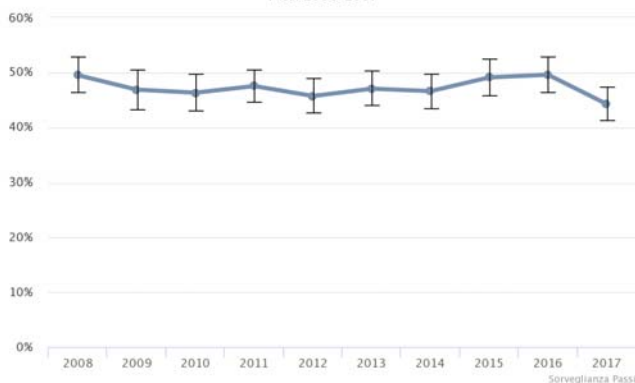


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Trend annuale Eccesso ponderale Regione Sicilia

Passi 2008-2017

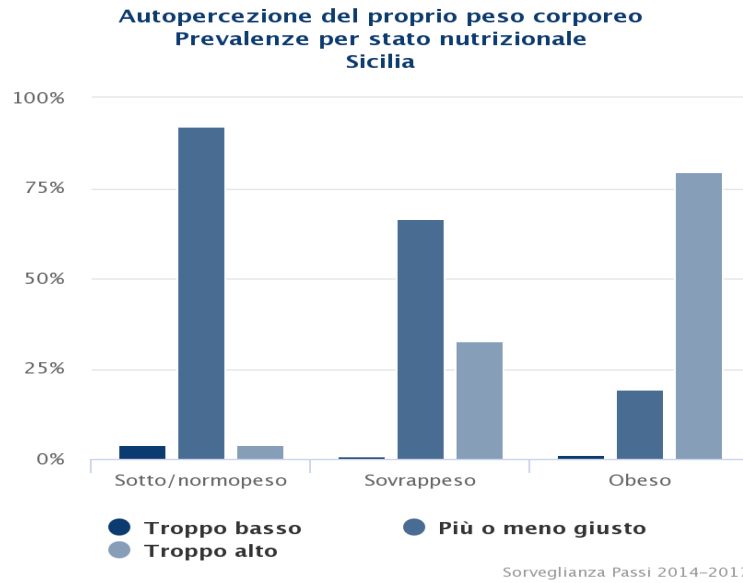


Sorveglianza Passi

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 (80%) e nei sotto-normopeso (92%); tra le persone in sovrappeso invece il 67% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso.

Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso il 90% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 95% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 54% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 75% degli uomini.

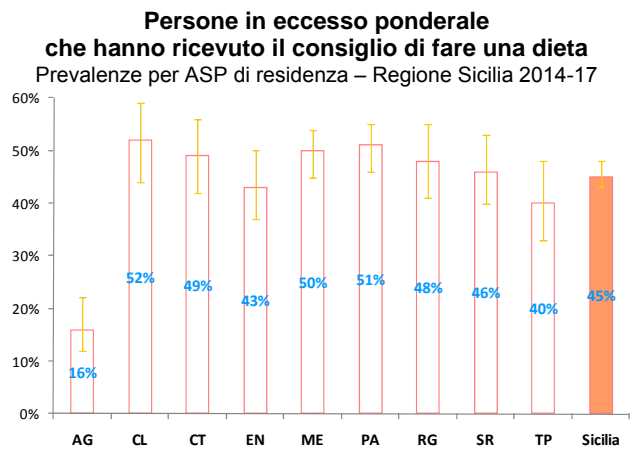


Persone sovrappeso/obese che ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari

In Sicilia il 38% delle persone in sovrappeso e il 71% delle persone obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario.

Ad Agrigento soltanto il 16% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare una dieta, questa percentuale è significativamente più bassa rispetto la media regionale.

In Italia, meno di un 18-69enne in eccesso ponderale su 2 ha ricevuto il consiglio di fare una dieta.



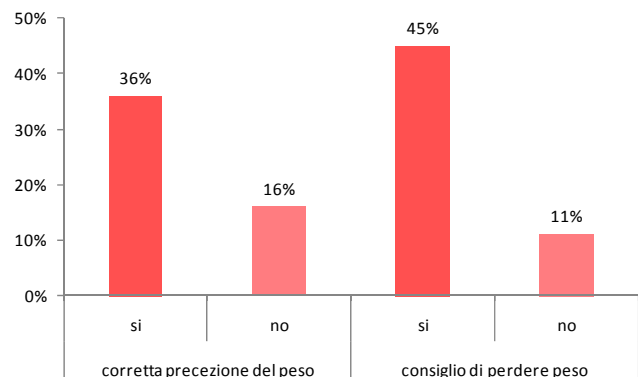
Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale per regione di residenza
Passi 2014-2017



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

Sorveglianza Passi

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 2014-17



Il 25% delle persone in eccesso ponderale segue 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 (32% vs 20% negli uomini)
- negli obesi (37% vs 21% nei sovrappeso)
- In coloro che ritengono il proprio peso “troppo alto” (36%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso “giusto” (16%) in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (45% vs 11%).

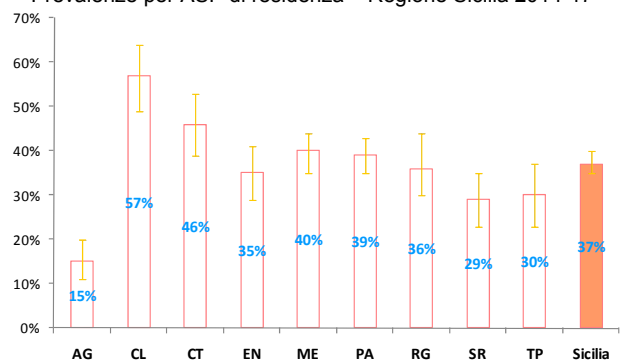
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Il 46% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (44% nei sovrappeso e 51% negli obesi). Il 37% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 32% delle persone in sovrappeso e il 52% di quelle obese.

Tra le persone in eccesso ponderale, il 55% delle persone che hanno ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica, pratica un'attività fisica almeno moderata.

Tra le ASP regionali, la percentuale di 18-69enni in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica varia dal 15% di Agrigento (valore significativamente più basso rispetto il valore regionale) al 57% di Caltanissetta (valore significativamente più alto rispetto la media regionale).

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2014-17



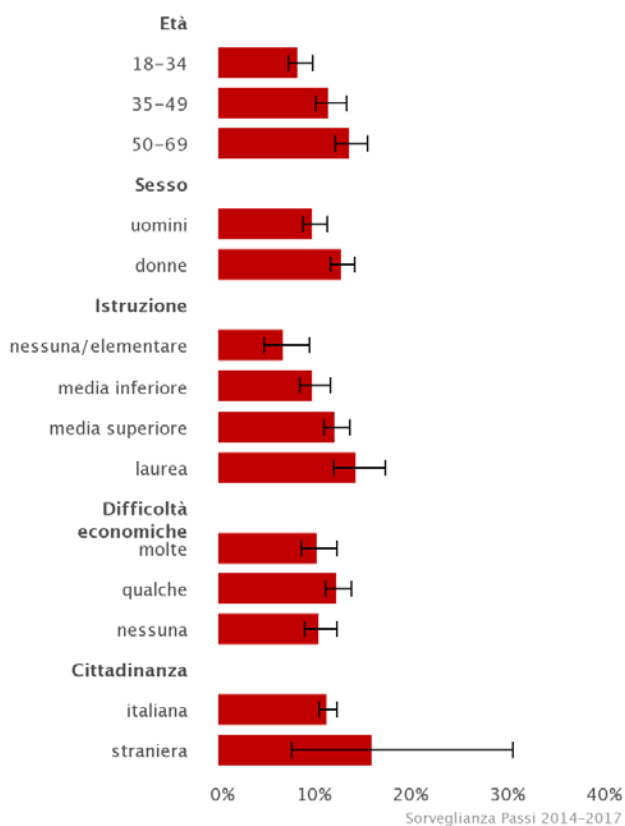
Adesione al “five a day”

Il 48% degli adulti siciliani consuma 1-2 porzioni di frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 38% ne consuma 3-4, più di un 18-69enne su 10 mangia le 5 porzioni raccomandate. L'adesione al *five-a-day* aumenta al crescere dell'età e al livello d'istruzione, è più diffusa nelle donne. Tra le ASP regionali la percentuale di persone intervistate che aderisce al “five a day” varia dal 4% di Caltanissetta (valore significativamente più basso rispetto alla media regionale), al 25% di Messina (valore significativamente più alto rispetto alla media regionale).

In Italia, 1 adulto su 10 aderisce al *five-a-day*, si osserva un gradiente Nord-Sud, con una più bassa adesione prevalentemente tra i residenti delle Regioni del centro e Sud Italia ad eccezione della Sicilia. Nel periodo 2008-2017 si osserva un trend in crescita dell'indicatore ma con un picco negativo nel 2013.

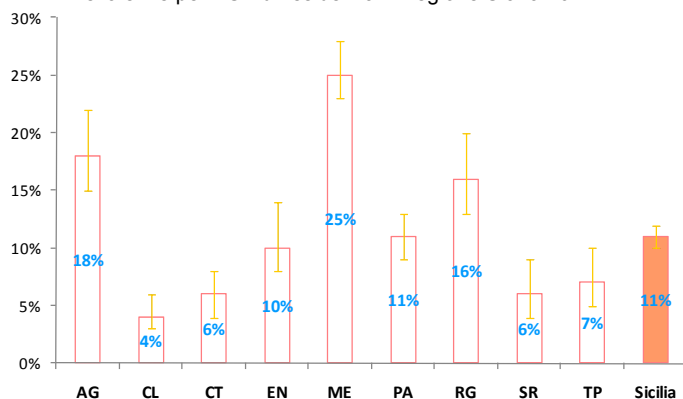
Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 11.4% (IC95%: 10.5-12.3%)



Adesione al five-a-day

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2014-17



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

Passi 2014-2017

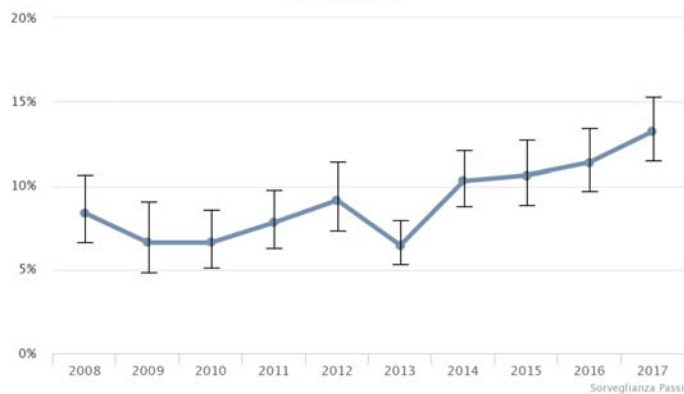


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

Passi 2008-2017



Consumo di alcol

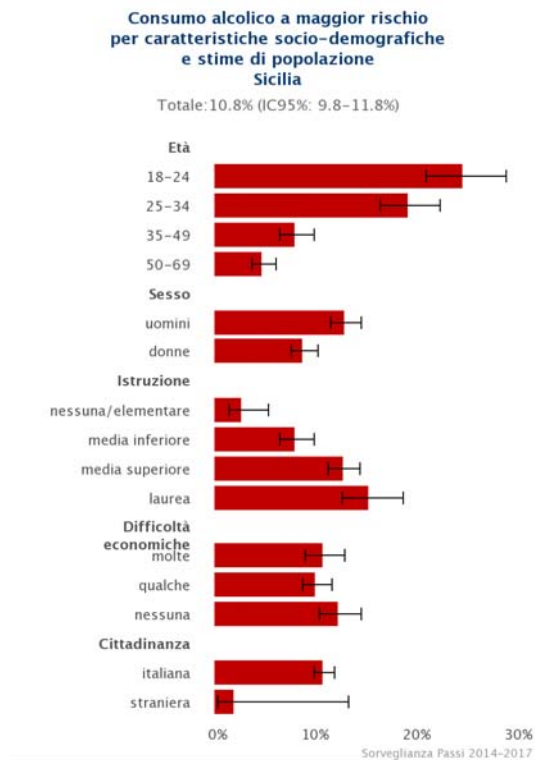
Tra il 2014 e il 2017, il 46% degli adulti siciliani ha consumato almeno una bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni, il 7% di coloro che consumano alcol lo beve esclusivamente o prevalentemente fuori pasto, l'1% dei bevitori è un consumatore abituale elevato, il 5% degli intervistati è un consumatore binge.

Nota: 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.

Caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio

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

Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34, tra gli uomini, tra le persone con livello di istruzione medio-alto e tra quelle che non hanno difficoltà economiche.



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

Tra le ASP regionali, Agrigento mostra una prevalenza (1%) di persone che consumano alcol con modalità ritenute a maggior rischio, minore in maniera statisticamente significativa, rispetto la media regionale. Il 17% della popolazione adulta italiana è classificabile come bevitore a maggior rischio. La distribuzione del consumo alcolico a maggior rischio mostra un gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali, in Umbria, nelle Marche, nel Molise e in Sardegna.

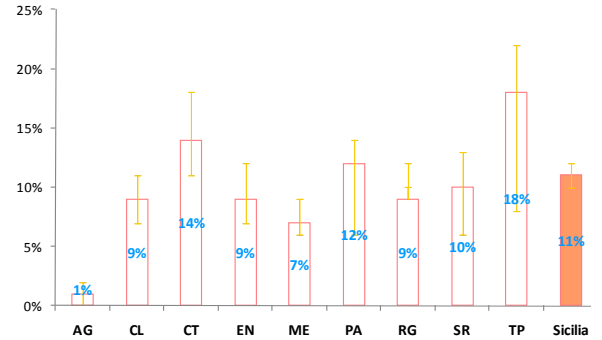
Consumo a maggior rischio per regione di residenza
Passi 2014-2017



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

Sorveglianza Passi

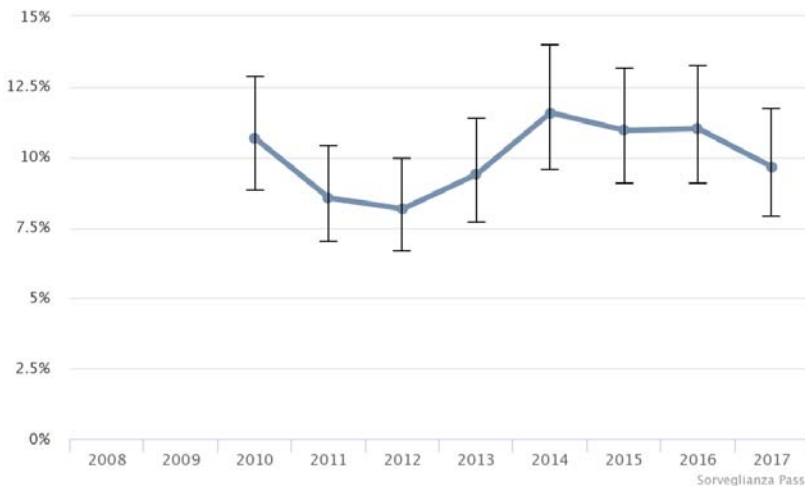
Consumo a maggior rischio
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2014-17



Negli anni 2010-2012, e 2014- 2017 si osserva un'andamento in riduzione del consumo a maggior rischio, intervallato da un trend in costante crescita invece tra il 2012 e il 2014.

Trend annuale Consumo a maggior rischio Regione Sicilia

Passi 2008-2017



Caratteristiche delle persone con consumo binge

In Sicilia il 5% della popolazione adulta è classificabile come consumatore binge.

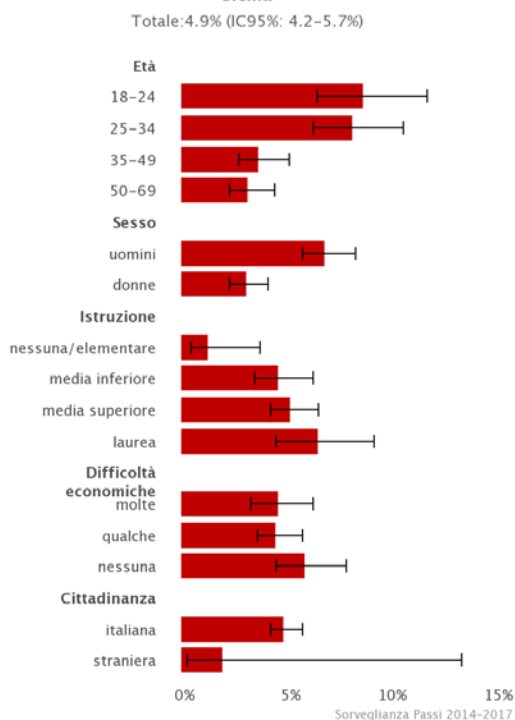
Il consumo binge è più frequente tra i 18-34enni, negli uomini, in coloro che hanno un livello di istruzione medio-alto e in coloro che non hanno nessuna difficoltà economica.

Nell' ASP di Agrigento si registra una percentuale (0%) più bassa, di consumatori binge, in maniera statisticamente significativa, rispetto la media regionale.

