



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2015-2018

Sicilia



**A cura di:**

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

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

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

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

Membri del Gruppo tecnico

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

- a livello regionale:

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

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

ASP di Agrigento	Anna Maria Cardinale (Coordinatrice); Rosa Maria Consagra, Angela Russotto, (Intervistatrici)
ASP di Caltanissetta	Rosanna Milisenna (Coordinatrice); Maria Di Forti, Rosanna Milisenna, M. Antonia Iurlaro, Antonina Modica, (Intervistatrici)
ASP di Catania	Irene Torre (Coordinatrice); Maria Giuseppa D'Angelo, Andrea Nastri, 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, Giuseppe Mercurio; Gaetano Chetta (Intervistatori/trici)
ASP di Ragusa	Giuseppe Ferrera (Coordinatore); Calogero Claudio Pace (vice coordinatore/ intervistatore); Maria Cappello, Corrado Grillo, Paolo La Licata, Loredana Fargione (Intervistatori/trici)

ASP di Siracusa	Alfonso Nicita (Coordinatore); Michele Assenza, Maria Antonietta Licini, Maddalena Rabbito, Enza D'Antoni ((Intervistatori/trici)
ASP di Trapani	Ranieri Candura (Coordinatore ed Intervistatore); Giovanni Pio Gucciardi, Giuseppa Candela, Adriana Marchingiglio, Anna Barbera, Giovanna La Francesca (Intervistatori/trici)

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

Sommario

Il sistema di sorveglianza PASSI in breve

Metodi

Impatto sulla salute

Risultati 2014-2017

I risultati a colpo d'occhio

Caratteristiche socio-anagrafiche

Attività fisica

Sovrappeso e obesità

Consumi di frutta e verdura

Consumo di alcol

Abitudine al fumo

Fumo passivo

Smettere di fumare

Rischio cardiovascolare

Diabete

Dispositivi per la sicurezza stradale

Guida sotto l'effetto dell'alcol

Sicurezza domestica

Screening cervicale

Screening mammografico

Screening colo rettale

Vaccinazione per l'influenza stagionale

Vaccinazione antirosolia

Qualità della vita relativa alla salute

Sintomi di depressione

APPENDICE 1. Monitoraggio.....

APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura.....

Il sistema di sorveglianza PASSI in breve

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

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

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

Il funzionamento del sistema

Operatori sanitari delle ASL, specificamente formati, intervistano al telefono persone di 18-69 anni, residenti nel territorio aziendale. Il campione è estratto dalle liste anagrafiche delle ASL, mediante un campionamento casuale stratificato per sesso ed età. La rilevazione (minimo 25 interviste al mese per ASL) avviene continuamente durante tutto l'anno.

I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy.

Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi. Gli ambiti indagati sono:

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

Lo stato di avanzamento

Tutte le Regioni e le Province autonome hanno aderito al progetto. Per il periodo 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 2015-2018 è costituito da 6.207 individui; il campione è risultato così suddiviso per ASP:

ASP	Persone di 18-69 anni
Agrigento	441
Caltanissetta	712
Catania	411
Enna	440
Messina	1374
Palermo	1109
Ragusa	438
Siracusa	846
Trapani	463
Totale regionale	6207

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 (utilizzando il CATI 18 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.

Guadagnare salute

Attività fisica

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

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

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

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

Sovrappeso ed obesità

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

Consumi di frutta e verdura

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

Consumo di alcol

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

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

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

situazione in Italia incoraggia a proseguire nelle politiche di contenimento del consumo nocivo di alcol.

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

Definizioni di consumatori di alcol e di consumatori a maggior rischio

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

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

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

Per quanto riguarda il consumo episodico, l'assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione (*binge drinking*), comporta un sostanziale incremento di rischio di lesioni traumatiche, nonché di altri effetti nocivi. Diverse istituzioni sanitarie, tra cui i Cdc, fissano livelli soglia differenti nei due sessi, e precisamente: per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione, per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione. Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come "**consumo binge**". Una modalità di consumo a maggior rischio è l'assunzione di bevande alcoliche fuori pasto, perché determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità consumate, e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici. L'Oms elenca il consumo fuori pasto tra i fattori, che determinano un aumento della mortalità, e perciò lo include nel calcolo dell'indice "*Patterns of drinking score*", che caratterizza sinteticamente il rischio complessivo alcol-correlato. L'assunzione negli ultimi 30 giorni di alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto viene definita **consumo fuori pasto**.

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

Abitudine al fumo

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

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

Fumo passivo

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

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

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

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

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

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

Smettere di fumare

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

Rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare

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

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

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

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

- le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative e

amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc) che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse;

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

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

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

Ipercolesterolemia

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

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico. L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

Diabete

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.

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.

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico. L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

Carta e punteggio del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

Diabete

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

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

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

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

Sicurezza

Uso dei dispositivi di sicurezza

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

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

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

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

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

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

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

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

Guida sotto l'effetto dell'alcol

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.

Sicurezza domestica

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

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

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

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

Programmi di prevenzione individuale

Screening cervicale

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

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

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

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

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

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

Screening mammografico

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

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

Screening coloretta

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

Vaccinazione per l'influenza stagionale

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

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

Il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale indicati nella Circolare del ministero della Salute nelle categorie a rischio (ultra 64enni e/o persone con patologie croniche) è fondamentale per ridurre la morbosità e le complicanze dell'influenza. Per far sì che in queste categorie si ottenga un

miglioramento della copertura vaccinale, è necessaria una maggiore integrazione della prevenzione nell'attività assistenziale: sia i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sia gli specialisti (pneumologi, oncologi, cardiologi, diabetologi) dovrebbero raccomandare e offrire attivamente la vaccinazione contro una malattia prevenibile come l'influenza.

Vaccinazione antirosolia

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

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

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

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

Benessere

Qualità della vita relativa alla salute

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

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

Sintomi di depressione

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

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

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

I Risultati

2015 - 2018

I risultati a colpo d'occhio

Determinanti di salute socio-anagrafici	%	IC95% inf	IC95% sup
Basso livello di istruzione	37.7	36.2	39.2
Molte difficoltà economiche	20	18.8	21.2
Cittadinanza straniera	0.7	0.5	1
Vive solo	6.9	6.2	7.7
Coniugato	63	61.7	64.2
Occupato lavorativamente	59	57.5	60.5

Guadagnare Salute

Attività fisica	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo	27.6	26.2	28.9
Parzialmente attivo	26.5	25.1	27.9
Sedentario	46	44.4	47.5
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica	29.1	27.6	30.6
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	42.5	38.8	46.3
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	37.1	34.8	39.5

Sovrappeso e obesità	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	13.3	12.3	14.5
Sovrappeso	33.3	31.9	34.8
Normo/sottopeso	53.3	51.8	54.8
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	70.5	66.4	74.4
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	36.3	33.6	39.1
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	49.7	45.2	54.3
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	32	29.3	34.8

Consumi di frutta e verdura	%	IC95% inf	IC95% sup
0 porzioni	3.2	2.7	3.9
1/2 porzioni	48.1	46.6	49.6
3/4 porzioni	37.6	36.2	39.1
5+ porzioni	11.1	10.2	12

Consumo di alcol	%	IC95% inf	IC95% sup
Consumo alcol	44.4	42.9	45.9
Consumo fuori pasto	6.4	5.7	7.2
Consumo abituale elevato	0.8	0.6	1.2
Consumo binge	5.5	4.7	6.3
Consumo a maggior rischio	11.1	10.1	12.2
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	7.1	4.6	10.8

Abitudine al fumo	%	IC95% inf	IC95% sup
Non fumatori	58.9	57.4	60.4
Fumatori	28	26.6	29.5
in astensione	1.1	0.8	1.5
occasionali	0.2	0.1	0.3
quotidiani	26.7	25.4	28.2
Ex-fumatori	13.1	12.1	14.1
Numero medio di sigarette fumate	12.4	11.9	12.9
Chiesto se fuma	36.8	35.3	38.4
Consiglio smettere	53.7	50.5	56.8

Fumo passivo	%	IC95% inf	IC95% sup
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici	87.3	86.1	88.4
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro	92.7	91.4	93.9
Astensione dal fumare nella propria abitazione	79.6	78.3	80.9
Astensione dal fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	83	80.3	85.4

Smettere di fumare	%	IC95% inf	IC95% sup
Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*	35.1	32.3	38
Esito del tentativo tra coloro che hanno tentato di smettere			
Tentativo fallito	80.7	76.4	84.4
Tentativo in corso (astinenti da meno di 6 mesi)	10.6	7.9	14.1
Tentativo riuscito (astinenti da 6 mesi o più)	8.7	6.3	11.9

Rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare	%	IC95% inf	IC95% sup
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	81.7	80.5	82.8
Iperensione riferita	20.9	19.6	22.2
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	74	72.7	75.3
Ipercolesterolemia riferita	22.2	20.7	23.7
Calcolo rischio cardiovascolare	4.6	3.6	5.7
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare	97.3	96.8	97.6
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	81.7	80.5	82.8

Diabete	%	IC95% inf	IC95% sup
Diabete	7.1	6.4	8

Sicurezza

Dispositivi per la sicurezza stradale	%	IC95% inf	IC95% sup
Uso cintura anteriore sempre	80	78.6	81.2
Uso cintura posteriore sempre	10.3	9.3	11.3
Uso casco sempre	94.4	92.5	95.8
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni	21.9	18.1	26.2

Guida sotto l'effetto dell'alcol	%	IC95% inf	IC95% sup
Guida sotto effetto dell'alcol	5.9	4.8	7.3
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	2.9	2.3	3.6
Controlli forze dell'ordine	25.9	24.6	27.3
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	7.8	6.4	9.5

Sicurezza domestica	%	IC95% inf	IC95% sup
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	3	2.4	3.6
negli ultra-64enni	4.6	2.6	8
in chi convive con ultra-64enni	3.3	2.1	5
nelle donne	3.8	3	4.8
in chi vive con bambini fino ai 14 anni	3.1	2.1	4.6
Infortunio domestico che ha richiesto cure	2.8	2.3	3.4

Programmi di prevenzione individuale

Screening cervicale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening cervicale totale	70.5	68.2	72.6
Copertura screening cervicale organizzato	44.7	42.2	47.3
Copertura screening cervicale spontaneo	24.4	22.3	26.6

Screening mammografico	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening mammografico totale	63.4	59.9	66.7
Copertura screening mammografico organizzato	49.3	45.7	52.8
Copertura screening mammografico spontaneo	12.9	10.5	15.6

Screening coloretale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening coloretale totale	30.8	28.6	33.1
Copertura screening coloretale organizzato	23.8	21.9	25.9
Copertura screening coloretale spontaneo	6.2	5	7.7
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	25.7	23.7	27.8
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	9.8	8.3	11.4

Vaccinazione per l'influenza stagionale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura vaccinale nei 18-64enni	8.1	6.8	9.6
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	28.1	22	35.2
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	4.5	3.5	5.8

Vaccinazione antirosolia	%	IC95% inf	IC95% sup
Donne in età fertile vaccinate per la rosolia	44.9	42.4	47.5
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia	2	1.3	3
Donne in età fertile non consapevoli dello stato immunitario	33.7	31.2	36.4
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia o non consapevoli dello stato immunitario	35.7	33.1	38.3

Benessere

Qualità della vita relativa alla salute	%	IC95% inf	IC95% sup
Stato di salute percepito positivamente	68.8	67.5	70.1
Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	3.6	3.3	3.9
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	2.2	2	2.3
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	1.9	1.7	2.1
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane	1.3	1.2	1.5

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

Depressione	%	IC95% inf	IC95% sup
Sintomi di depressione	5.5	4.7	6.3
Richiesta di aiuto da qualcuno	59.5	52.1	66.6
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	10.5	8.6	12.3
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	15.3	13.6	17.1
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane*	8.2	4.5	11.8

Caratteristiche socio-anagrafiche

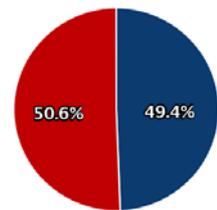
La popolazione in studio è costituita da 3.468.715 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 9 ASP della Sicilia.

Da gennaio 2015 a dicembre 2018, sono state intervistate 6.207 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

L'età e il sesso

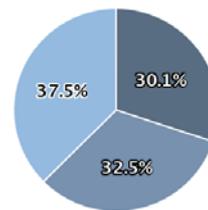
I grafici sottostanti mostrano la distribuzione del campione per sesso e fasce d'età

Distribuzione del campione per sesso
Distribuzione percentuale
Sicilia



● uomini ● donne
Sorveglianza Passi 2015-2018

Distribuzione del campione per età
Distribuzione percentuale
Sicilia



● 18-34 ● 35-49 ● 50-69
Sorveglianza Passi 2015-2018

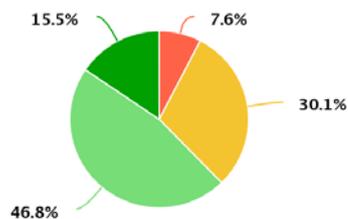
Il titolo di studio

In Sicilia il 39% (35% valore nazionale) dei 18-69enni siciliani ha un basso livello di istruzione (nessun titolo/licenza elementare/licenza media inferiore), il 62% ha un livello di istruzione alto (un diploma di scuola media superiore o è laureato).

In dieci anni si evidenzia una lieve riduzione della quota di persone con basso livello di istruzione.

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

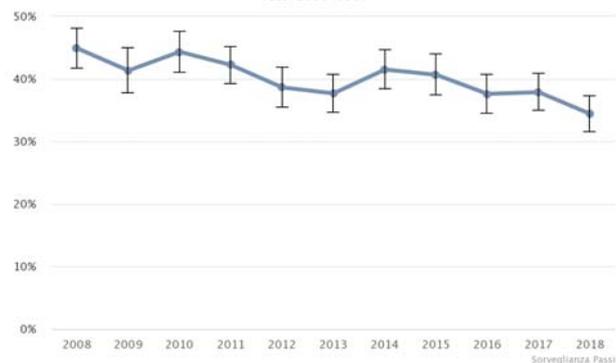
Distribuzione del livello di istruzione
Distribuzione percentuale
Sicilia



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

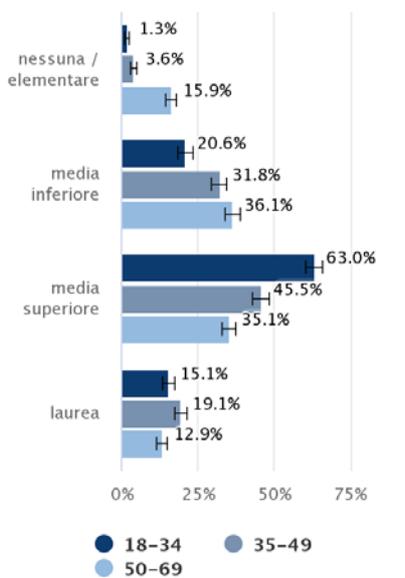
Sorveglianza Passi 2015-2018

Trend annuale Basso livello di istruzione Regione Sicilia
Passi 2008-2018



Sorveglianza Passi

Livello di istruzione per età Sicilia



Sorveglianza Passi 2015-2018

Basso livello di istruzione per regione di residenza



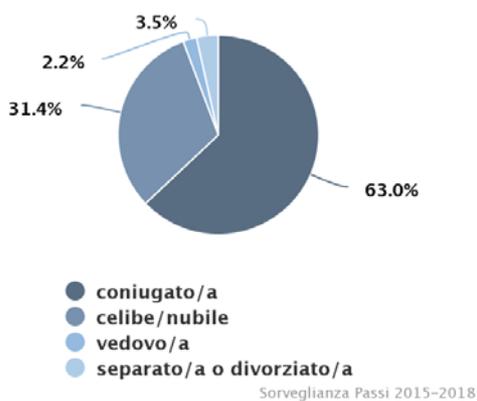
Lo stato civile

In Sicilia i coniugati/conviventi rappresentano il 63% del campione, i celibi/nubili il 31%, il restante 6% è costituito da 50-69enni vedovi o separati o divorziati.

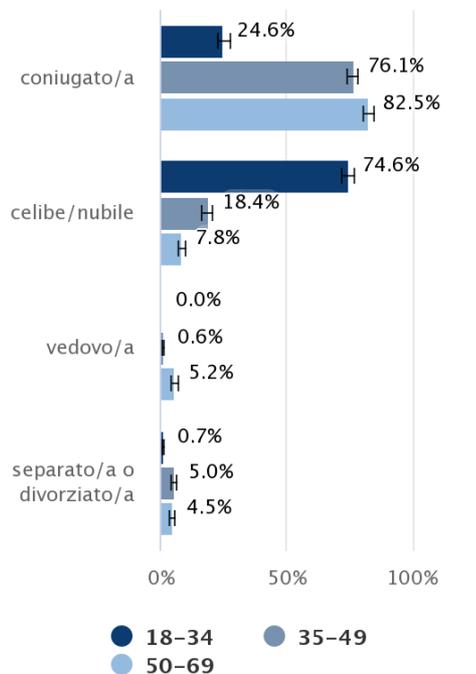
La quota di coniugati rimane pressocchè stabile nel tempo, varia invece la quota delle persone che vivono sole.

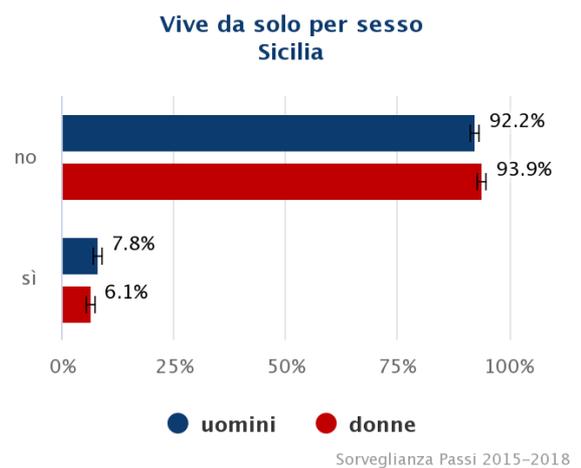
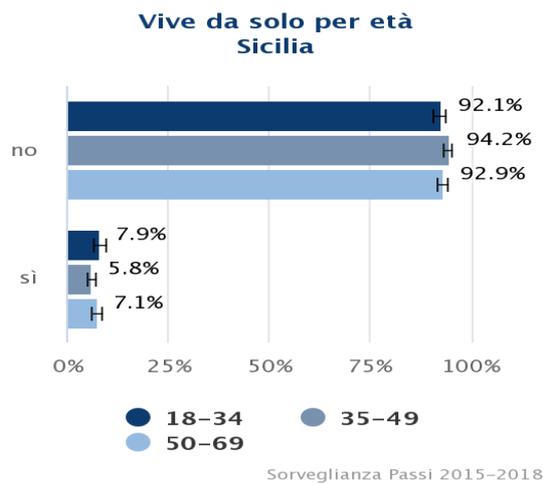
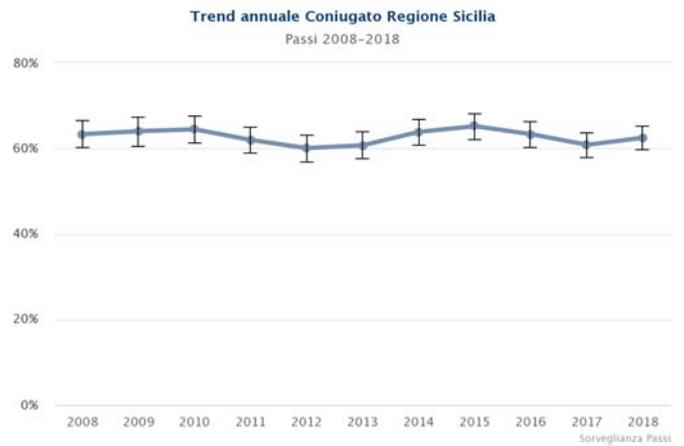
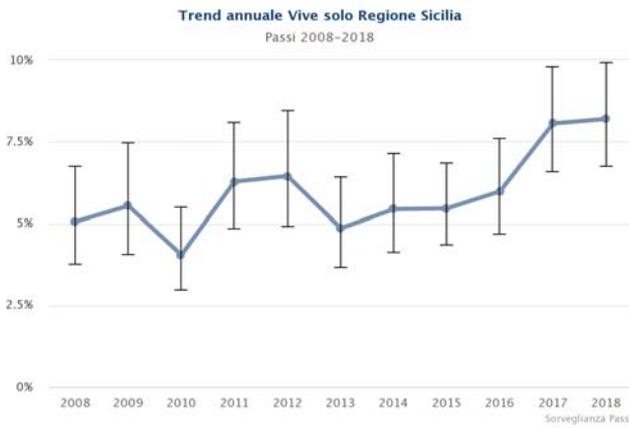
Vivere da soli è una consuetudine più frequente fra gli uomini fra i 18-34enni.

Distribuzione dello stato civile
Distribuzione percentuale Sicilia



Stato civile per età Sicilia





Cittadinanza

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



Il lavoro

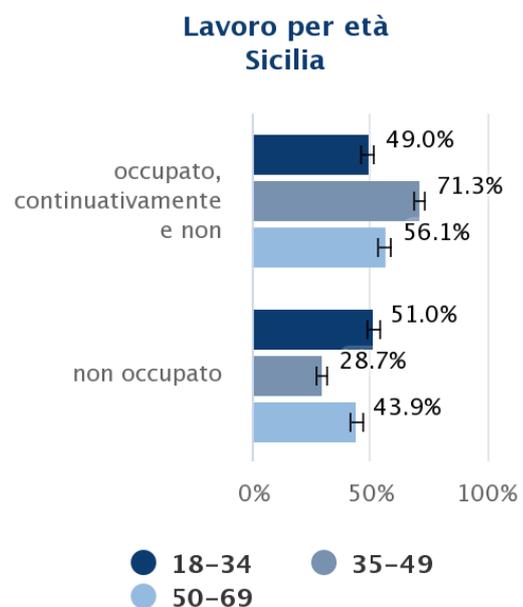
In Sicilia il 59% della popolazione riferisce di avere un'occupazione lavorativa, continuativa o meno, contro il 67% del valore nazionale.

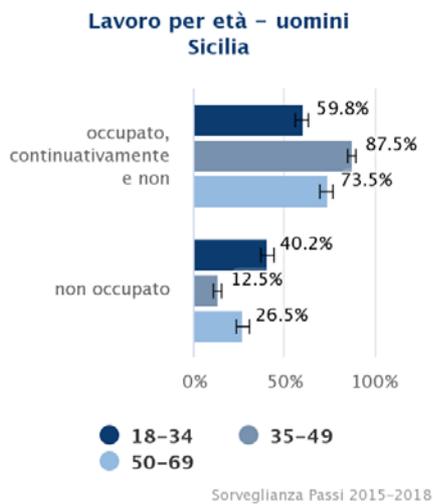
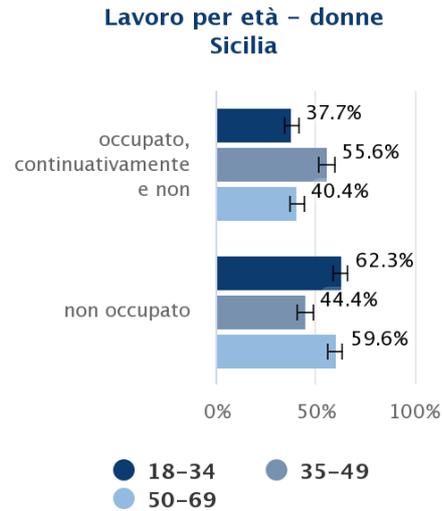
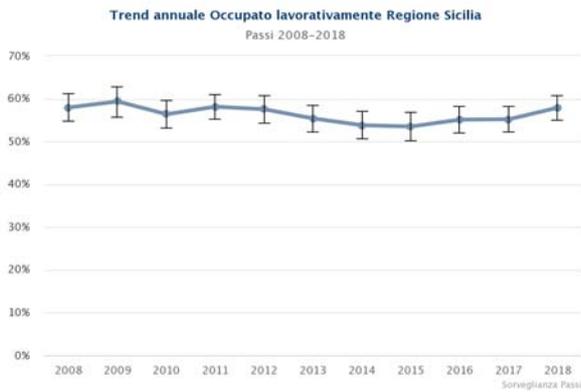
Risultano occupati lavorativamente soprattutto gli uomini (74% vs 45% delle donne) e i 35-49enni in entrambi i sessi.