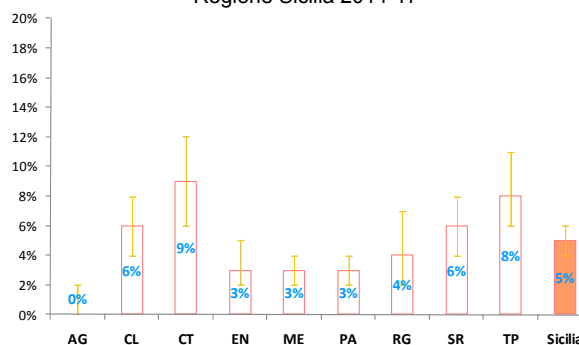
In Italia nel quadriennio 2014-17, la percentuale di consumatori binge è risultata del 9%, con differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.

L'analisi temporale evidenzia l'alternarsi di periodi in crescita a periodi in decrescita.

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



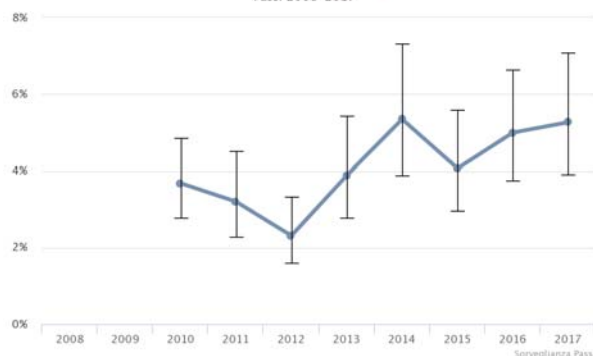
Consumo binge
Prevalenze per ASP di residenza za – Regione Sicilia 2014-17



Consumo binge per regione di residenza
Passi 2014-2017



Trend annuale Consumo binge Regione Sicilia
Passi 2008-2017



Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol

In Sicilia, negli anni 2014-17, solo al 6% (uguale al dato nazionale) dei bevitori a maggior rischio è stato consigliato, da un operatore sanitario, di bere meno.

Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico per regione di residenza
Passi 2013-2016



Alcol e guida

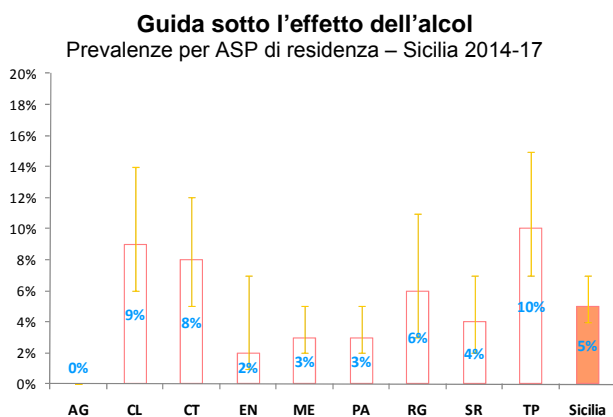
Persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol

Il 5% 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 3% 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.

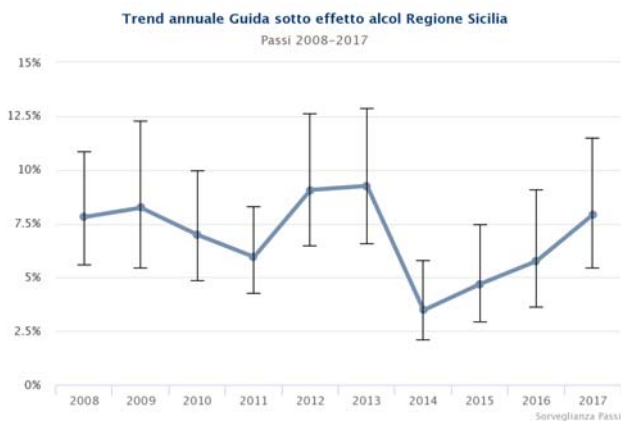
L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più frequente nei 25-34enni, negli uomini, in coloro che hanno un livello medio di istruzione e in coloro che non hanno alcuna difficoltà economica.

In Sicilia, le prevalenze di conducenti che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol vanno dallo 0% di Agrigento al 10% di Trapani, questi valori risultano rispettivamente inferiore e superiore rispetto la media regionale in maniera statisticamente significativa.

In Italia, il 7% degli intervistati ha guidato sotto l'effetto dell'alcol. Non ci sono differenze statisticamente significative tra le Regioni.

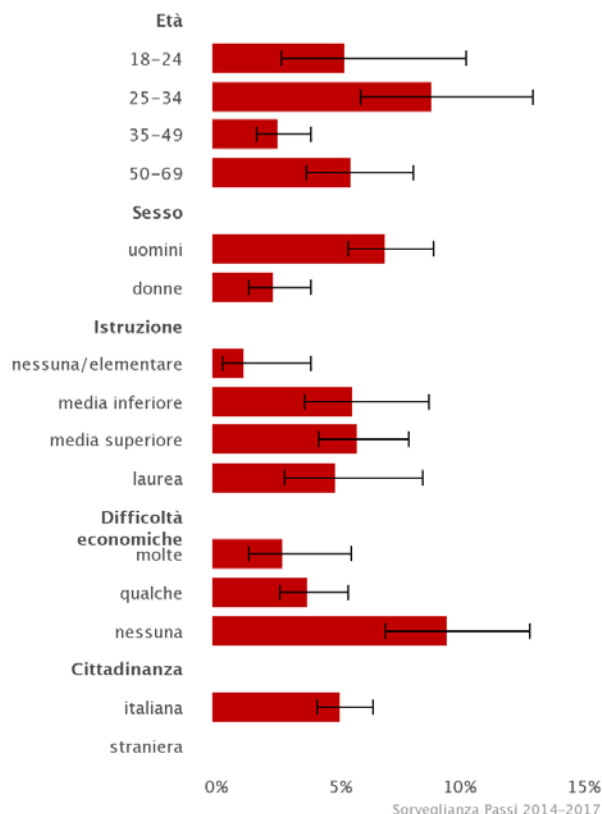


L'analisi delle prevalenze per anno dei guidatori che guidano sotto l'effetto dell'alcol, evidenzia un andamento altalenante sino al 2014, dal 2014 al 2017 si osserva un andamento in crescita.



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

Totale: 5.4% (IC95%: 4.3-6.7%)



Guida sotto effetto alcol per regione di residenza Passi 2014-2017



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

Sorveglianza Passi

Tra coloro che sono stati fermati, l'8% (10% dato

nazionale) è stato sottoposto all'etilotest, questo controllo è stato effettuato prevalentemente nei più giovani: il 19% dei 18-24enni e il 14% dei 25-34enni è stato sottoposto all'etilotest, mentre soltanto l'1% dei 50-69enni ha riferito di aver effettuato questo controllo



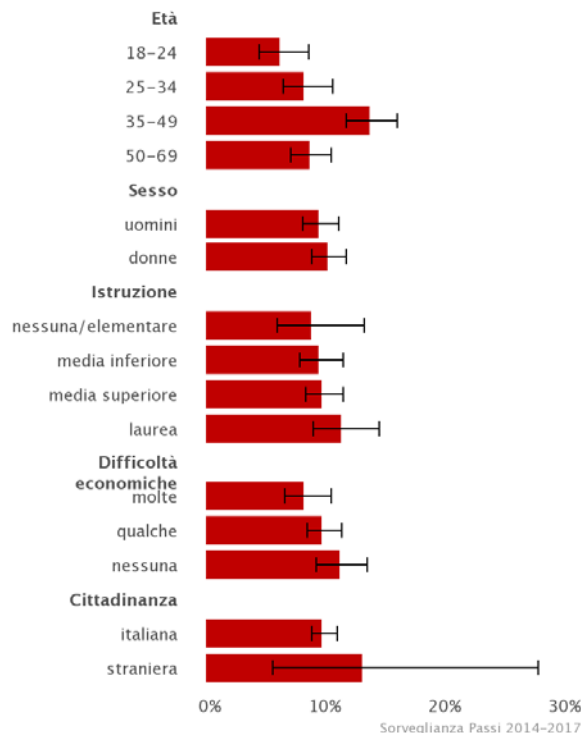
Uso dei dispositivi di sicurezza

L'uso dei dispositivi di sicurezza

In Sicilia, nel quadriennio 2013-2017, il 79% degli intervistati che utilizzano l'auto utilizza sempre la cintura anteriore, il 93% 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 1 su 10 (10%) su dieci la usa sempre. Si riscontrano prevalenze maggiori nell'uso della cintura posteriore sempre nei 35-49enni, nei laureati e in chi non ha nessuna difficoltà economica.

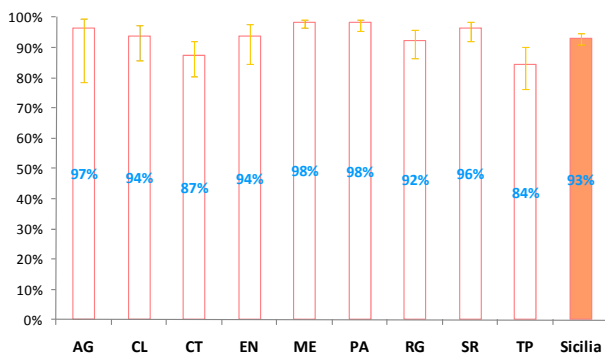
Uso cintura posteriore sempre per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 9.8% (IC95%: 8.9-10.9%)



Uso casco sempre

Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2014-17



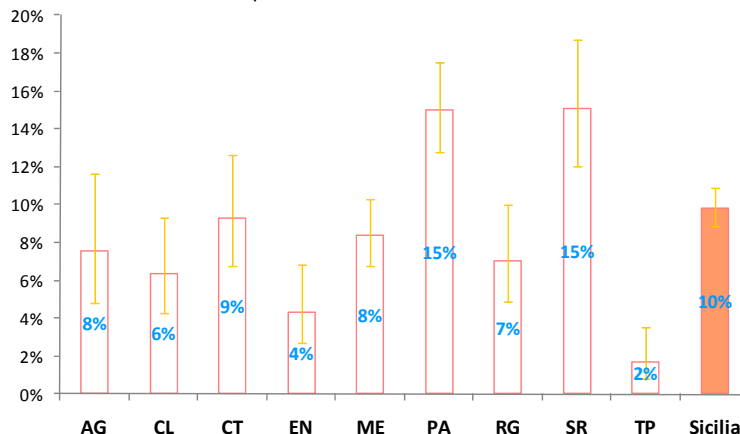
Uso cintura anteriore sempre

Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2014-17

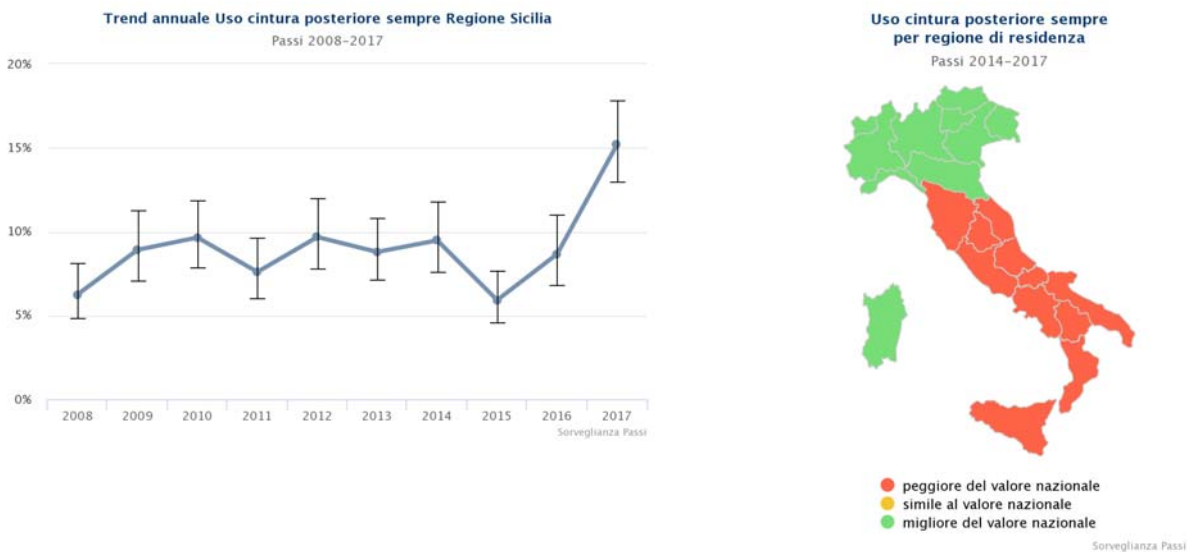


Uso cintura posteriore sempre

Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2014-17



- Nel periodo 2014-17, in tutte le ASP della regione Sicilia, l'utilizzo del casco tra i motociclisti è molto diffuso, il range va dall' 84% di Trapani (valore significativamente inferiore alla media regionale), al 98% di Messina e Palermo (valore significativamente superiore alla media regionale).
- Le percentuali di adulti che viaggiano in auto e indossano la cintura anteriore sempre variano dal 62% di Enna al 92% di Siracusa, tali percentuali risultano differenti dalla media regionale in maniera statisticamente significativa.
- L'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ampiamente disatteso in tutte le ASP. Nelle Asp di Enna (4%) e Trapani (2%) si osservano percentuali più basse, in maniera statisticamente significativa rispetto la media regionale, di 18-69enni che utilizzano la cintura posteriore sempre. Nelle ASP di Palermo e Siracusa invece si osserva una percentuale (15%) più alta in maniera statisticamente significativa.



Nel periodo 2008-2015 l'utilizzo della cintura posteriore sempre mostra un andamento altalenante, dal 2015 al 2017 si osserva un andamento in crescita.

In Italia 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.

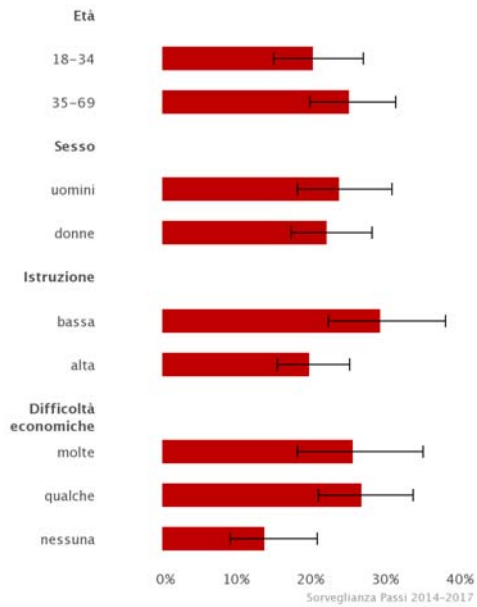
Utilizzo dei sistemi di sicurezza, seggiolini e/o adattatori, per il trasporto in auto di bambini

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, il 23% (20% valore nazionale) di coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, dichiara o di avere difficoltà o di non utilizzare o addirittura di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino.

Il non utilizzo o l'utilizzo "inadeguato" dei seggiolini/adattatori per il trasporto dei bambini in auto è più frequente fra i 35-69enni, fra chi ha un'istruzione bassa, fra chi ha qualche o molte difficoltà economiche, fra coloro che viaggiano con bimbi dai 2 ai 6 anni (26%) rispetto a quelli che hanno bambini di 0-1 anno (15%), e fra coloro che, alla guida o come passeggeri, violano l'obbligo dell'uso delle cinture di sicurezza per se stessi (25%) rispetto a chi usa sempre la cintura (22%). Il 33% dei genitori che non ha sentito campagne sui dispositivi di sicurezza per bambini ha maggiori difficoltà ad utilizzare i suddetti dispositivi rispetto a coloro che invece sono informati (16%).

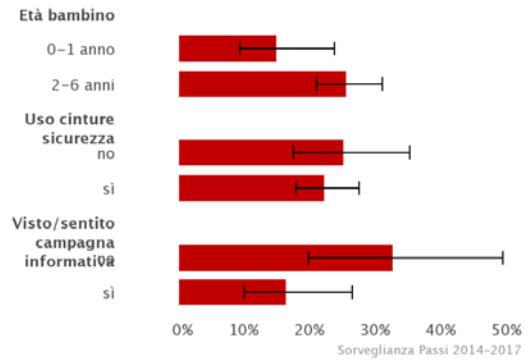
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 23.0% (IC95%: 19.1-27.4%)



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: 23.0% (IC95%: 19.1-27.4%)



Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni per regione di residenza Passi 2014-2017



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

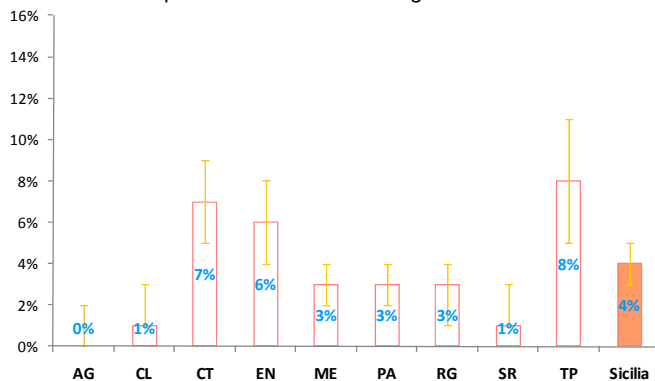
Sorveglianza Passi

Sicurezza domestica

Percezione del rischio di infortunio domestico

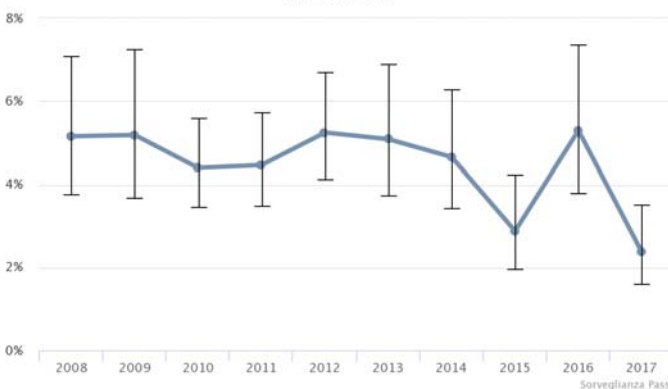
In Sicilia la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: infatti solo il 4% intervistati considera questo rischio alto o molto alto. Nelle varie ASP regionali la percentuale di persone che hanno un'alta consapevolezza del rischio di infortunio domestico varia dallo 0% di Agrigento (valore inferiore in maniera statisticamente significativa alla media regionale) all'8% di Trapani.

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2014-17



Nel periodo 2008-2017 l'indicatore assume un andamento oscillante, negli ultimi anni l'oscillazione delle prevalenze annue appare più pronunciata.

Trend annuale Consapevolezza del rischio di infortunio domestico
Regione Sicilia
Passi 2008-2017



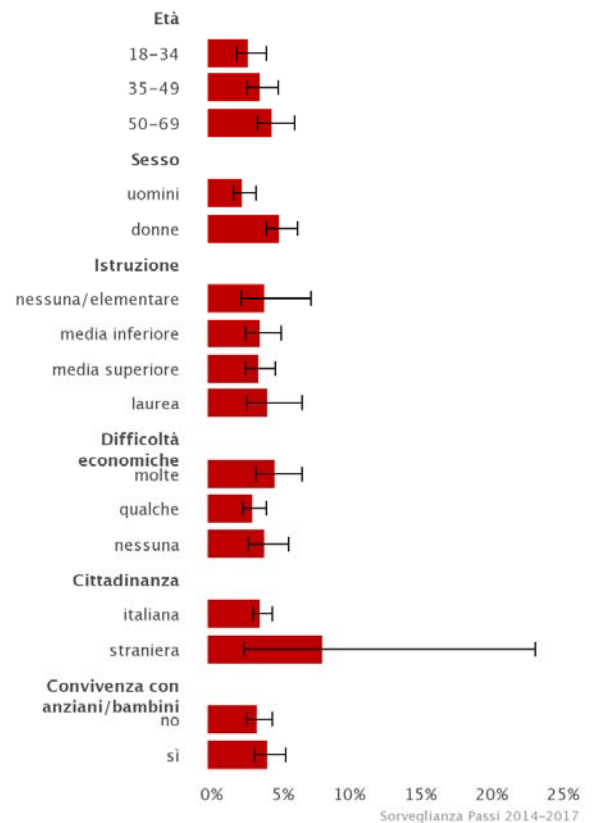
Infortunio domestico che ha richiesto cure

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

Fra le ASP siciliane, non si evidenziano differenze statisticamente significative fra le percentuali di persone che hanno subito infortuni domestici che hanno richiesto cure.

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

Totale: 3.8% (IC95%: 3.2-4.5%)



- Nel periodo 2014-2017, in Italia, la percentuale di persone con una alta percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 6%.

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico
per regione di residenza
Passi 2014-2017

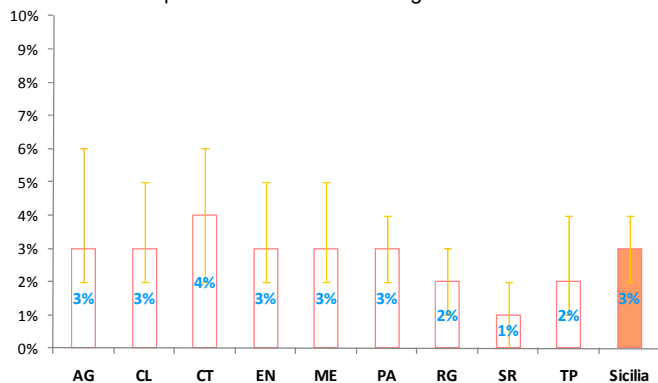


● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

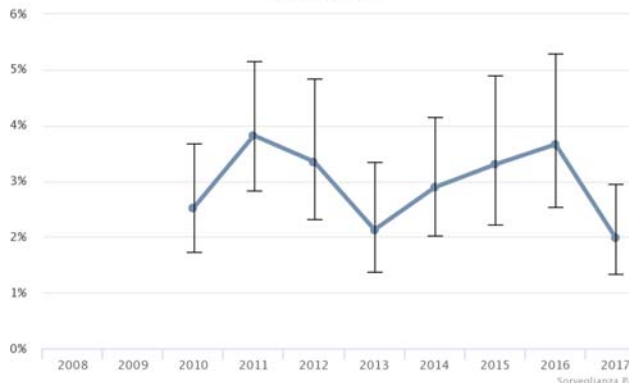
Infortunio domestico che ha richiesto cure

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2014-17



Trend annuale Infortunio domestico che ha richiesto cure Regione Sicilia

Passi 2008-2017



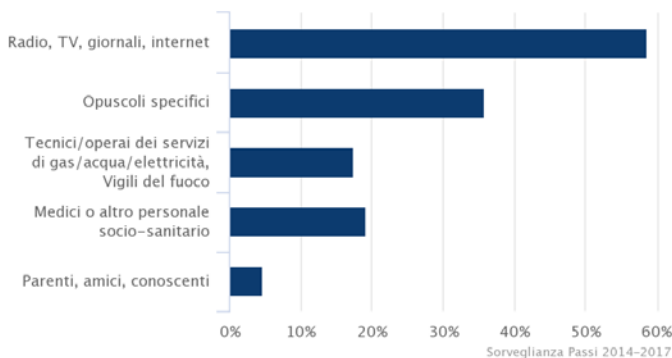
L'analisi temporale delle prevalenze di infortuni domestici che hanno richiesto cure, evidenzia il susseguirsi di periodi con andamento in crescita e periodi con andamento in decrescita.

Il 14% dei 18-69enni ha ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici.

Le informazioni le hanno ricevute soprattutto i 35-49enni, le persone laureate, chi convive con bambini e/o anziani e chi ha una concezione del rischio alta o molto alta.

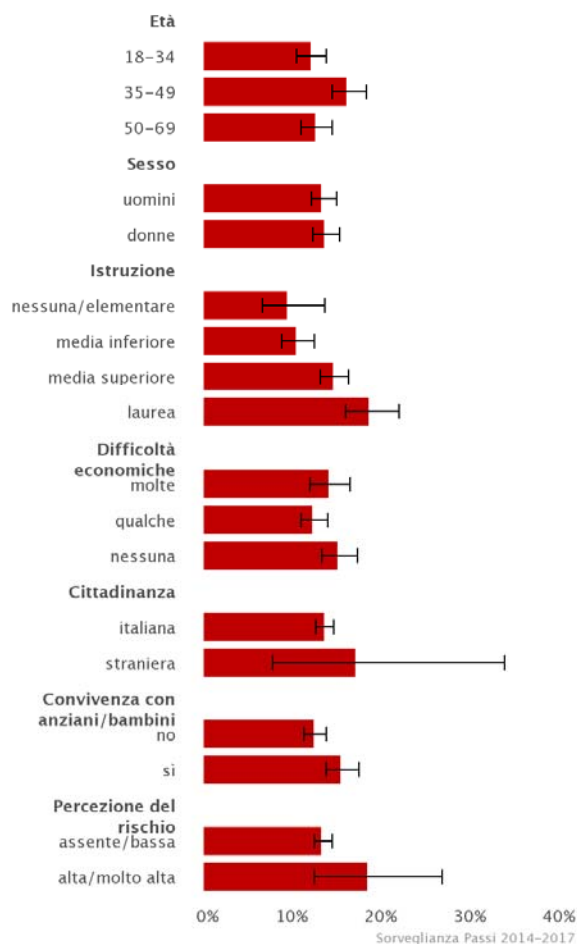
Coloro che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, le hanno ricevute prevalentemente da radio, TV, giornali, internet.

Fonti di informazione - Sicilia



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

Totale: 13.6% (IC95%: 12.6-14.6%)



Vaccinazione antinfluenzale

Persone vaccinate per l'influenza

Nel periodo 2014-2017, l'8% dei 18-64enni ha eseguito la vaccinazione per l'influenza, la copertura vaccinale risulta più elevata nei 50-64enni, negli uomini e in coloro che hanno un livello di istruzione basso.

In Italia, la percentuale di persone di vaccinate durante le ultime quattro campagne contro l'influenza è risultata del 7%, sale al 16% fra i 18-64enni con almeno una patologia cronica.

Copertura vaccinale nei 18-64enni per regione di residenza
Passi 2014-2017

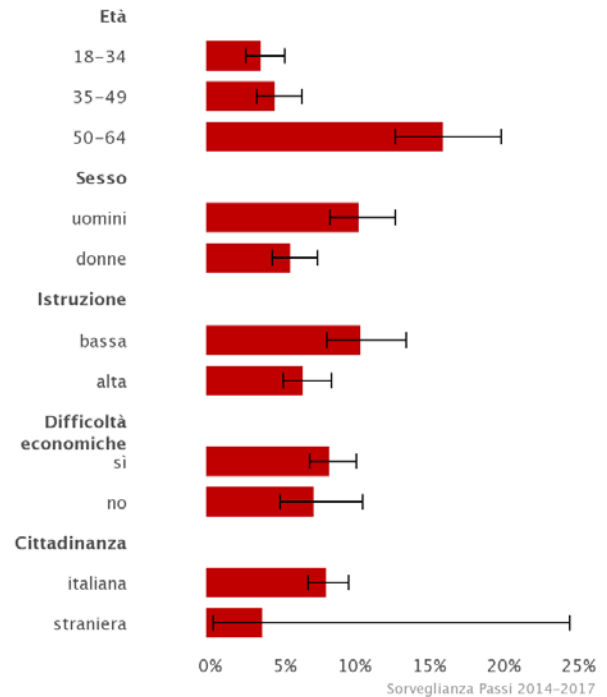


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

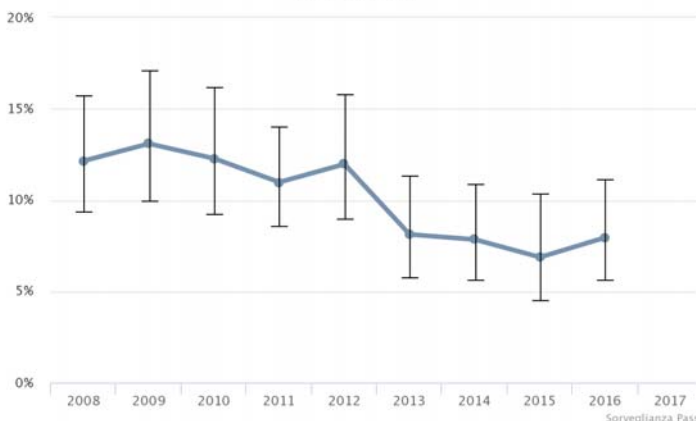
Totale: 8.0% (IC95%: 6.8-9.5%)



Sorveglianza Passi 2014-2017

Trend annuale Copertura vaccinale nei 18-64enni Regione Sicilia

Passi 2008-2017



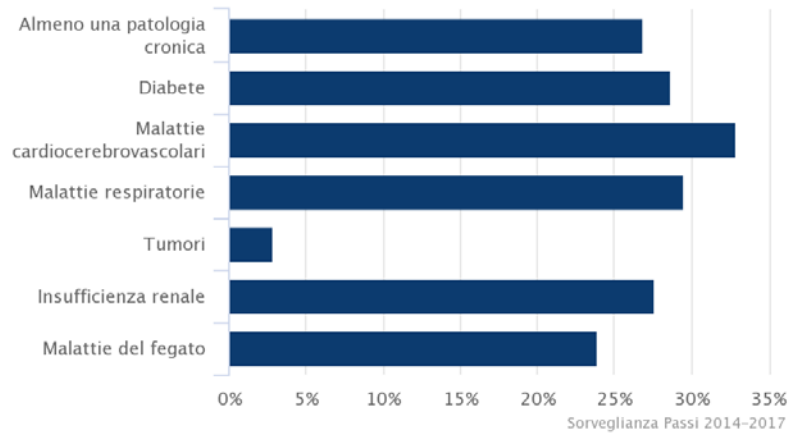
La percentuale di vaccinati del 2008 corrisponde alla percentuale di vaccinati della campagna 2007-08, quella del 2009 alla campagna 2008-2009 e così via

L'analisi su base annuale mostra un andamento prevalentemente decrescente, si nota nondimeno una ripresa in aumento nell'ultima campagna vaccinale.

Più di una persona su quattro fra quelle che sono affette da almeno una patologia cronica ha eseguito la vaccinazione.

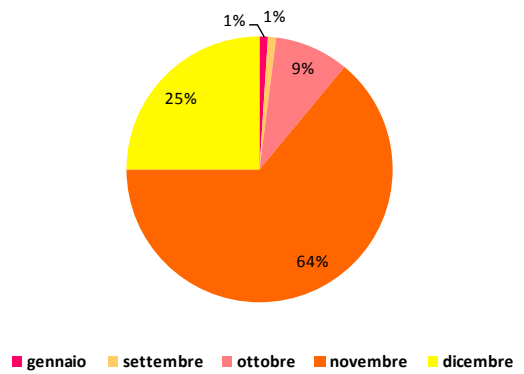
Fra le persone affette da patologie croniche, si osservano percentuali più alte di coperture vaccinali fra coloro che soffrono di malattie cardiocerebrovascolari.

**Copertura vaccinale nei 18-64enni
con patologie croniche
Sicilia**



Quasi il 90% dei 50-64enni effettua la vaccinazione antiinfluenzale nel mese di novembre o nel mese di dicembre.

**Vaccinazione antiinfluenzale
per mese di vaccinazione**



Vaccinazione antirosolia

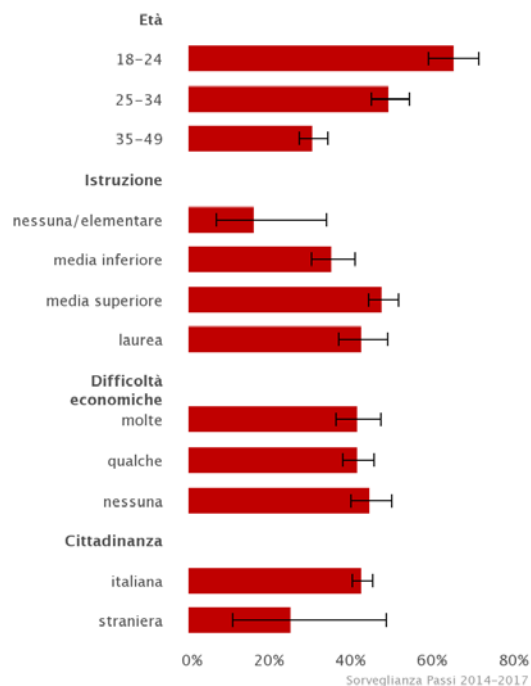
Donne sono vaccinate, immuni e suscettibili alla rosolia

In Sicilia il 43% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia, il 2% risulta suscettibile alla rosolia, perché non vaccinata e con rubeotest negativo, il 36% invece è la quota di coloro che sono inconsapevoli del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia evidenziando una scarsa consapevolezza da parte delle donne del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza.

La percentuale di donne vaccinate è più elevata nelle 18-24enni e nelle donne con medio-alto livello d'istruzione.

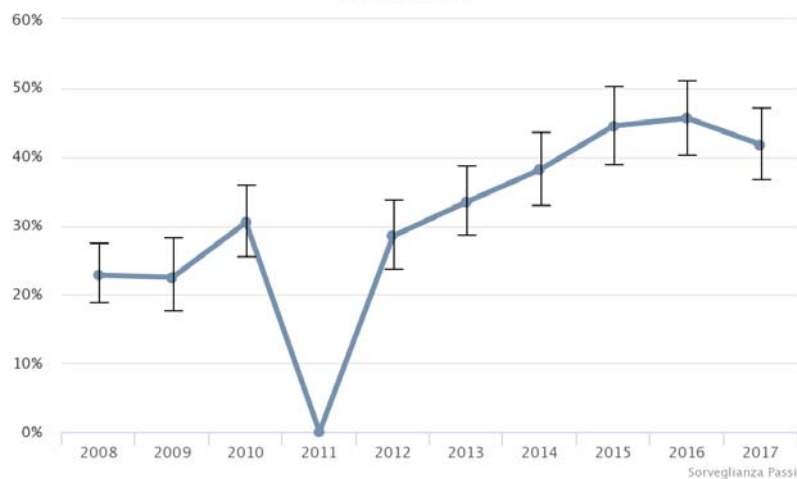
Vaccinazione antirosolia caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 42.5% (IC95%: 39.9-45.1%)



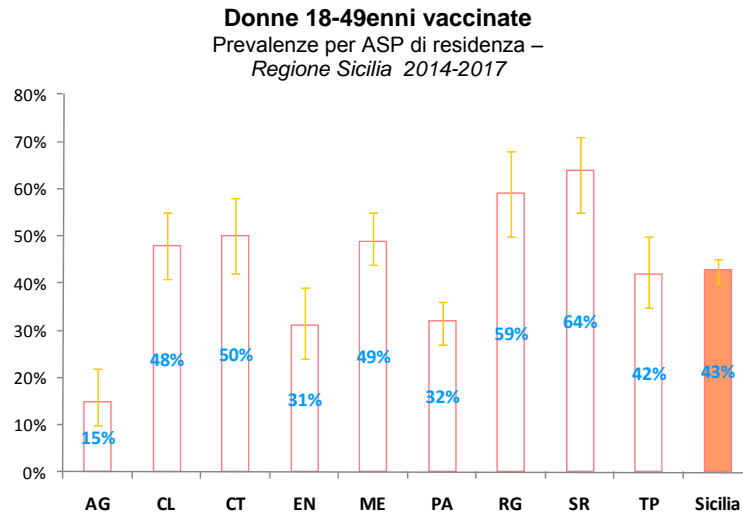
Trend annuale Donne in età fertile vaccinate per la rosolia Regione Sicilia

Passi 2008-2017



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

L'analisi delle prevalenze di donne in età fertile vaccinate per la rosolia per anno evidenzia un trend in crescita dal 2012 al 2016.