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

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

La quota di persone con un lavoro è diminuita negli anni 2011-2015, dal 2015 invece aumenta la quota di coloro che riferiscono di lavorare in maniera continuativa o occasionale.

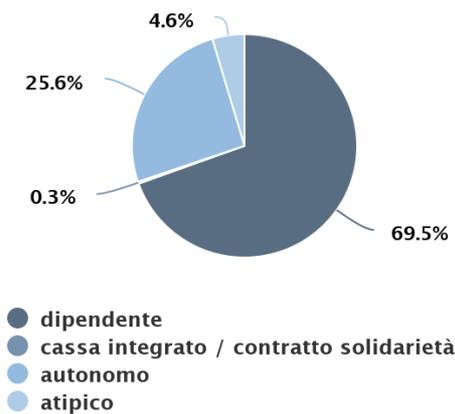




Sorveglianza Passi 2015-2018



Distribuzione della tipologia di contratto
Distribuzione percentuale Sicilia



Sorveglianza Passi 2015-2018

Difficoltà economiche

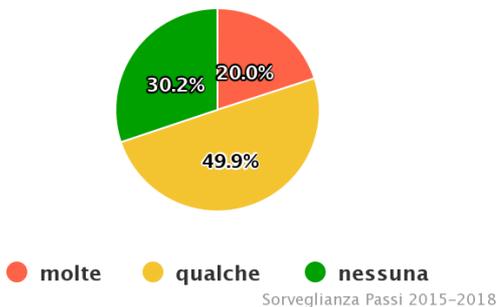
In Sicilia il 20% (13% nel a livello nazionale) del campione regionale dichiara di avere molte difficoltà economiche.

Il 30% afferma di non aver alcuna difficoltà economica.

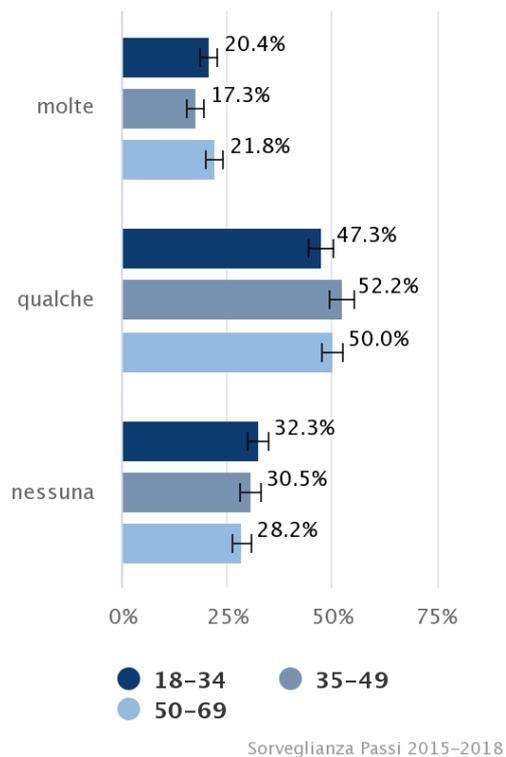
Non si evidenziano differenze significative tra le percentuali di coloro che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classe d'età.

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

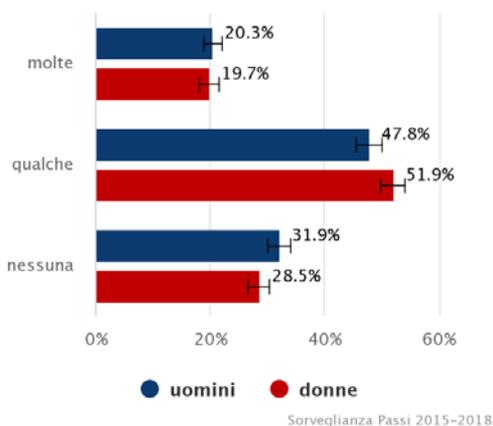
Distribuzione delle difficoltà economiche
Distribuzione percentuale Sicilia



Difficoltà economiche per età Sicilia



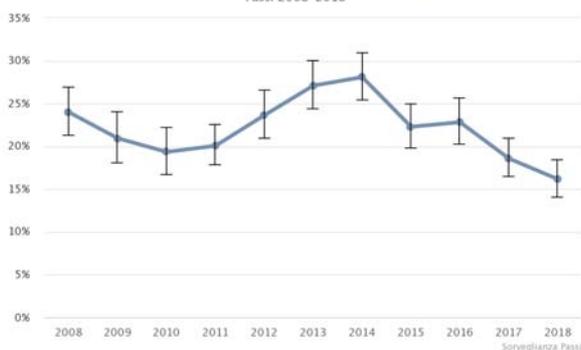
Difficoltà economiche per sesso Sicilia



Molte difficoltà economiche per regione di residenza
Passi 2015-2018



Trend annuale Molte difficoltà economiche Regione Sicilia
Passi 2008-2018



Attività fisica

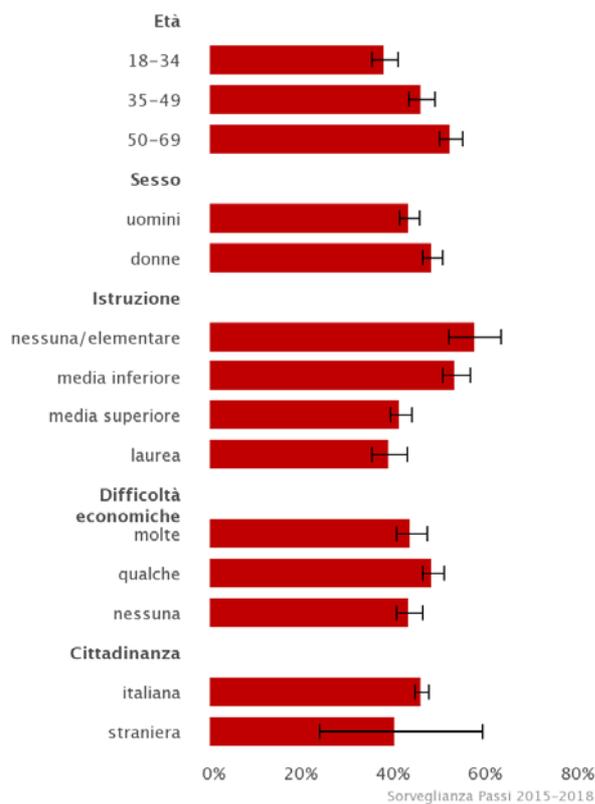
Nel quadriennio 2015-18, il 28% del campione siciliano dichiara di avere uno stile di vita attivo, il 27% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 46% è completamente sedentario.

L'analisi per caratteristiche socio-demografiche permette di evidenziare che la sedentarietà è più frequente all'avanzare dell'età (passando dal 38% fra i 18-34enni al 52% fra i 50-69enni), fra le donne (49% vs 43%) e fra le persone con livello di istruzione basso.

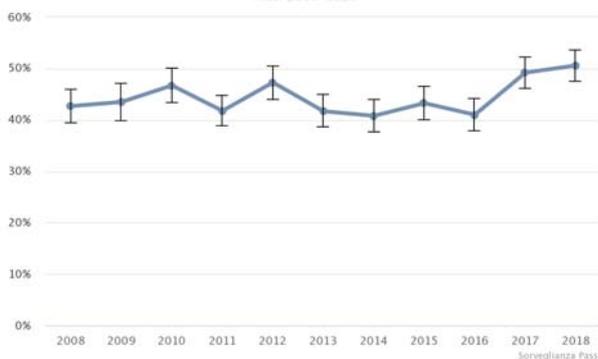
A Caltanissetta poco meno di un 18-69enne su 4 è sedentario, ad Enna invece risulta sedentario più di 1 adulto su 2.

Sedentari per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 46.0% (IC95%: 44.4-47.5%)

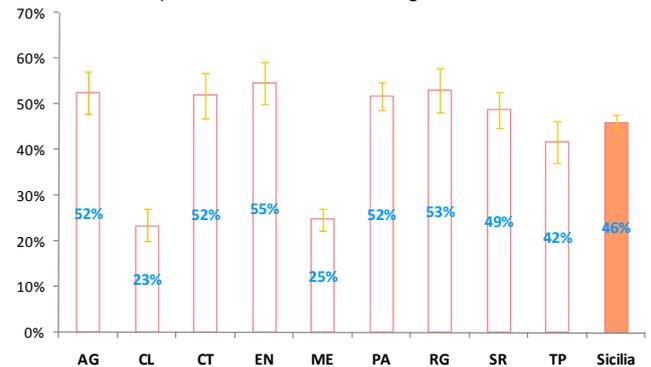


Trend annuale Sedentari Regione Sicilia Passi 2008-2018



Sedentari

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2015-18



Nel Pool di ASL PASSI 2015-18, la percentuale di sedentari è risultata del 31% con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.

Si osservano quote di sedentari variabili negli anni nell'intero periodo considerato.

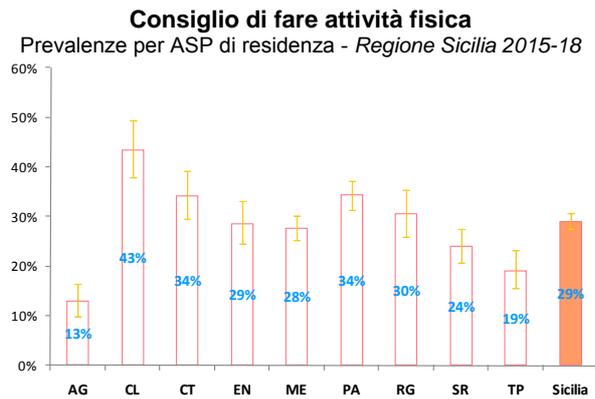
Sedentario per regione di residenza Passi 2015-2018



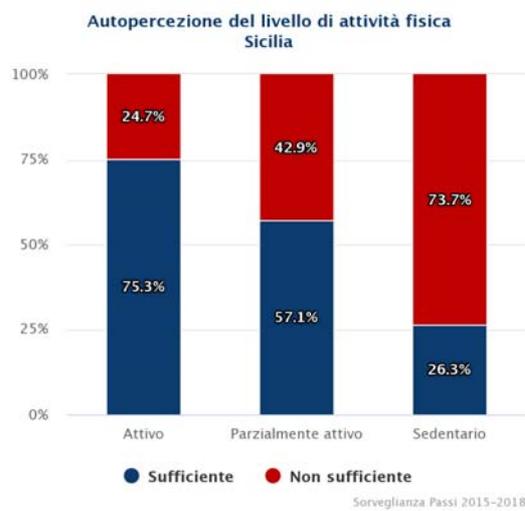
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

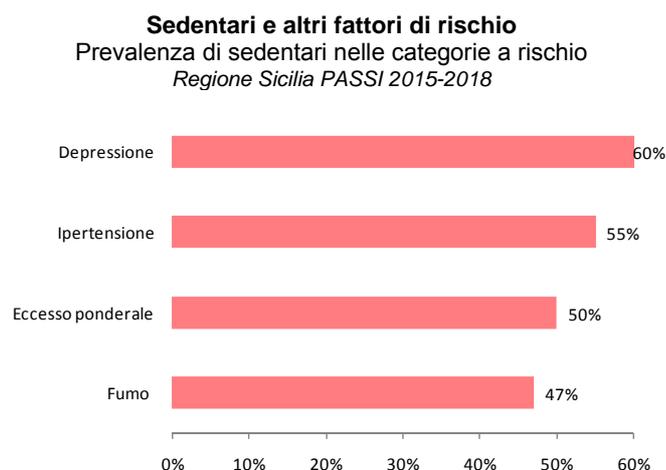
In Sicilia il 29% del campione ha riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere esercizio fisico regolarmente, tale percentuale cresce al 37% tra coloro che sono in sovrappeso e al 43% fra coloro che hanno almeno una patologia cronica. Tra le ASP della regione la percentuale di persone a cui è stato consigliato, da parte del medico, di svolgere attività fisica varia dal 13% di Agrigento al 43% di Caltanissetta.



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

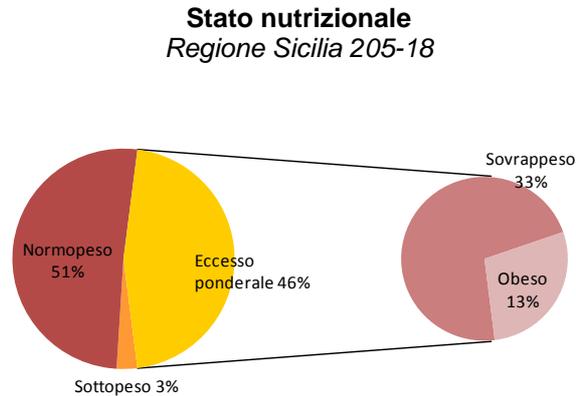


La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso, e fumatori). In Sicilia il 60% delle persone che soffrono di sintomi depressivi e il 55% degli ipertesi risultano sedentari.



Sovrappeso e obesità

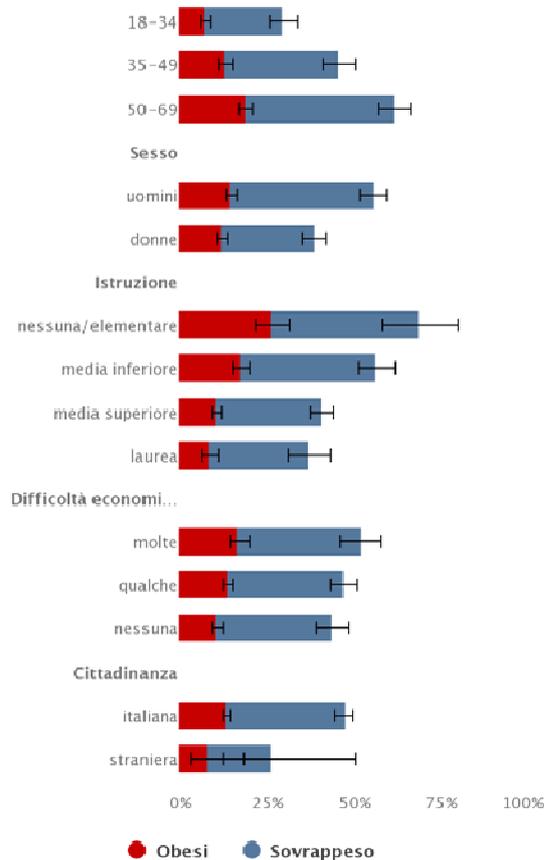
In Sicilia il 46% dei 18-69enni presenta un eccesso ponderale, 1 adulto su tre è in sovrappeso, e più di 1 adulto su 10 è obeso.



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

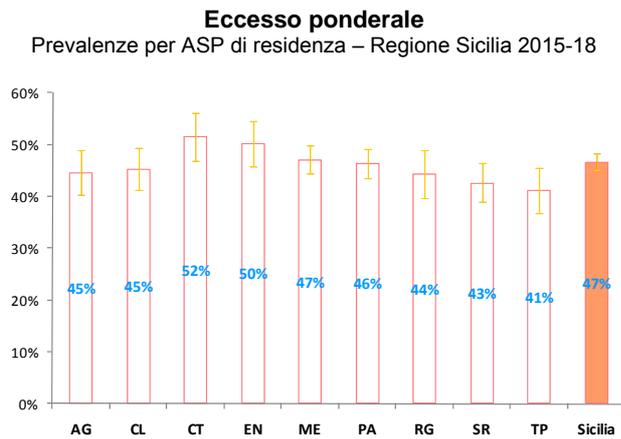
Eccesso ponderale per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale : 46.6% (IC 95% 45.1 -48.1 %)



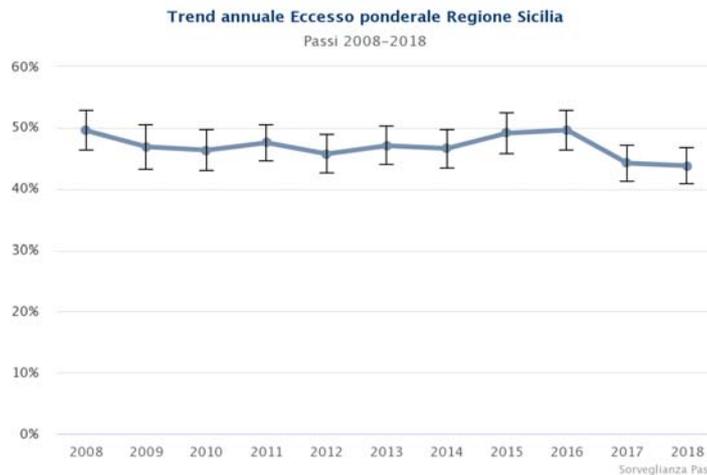
Sorveglianza Passi 2015-2018

Tra le ASP della Regione, a Catania si osserva la quota più alta di persone in eccesso ponderale (più della metà).



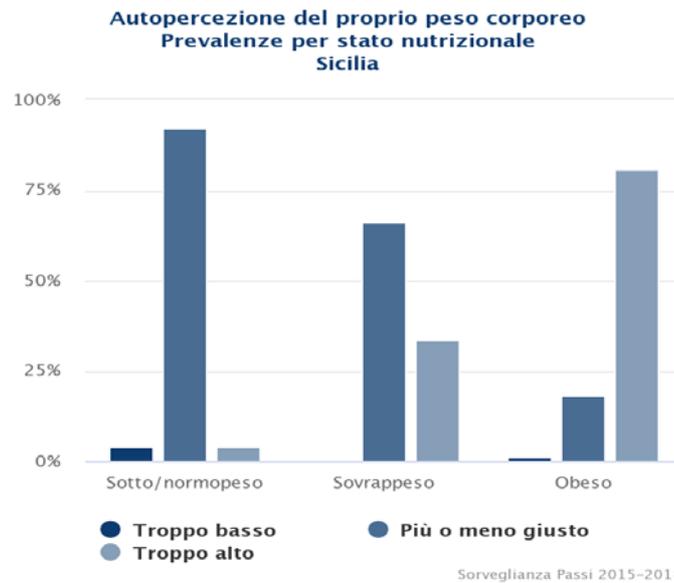
In Italia, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%. È evidente un gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali

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



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 (81%) e nei sotto-normopeso (92%); tra le persone in sovrappeso invece il 66% ritiene il proprio peso giusto.

Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: fra le donne in sovrappeso il 54% considera il proprio peso più o meno giusto e il 46% lo considera alto mentre fra gli uomini in sovrappeso il 74% considera il proprio peso più o meno giusto, e il 26% lo reputa alto.



In Sicilia il 36% (38% dato nazionale) delle persone in sovrappeso e il 71% (73% dato nazionale) delle persone obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario. Ad Agrigento soltanto il 15% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare una dieta. A Catania più di una persona su due ha ricevuto tale consiglio. Il 26% delle persone in eccesso ponderale segue una dieta per perdere o mantenere il proprio peso. La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta nelle donne (34% vs 21% negli uomini), negli obesi (37% vs 22% nei sovrappeso), in coloro che ritengono il proprio peso “troppo alto” (37% rispetto a quelle che ritengono il proprio peso “giusto” 17%) e in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (46% vs 11%).

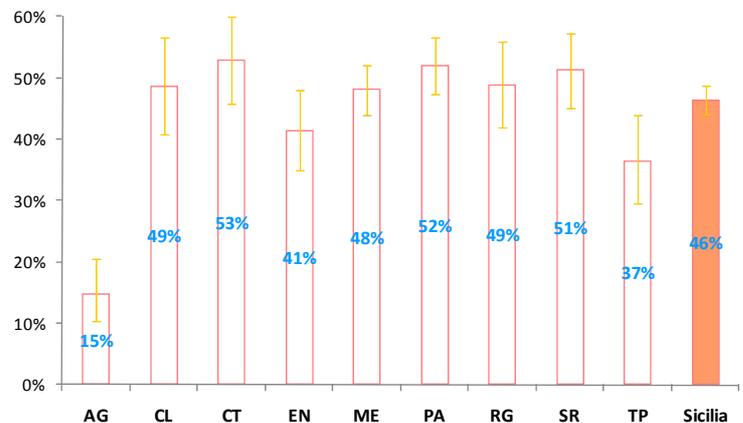
Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale per regione di residenza
Passi 2015-2018



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

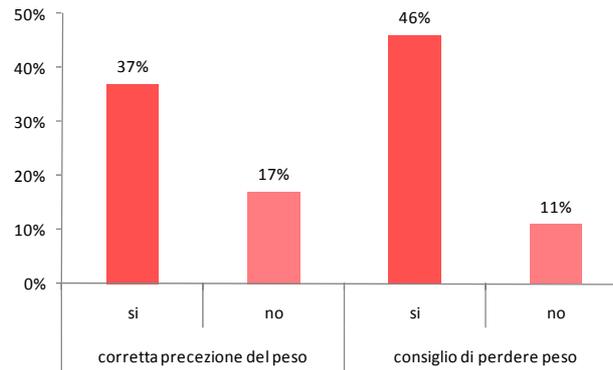
Sorveglianza Passi

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2015-18



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 2015-18

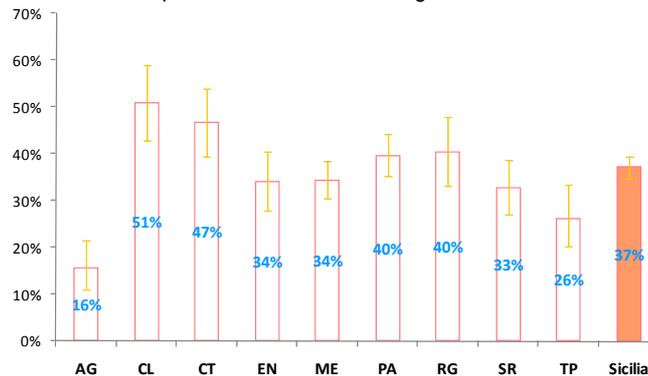


Fra le persone in eccesso ponderale il 50% è sedentario e il 37% ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 32% delle persone in sovrappeso e il 50% di quelle obese.

Fra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica, più di una su 2 pratica un'attività fisica almeno moderata.

Tra le ASP regionali, si osserva una grande variabilità fra le quote di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica: le percentuali variano dal 16% di Agrigento al 51% di Caltanissetta

**Persone in eccesso ponderale
che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica**
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2015-18

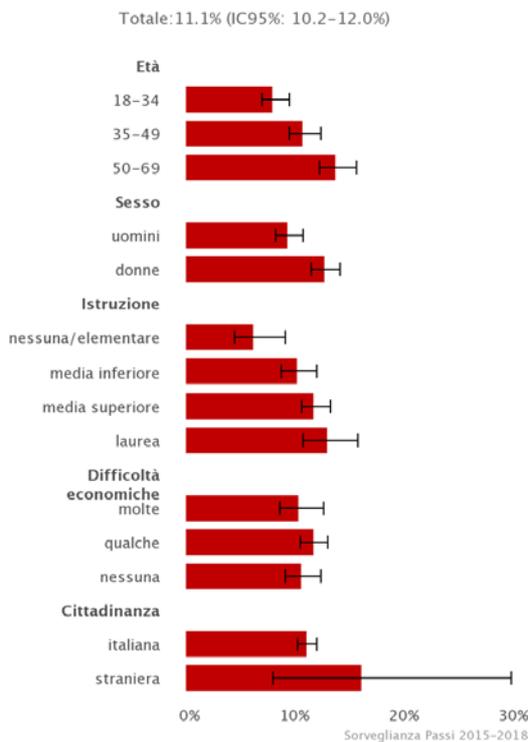


Consumi di frutta e verdura

Il 48% degli adulti siciliani consuma 1-2 porzioni di frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 39% ne consuma 3-4, poco più di un 18-69enne su 10 mangia le 5 porzioni raccomandate. L'adesione al *five-a-day* aumenta al crescere dell'età (passando all'8% nei 18-34enni al 14% nei 50-69enni) e al livello d'istruzione (6 % nessuna istruzione o licenza elementare vs 13% laurea), è più diffusa nelle donne (13% vs 9%). A livello di ASP l'adesione al *five-a-day* è più frequente nelle ASP di Agrigento e Messina, mentre nelle ASP di Caltanissetta, Siracusa e Catania è un'abitudine poco seguita.