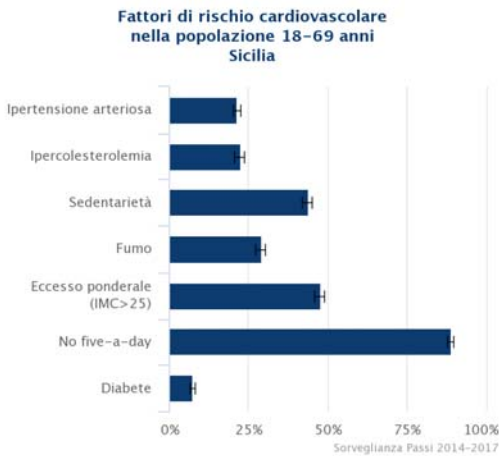
Tra le ASP regionali la percentuale di donne vaccinate varia dal 15% di Agrigento (valore significativamente più basso della media regionale) al 64% di Siracusa (valore significativamente più alto della media regionale).

Rischio cardiovascolare

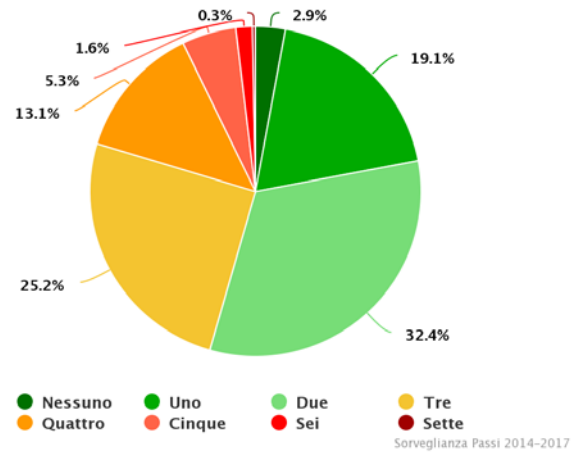
Dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati da PASSI, i fattori di rischio più rilevanti, in Sicilia, risultano essere il non mangiare frutta e/o verdura 5 volte al giorno (89%), la sedentarietà (44%) e l'eccesso ponderale (47%).

Complessivamente poco meno di un adulto su 5 ha almeno un fattore di rischio cardiovascolare, poco meno di 1 adulto su 3 ha almeno 2 fattori di rischio e 1 persona su 4 ha almeno 3 fattori di rischio.

Solo una piccolissima quota (3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.



Profili di rischio multifattoriale – Distribuzione percentuale Sicilia



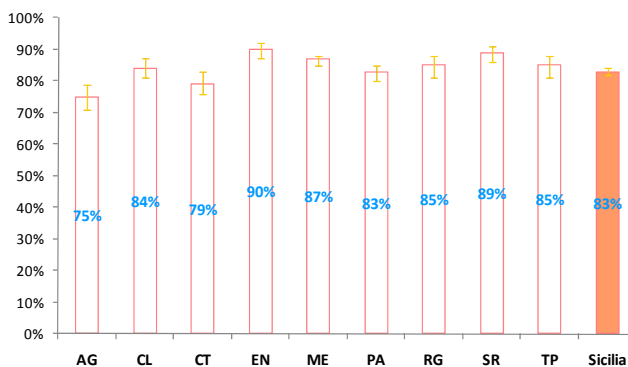
Iperensione arteriosa

Misurazione della pressione arteriosa

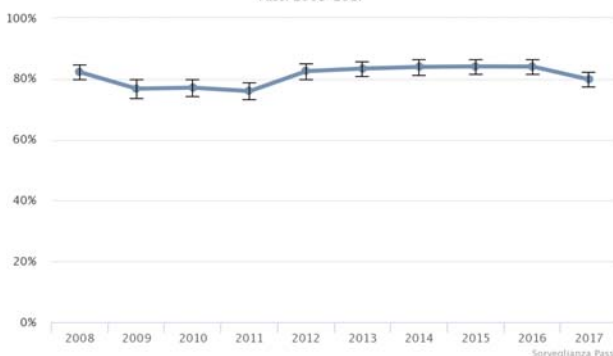
In Sicilia, l'83% (uguale al valore nazionale) degli intervistati ha eseguito una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'8% più di 2 anni fa, il 9% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione. La misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è risultata più diffusa in coloro che hanno un livello di istruzione basso/nessuno, ed è maggiore al crescere dell'età.

Tra le province della Sicilia, ad Agrigento si rileva la percentuale più bassa e ad Enna invece la percentuale più alta di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, tali differenze risultano statisticamente significative.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2014-17



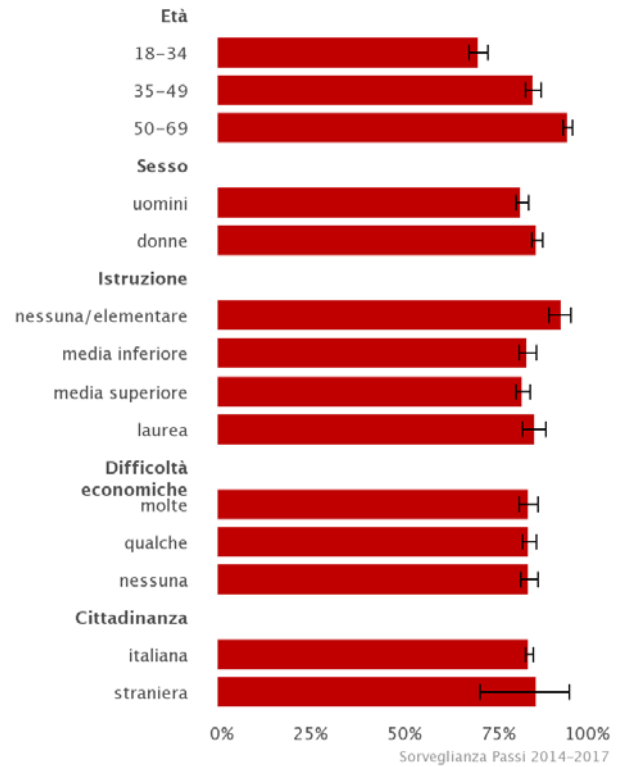
Trend annuale Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni Regione Sicilia
Passi 2008-2017



La rappresentazione grafica per anno, evidenzia un andamento leggermente discendente dal 2008 al 2011, anno in cui l'indicatore assume il valore più basso dell'intero periodo (76%), dal 2012 si osserva un andamento pressocchè costante, nel 2017 si registra un valore inferiore a quello degli anni precedenti.

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

Totale: 83.0% (IC95%: 81.8-84.1%)



Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni per regione di residenza
Passi 2014-2017

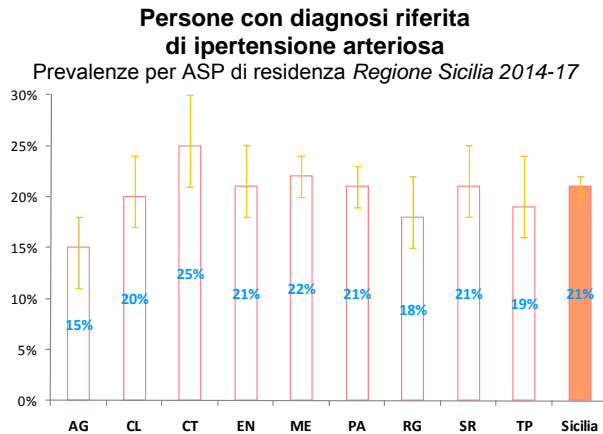


● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Persone con ipertensione

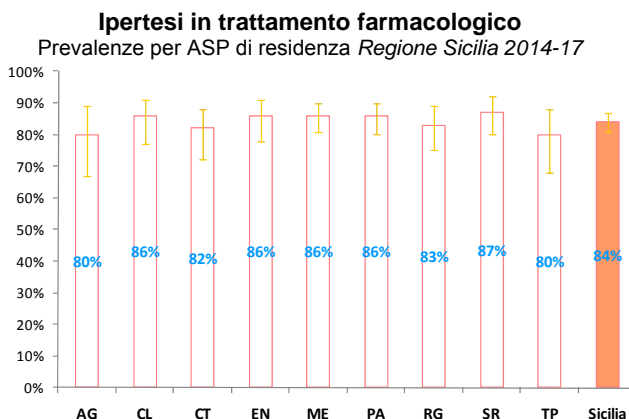
In Sicilia, tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni, il 21% è risultato iperteso (20% valore nazionale). In particolare l'ipertensione risulta più frequente nei 50-69enni, nelle persone con livello istruzione molto basso, in coloro che hanno molte difficoltà economiche e nelle persone con eccesso ponderale.



Nell'ASP di Agrigento si registra una percentuale inferiore, in maniera statisticamente significativa rispetto la media regionale, di persone con diagnosi di ipertensione.

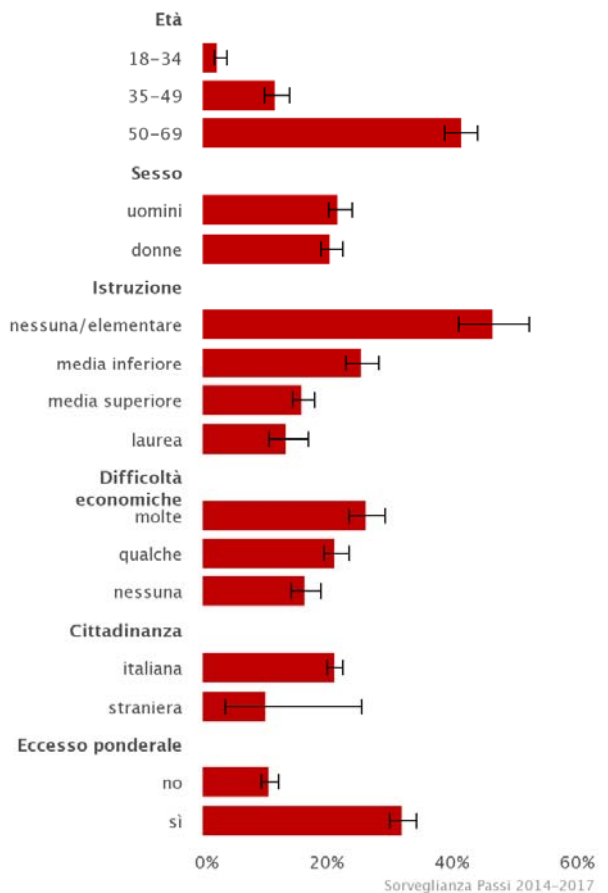
Trattamento farmacologico e consigli dal medico

In Sicilia l'84 % degli ipertesi utilizza farmaci antipertensivi (80% valore nazionale). Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, agli ipertesi è stato suggerito dal proprio medico di ridurre il consumo di sale (89%), di ridurre o mantenere il peso corporeo (82%) e di svolgere regolare attività fisica (79%). Il confronto tra le ASP regionali non evidenzia differenze, statisticamente significative, fra le percentuali di ipertesi in trattamento farmacologico



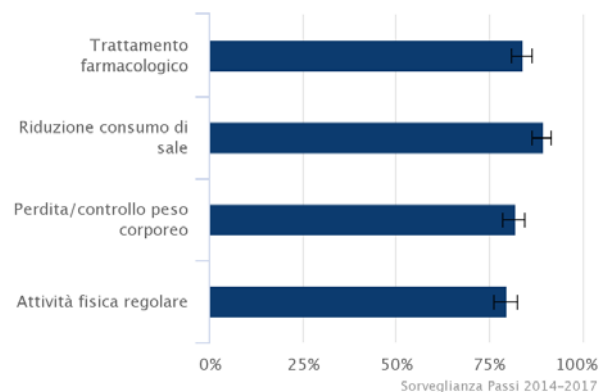
Ipertensione riferita per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 21.1% (IC95%: 19.9-22.4%)



Trattamento dell'ipertensione

Percentuali per trattamento/consiglio ricevuto Sicilia



Ipercolesterolemia

Misurazione del colesterolo

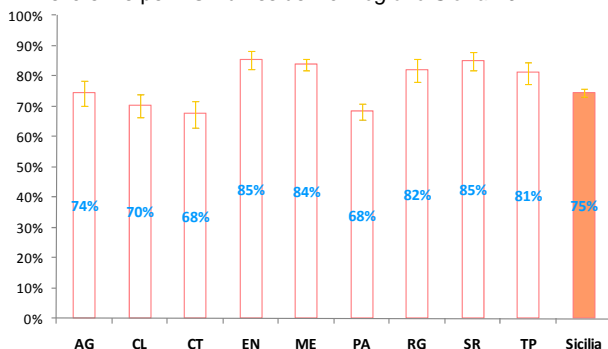
Al 75% (79% valore nazionale) degli intervistati è stato misurato il colesterolo almeno una volta nella vita, in particolare al 50% nel corso dell'ultimo anno, al 16% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista, all' 8% oltre 2 anni.

Il 25% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età.

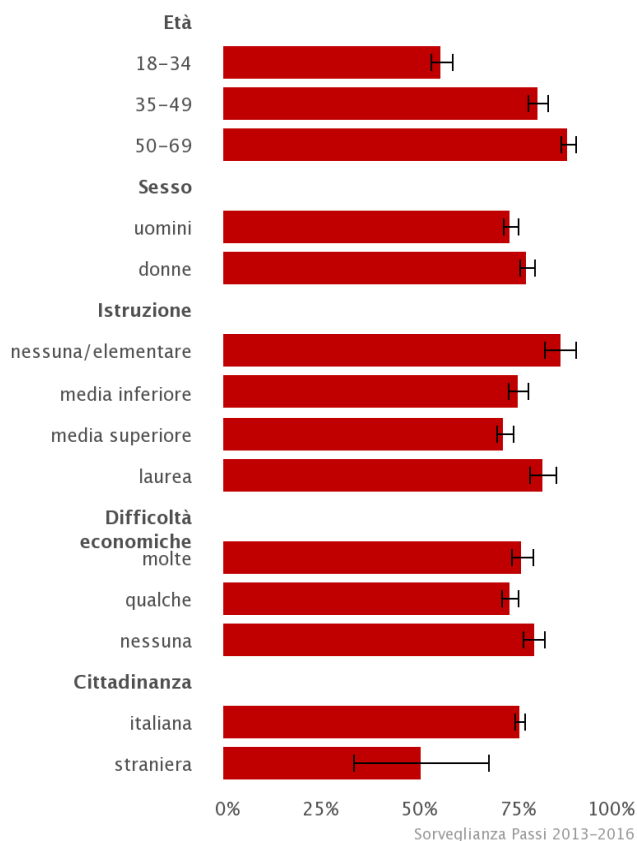
In Sicilia la percentuale di persone a cui è stata misurata la colesterolemia varia dal 68% di Catania e Palermo (valore inferiore in maniera statisticamente significativa alla media regionale) all'85% di Enna e Siracusa (valore superiore in maniera statisticamente significativa alla media regionale).

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2014-17



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

Totale: 75.2% (IC95%: 73.8-76.5%)



Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita per regione di residenza
Passi 2014-2017



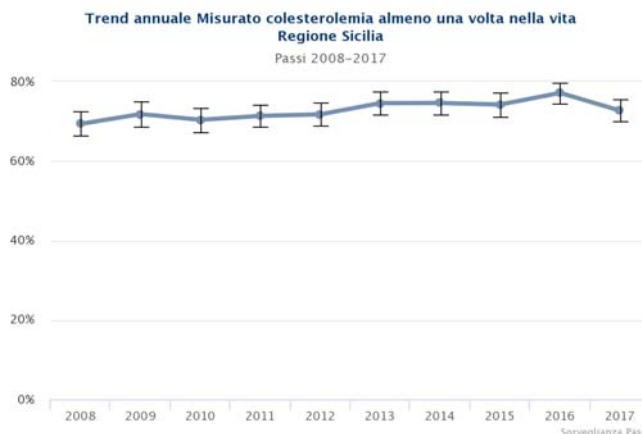
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Nel periodo 2008-2017, si osserva un andamento per lo più lineare, della percentuale di persone che hanno misurato il colesterolo almeno una volta nella vita.

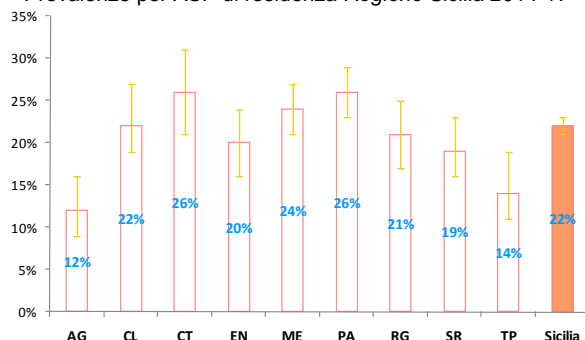
Persone con alti livelli di colesterolemia

In Sicilia il 22% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia (23% valore nazionale). 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 con eccesso ponderale. Rispetto alla media regionale, ad Agrigento e Trapani si registrano percentuali più basse, in maniera statisticamente significativa di adulti ipercolesterolemici.



Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2014-17

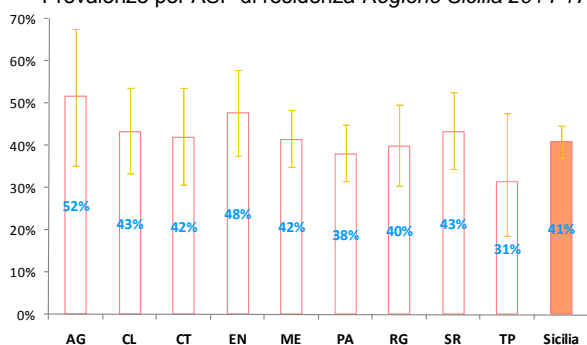


Trattamento dell'ipercolesterolemia

In Sicilia il 41% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue è in trattamento farmacologico (34% valore nazionale). Il confronto tra le ASP regionali non evidenzia differenze, statisticamente significative, fra le percentuali di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico.

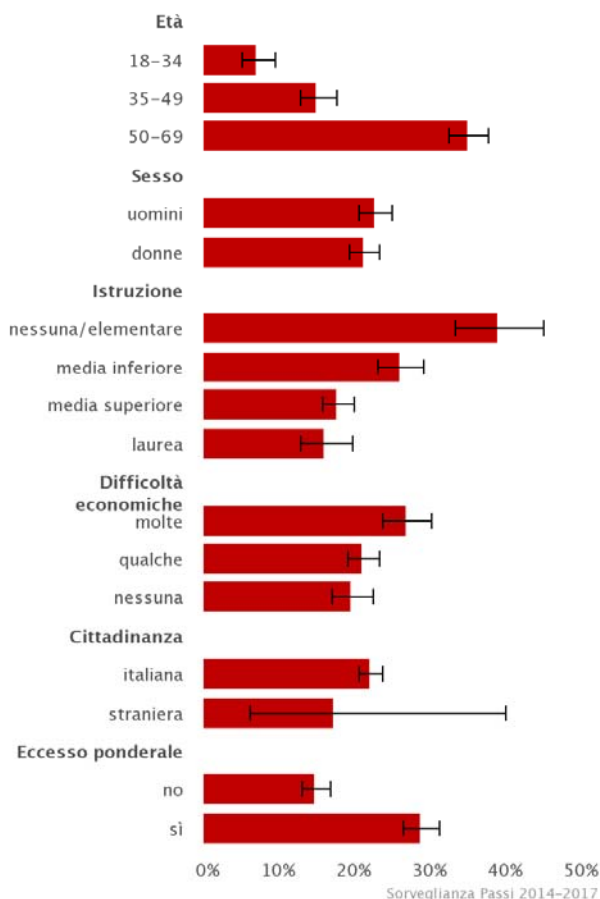
Ipercolesterolemici in trattamento farmacologico

Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2014-17

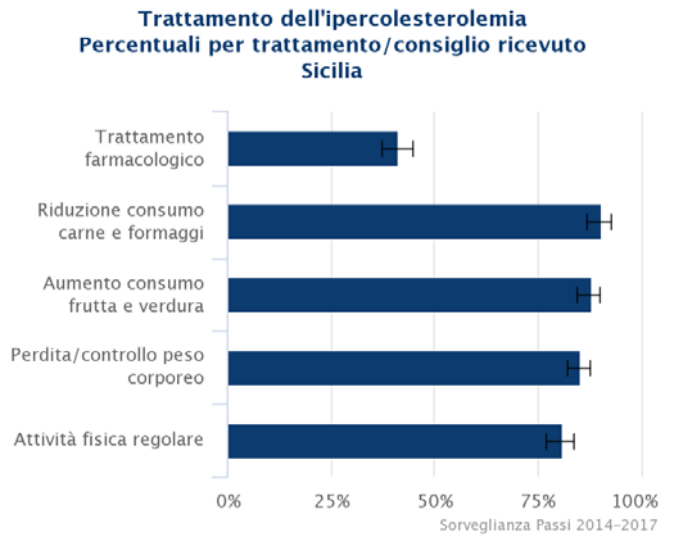


Ipercolesterolemia riferita per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 22.0% (IC95%: 20.5-23.5%)



Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipercolesterolemici hanno ricevuto da parte dal medico il consiglio di ridurre il consumo di carne e formaggi (90%), di aumentare il consumo di frutta e verdura (88%), di ridurre o controllare il proprio peso (85%) e di svolgere regolare attività fisica (81%).



Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

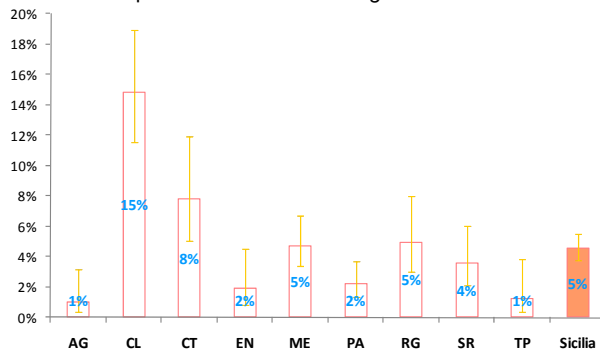
Calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare

In ambito regionale come pure in ambito nazionale, la carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti ancora largamente inutilizzati da parte dei medici: in Sicilia solo al 5% dei 35-69enni è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare.

Il calcolo del punteggio del rischio è più frequente fra i 60-69enni, fra chi ha un livello di istruzione basso e fra coloro che hanno più di 4 fattori di rischio cardiovascolari.

In Sicilia la percentuale di adulti che hanno effettuato il calcolo del punteggio cardiovascolare varia dall'1% di Agrigento (valore inferiore in maniera statisticamente significativa rispetto la media regionale) al 15% 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 2014-17



Calcolo rischio cardiovascolare per regione di residenza
Passi 2014-2017

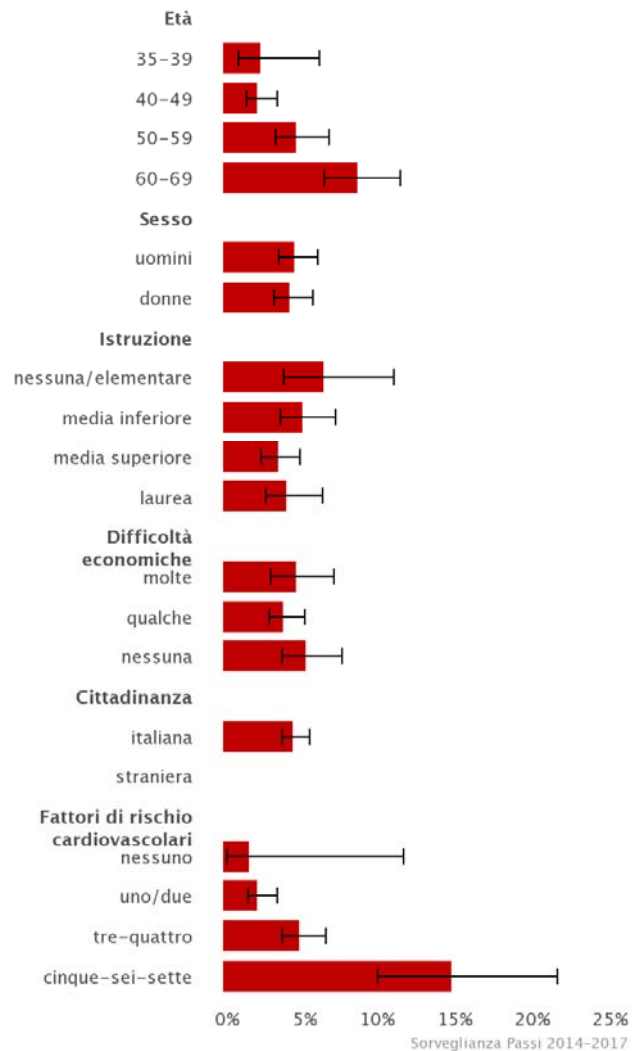


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

Totale: 4.5% (IC95%: 3.7-5.5%)



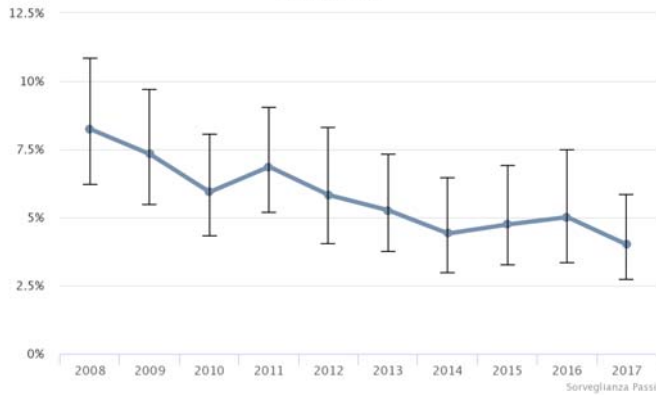
In Italia nel periodo 2014-17 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 5%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.

L'analisi per anno del ricorso al calcolo del rischio cardiovascolare, mostra un trend complessivamente in diminuzione.

Trend annuale Calcolo rischio cardiovascolare Regione Sicilia

Passi 2008-2017



Diabete

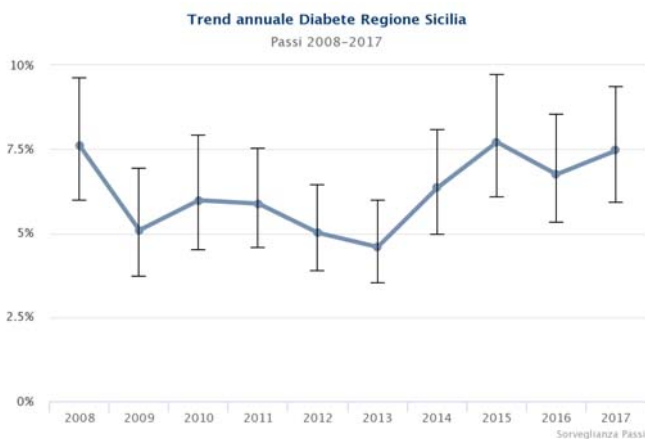
Prevalenza del diabete

In Sicilia, nel periodo 2014-2017, il 7% dei 18-69enni intervistati ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico. Il diabete è più diffuso nei 50-69enni, negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione, in quelle con molte difficoltà economiche e negli obesi.

Non si evidenziano differenze statisticamente significative fra le prevalenze di adulti diabetici, fra le province siciliane. In Italia il 5% della popolazione adulta di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete.

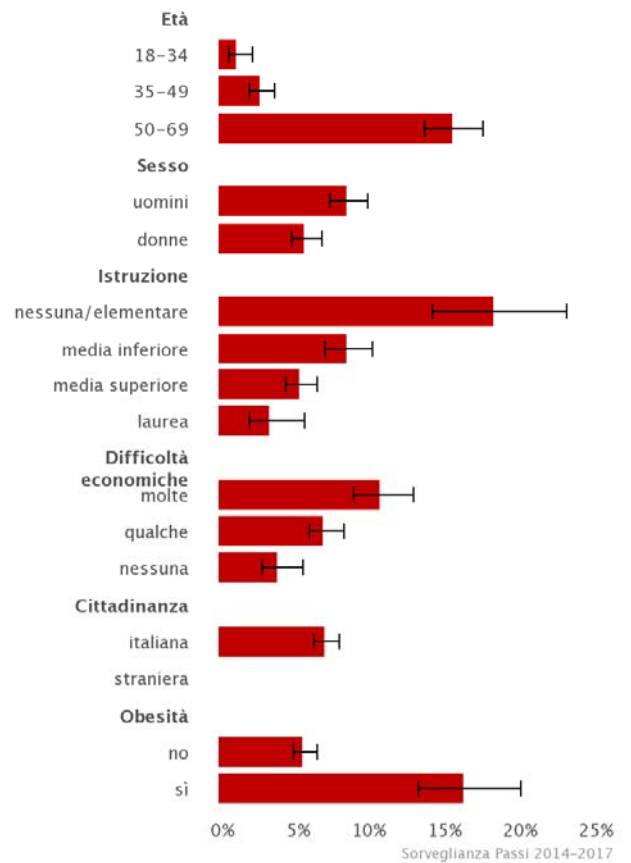


Dal grafico dell'andamento temporale delle prevalenze di diabetici in Sicilia, si evidenzia un andamento altalenante per l'intero periodo in studio.

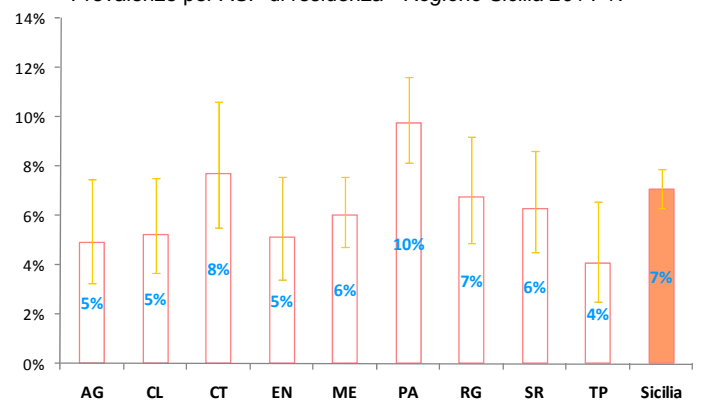


Diabete per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 7.1% (IC95%: 6.3-7.9%)



Diabete Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2014-17



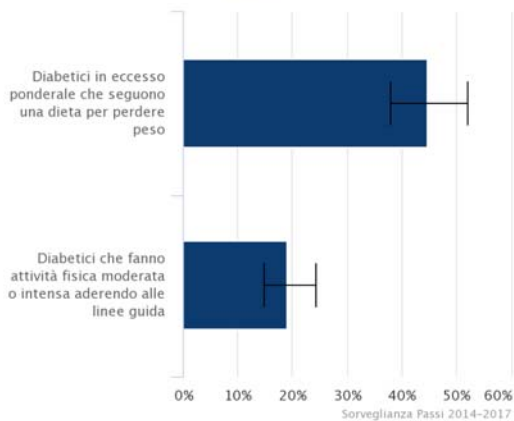
Compresenza di altri fattori di rischio

L'analisi dei fattori di rischio nella popolazione diabetica mostra la presenza simultanea di altri importanti fattori di rischio cardiovascolare. In particolare, nei diabetici ricorrono più frequentemente ipertensione, ipercolesterolemia, eccesso ponderale e sedentarietà rispetto alla popolazione non diabetica. Sebbene tra le persone con diabete l'abitudine al fumo di sigaretta sia più bassa che tra i non diabetici, la frequenza del comportamento si attesta su un valore comunque elevato.

Contrasto ai comportamenti a rischio

Azioni efficaci di contrasto al diabete sono rappresentate dall'adesione a un regime alimentare controllato e dallo svolgimento regolare di attività fisica. In Sicilia, tra la popolazione diabetica in eccesso ponderale, il 45% segue una dieta e il 19% svolge un'attività fisica moderata o intensa.

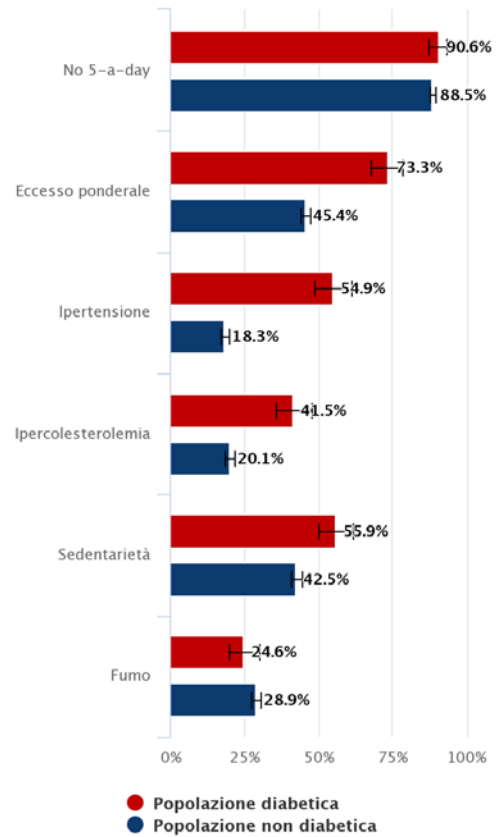
Contrasto all'eccesso ponderale e alla sedentarietà Sicilia



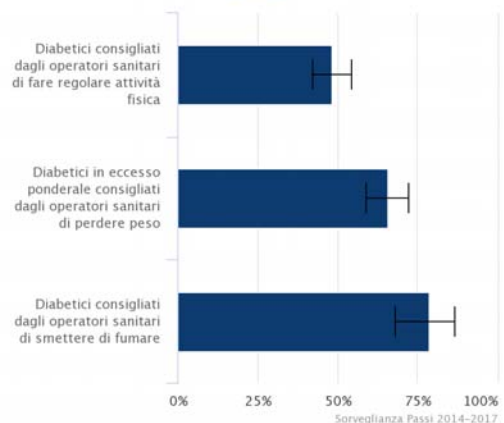
Consigli di medici e operatori sanitari

Il 48% dei diabetici ha ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio, da un medico o altro operatore sanitario, di fare regolare attività fisica, il 66% ha invece ricevuto il suggerimento di perdere peso. Il 79% dei diabetici fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.