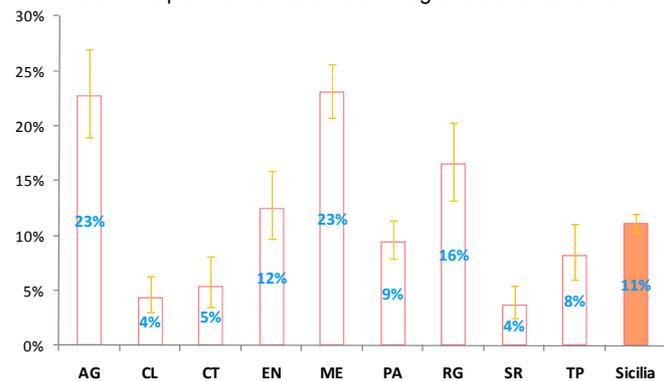
In Italia, 1 adulto su 10 aderisce al *five-a-day*, si osserva un gradiente Nord-Sud, con una più bassa adesione prevalentemente tra i residenti delle Regioni del centro e Sud Italia ad eccezione della Sicilia. Ad eccezione dei picchi registrati nel 2013 e nel 2018, cresce complessivamente nel tempo la quota di persone che aderiscono al *five-a-day*.

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



Adesione al *five-a-day*

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2015-18



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

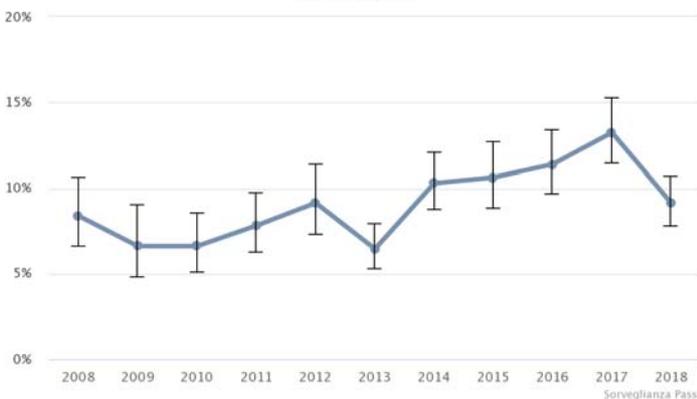
Passi 2015-2018



Sorveglianza Passi

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

Passi 2008-2018



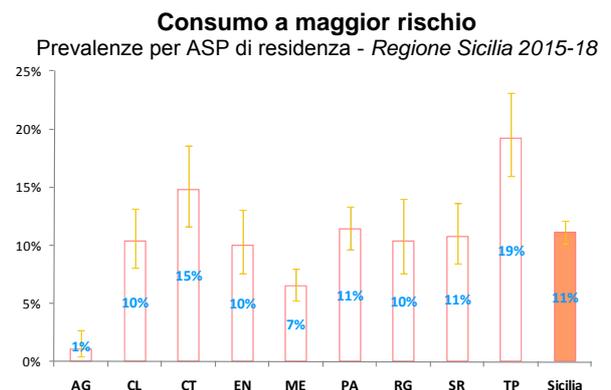
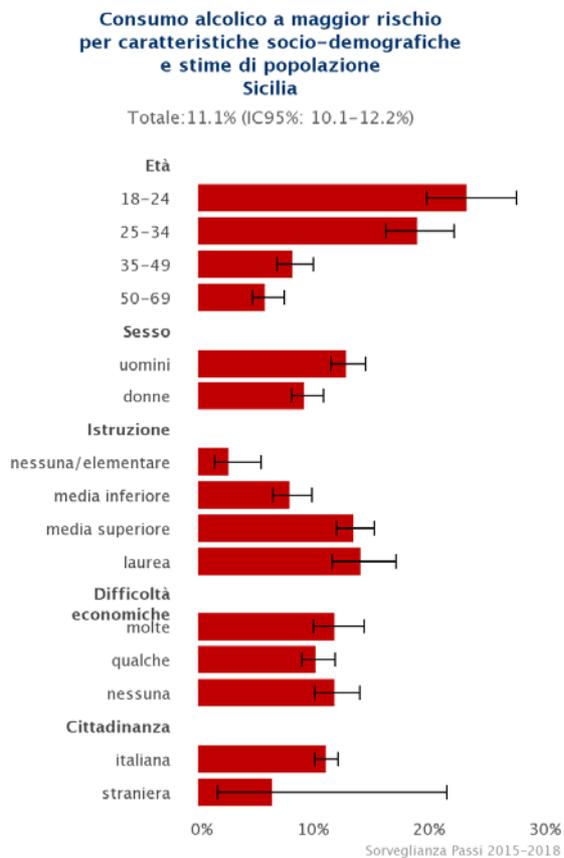
Consumo di alcol

In Sicilia nel quadriennio 2015-2018, il 44% dei 18-69enni ha consumato almeno una bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni, il 6% di coloro che consumano alcol lo beve esclusivamente o prevalentemente fuori pasto, l'1% dei bevitori è un consumatore abituale elevato, il 6% degli intervistati è un consumatore binge.

Consumo a maggior rischio

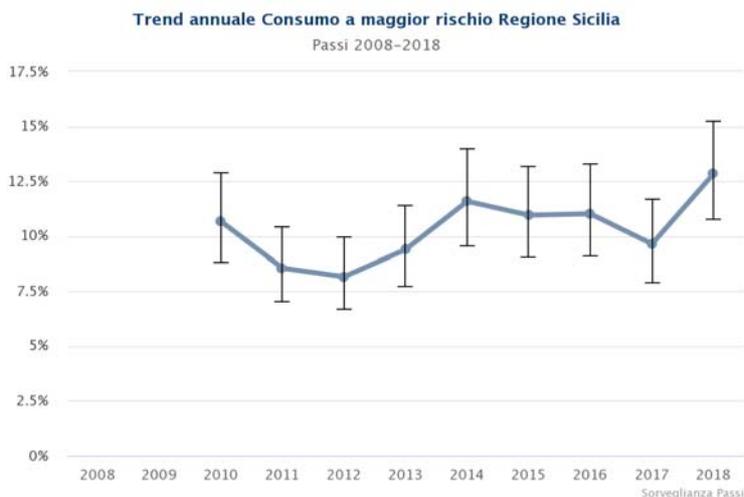
L'11% dei 18-69enni siciliani, è un consumatore di alcol a "maggior rischio" perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.

Il consumo di alcol a maggior rischio è un comportamento più frequente tra i giovani (diminuisce al crescere dell'età passando dal 23% nei 18-24enni al 6% nei 50-69enni), tra gli uomini (13% vs 9%), e tra fra coloro che hanno conseguito la laurea (14% vs 3% fra chi non possiede nessun titolo di studio/licenza elementare).



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

Il 17% della popolazione adulta italiana è classificabile come bevitore a maggior rischio. La distribuzione del consumo alcolico a maggior rischio mostra un gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali, in Umbria, nelle Marche, nel Molise e in Sardegna.



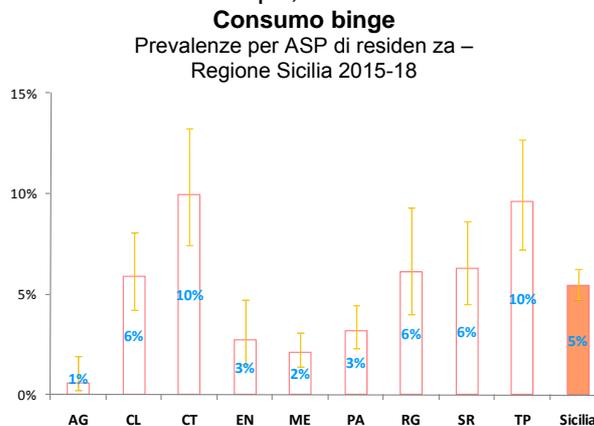
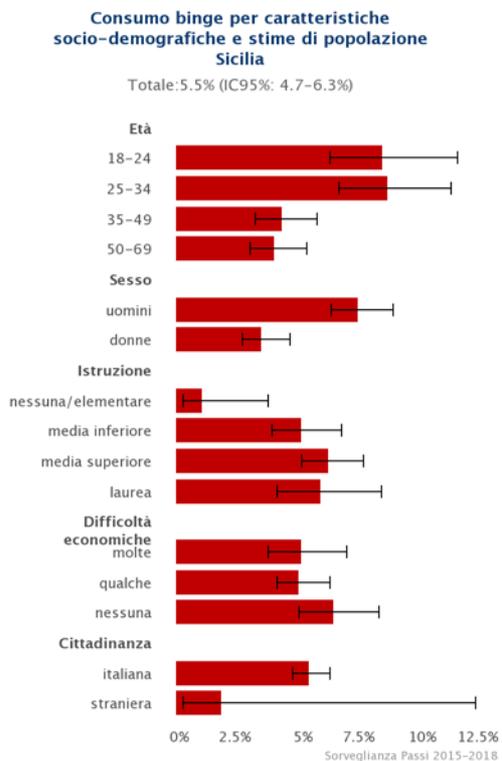
Si evidenzia un andamento piuttosto variabile delle percentuali di consumatori a maggior rischio nel periodo 2008-2018.

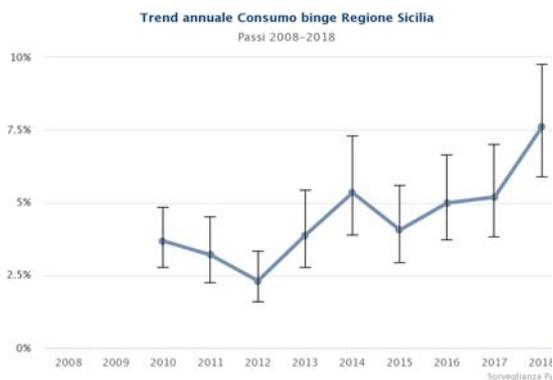
Consumo binge

In Sicilia il 6% (9% in Italia) della popolazione adulta è classificabile come consumatore binge. Il consumo binge è più frequente nelle classi dei 18-24enni e dei 25-34enni, negli uomini, e in coloro che sono socialmente più avvantaggiati, senza difficoltà economiche o con un alto livello di istruzione.

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

La quota di consumatori binge, cresce complessivamente nel tempo, anche se non in modo continuo.



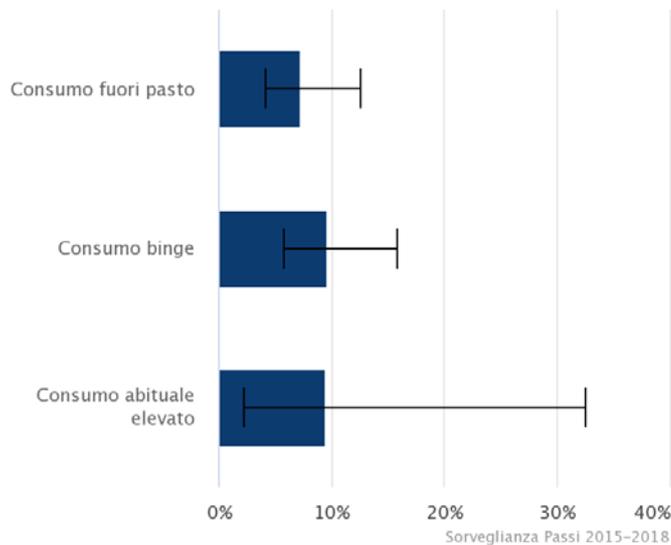


Solo il 7% dei bevitori a maggior rischio (6% dato nazionale) ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte del medico, hanno ricevuto il consiglio principalmente i consumatori binge (10%).

Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico per regione di residenza
Passi 2015-2018



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



Abitudine al fumo

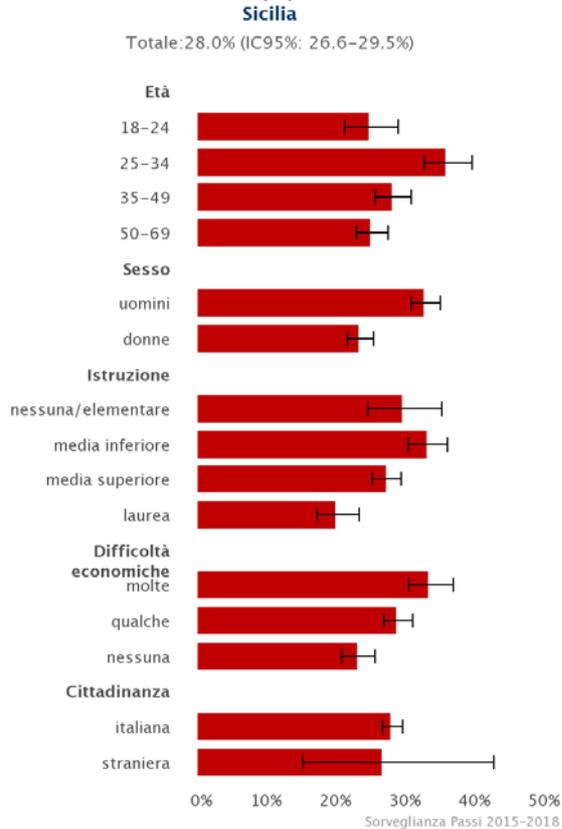
Il fumo di tabacco, oggi in Italia, costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. I fumatori in Sicilia sono il 28%, tra questi il 27% è un *fumatore quotidiano* in quanto fuma ogni giorno. In media un fumatore abituale fuma 12 sigarette al giorno. Il 59 dei 18-69enni siciliani non fuma, il 13% ha smesso di fumare.

Fumatori

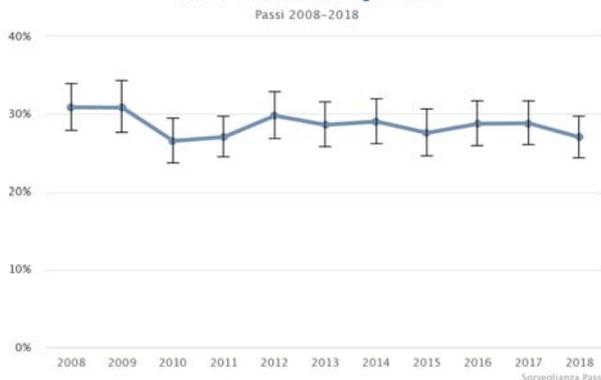
L'abitudine al fumo è più frequente nei 25 -34enni (36%), negli uomini (33% vs 23%), nelle persone con titolo di studio di media inferiore (33%), in quelle con molte difficoltà economiche (33%).

Fra le ASP regionali la quota di fumatori più bassa si osserva ad Agrigento, la quota più alta a Palermo. Nel Pool di ASL PASSI 2015-18 il 26% degli intervistati è fumatore, con un' evidente variabilità regionale. La prevalenza dei fumatori rimane sostanzialmente stabile nel periodo considerato

Fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

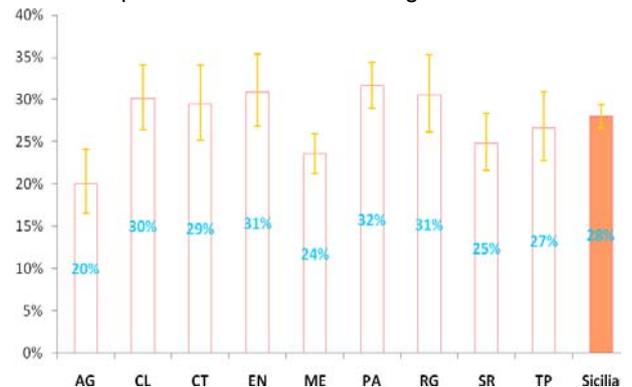


Trend annuale Fumatore Regione Sicilia



Fumatori

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2015-18



Fumatori per regione di residenza Passi 2015-2018



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

Sorveglianza Passi

* *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

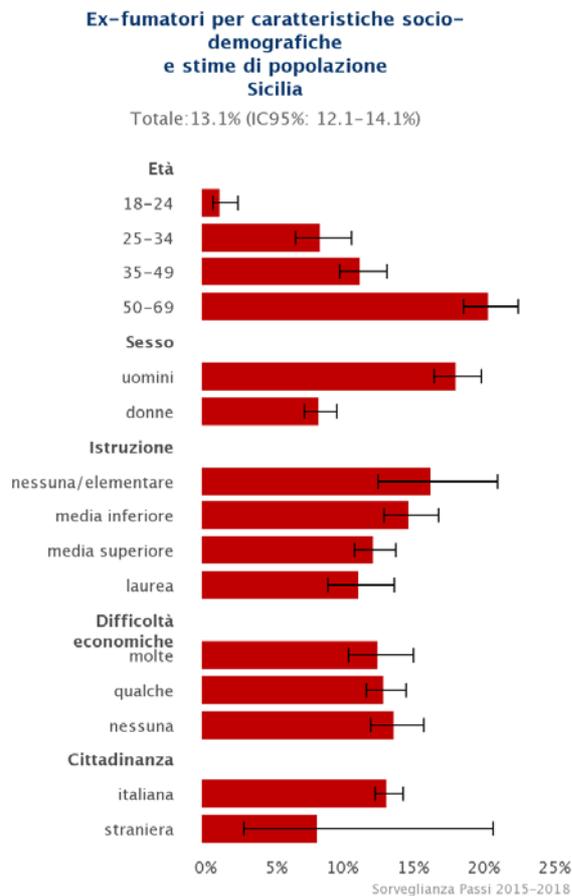
****Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

Ex- fumatori

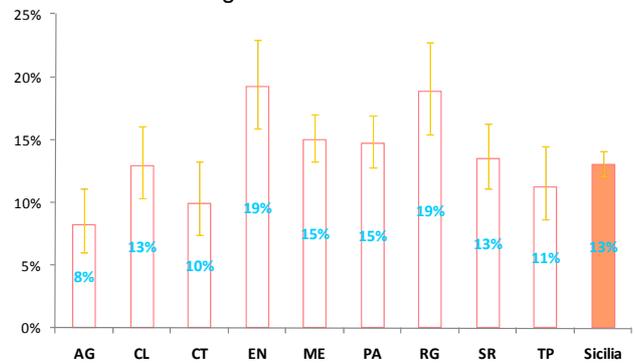
La percentuale di ex-fumatori aumenta al crescere dell'età raggiungendo il valore massimo (20%) nei 50-69enni, ed è più elevata negli uomini (18% vs 8%), e in coloro che hanno un titolo di studio basso (16% vs 11% di coloro che hanno conseguito la laurea).

In Sicilia le percentuali di ex fumatori variano dall' 8% di Agrigento al 19% di Enna e Ragusa.

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



Ex-Fumatori
Prevalenze per ASP di residenza –
Regione Sicilia 2015-18



Ex Fumatori per regione di residenza
Passi 2015-2018



Il 37% (38% valore nazionale) degli intervistati ha ricevuto domande sull' abitudine al fumo da parte di un medico operatore sanitario. In particolare, hanno ricevuto domande sulla propria abitudine il 62% dei fumatori, il 44% degli ex fumatori e il 23% dei non fumatori.

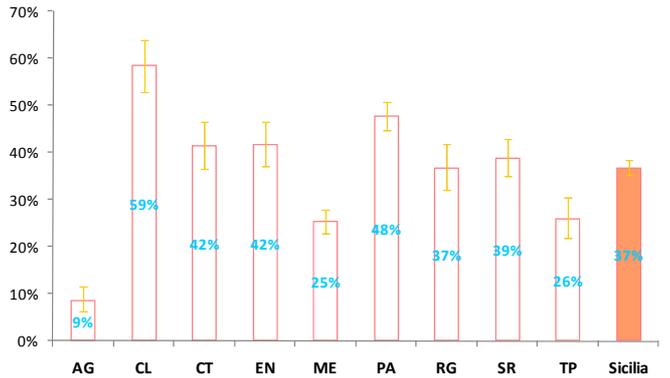
Tra le ASP della Sicilia si osserva una grande variabilità fra le percentuali di persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo: il range va dal 9% di Agrigento al 59% di Caltanissetta.

Chiesto se fuma per regione di residenza
Passi 2015-2018



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

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2015-18

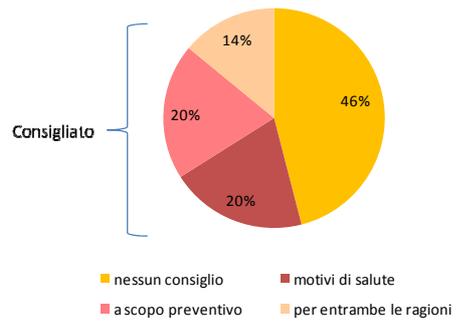


Al 54% dei fumatori (51% valore nazionale), è stato consigliato di smettere di fumare sia a scopo preventivo che per motivi di salute.

Fra le ASP siciliane, Agrigento risulta l'ASP con la percentuale più bassa di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare, Caltanissetta l'ASP con la percentuale più alta.

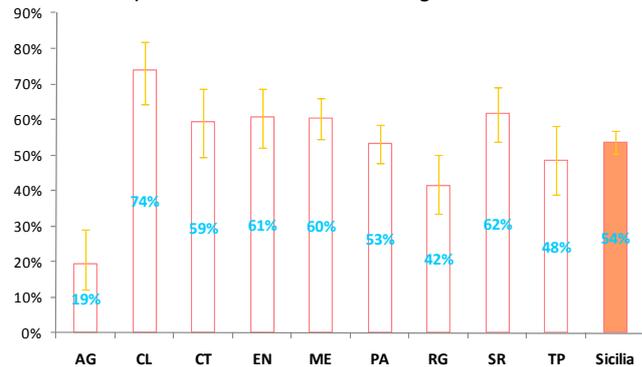
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

Regione Sicilia - Passi 2015-18*



Consiglio smettere di fumare

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2015-18



Consiglio smettere per regione di residenza
Passi 2015-2018



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

Smettere di fumare

Nel periodo 2015-18 il 35% (36% valore nazionale) dei fumatori ha tentato di smettere di fumare nei dodici mesi precedenti l'intervista, di questi soltanto il 9% è riuscito a smettere (ha smesso di fumare da 6 mesi o più), l'81% invece ha fallito il tentativo. L'82% di coloro che hanno smesso di fumare ha riferito di esserci riuscito da solo senza nessun ausilio, il 10% ha fatto ricorso all'utilizzo della sigaretta elettronica.

Il tentativo di smettere di fumare è più frequente fra i 18-34enni (37%), fra le donne (38%), fra coloro che non hanno nessun titolo di studio o la licenza elementare (39%) e fra coloro che hanno molte difficoltà economiche (39%). Nel periodo 2008-2018 si osserva una riduzione, seppur non costante, delle persone che tentano di smettere di fumare.