Fattori di rischio associati al diabete Sicilia



Attenzione degli operatori sanitari Sicilia



Monitoraggio e terapia della ipertensione e della ipercolesterolemia fra i diabetici

Il 94% di persone con diabete ha misurato la pressione arteriosa nell'ultimo anno, e l'80% di aver controllato il colesterolo una volta nella vita. Tra i diabetici ipertesi, il 94% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre il 65% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

Monitoraggio e terapia per il diabete

Dal 2011 Passi raccoglie informazioni sul monitoraggio metabolico e la terapia di persone con diabete.

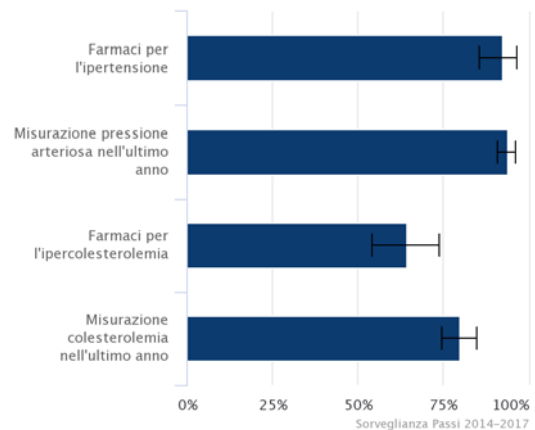
Il 33% dei diabetici è seguito principalmente dal medico di medicina generale, il 22% dal centro diabetologico, il 41% da entrambi.

L'1% dei diabetici non è seguito da nessuno.

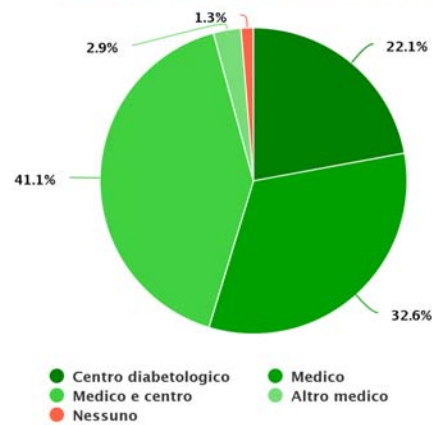
Il 23% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata tra i 4 e i 12 mesi prima dell'intervista, il 30% negli ultimi 4 mesi. Il 34% dei diabetici non conosce l'esame.

Il 71% delle persone con diabete utilizza gli ipoglicemizzanti orali come trattamento farmacologico per il controllo del diabete, il 32% utilizza invece l'insulina.

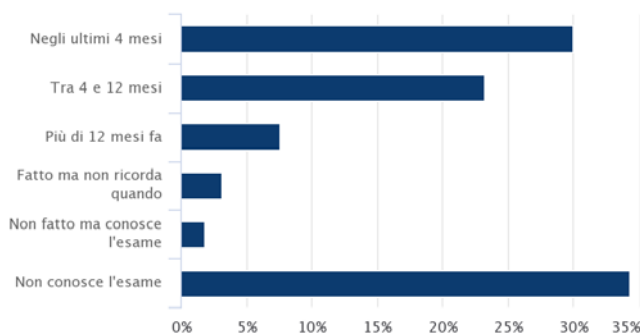
Monitoraggio e terapia dei principali fattori di rischio cardiovascolare Sicilia



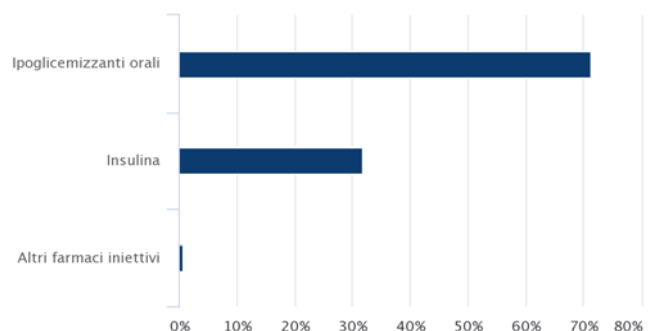
Preso in carico delle persone con diabete - Sicilia



Emoglobina glicata (HbA1c) - Sicilia



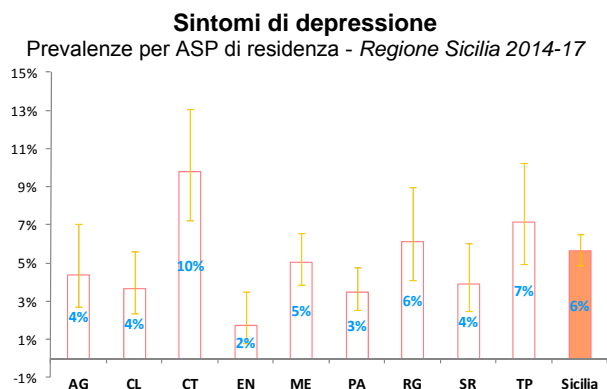
Trattamento farmacologico del diabete - Sicilia



Sintomi di depressione

Caratteristiche delle persone con sintomi di depressione

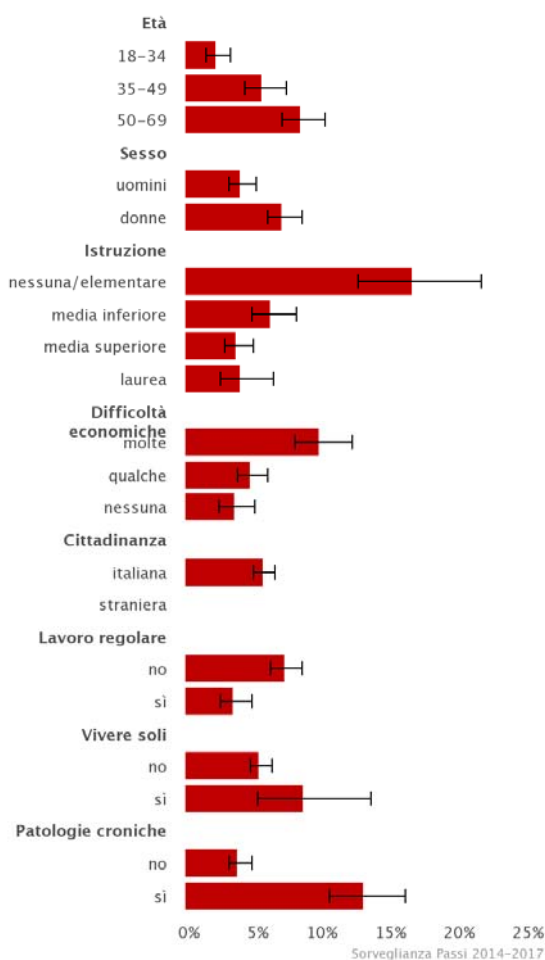
In Sicilia il 6% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi nei 50-69enni, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, nelle persone con molte difficoltà economiche, nelle persone senza un lavoro regolare, nelle persone con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



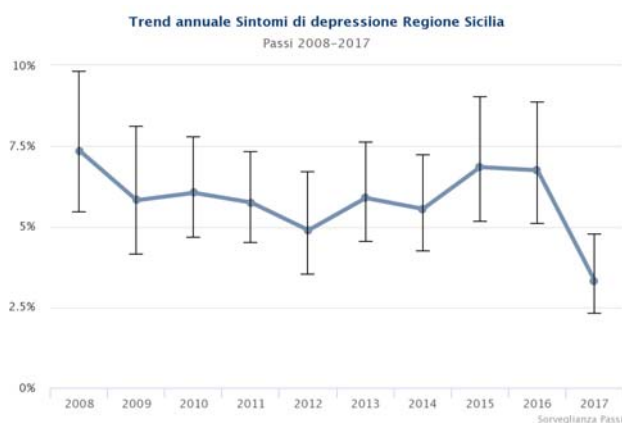
In Sicilia le prevalenze di 18-69enni con sintomi depressivi variano dal 2% di Enna al 10% di Catania, tali valori risultano rispettivamente inferiore e superiore al valore regionale in maniera statisticamente significativa. In Italia il 6% degli intervistati riferisce di soffrire di sintomi depressivi. Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra regioni.

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

Totale: 5.6% (IC95%: 4.9-6.5%)



L'analisi su base annuale evidenzia un andamento altalenante per l'intero periodo 2008-2017.

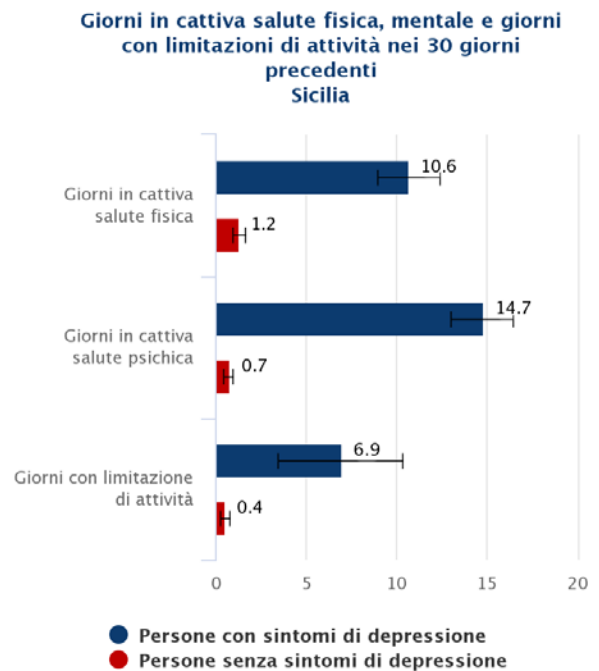


Sintomi di depressione per regione di residenza Passi 2014-2017



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.

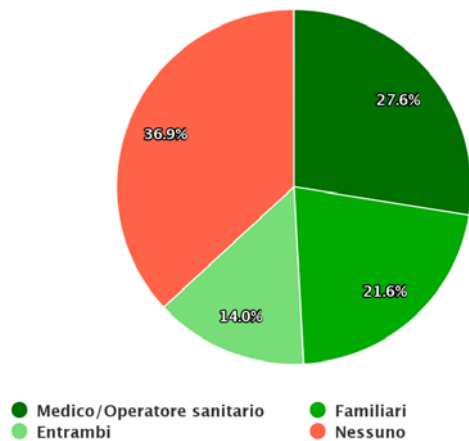


Sorveglianza Passi 2014-2017

Figure a cui si rivolgono le persone con sintomi di depressione

Il 63% 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



Sorveglianza Passi 2014-2017

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

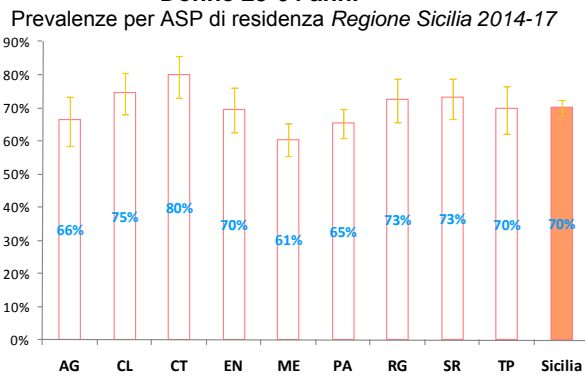
Donne che hanno eseguito un test di screening in accordo alle linee guida

In Sicilia, il 70% delle 25-64enni 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 e in quelle conviventi.

In Sicilia le percentuali di donne che hanno effettuato il test in accordo alle linee guida variano dal 61% di Messina (valore inferiore in maniera statisticamente significativo rispetto la media regionale) all'80% di Catania (valore superiore in maniera statisticamente significativo rispetto la media regionale).

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



Copertura screening cervicale totale per regione di residenza Passi 2014-2017



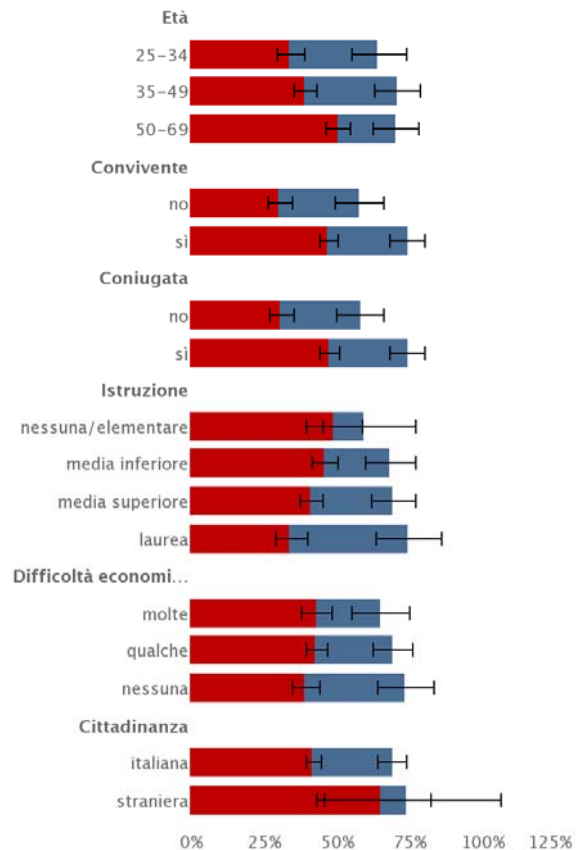
● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

In Italia, il 79% delle donne intervistate di 25-64 anni ha effettuato il test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

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

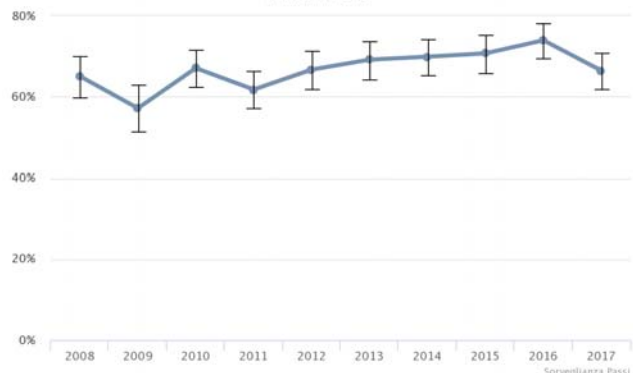
Totale: 70.2% (IC95%: 68.0-72.4%)



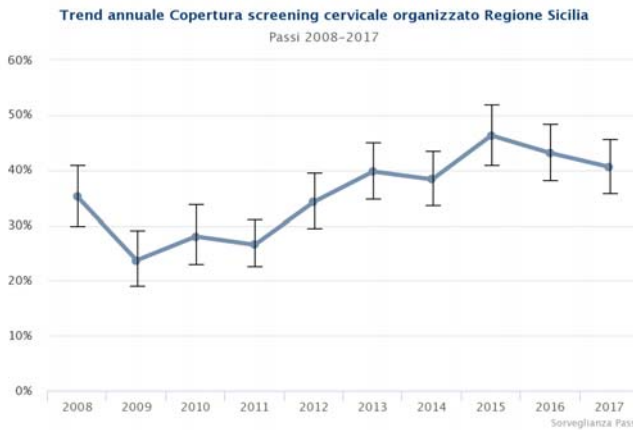
● Copertura screening cervicale organizzato
● Copertura screening cervicale spontaneo

Sorveglianza Passi 2014-2017

Trend annuale Copertura screening cervicale totale Regione Sicilia Passi 2008-2017



L'analisi delle percentuali di donne che hanno eseguito il pap test negli ultimi 3 anni per anno evidenzia un andamento altalenante tra il 2008 e il 2011. Dal 2011 al 2016 invece si osserva un trend in leggero aumento, nel 2017 si osserva una riduzione del valore di copertura di screening cervicale rispetto gli anni precedenti.



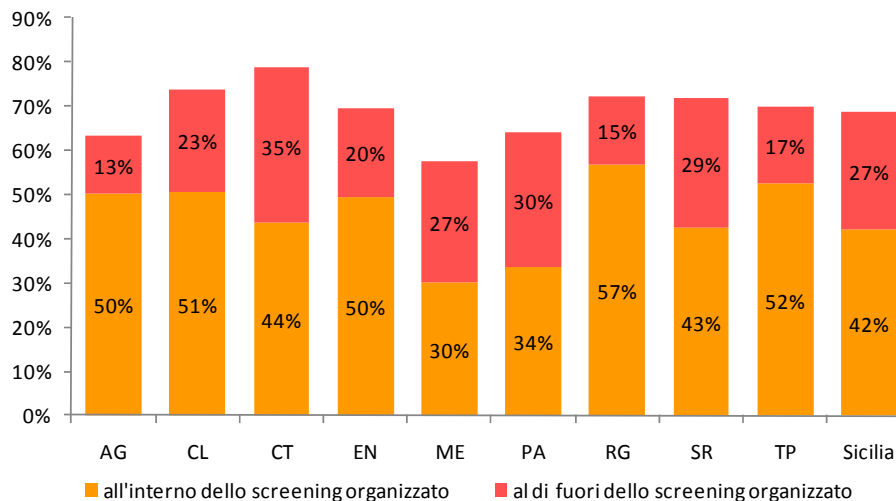
Dal 2008 ad oggi sebbene non in modo lineare si assiste ad un aumento del ricorso allo screening organizzato.