Tentativo di smettere di fumare per regione di residenza

Passi 2015-2018

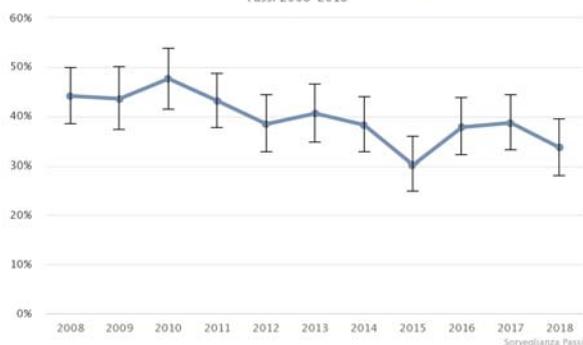


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

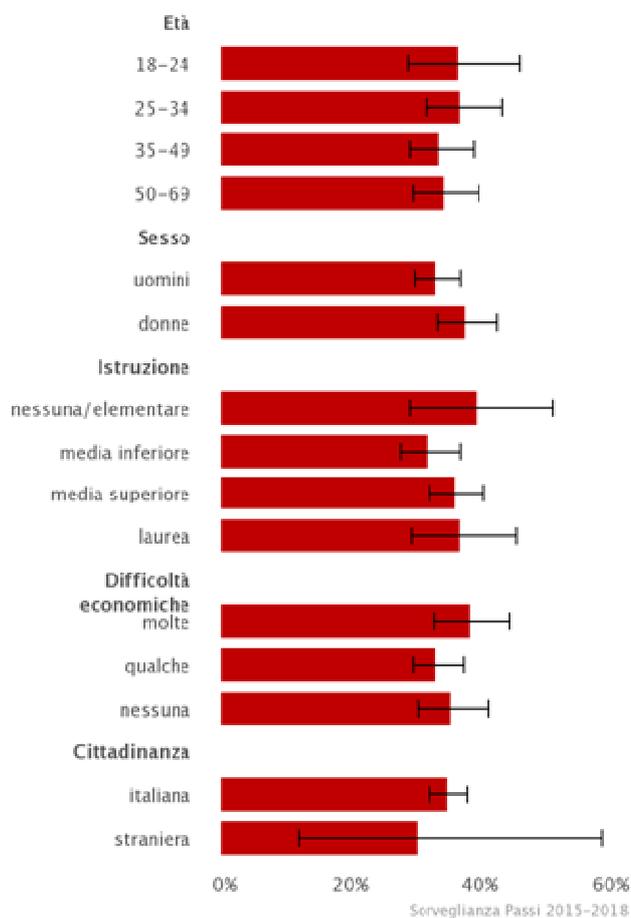
Trend annuale Tentativo di smettere di fumare Regione Sicilia

Passi 2008-2018



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

Totale: 35.1 (IC95% 32.3-38.0%)



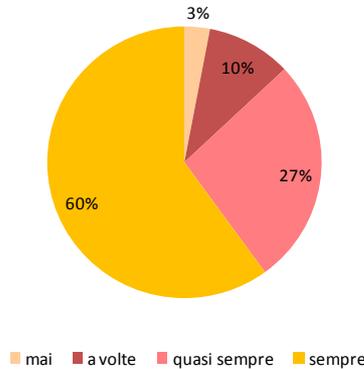
Sorveglianza Passi 2015-2018

Fumo passivo

Rispetto del divieto nei luoghi pubblici

In Sicilia nel periodo 2015-18 l'87% (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 2015-18*

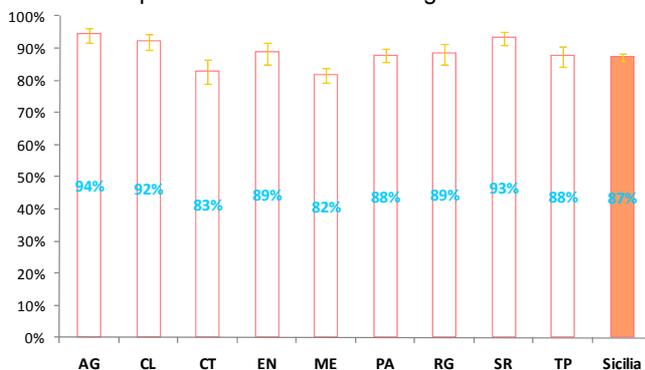


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

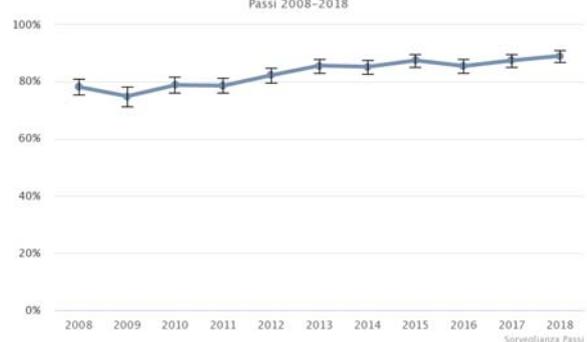
Tra le ASP siciliane il divieto di fumo nei luoghi pubblici viene rispettato maggiormente nelle province di Agrigento e Siracusa mentre a Messina e Catania tale divieto viene rispettato da meno persone. Il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici aumenta nel tempo.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2015-18



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



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici per regione di residenza

Passi 2015-2018



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

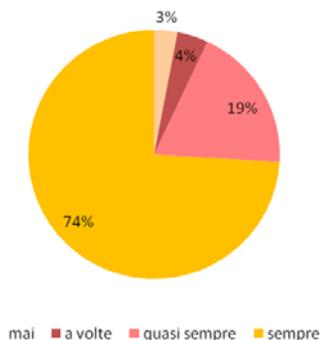
Sorveglianza Passi

Rispetto del divieto sul luogo di lavoro

Il 93% (uguale al dato nazionale) dei lavoratori intervistati nel quadriennio 2015-18 afferma che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre, il 3% invece mai. Tra le ASP siciliane nell'ASP di Ragusa si osserva la percentuale minore di lavoratori che percepiscono sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi di lavoro.

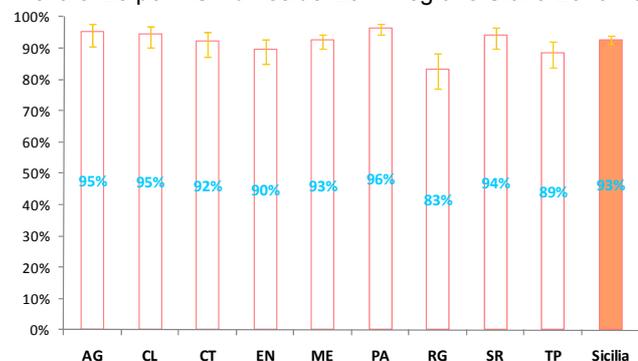
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Regione Sicilia- Passi 2015-18*



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2015-18



*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 2015-2018

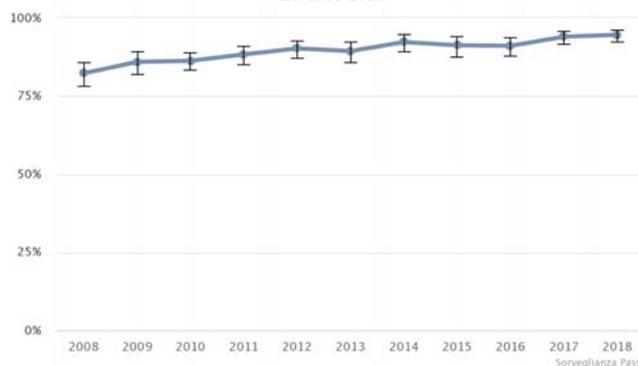


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

Passi 2008-2018



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

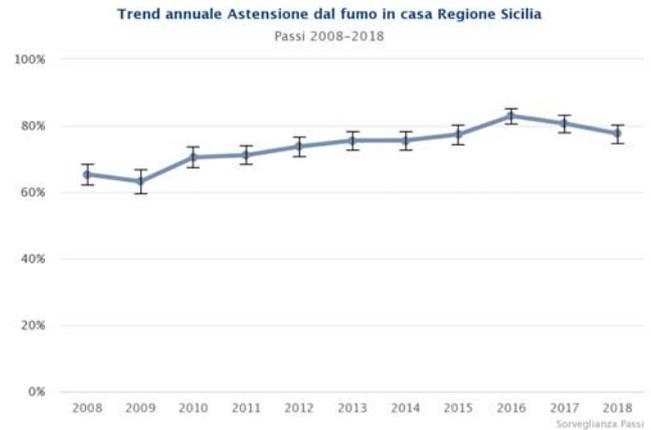
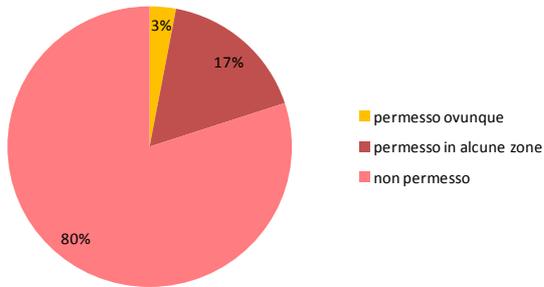
Astensione fumo in casa

In Sicilia, nel periodo 2015-18, l'80% (83% valore nazionale) degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa, tale percentuale sale all' 83% in caso di convivenza con minori di 14 anni.

L'astensione del fumo in casa cresce negli anni 2008-2016, tuttavia dal 2016 l'andamento del trend appare decrescente.

Astensione dal fumo nella propria abitazione

Regione Sicilia– Passi 2015-18



Astensione dal fumo in casa per regione di residenza
Passi 2015-2018



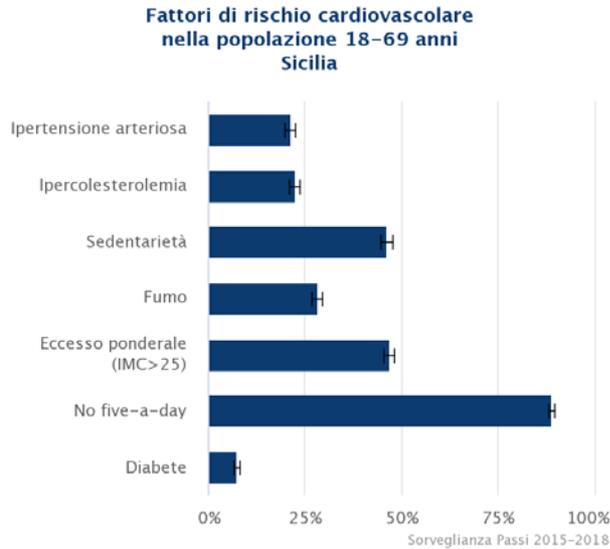
Sorveglianza Passi

Rischio cardiovascolare

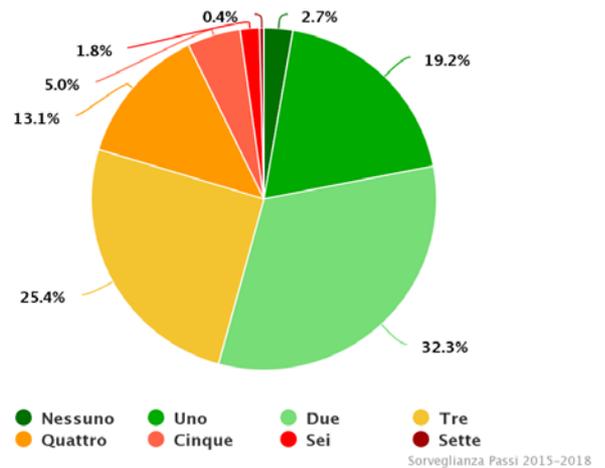
I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

I fattori di rischio più rilevanti, in Sicilia, risultano essere il non mangiare frutta e/o verdura 5 volte al giorno (89%), la sedentarietà (46%) e l'eccesso ponderale (47%).

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



Profili di rischio multifattoriale - Distribuzione percentuale Sicilia



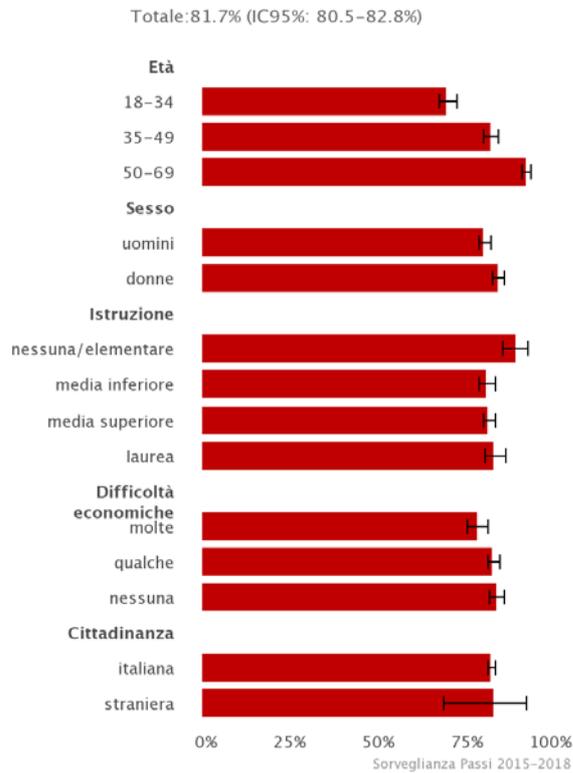
Iperensione arteriosa

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

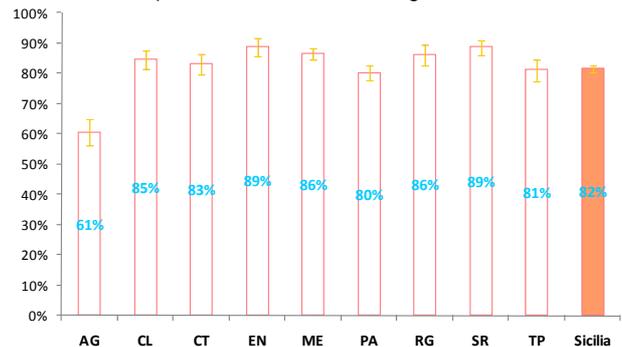
La misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più frequente al crescere dell'età (passa dal 69% nei 18-34enni al 92% nei 50-69enni), è più frequente nelle donne (84% vs 80%) e in coloro che hanno un livello di istruzione basso/nessuno.

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

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



**Personae a cui è stata misurata
la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)**
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2015-18



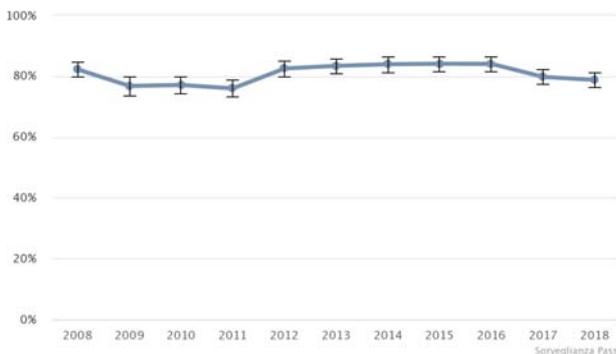
**Misurato pressione arteriosa negli ultimi
2 anni
per regione di residenza**
Passi 2015-2018



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

Sorveglianza Passi

**Trend annuale Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni Regione
Sicilia**
Passi 2008-2018



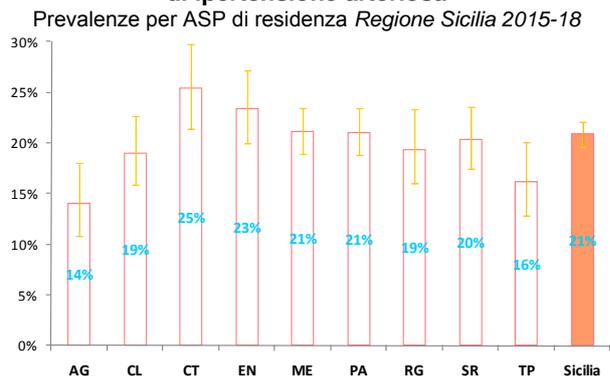
L'analisi su base annuale mostra un andamento del trend sostanzialmente stabile nel tempo.

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

Percentuali più elevate di ipertesi si osservano al crescere dell'età (2% nei 18-34enni vs 40% nei 50-69enni), negli uomini (22% vs 20%), nelle persone con nessun titolo di studio o licenza elementare (47%), in coloro che hanno molte difficoltà economiche (26%) e nelle persone con eccesso ponderale (32% vs 11%).

Le percentuali di ipertesi, fra le province regionali, variano dal 14% di Agrigento al 25% di Catania.

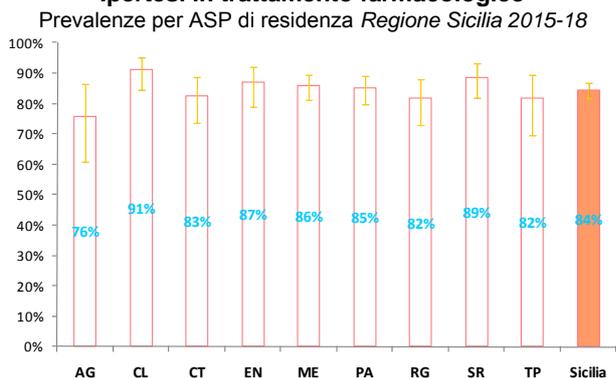
Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa



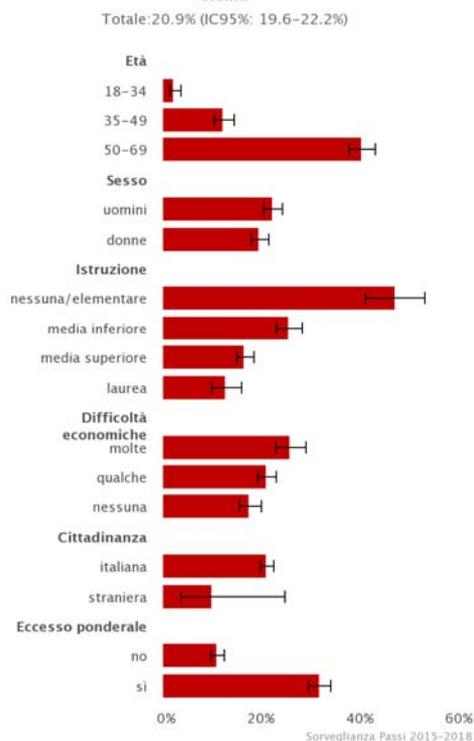
In Sicilia l'84 % degli ipertesi utilizza farmaci antipertensivi (80% valore nazionale). L'88% degli ipertesi ha ricevuto il consiglio dal proprio medico di ridurre il consumo di sale, l'81% di ridurre o mantenere il peso corporeo e il 79% di svolgere regolare attività fisica.

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

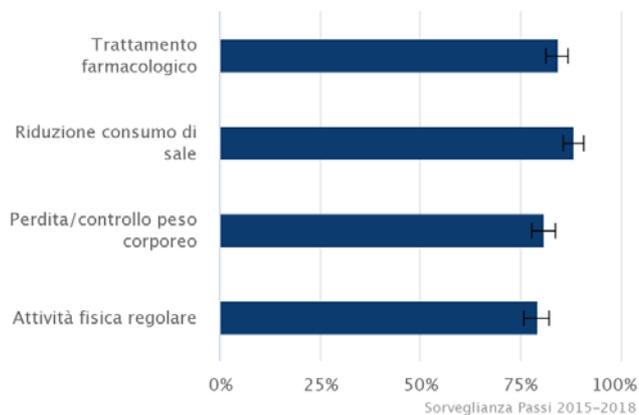
Ipertesi in trattamento farmacologico



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



Trattamento dell'ipertensione Percentuali per trattamento/conseglio ricevuto Sicilia



Ipercolesterolemia

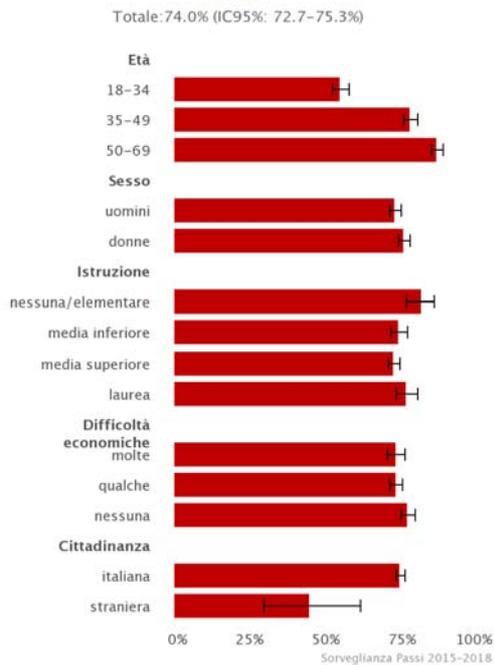
Il 74% (79% valore nazionale) degli intervistati riferisce di aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita, in particolare il 49% lo ha misurato nel corso dell'ultimo anno, il 16% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista, il 9% da oltre 2 anni.

Il 26% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

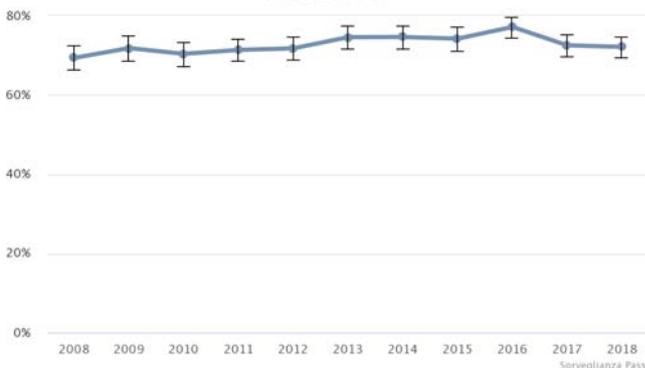
La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età e in chi ha un titolo di studio basso. In Sicilia la percentuale di persone a cui è stata misurata la colesterolemia varia dal 68% di Agrigento e Palermo all'85% Siracusa.

Negli anni 2008-2016 aumenta la quota di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita, negli anni 2017-2018 invece la misurazione della colesterolemia risulta meno frequente

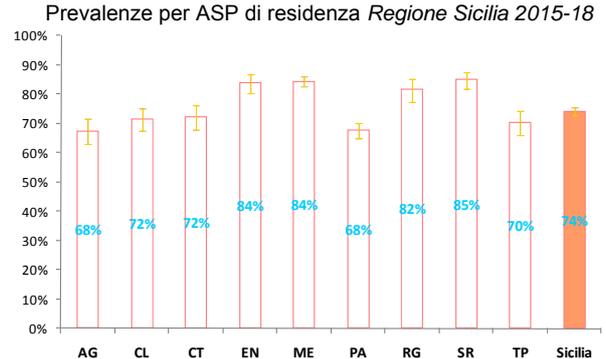
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Trend annuale Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita Regione Sicilia Passi 2008-2018



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



Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita per regione di residenza Passi 2015-2018



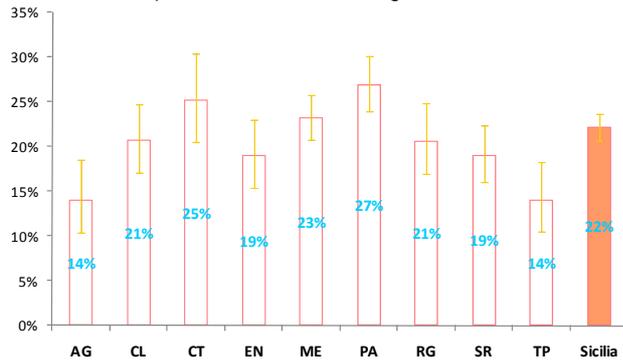
Sorveglianza Passi

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

L'ipercolesterolemia risulta più frequente al crescere dell'età (8% nei 18-34enni vs 35% nei 50-69enni), nelle persone con basso livello di istruzione (39%), in quelle con molte difficoltà economiche (25%) e nelle persone in eccesso ponderale (29% vs 15%). In Sicilia Agrigento risulta la provincia con una quota minore di ipercolesterolemici, Palermo la provincia con la quota maggiore.

Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

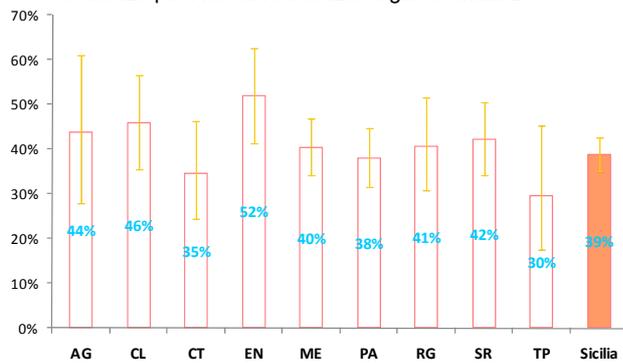
Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2015-18



Il 39% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue è in trattamento farmacologico (35% valore nazionale). Il confronto tra le ASP regionali non evidenzia differenze significative, fra le percentuali di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemici in trattamento farmacologico

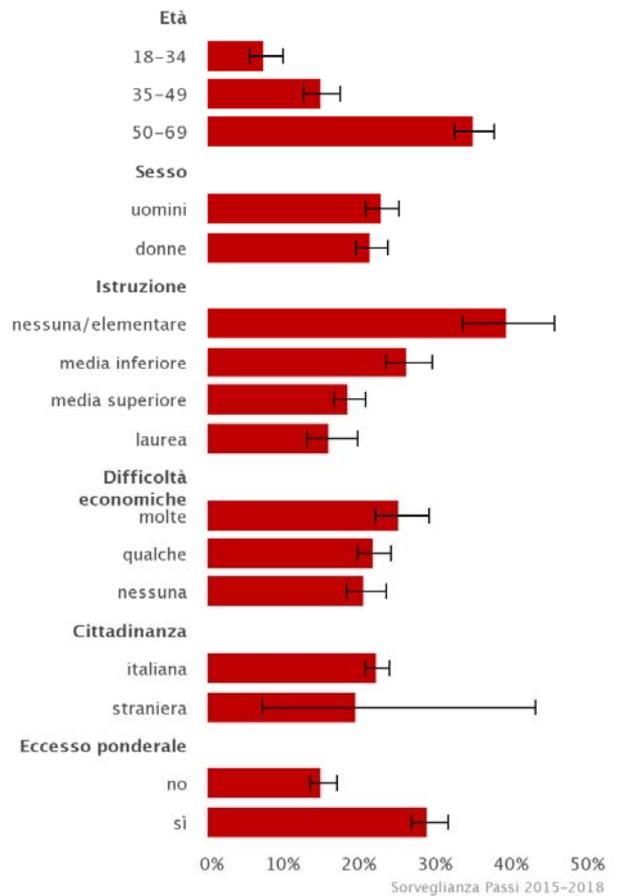
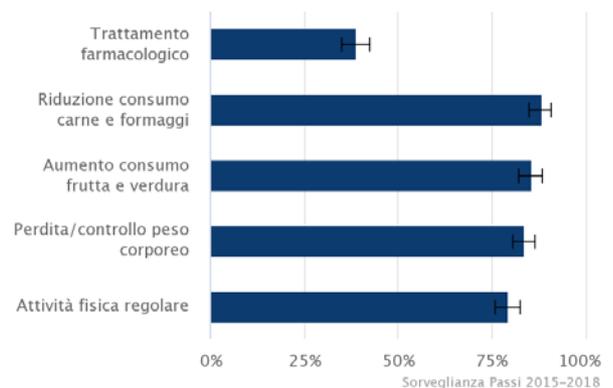
Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2015-18



Gli ipercolesterolemici hanno ricevuto da parte dal medico il consiglio di ridurre il consumo di carne e formaggi (88%), di aumentare il consumo di frutta e verdura (85%), di ridurre o controllare il proprio peso (84%) e di svolgere regolare attività fisica (79%).

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

Totale: 22.2% (IC95%: 20.7-23.7%)

**Trattamento dell'ipercolesterolemia Percentuali per trattamento/consegno ricevuto Sicilia**

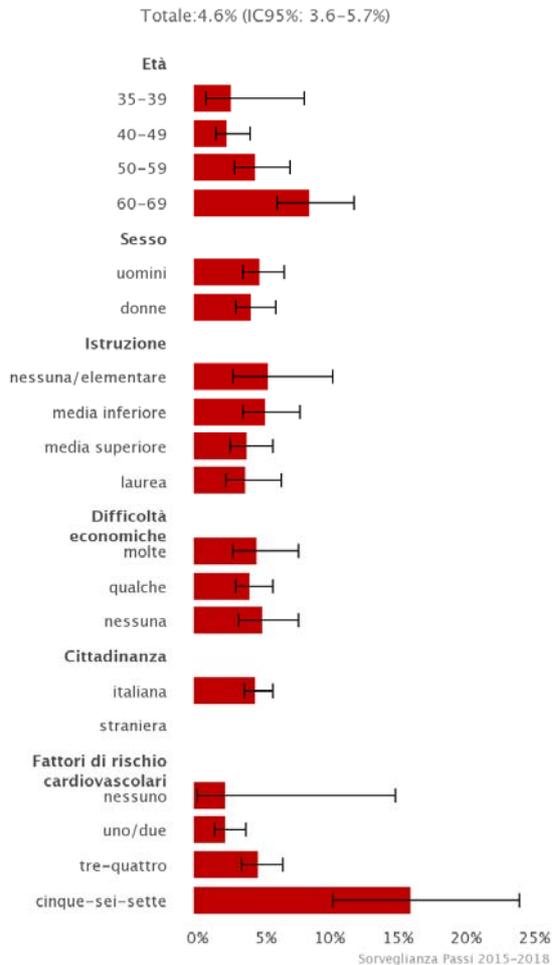
Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

In Sicilia, come in Italia 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 (9%), fra coloro che hanno almeno un titolo di scuola media inferiore e fra coloro che hanno 5 o più fattori di rischio cardiovascolari (16%).

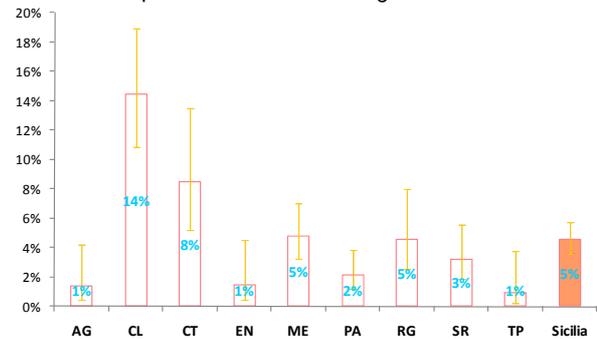
Nella provincia di Caltanissetta si osserva la quota più alta di adulti che hanno effettuato la valutazione del rischio cardiovascolare attraverso la carta.

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



Calcolo del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)

Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2015-18



Calcolo rischio cardiovascolare per regione di residenza

Passi 2015-2018



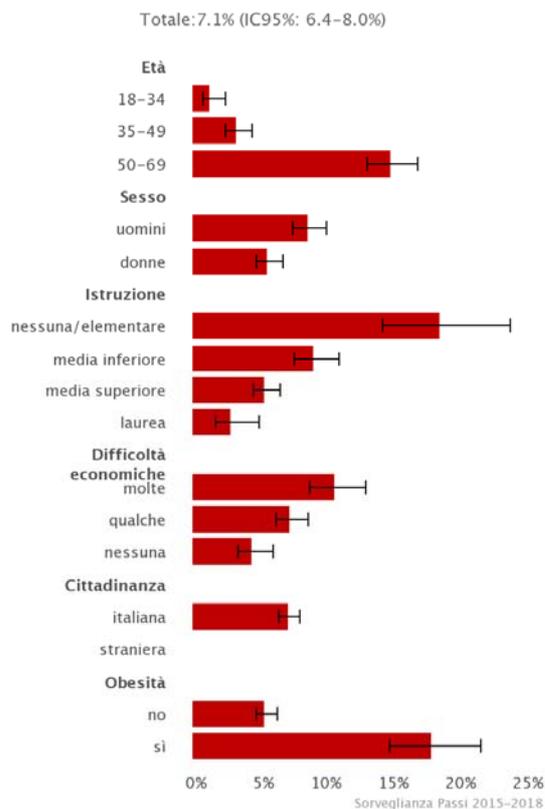
● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

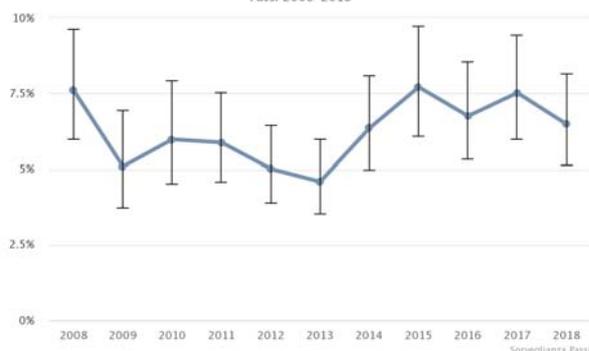
Diabete

Il 7% dei 18-69enni intervistati ha riferito una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici, cresce con l'età (è circa l'1% nelle persone di 18-34 anni e raggiunge il 15% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini che fra le donne (9% vs 6%), nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche, e negli obesi (18% vs 6%). Fra le province siciliane non si evidenziano differenze significative fra le prevalenze di adulti diabetici. In Italia il 5% della popolazione adulta di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete. La prevalenza di persone con diabete mostra una discreta variabilità nel tempo.

Diabete per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

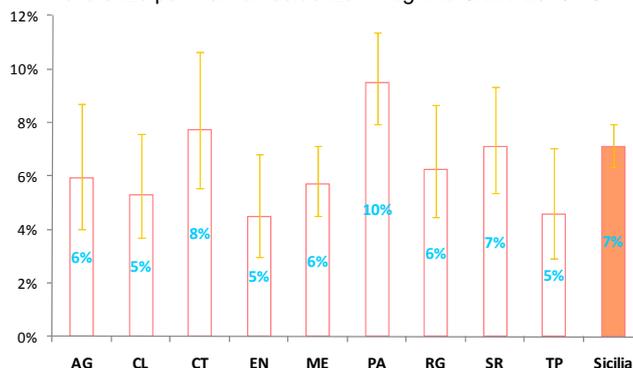


Trend annuale Diabete Regione Sicilia
Passi 2008-2018



Diabete

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2015-18



Diabete per regione di residenza

Passi 2015-2018

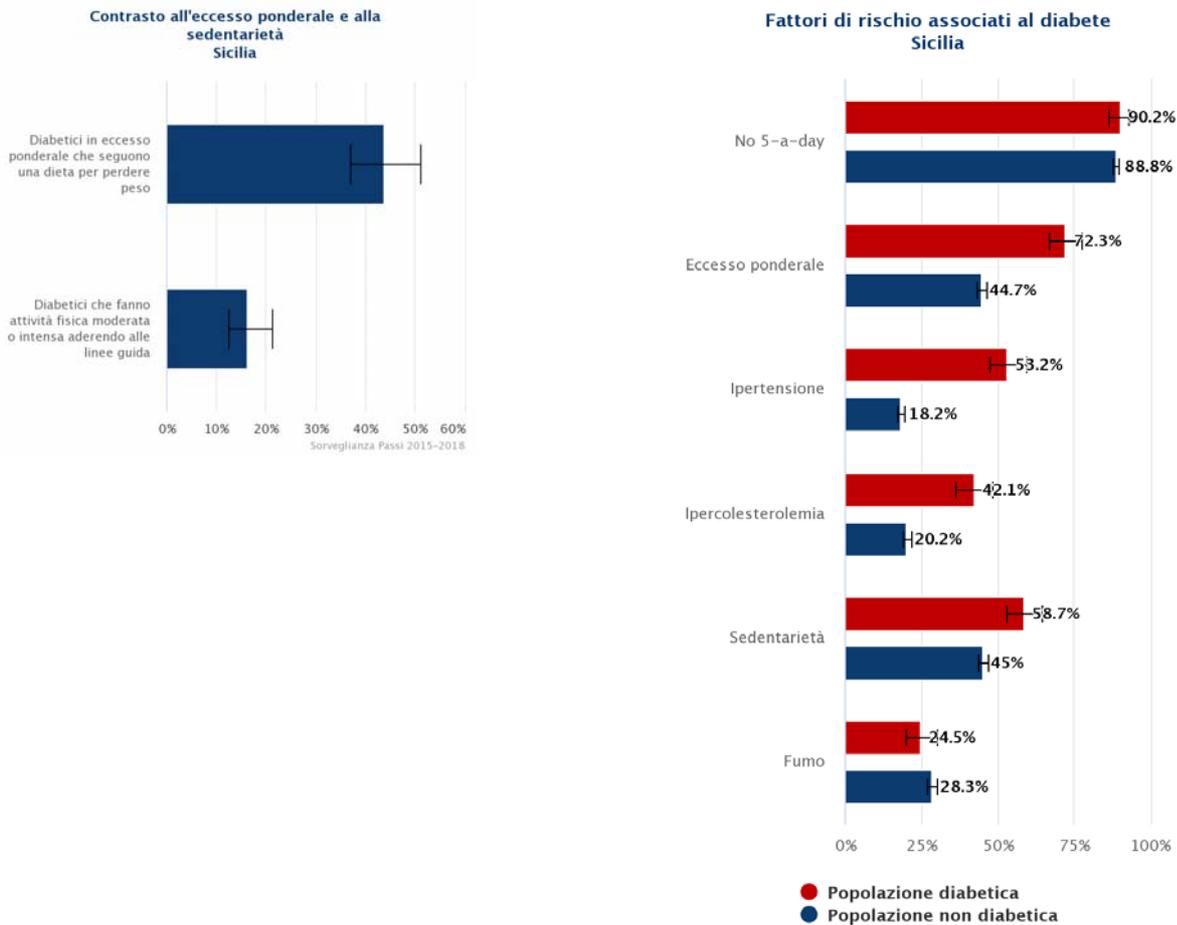


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

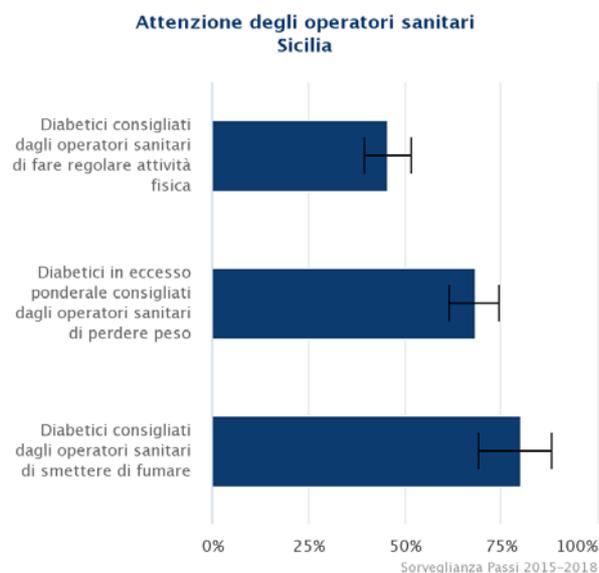
Sorveglianza Passi

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

Seguire un regime alimentare controllato e svolgere regolare attività fisica rappresentano azioni efficaci per contrastare il diabete. In Sicilia, il 44% dei diabetici in eccesso ponderale segue una dieta e il 16% dei diabetici svolge un'attività fisica moderata o intensa.



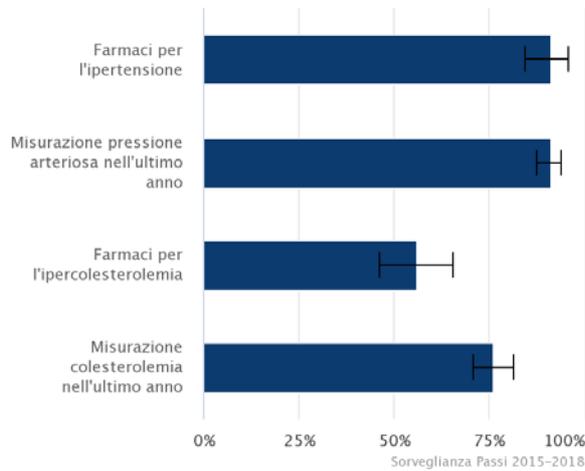
Il 46% dei diabetici ha ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio da parte di un operatore sanitario di svolgere regolare attività fisica, il 68% dei diabetici in eccesso ponderale ha ricevuto il suggerimento di perdere peso e il 80% dei diabetici fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.



Il 91% di persone con diabete ha misurato la pressione arteriosa nell'ultimo anno, e il 76% di aver controllato il colesterolo una volta nella vita. Tra i diabetici ipertesi, il 91% è in trattamento

farmacologico per la pressione arteriosa, mentre il 56% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

Monitoraggio e terapia dei principali fattori di rischio cardiovascolare Sicilia

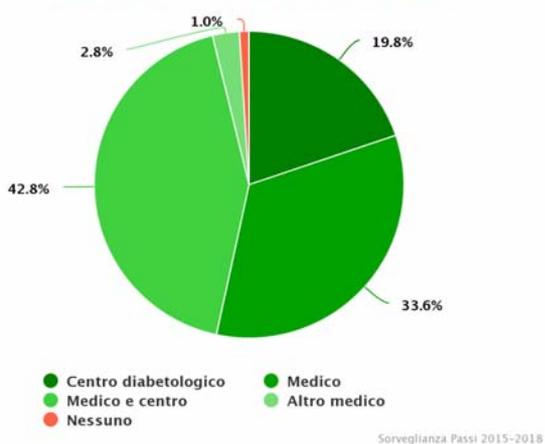


Dal 2011 Passi raccoglie le informazioni sul monitoraggio metabolico e la terapia di persone con diabete dai quali si evidenzia che il 20% è seguito principalmente dal centro diabetologico, il 34% dal medico di medicina generale, il 43% da entrambi. L'1% riferisce di non essere seguito da nessuno.

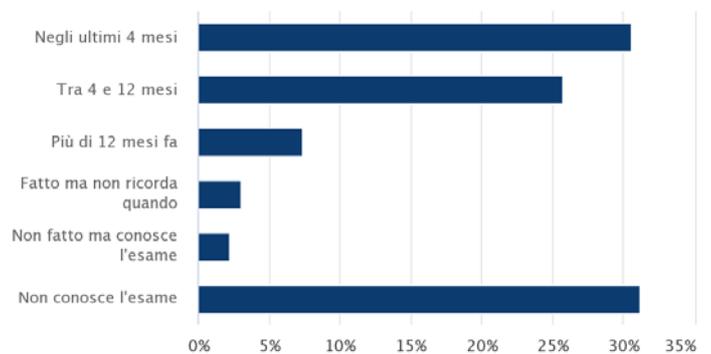
Il 26% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata tra i 4 e i 12 mesi prima dell'intervista, il 31% negli ultimi 4 mesi. Il 31% dei diabetici non conosce l'esame.

Il 70% delle persone con diabete utilizza gli ipoglicemizzanti orali come trattamento farmacologico per il controllo del diabete, il 31% adopera invece l'insulina.

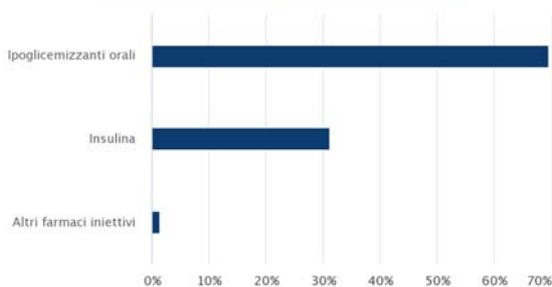
Presa in carico delle persone con diabete - Sicilia



Emoglobina glicata (HbA1c) - Sicilia



Trattamento farmacologico del diabete - Sicilia



Dispositivi per la sicurezza stradale

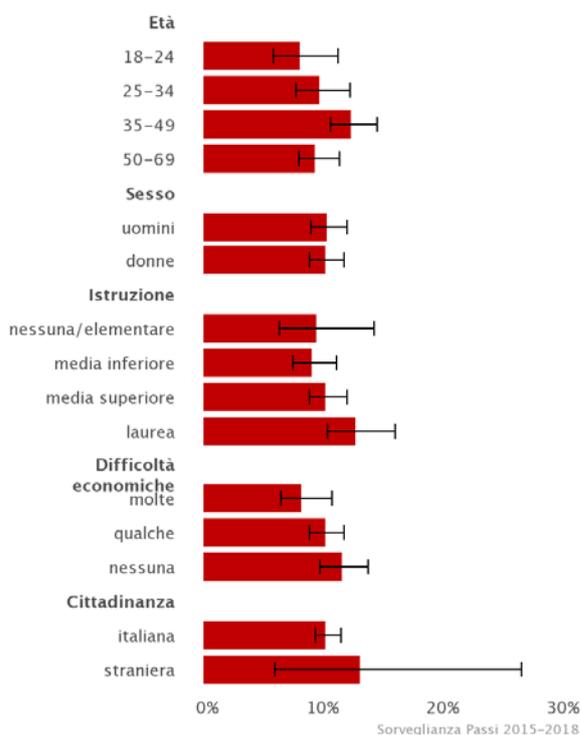
Nel quadriennio 2015-2018, l'80% degli intervistati che hanno viaggiato in auto ha utilizzato sempre la cintura anteriore, il 94% di coloro che hanno utilizzato la moto hanno indossato sempre il casco.

L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo 1 su 10 la usa sempre.

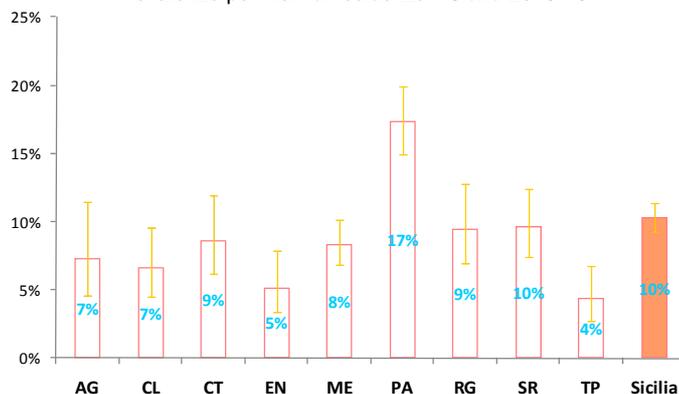
L'uso della cintura posteriore sempre è più frequente fra i 35-49enni (12%), fra i laureati (13%) e fra coloro che non hanno nessuna difficoltà economica (12%).

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

Totale: 10.3% (IC95%: 9.3-11.3%)



Uso cintura posteriore sempre
Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2015-18



Uso cintura posteriore sempre per regione di residenza

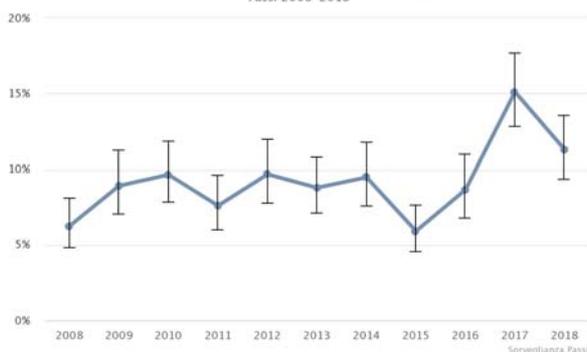
Passi 2015-2018

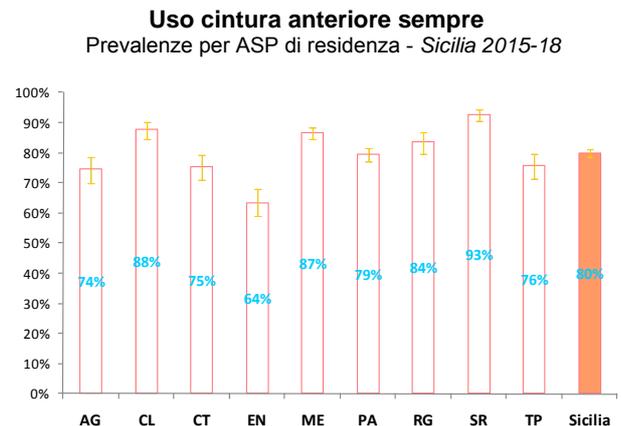
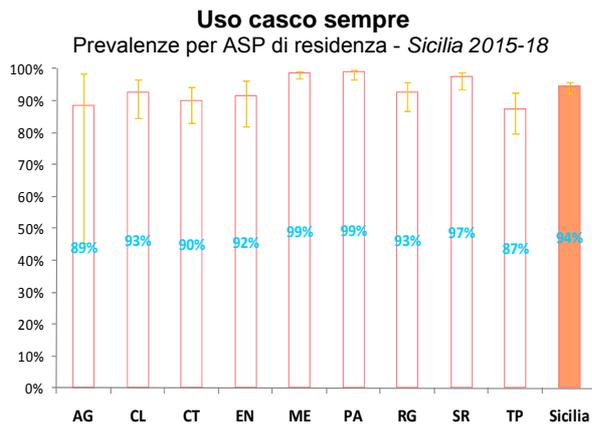


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Trend annuale Uso cintura posteriore sempre Regione Sicilia
Passi 2008-2018





Fra le province siciliane l'utilizzo del casco tra i motociclisti varia dall' 87% di Trapani al 99% di Messina e Palermo.

Le percentuali di adulti che viaggiano in auto e indossano la cintura anteriore sempre variano dal 64% di Enna al 93% di Siracusa.

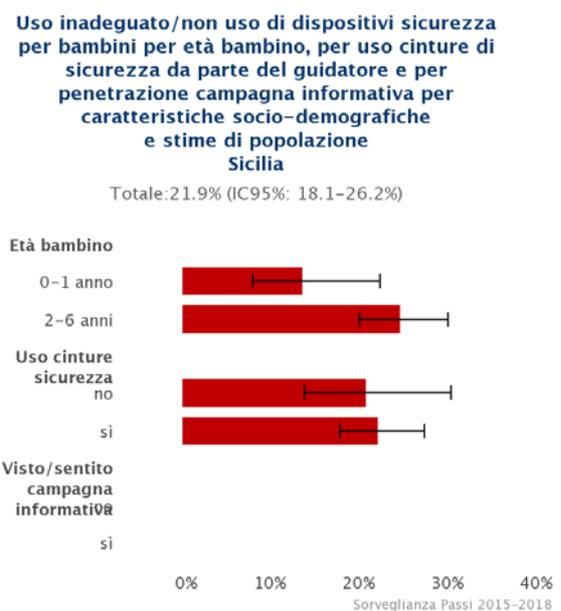
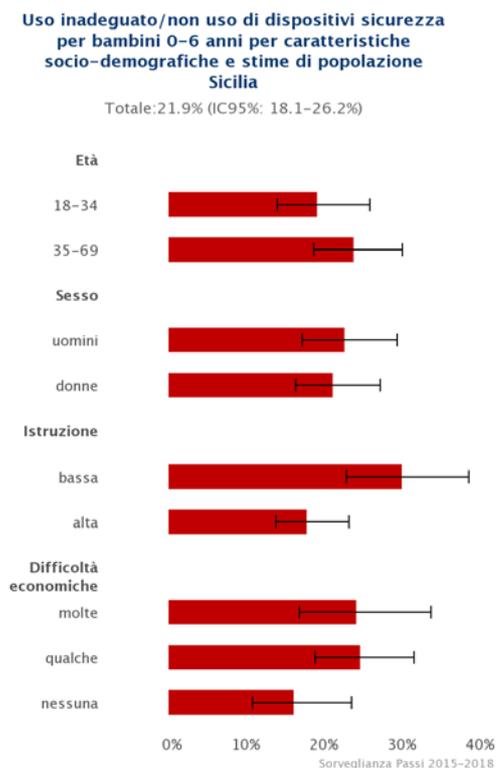
Palermo risulta la provincia siciliana con la quota più alta (17%) di persone che utilizzano la cintura posteriore sempre, Trapani invece quella con la quota più bassa (4%).

Si osserva una certa variabilità nell' utilizzo della cintura posteriore negli anni 2008-2018..

In Italia il 21% degli intervistati dichiara indossa sempre la cintura posteriore, ma si evidenzia che nelle regioni del Nord tale utilizzo è molto più diffuso rispetto alle regioni del Centro-Sud.

In Sicilia, il 22% (20% in Italia) di coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, dichiara o di avere difficoltà o di non utilizzare o addirittura di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino.

Il non utilizzo o l'utilizzo "inadeguato" dei seggiolini/adattatori per il trasporto dei bambini in auto è più frequente fra i 35-69enni (24%), fra chi ha un'istruzione bassa (30%), fra chi ha qualche (25%) o molte (24%) difficoltà economiche, fra coloro che viaggiano con bimbi dai 2 ai 6 anni (25%) rispetto a quelli che hanno bambini di 0-1 anno (14%).



Uso inadeguato/non uso di dispositivi
sicurezza per bambini 0-6 anni
per regione di residenza
Passi 2015-2018



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

Sorveglianza Passi

Guida sotto l'effetto dell'alcol

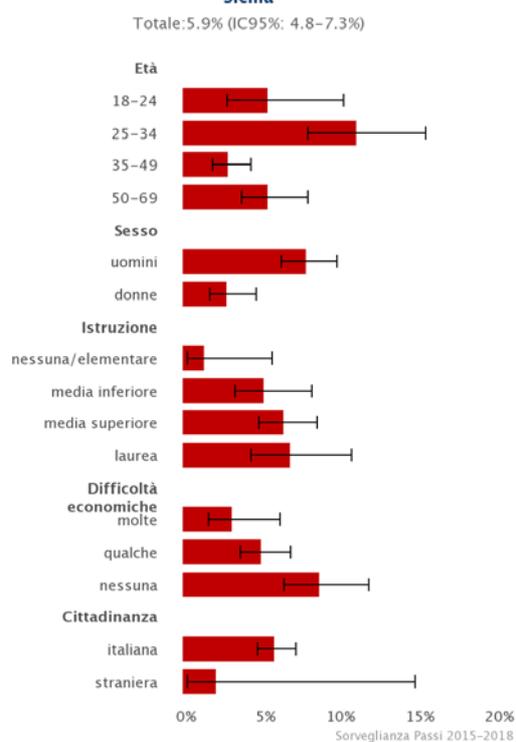
In Sicilia il 6% dei conducenti ha guidato sotto l'effetto dell'alcol nei 30 giorni prima dell'intervista avendo assunto due o più unità alcoliche un'ora prima di essersi messi alla guida, mentre il 3% del campione regionale ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più frequente nei 25-34enni (11%), negli uomini (8% vs 3%), e nelle persone socialmente più avvantaggiate, senza difficoltà economiche o con un alto livello di istruzione. Fra le province siciliane si osserva una grande variabilità fra le prevalenze di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol: il range va dallo 0% di Agrigento al 13% di Trapani.

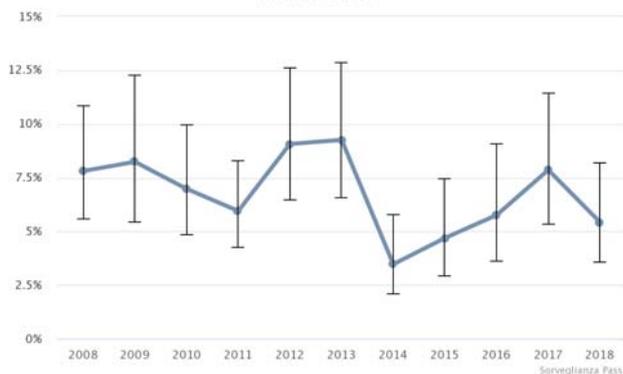
In Italia, il 7% degli intervistati ha guidato sotto l'effetto dell'alcol. Non ci sono differenze significative tra le Regioni.

Si osserva una certa variabilità annuale nelle prevalenze di soggetti che guidano sotto l'effetto dell'alcol.

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

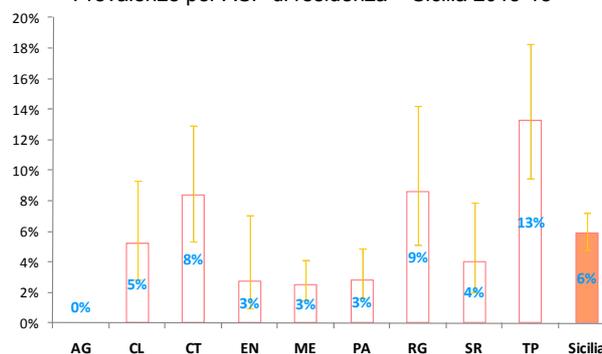


Trend annuale Guida sotto effetto alcol Regione Sicilia
Passi 2008-2018



Guida sotto l'effetto dell'alcol

Prevalenze per ASP di residenza – Sicilia 2015-18



Guida sotto effetto alcol per regione di residenza

Passi 2015-2018



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

Sorveglianza Passi

Tra coloro che hanno subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine, l'8% (9% a livello nazionale) è stato sottoposto all'etilotest. Questo controllo è stato effettuato prevalentemente nei più giovani: il 19% dei 18-24enni e il 13% dei 25-34enni è stato sottoposto all'etilotest, mentre soltanto l'1% dei 50-69enni ha riferito di aver effettuato questo controllo.

Sicurezza domestica

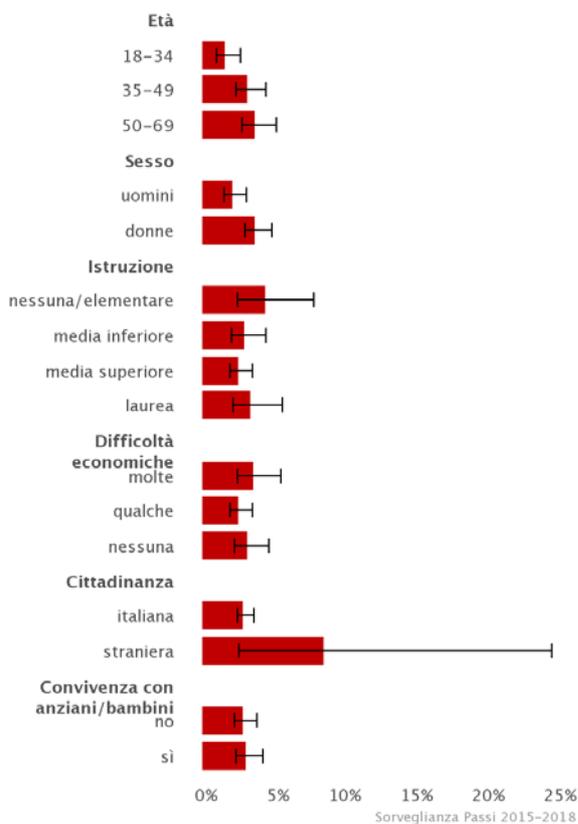
In Sicilia solo il 3% (6% dato nazionale) degli intervistati considera il rischio di infortunio domestico alto o molto alto.

La consapevolezza del rischio di infortunio domestico aumenta al crescere dell'età (passando dal 2% nei 18-34enni al 4% nei 50-69enni), è maggiore nelle donne (4% vs 2%) e in coloro che non hanno nessun titolo di studio o la licenza elementare. Non emergono differenze significative fra le province siciliane, il range va dall'1% di Agrigento al 5% di Catania ed Enna.

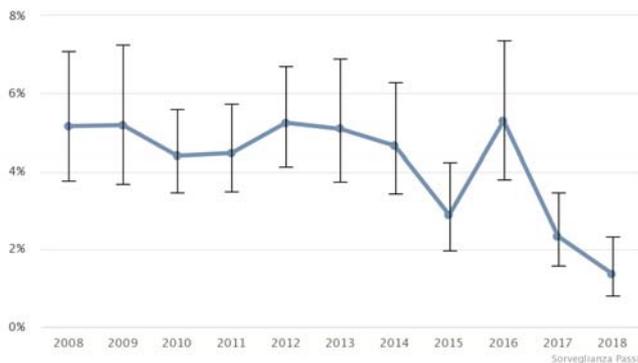
Durante gli anni interessati, si osserva una riduzione, seppur non costante, della consapevolezza del rischio di infortunio domestico.

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

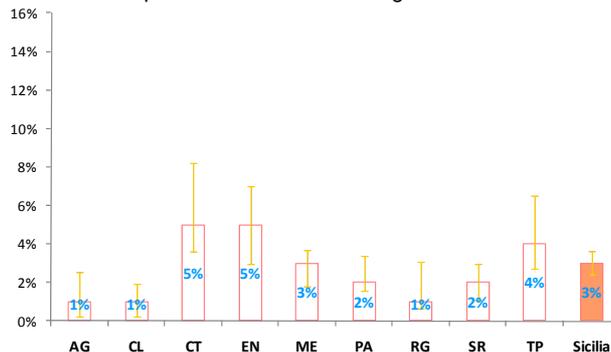
Totale: 3.0% (IC95%: 2.4-3.6%)



Trend annuale Consapevolezza del rischio di infortunio domestico Regione Sicilia Passi 2008-2018



Consapevolezza del rischio di infortunio domestico Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2015-18



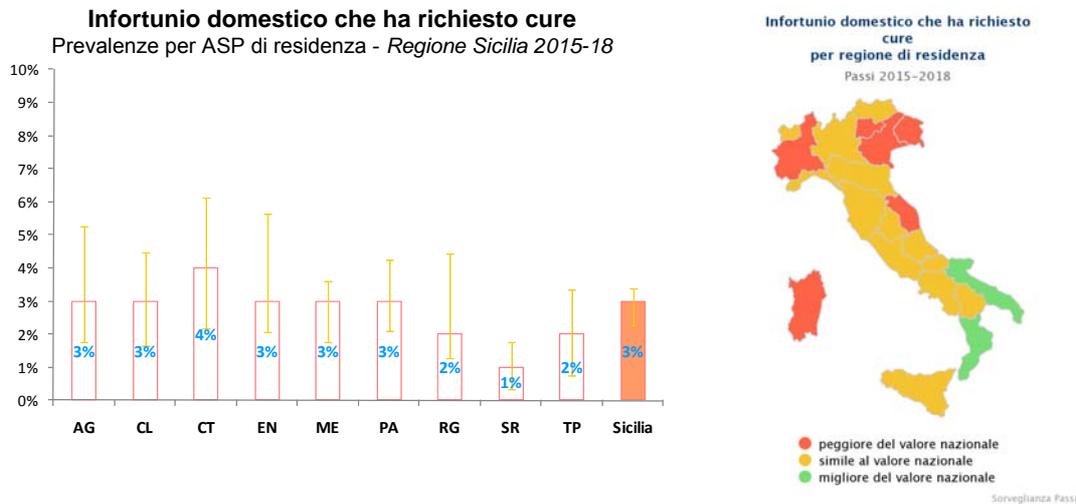
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza Passi 2015-2018



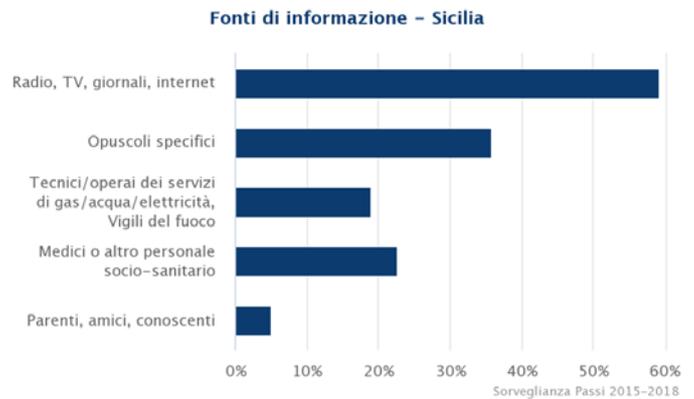
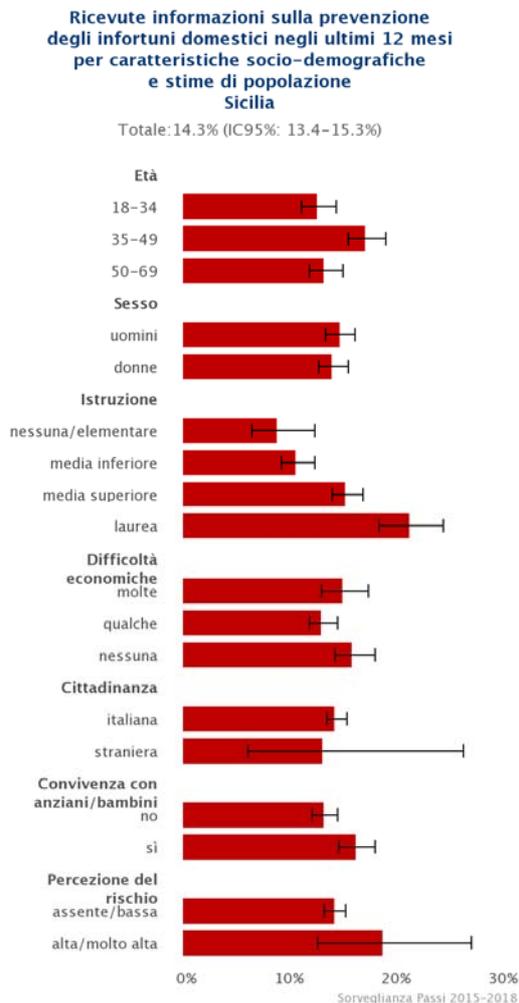
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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



Il 14% dei 18-69enni ha ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici. Le informazioni le hanno ricevute soprattutto i 35-49enni (17%), le persone laureate (21%), chi convive con bambini e/o anziani (16%) e chi ha una concezione del rischio alta o molto alta (19%). Coloro che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, le hanno ricevute prevalentemente da radio, TV, giornali, internet.



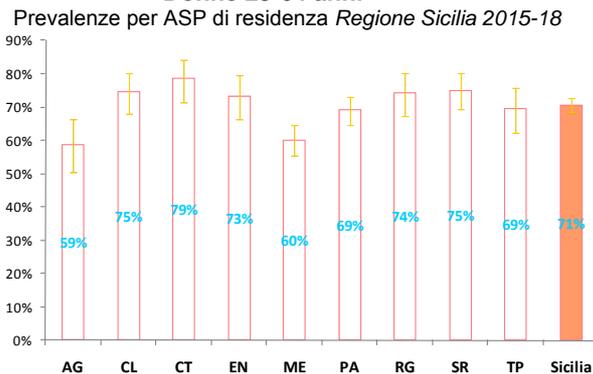
Screening cervicale

In Sicilia, il 71% delle 25-64enni ha eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida nazionali.

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

In Sicilia le percentuali di donne che hanno effettuato il test in accordo alle linee guida variano dal 60% di Messina al 79% di Catania

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



Copertura screening cervicale totale per regione di residenza

Passi 2015-2018

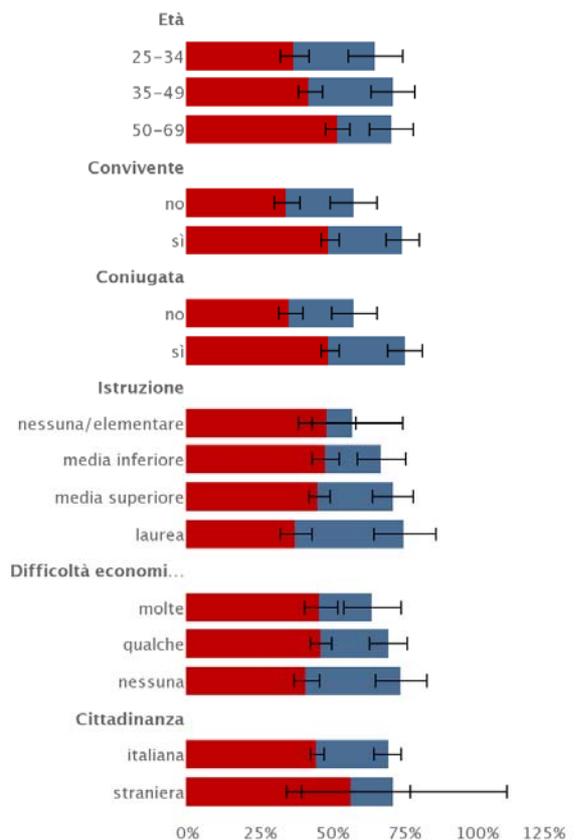


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

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

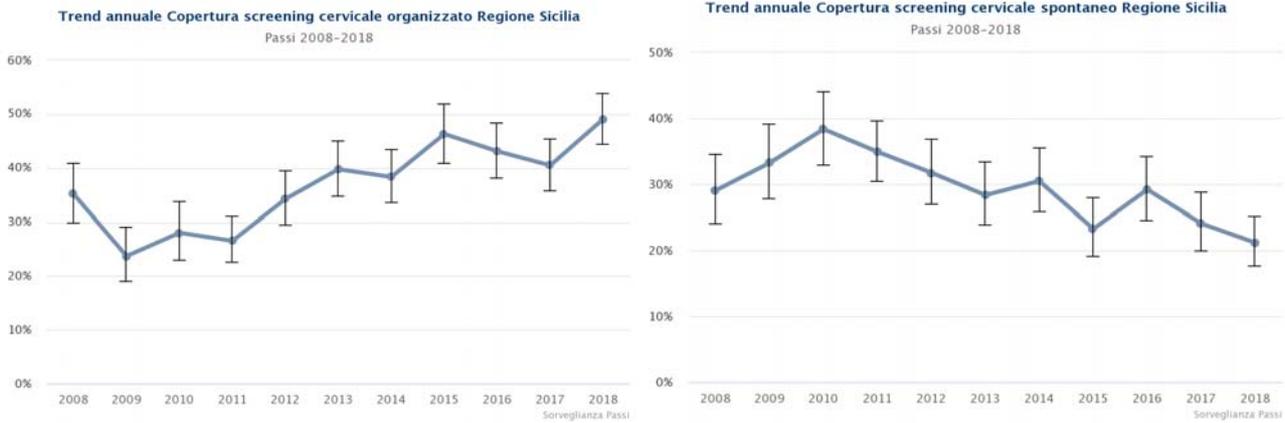


- Copertura screening cervicale organizzato
- Copertura screening cervicale spontaneo

Sorveglianza Passi 2015-2018

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

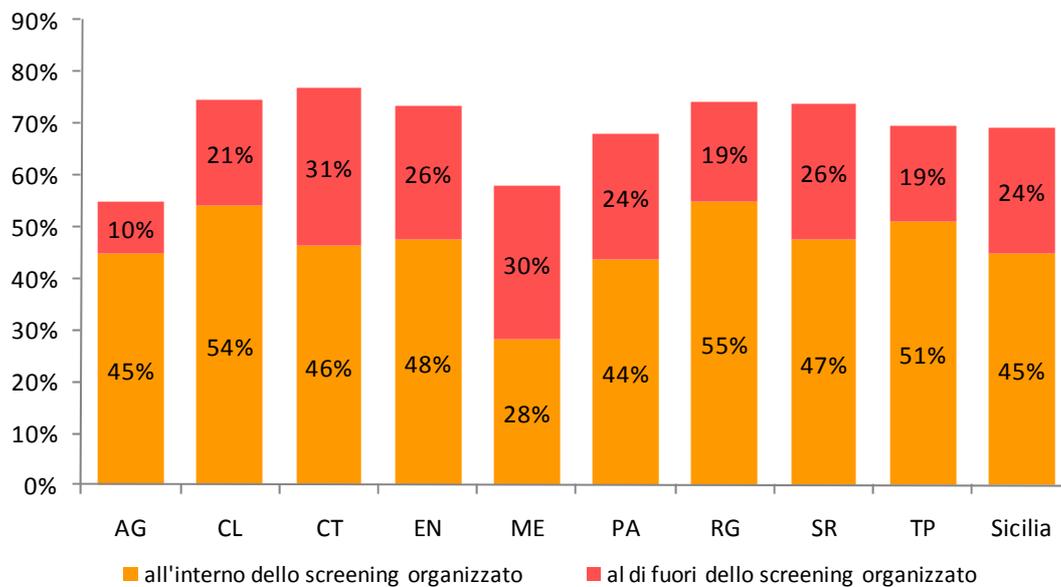
Aumenta nel tempo la quota di donne che si sottopone allo screening cervicale all'interno di programmi organizzati, mentre diminuisce la quota di donne che si sottopone allo screening per iniziativa personale.



In Sicilia, il 45% delle 25-64enni intervistate, ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato (range dal 28% di Messina al 55% di Ragusa), mentre il 24% l'ha eseguito come prevenzione individuale (range dall'10% di Agrigento al 31% di Catania).