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

In Sicilia, il 42% delle 25-64enni intervistate, ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato (range dal 30% di Messina al 57% di Ragusa), mentre il 27% l'ha eseguito come prevenzione individuale (range dall'13% di Agrigento al 35% di Catania).

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

Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2014-17



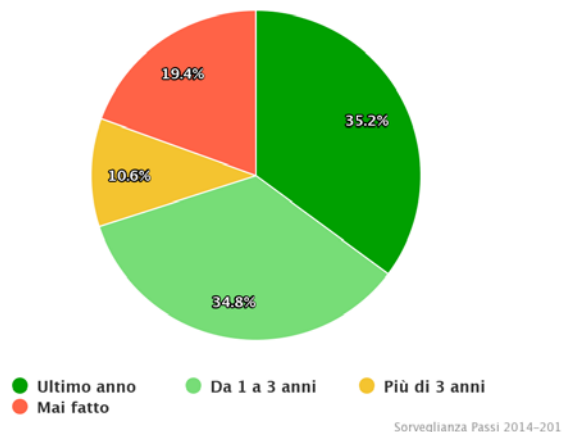
Periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale e motivazione della mancata effettuazione.

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

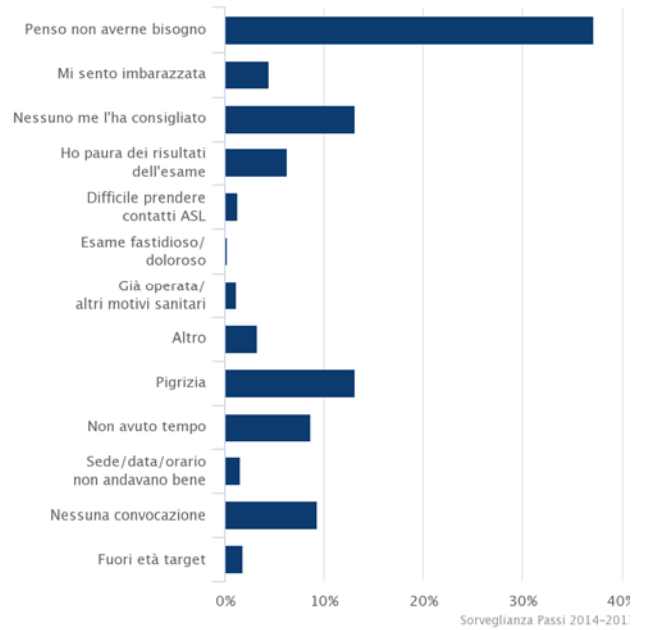
Più di una donna su 10 ha fatto passare più di tre anni dall'ultimo test, discostandosi dalle indicazioni delle linee guida.

Tra coloro che non hanno eseguito il test di screening negli ultimi 3 anni, il 37% non l'ha eseguito perché ritiene di non averne bisogno.

Periodicità di esecuzione del test di screening cervicale - Sicilia



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

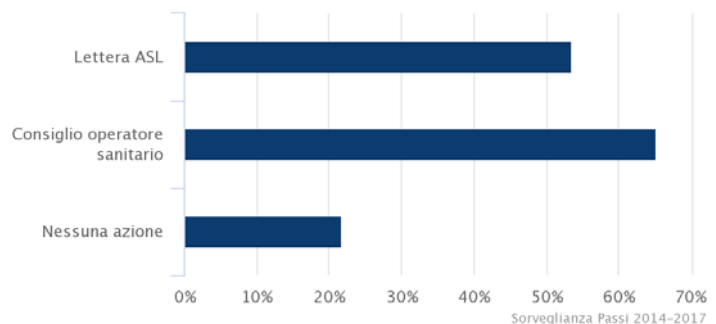


* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

Promozione del test di screening per neoplasia cervicale

In Sicilia il 53% delle donne di 25-64 anni ha ricevuto una lettera di invito dall'ASP, il 65% ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening, mentre il 22% non è stato raggiunto da nessun intervento di promozione.

Interventi di promozione del test di screening cervicale - Sicilia

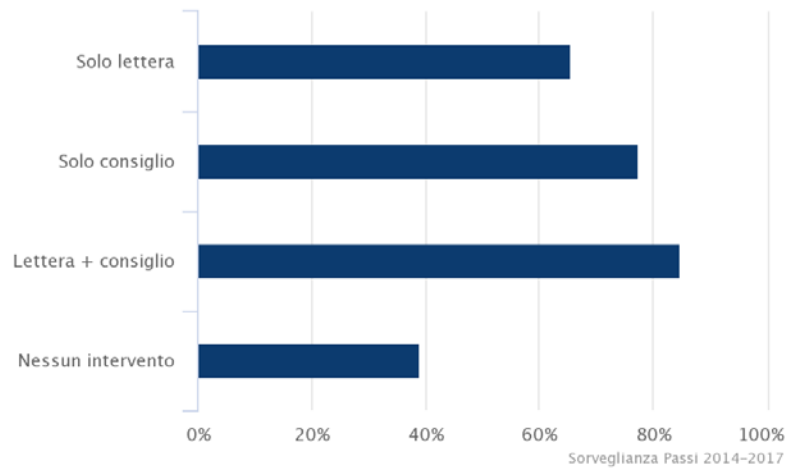


In Sicilia sono state rilevate fra le varie ASP differenze, statisticamente significative, nella promozione dei test di screening per neoplasia cervicale. In particolare per la lettera d'invito il range va dal 34% di Messina al 83% di Trapani, per il consiglio dell'operatore sanitario il range va dal 33% di Ragusa al 76% di Siracusa e per la campagna informativa il range va dal 50% di Trapani al 96% di Caltanissetta.

Copertura screening per neoplasia cervicale ed 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 (77%) o associato all'aver ricevuto la lettera (85%).

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



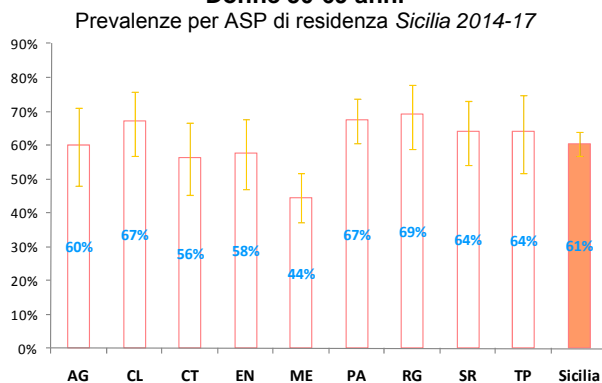
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Esecuzione della Mammografia in accordo con le linee guida

In Sicilia il 61% (74% valore nazionale) delle 50-69 anni 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.

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

Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni



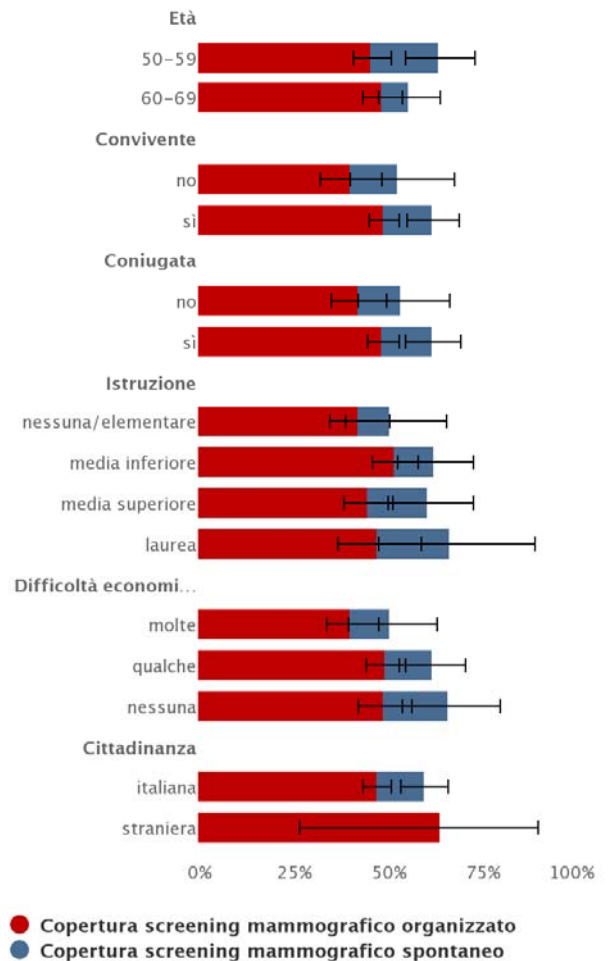
A Messina si evidenzia una percentuale più bassa, in maniera statisticamente significativa rispetto la media regionale, di donne che hanno eseguito la mammografia preventiva entro i tempi raccomandati.

Copertura screening mammografico totale per regione di residenza Passi 2014-2017



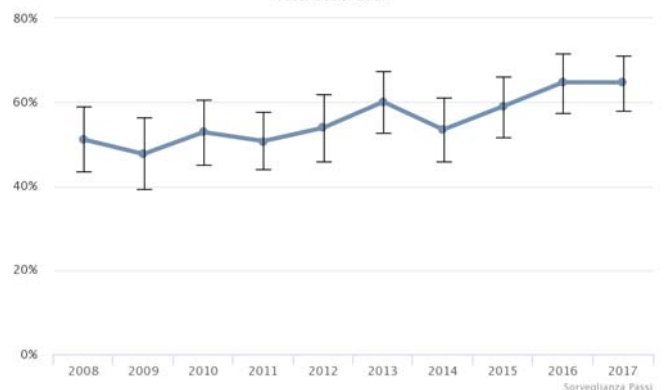
Copertura screening mammografico per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 60.5% (IC95%: 56.9-64.1%)

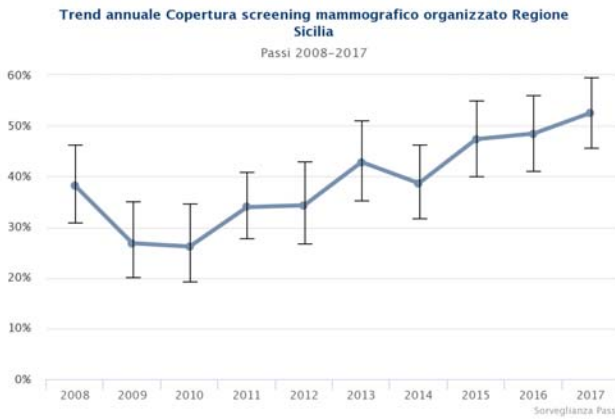


Dal 2008 al 2017 si osserva ad un aumento, sebbene non in maniera lineare della copertura dello screening mammografico.

Trend annuale Copertura screening mammografico totale Regione Sicilia Passi 2008-2017



Dal 2008 al 2017 si assiste ad una crescita ,



sebbene non lineare, dell'adesione allo screening organizzato.

Esecuzione della mammografia nello screening organizzato o come prevenzione individuale

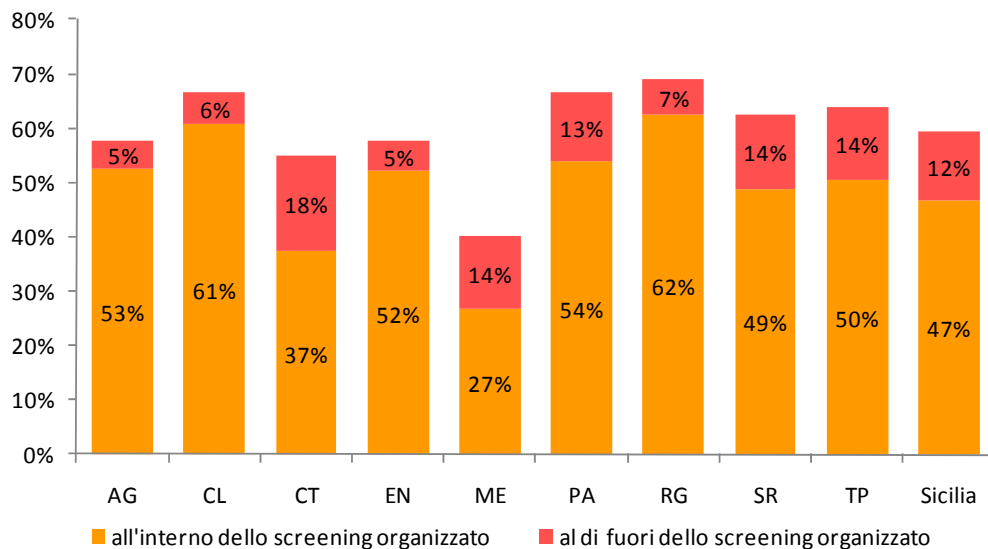
Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata,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

In Sicilia, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 47% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato (range dal 27% di Messina al 62% di Ragusa), mentre il 12% l'ha eseguita come prevenzione individuale (range dal 5% di Agrigento ed Enna al 18% di Catania).

La copertura dello screening mammografico non è uniforme sul territorio nazionale, c'è un chiaro gradiente Nord-Sud. Il 54% delle 50-69enni italiane ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 20% 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 2014-17

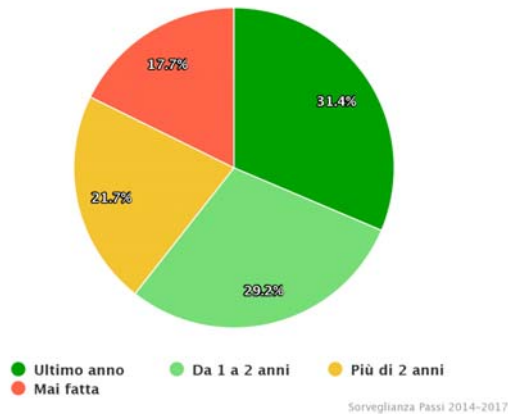


Periodicità di esecuzione della Mammografia e motivazione della non esecuzione

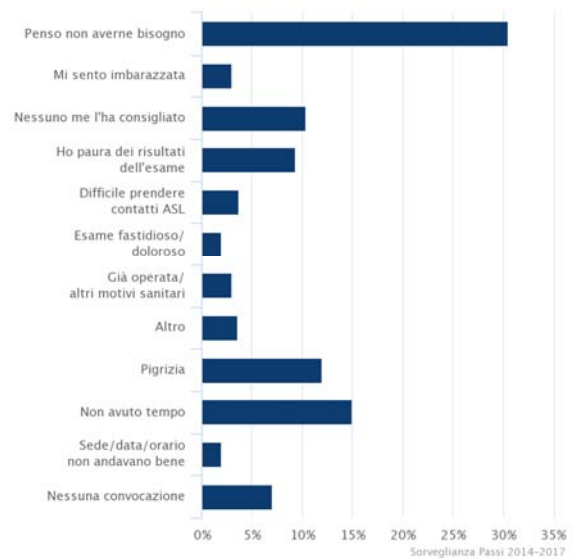
In Sicilia il 40% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (18%) o l'ha eseguita da oltre due anni (22%).

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

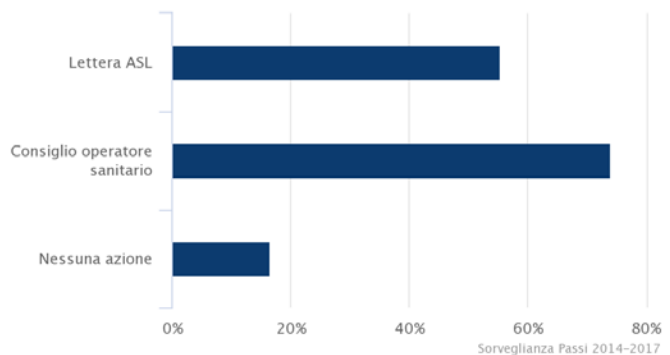


Promozione della Mammografia

In Sicilia al 79% delle 50-69enni è stato consigliato da un medico di sottoporsi alla mammografia (range dal 35% di Ragusa all'84% di Siracusa).

Il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL (range dal 24% di Messina al 90% di Ragusa), il 16% non ha ricevuto nessun tipo di intervento.

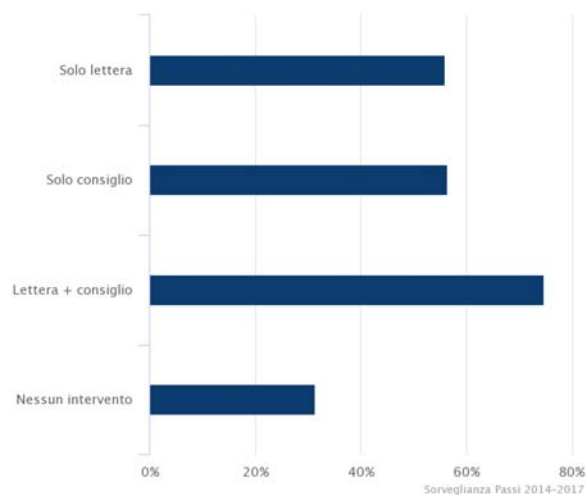
Interventi di promozione della mammografia - Sicilia



Copertura dello screening mammografico ed efficacia degli interventi di promozione

Il 75% delle donne che ha ricevuto sia la lettera che il consiglio da parte del medico ha effettuato la mammografia, mentre lo screening mammografico è stato effettuato solo dal 31% delle donne che non hanno ricevuto nessun intervento, questo conferma l'efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della mammografia.