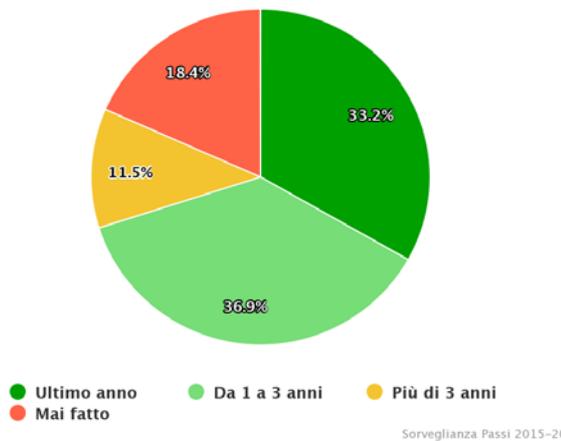
Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato
Donne 25-64 anni

Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2015-18

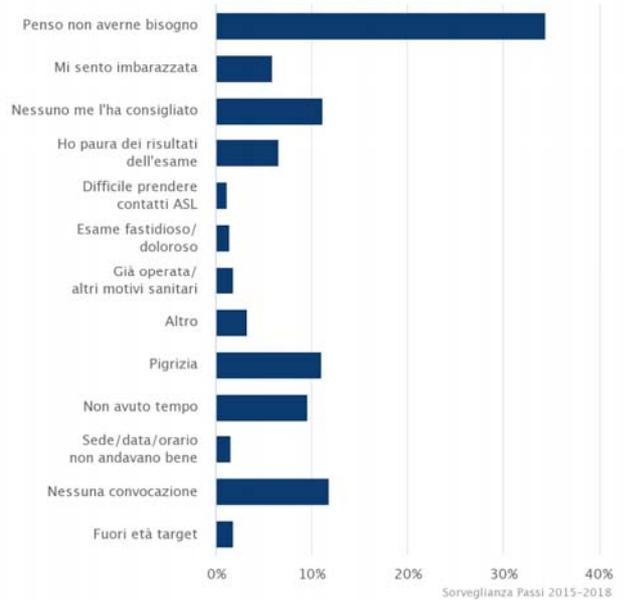


Il 18% delle donne riferisce di non essersi mai sottoposta allo screening cervicale e il 12% di averlo fatto da oltre tre anni. Fra le donne che non hanno eseguito il test, il 34% riferisce che non l'ha eseguito perché ritiene di non averne bisogno.

Periodicità di esecuzione del test di screening cervicale – Sicilia



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

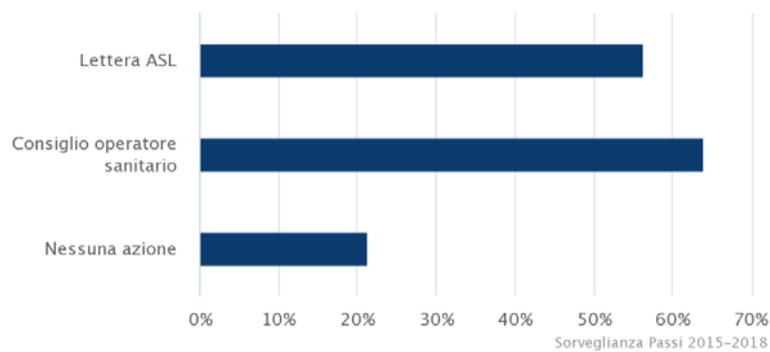


* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

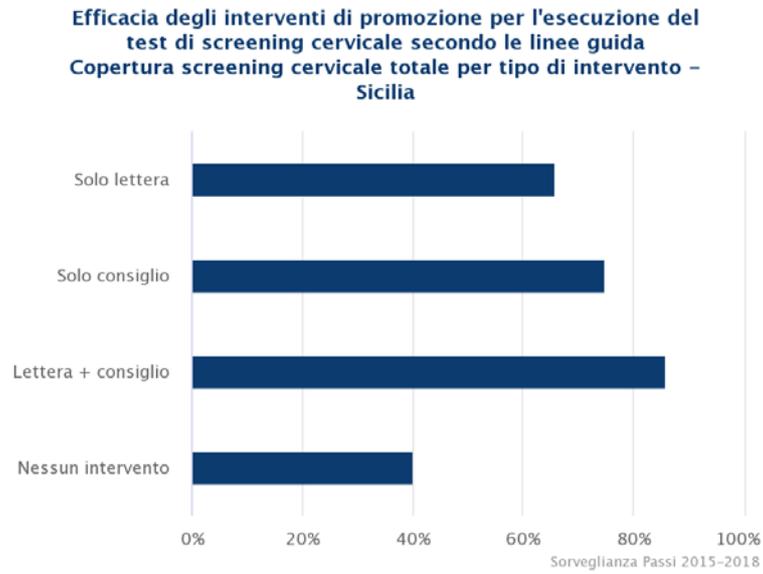
Il 56% delle donne di 25-64 anni ha ricevuto una lettera di invito dall'ASP, il 64% ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening, mentre il 21% non è stato raggiunto da nessun intervento di promozione.

Sono state rilevate fra le varie ASP differenze significative, nella promozione dei test di screening per neoplasia cervicale. In particolare per la lettera d'invito le percentuali variano dal 32% di Messina all'81% di Ragusa, per il consiglio dell'operatore sanitario il range va dal 38% di Ragusa al 78% di Palermo

Interventi di promozione del test di screening cervicale – Sicilia



L'intervento più efficace nel promuovere l'adesione allo screening è il consiglio del medico operatore sanitario, da solo (75%) o associato all'aver ricevuto la lettera (86%).



Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

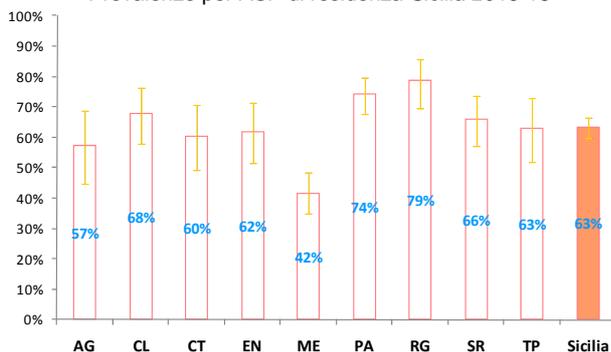
In Sicilia il 63% (74% valore nazionale) delle 50-69 anni ha eseguito una Mammografia preventiva, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

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

Fra le Asp regionali si osservano differenze significative delle coperture dello screening mammografico, in particolare a Messina (42%) si osserva la quota più bassa di donne che hanno eseguito la mammografia nei tempi raccomandati, a Ragusa (79%) la quota più alta.

Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2015-18



Copertura screening mammografico totale per regione di residenza Passi 2015-2018

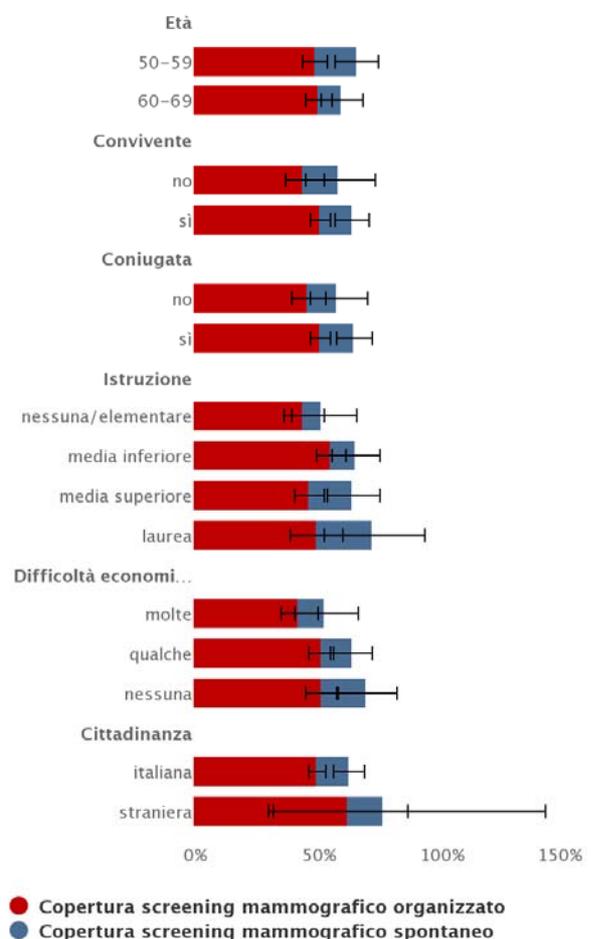


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

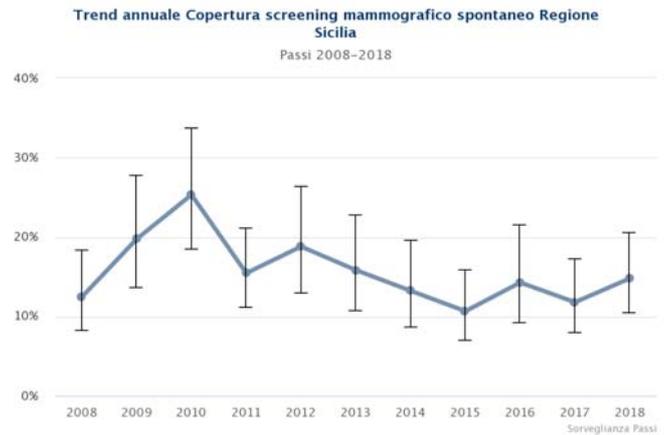
Copertura screening mammografico per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 63.4% (IC95%: 59.9-66.7%)



Sorveglianza Passi 2015-2018

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



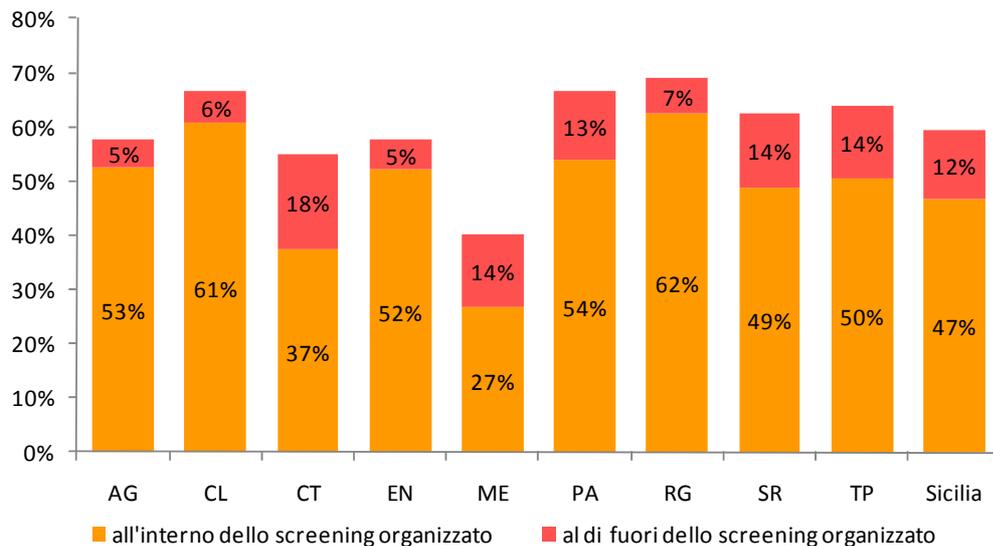
Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata,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

In Sicilia, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 49% 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).

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

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

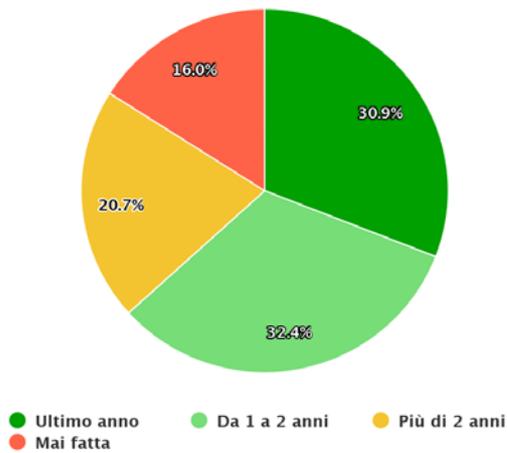
Prevalenze per ASP di residenza *Sicilia 2015-18*



Il 37% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (16%) o l'ha eseguita da oltre due anni (21%).

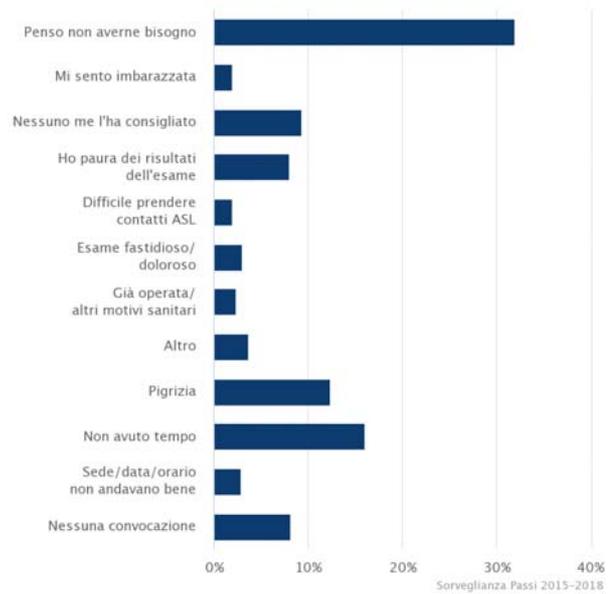
La non esecuzione dell'esame viene giustificata da diverse motivazioni, tra cui il ritenere di non averne bisogno rappresenta la principale.

Periodicità di esecuzione della mammografia - Sicilia



Sorveglianza Passi 2015-2018

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

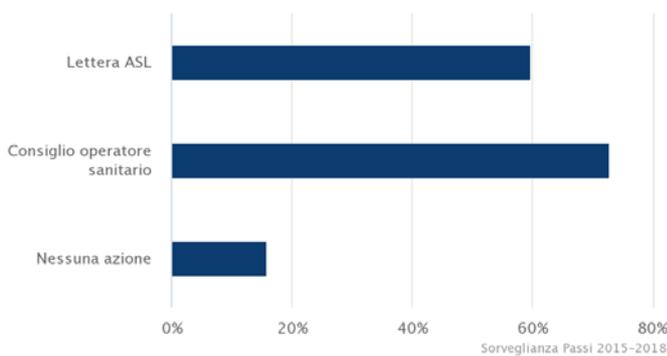


Sorveglianza Passi 2015-2018

In Sicilia al 73% delle 50-69enni è stato consigliato da un medico di sottoporsi alla mammografia (range dal 41% di Ragusa all'81% di Siracusa).
 Il 60% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL (range dal 26% di Messina al 93% di Ragusa).
 Il 16% delle donne intervistate non ha ricevuto nessun tipo di intervento.

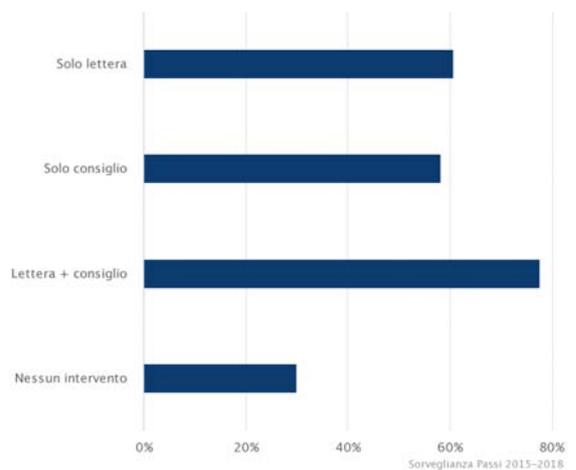
Il 78% delle donne che ha ricevuto sia la lettera che il consiglio da parte del medico ha effettuato la mammografia, mentre lo screening mammografico è stato effettuato solo dal 30% delle donne che non hanno ricevuto nessun intervento, questo conferma l'efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della mammografia

Interventi di promozione della mammografia - Sicilia



Sorveglianza Passi 2015-2018

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



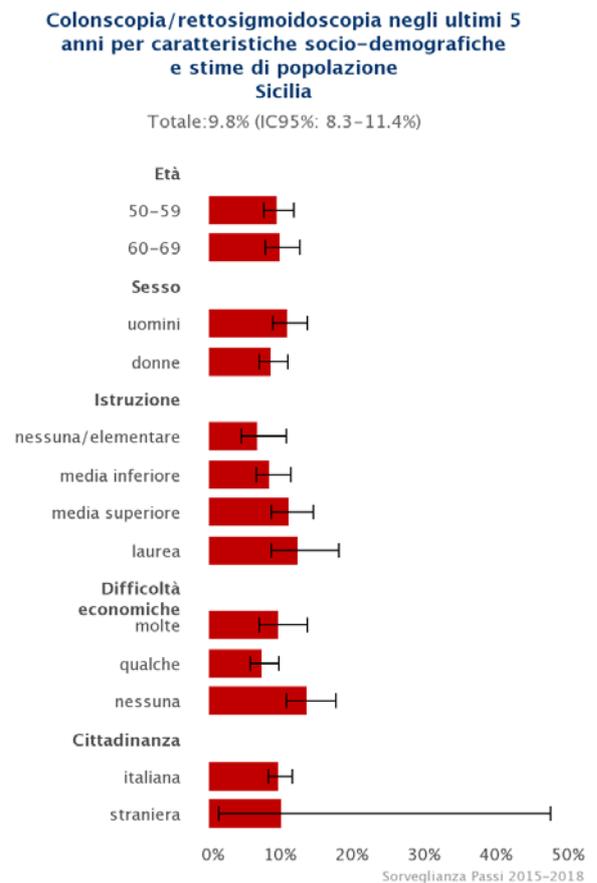
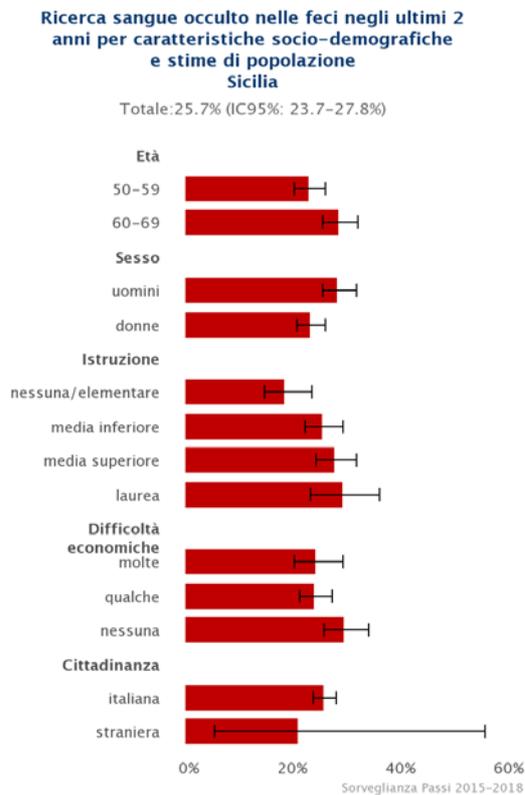
Sorveglianza Passi 2015-2018

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

In Sicilia il 26% dei 50-69enni ha eseguito la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) negli ultimi due anni e il 10% ha effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni, come indicato dalle linee guida.

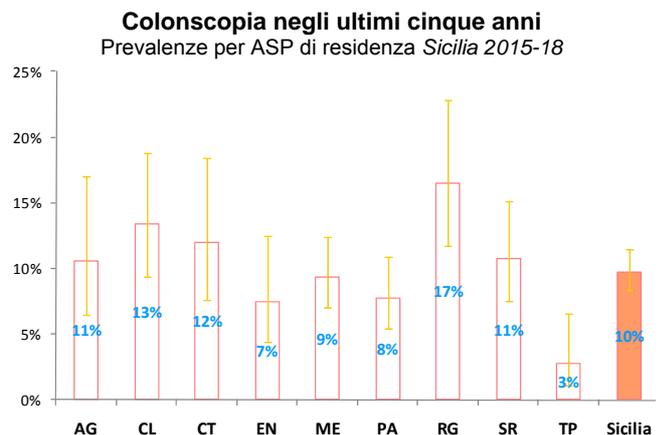
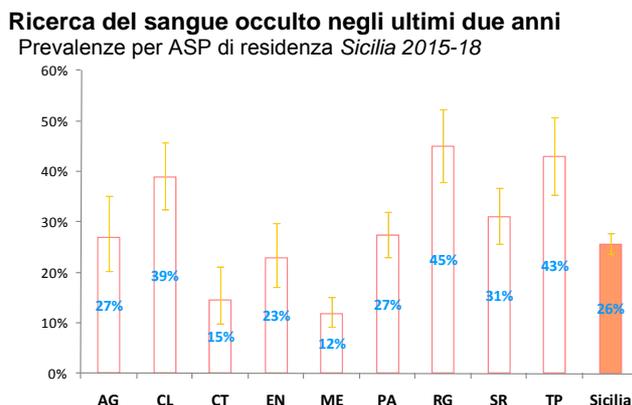
La ricerca del SOF è più frequente nei 60-69enni (29%) negli uomini (28%), nelle persone senza difficoltà economiche (30%), e cresce al crescere del grado di istruzione.

La colonscopia nei tempi raccomandati viene eseguita soprattutto dagli uomini (11%), dalle persone con un'istruzione medio alta (11% media superiore, 13% laurea) e da quelle senza difficoltà economiche (14%).



Fra le ASP regionali si osservano differenze significative nell'aderenza agli screening colo retтали, in particolare Messina risulta la provincia con la percentuale più bassa di persone che hanno effettuato la ricerca del SOF nei tempi raccomandati, e Trapani la provincia con la percentuale più bassa di 50-69enni che hanno effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni.

Ragusa risulta la provincia regionale con la quota maggiore di adesione ad entrambi gli screening colo retтали.



Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per regione di residenza
Passi 2015-2018

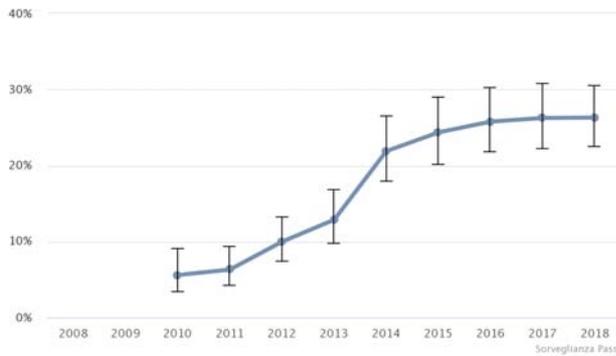


Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni per regione di residenza
Passi 2015-2018

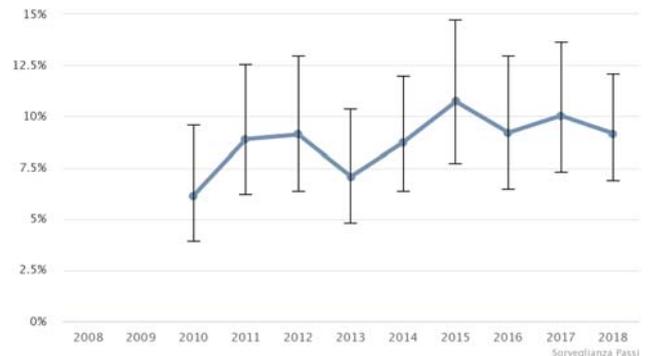


In Italia, il 40% dei 50-69enni ha effettuato la ricerca del sangue occulto, il 14% ha effettuato la colonscopia. Per entrambi gli screening si evidenzia una grande variabilità territoriale a sfavore delle Regioni meridionali.

Trend annuale Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni Regione Sicilia
Passi 2008-2018

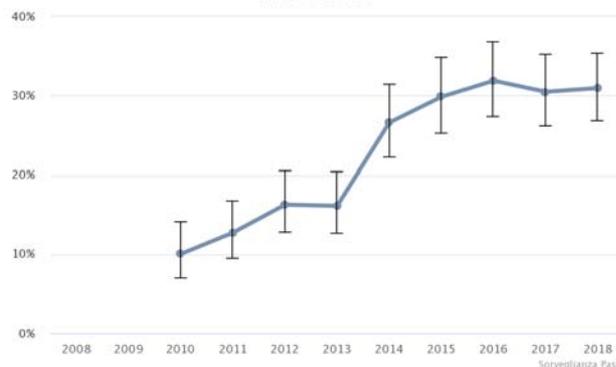


Trend annuale Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni Regione Sicilia
Passi 2008-2018



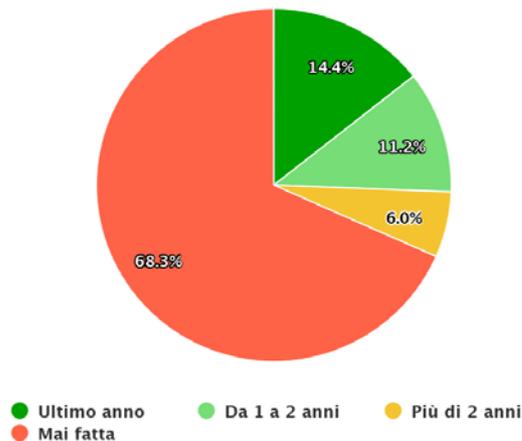
La quota di soggetti che hanno eseguito il Sof test è aumentata nel tempo. Si evidenzia invece un andamento variabile nell'effettuazione della colonscopia nel periodo considerato.