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



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.

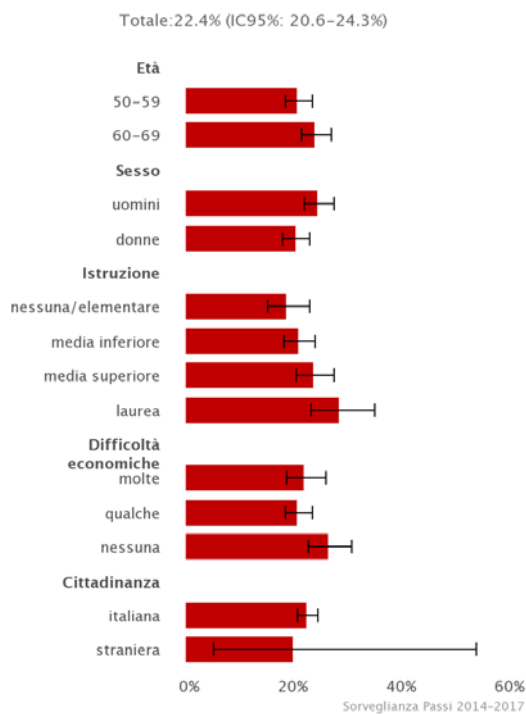
Esecuzione di un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida

In Sicilia il 27% dei 50-69enni ha 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), in particolare: il 22% ha eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni, il 9% ha effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni.

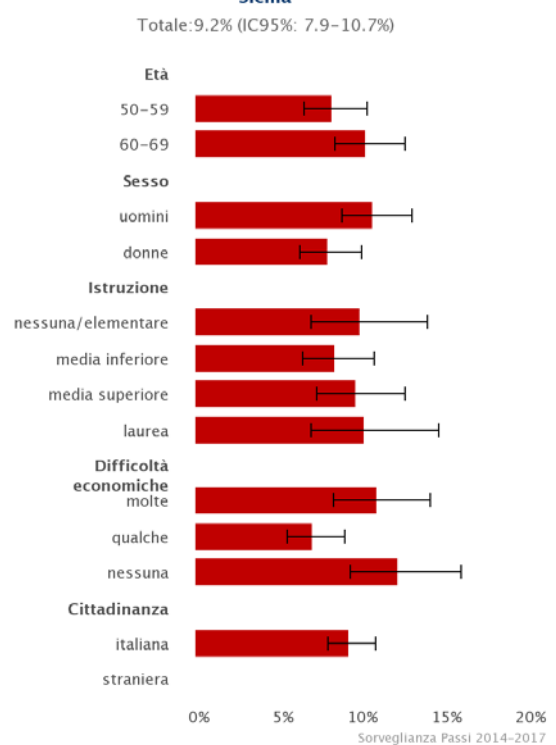
A Messina poco più di un 50-69enne su dieci ha effettuato la ricerca del sangue occulto, a Ragusa più di quattro 50-69enni su dieci hanno effettuato questa ricerca; tali percentuali risultano rispettivamente più bassa (quella di Messina) e più alta (quella di Ragusa) in maniera statisticamente significativa rispetto la media regionale.

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 16% di Caltanissetta (valore superiore in maniera statisticamente significativa).

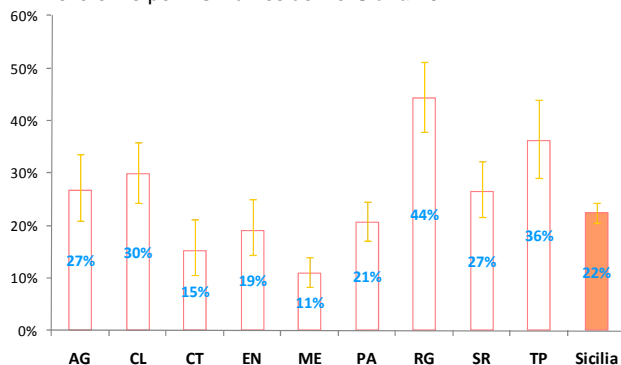
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



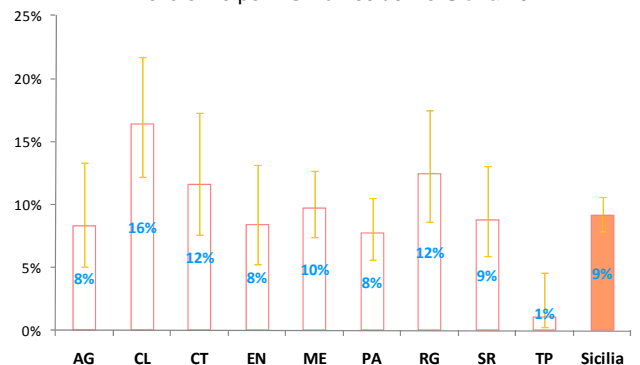
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni
Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2014-17



Colonscopia negli ultimi cinque anni
Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2014-17



Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per regione di residenza
Passi 2014-2017



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

Sorveglianza PASSI

Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni per regione di residenza
Passi 2014-2017



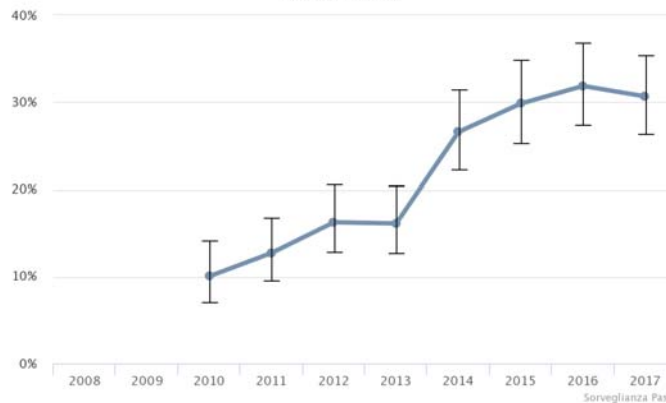
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza PASSI

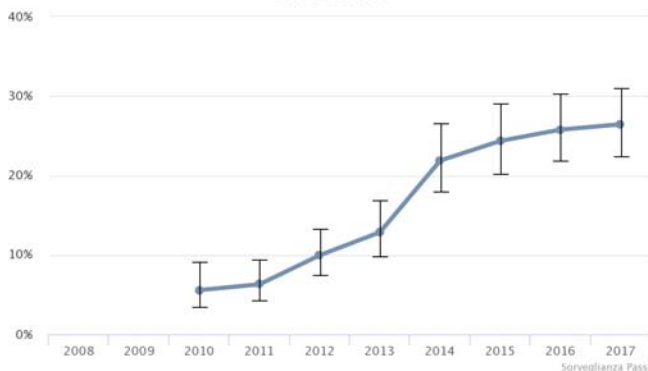
In Italia, il 39% dei 50-69enni ha effettuato la ricerca del sangue occulto, il 14% ha effettuato la colonscopia. Per entrambi gli screening si evidenzia una grande variabilità territoriale a sfavore delle Regioni meridionali.

Nel periodo 2010-2017 si osserva un andamento complessivamente in crescita del ricorso allo screening colorettole totale e per lo screening ricerca di sangue occulto fecale. Per la colonscopia si osserva un andamento altalenante nell'intero periodo.

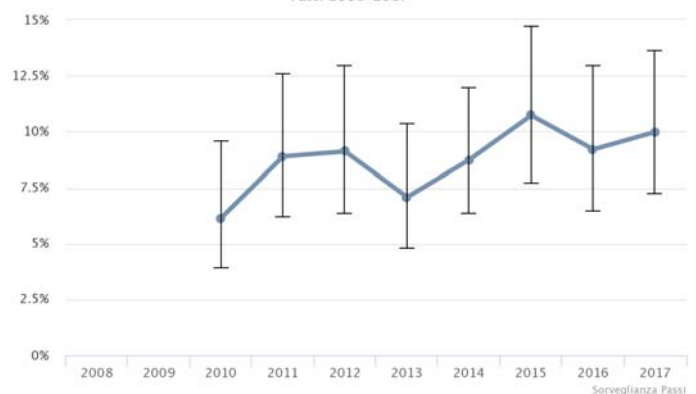
Trend annuale Copertura screening colorettole totale Regione Sicilia
Passi 2008-2017



Trend annuale Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni Regione Sicilia
Passi 2008-2017



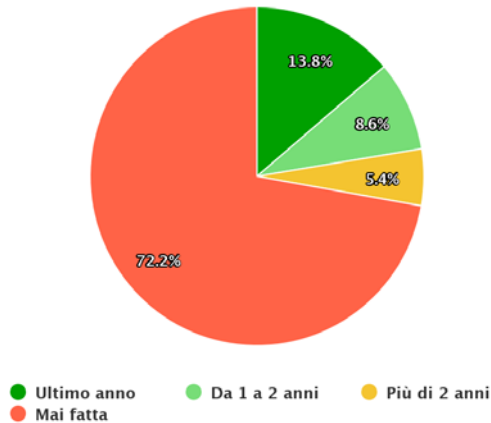
Trend annuale Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni Regione Sicilia
Passi 2008-2017



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

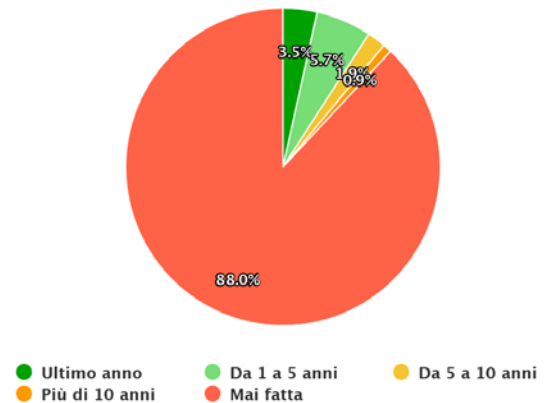
In Sicilia, il 28% dei 50-69enni ha effettuato la ricerca di sangue occulto in un arco temporale che va dall'ultimo anno a più di 2 anni, mentre il 12% ha effettuato la colonscopia in un periodo che va dall'ultimo anno a più di 10 anni.

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



Sorveglianza Passi 2014-2017

Periodicità di esecuzione della colonscopia/rettosigmoidoscopia Sicilia



Sorveglianza Passi 2014-2017

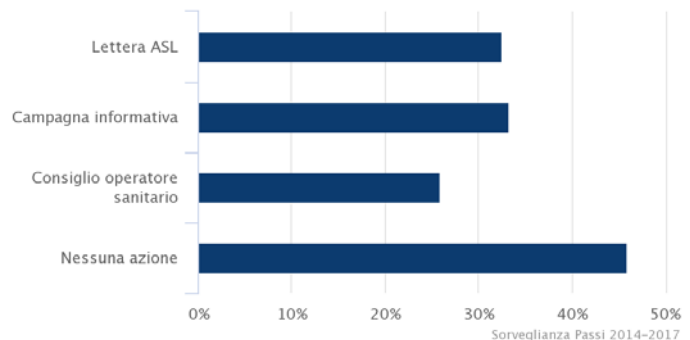
Promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci

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 33% (range dal 17% di Enna al 71% di Caltanissetta).

Il 26% (range dal 17% di Enna al 36% di Caltanissetta) degli intervistati ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario, il 32% ha ricevuto la lettera (range dall'6% di Messina all'84% di Ragusa).

Il 46% degli intervistati non è stato raggiunto da nessun intervento.

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

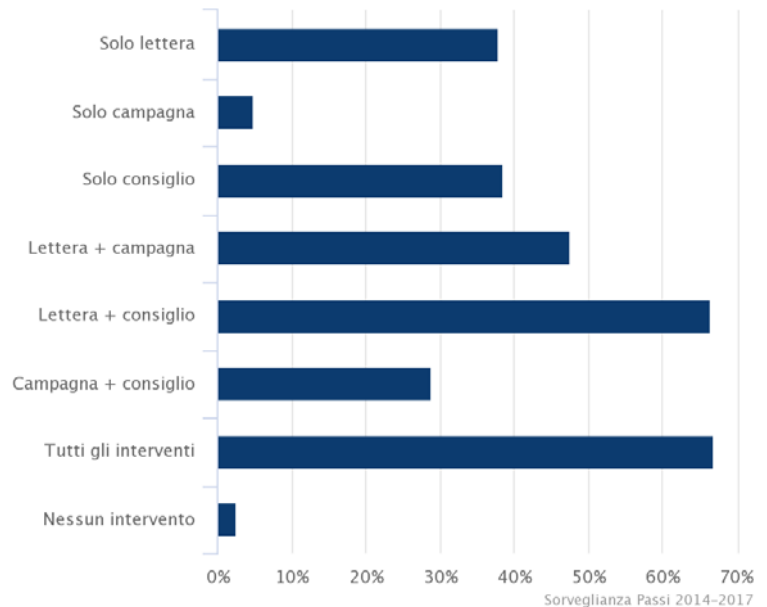


Sorveglianza Passi 2014-2017

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

In Sicilia la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci nei tempi raccomandati, è solo del 2% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 47% tra le persone raggiunte da lettera e campagna informativa, e al 66% 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.

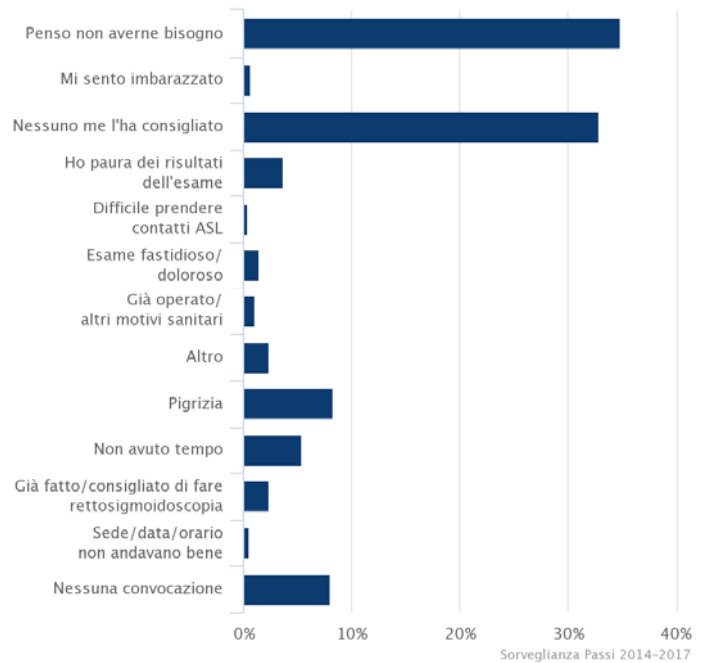
Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci – Ricerca del sangue occulto nelle feci per tipo di intervento Sicilia



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 (35%) e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito (33%). Questo dimostra che il rischio di cancro coloretale è sottovalutato e che bisogna implementare l'opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.

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



APPENDICE 1. Monitoraggio

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

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

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2014	PASSI 2015	PASSI 2016	PASSI 2017
Numerosità	1288	1303	1318	1867
Tasso di risposta	92.8	93.9	94.8	94.9
Tasso di rifiuto	6	5	4.5	4.6
Tasso di sostituzione	7.2	6.1	5.2	5.1
Tasso di non reperibilità	1.2	1.2	0.7	0.5
Tasso di eleggibilità	94.0	94.8	95.0	95.0

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:

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

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

- Tasso di sostituzione

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

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

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

- Tasso di rifiuto

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

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

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

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

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

- Tasso di non reperibilità

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

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

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

- Tasso di eleggibilità "e"

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

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

- **Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità**

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

Motivi di non eleggibilità				
	2014	2015	2016	2017
E' senza telefono	81%	84%	85%	83%
Residente o domiciliato stabilmente altrove	13%	10%	11%	12%
Istituzionalizzato (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)	0%	1%	0%	2%
Deceduto	2%	2%	2%	1%
Non conoscenza lingua italiana	1%	1%	1%	1%
Grave disabilità psico/fisica	3%	3%	1%	2%

- **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				
	2014	2015	2016	2017
Già presente (anagrafe sanitaria)	33%	29%	29%	43%
Pagine Bianche	17%	13%	14%	8%
MMG	33%	36%	38%	30%
Anagrafe comunale	1%	1%	2%	1%
Altre fonti aziendali	3%	6%	5%	6%
Parenti, vicini, ecc.	3%	12%	11%	10%
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				
	2014	2015	2016	2017
7-13	33%	29%	29%	23%
13-15	18%	15%	12%	13%
15-19	35%	39%	36%	44%
19-20	5%	4%	6%	7%
20 e oltre	9%	13%	18%	13%

Distribuzione settimanale delle interviste				
	2014	2015	2016	2017
feriale	92%	92%	93%	88%
sabato	6%	6%	6%	10%
festivo	2%	2%	1%	2%

APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e

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

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

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

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

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