Trend annuale Copertura screening colorettole totale Regione Sicilia
Passi 2008-2018



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

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



Sorveglianza Passi 2015-2018

Periodicità di esecuzione della colonscopia/rettosigmoidoscopia Sicilia



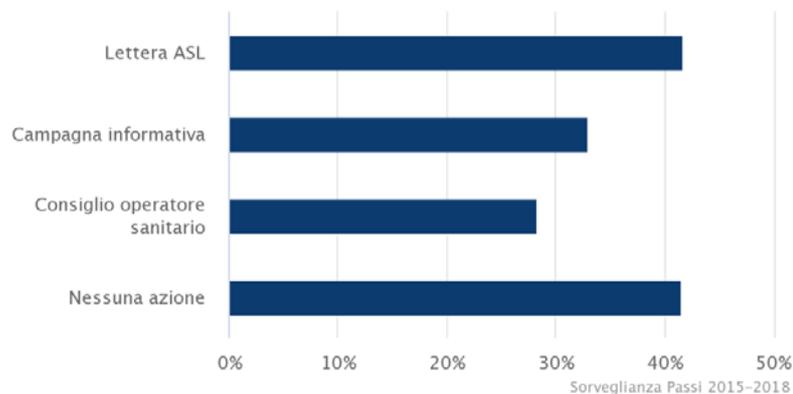
Sorveglianza Passi 2015-2018

Tra gli interventi di promozione della ricerca di sangue occulto fecale, quello che ha raggiunto una percentuale maggiore di intervistati è la lettera dell'ASP (42%) con valori che variano dal 11% di Messina all' 88% di Ragusa.

Il 33% degli intervistati ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (range dal 17% di Enna al 37% di Trapani), il 28% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 12% di Agrigento al 63% di Caltanissetta).

Il 41% degli intervistati non è stato raggiunto da nessun intervento.

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

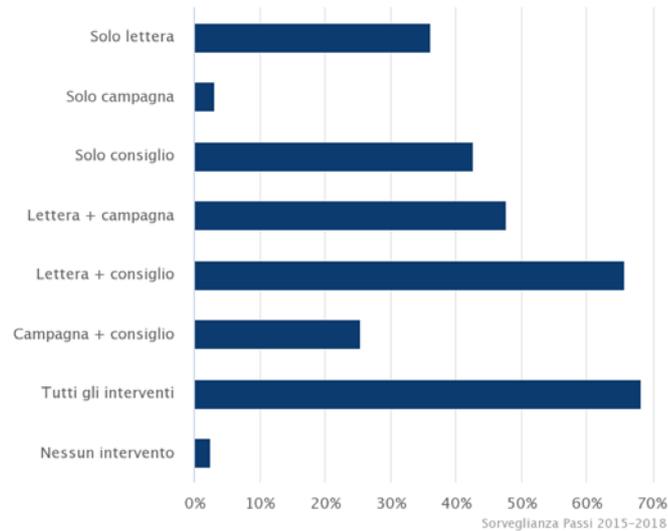


Sorveglianza Passi 2015-2018

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

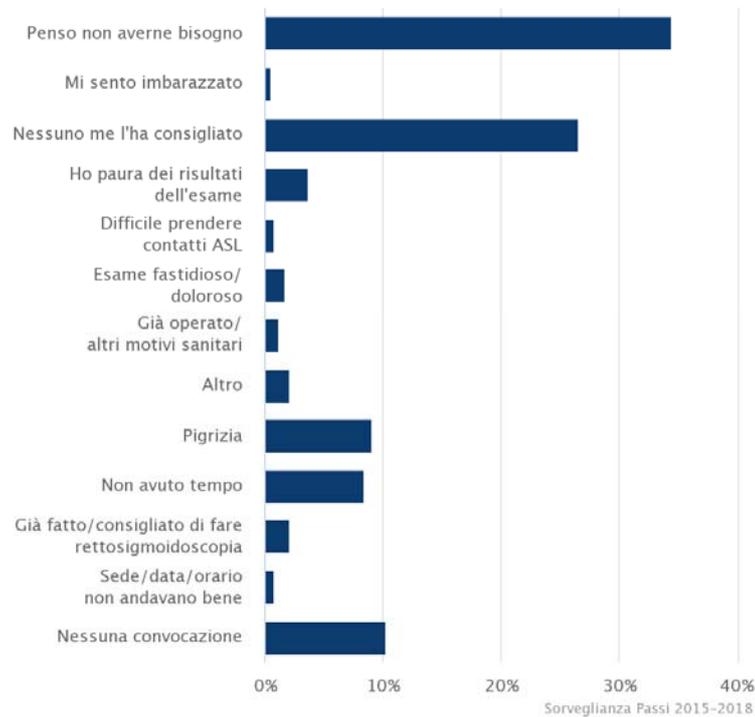
Questi dati confermano l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati

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



Le motivazioni per la mancata esecuzione dello screening sono state prevalentemente la mancanza di percezione del rischio, ritenendo di non averne bisogno (34%) e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito (27%).

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

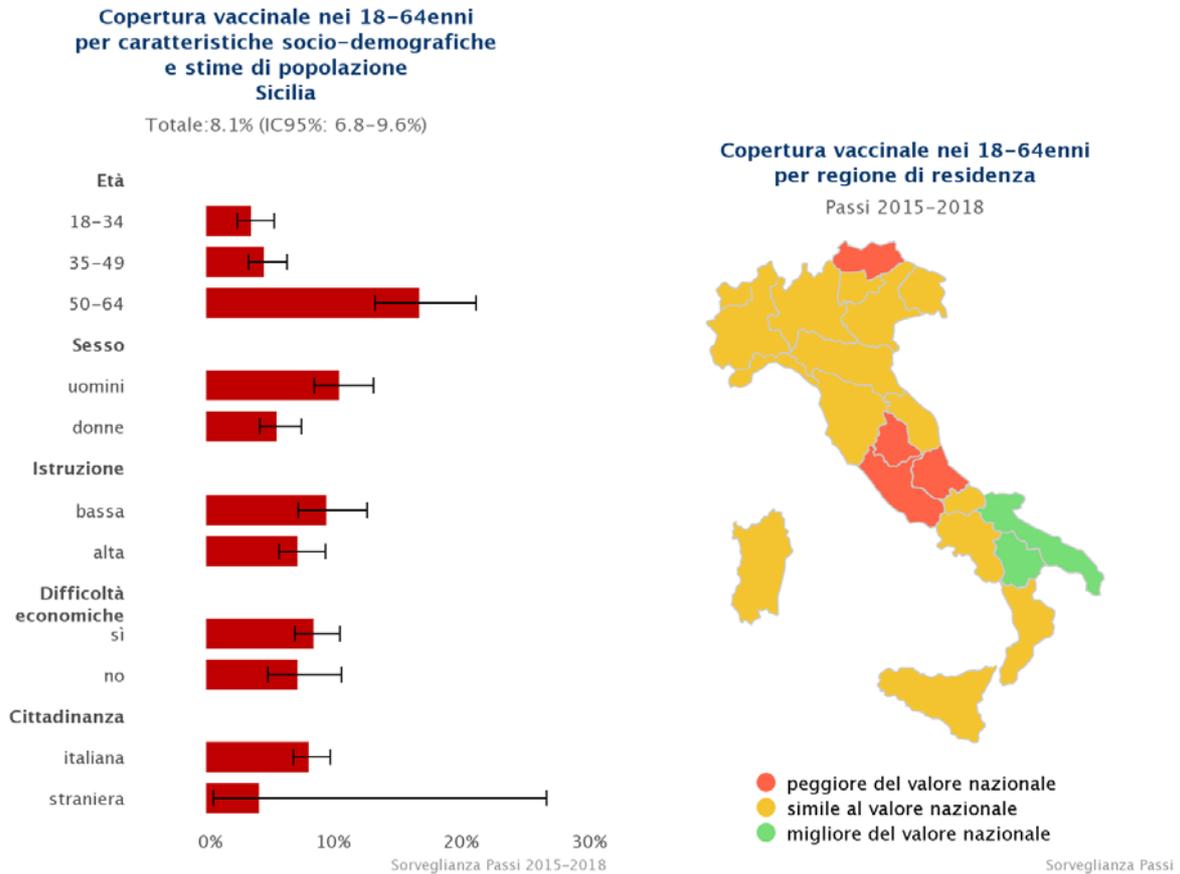


Vaccinazione per l'influenza stagionale

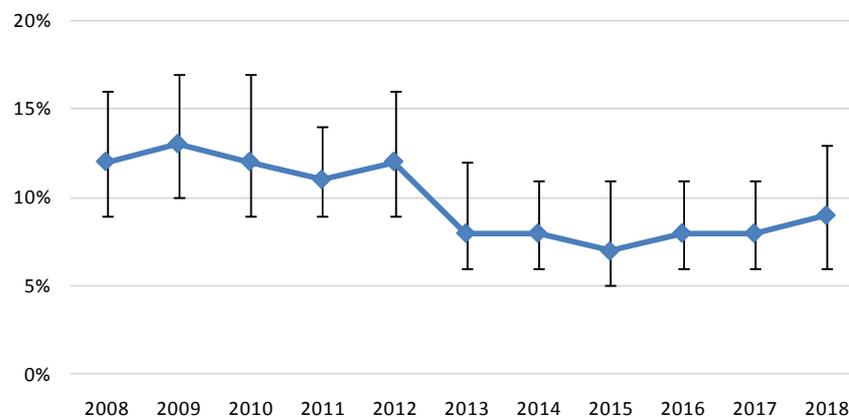
Nel periodo 2015-2018, l'8% dei 18-64enni ha eseguito la vaccinazione per l'influenza.

La copertura vaccinale risulta più elevata nei 50-64enni (17%), negli uomini (11%), in coloro che hanno un livello di istruzione basso (10%) e in coloro che riferiscono di avere difficoltà economiche (9%).

In Italia, la percentuale di persone vaccinate durante le ultime quattro campagne contro l'influenza è risultata del 7%, sale al 20% fra i 18-64enni con almeno una patologia cronica.



Trend annuale Copertura vaccinale nei 18-64enni Regione Sicilia PASSI 2008-2018



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

Il 28% dei 18-64enni affetti da almeno una patologia cronica ha eseguito la vaccinazione, in

particolare, si osservano percentuali più alte di coperture vaccinali fra coloro che soffrono di malattie cardiocerebrovascolari (36%).

Il 90% delle vaccinazioni è stata effettuata nel bimestre novembre-dicembre.



Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica per regione di residenza
Passi 2015-2018



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

Sorveglianza Passi

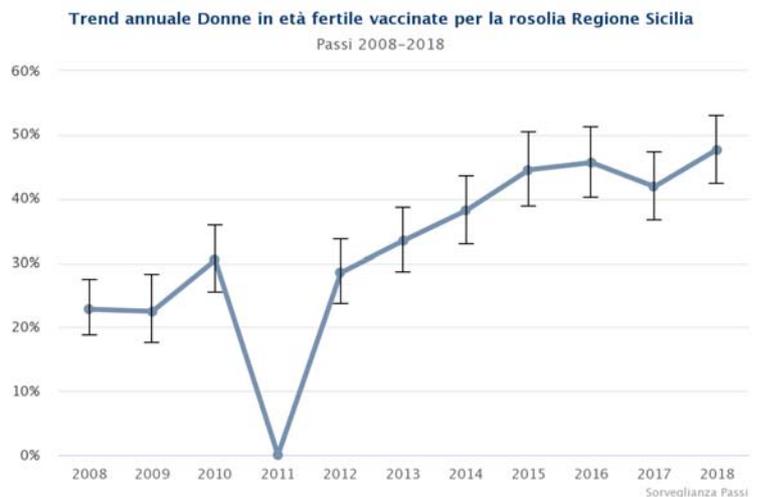
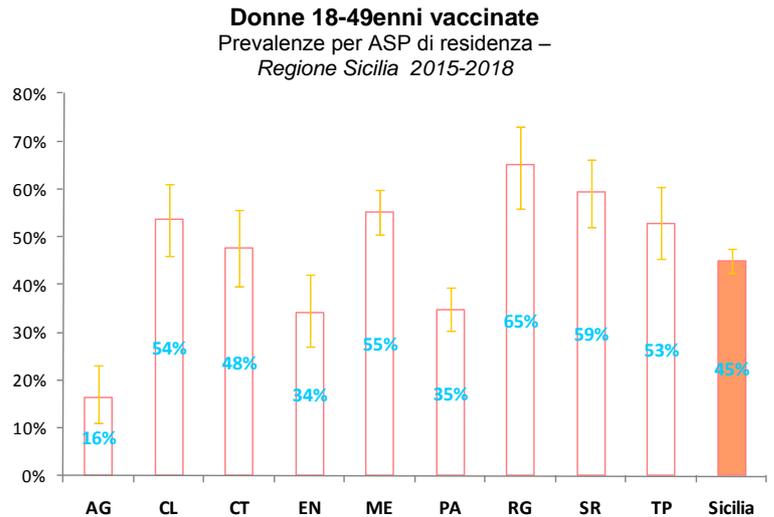
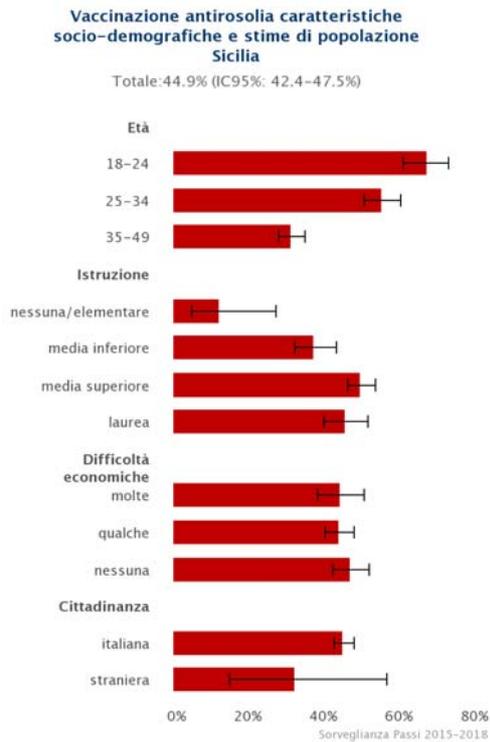
Vaccinazione antirosolia

In Sicilia il 45% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia, il 2% risulta suscettibile alla rosolia, perché non vaccinata e con rubeotest negativo, il 34% invece è la quota di coloro che sono inconsapevoli del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia evidenziando una scarsa consapevolezza da parte delle donne del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza.

Il ricorso alla vaccinazione si riduce all'aumentare dell'età (67% nelle 18-24enni vs 31% nelle 35-49enni) ed è maggiore in coloro che hanno un titolo di studio di media superiore (50%).

La copertura vaccinale varia significativamente fra le province siciliane: i valori di coperture vaccinali vanno dal 16% di Agrigento al 65% di Ragusa.

Aumenta nel tempo la quota di donne vaccinate per rosolia.



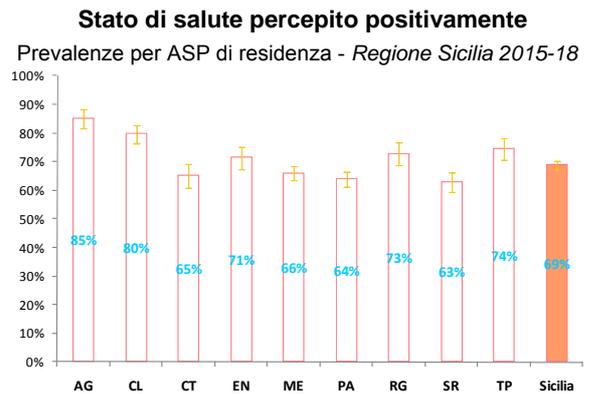
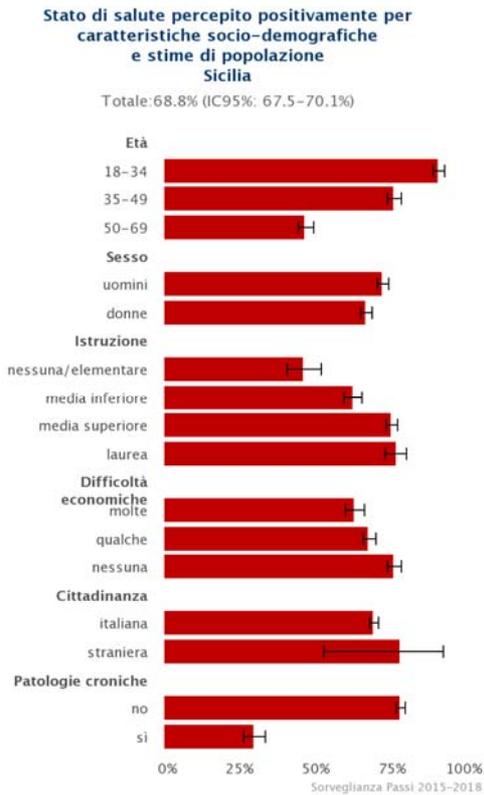
Nel 2011 in Sicilia i dati sulla Rosolia non sono stati raccolti.

Qualità della vita relativa alla salute

In Sicilia il 69% (% a livello nazionale) degli intervistati considera positivamente il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 28% riferisce di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto che la propria salute va male/molto male.

La percezione positiva dello stato di salute diminuisce al crescere dell'età passando dal 90% nei 18-34 anni al 46% dei 50-69enni, aumenta con il miglioramento delle condizioni socioeconomiche, è più frequente negli uomini (72% vs 66%) e nelle persone senza patologie croniche (77%).

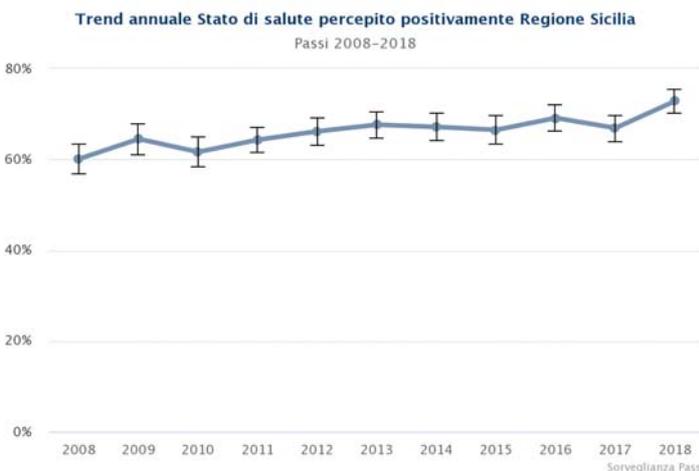
Nel confronto fra ASP emergono differenze significative fra le quote di persone che hanno dichiarato una percezione positiva del proprio stato di salute con valori compresi tra il 65% di Catania e l'85% di Agrigento.



Stato di salute percepito positivamente per regione di residenza
Passi 2015-2018

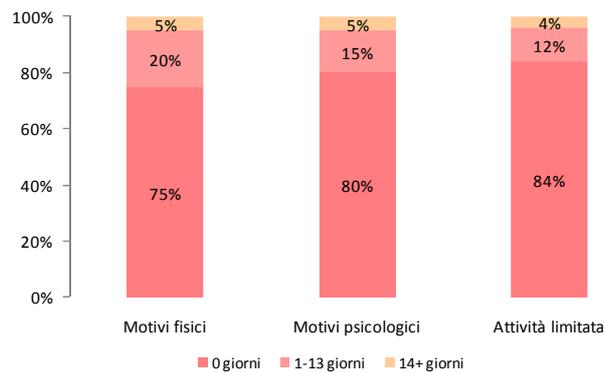


Aumenta nel tempo la quota di persone che si dichiarano in buona salute.



In Sicilia la maggior parte dei 18-69enni intervistati ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (75% in buona salute fisica, 80% in buona salute psicologica e 84% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Il 5% degli intervistati ha riferito aver sofferto di cattiva salute per condizioni fisiche più di 14 giorni in un mese, il 5% per motivi psicologici e il 4% ha avuto limitazioni nello svolgimento delle attività abituali.

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
 Regione Sicilia - PASSI 2015-18



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

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

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

		Sicilia			
		giorni totali *	motivi fisici	motivi psicologici	attività limitata
	Totale	3.6	2.2	1.9	1.3
Età	18-34	2	0.9	1.2	0.6
	35-49	3.3	2	1.7	1.1
	50-69	5.1	3.3	2.7	2.1
Sesso	uomini	2.8	1.8	1.5	1.1
	donne	4.3	2.5	2.3	1.5
Istruzione	nessuna / elementare	6.9	4.1	4.2	3.5
	media inferiore	4.3	2.7	2.2	1.6
	media superiore	3	1.7	1.5	1
	laurea	2.5	1.4	1.3	0.8
Difficoltà economiche	molte	5.2	3.4	3	2.3
	qualche	3.5	2.1	1.9	1.2
	nessuna	2.6	1.5	1.2	0.9
Cittadinanza	italiana	3.6	2.2	1.9	1.3
	straniera	1.6	1	0.6	0.5
Patologie croniche	no	2.6	1.5	1.4	0.9
	sì	8.1	5.3	4.3	3.5

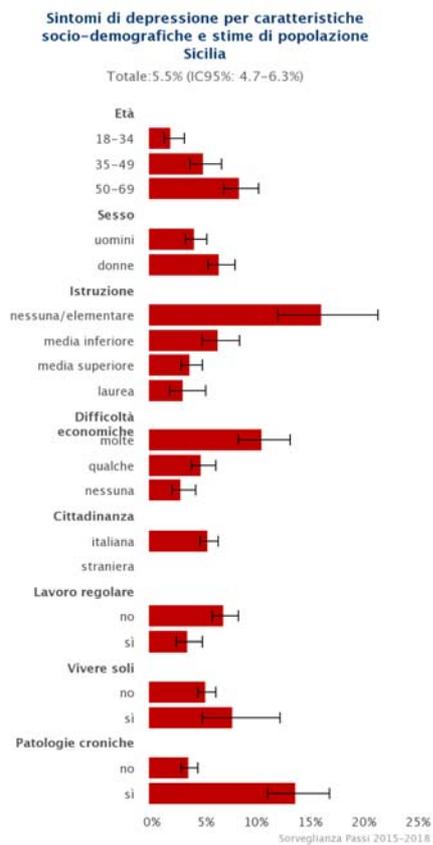
* Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato

Depressione

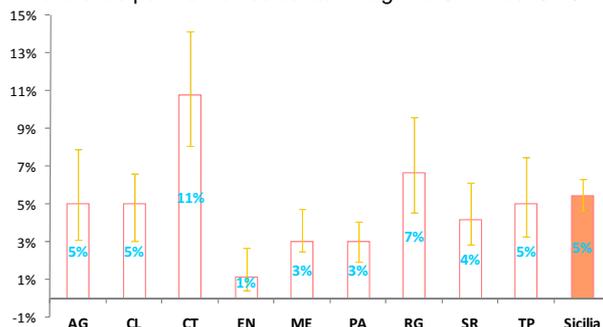
In Sicilia il 6% delle persone intervistate ha riferito sintomi depressivi; questi sintomi appaiono più diffusi all'avanzare dell'età (2% nei 18-34enni vs 8% nei 50-69enni) fra le donne (7% vs 4%), fra le persone senza un lavoro regolare (7% vs 4%), fra quelle che vivono da sole (8% vs 5%), e fra quelle affette da patologie croniche (14% vs 4%). La depressione, inoltre, risulta meno diffusa con il migliorare delle condizioni socioeconomiche.

In Sicilia le prevalenze di 18-69enni con sintomi depressivi variano dall'1% di Enna al 11% di Catania. In Italia il 6% degli intervistati riferisce di soffrire di sintomi depressivi. Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra regioni.

Nonostante un evidente variabilità annuale ,la frequenza di sintomi depressivi riferiti tende a ridursi nel tempo.



Sintomi di depressione
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2015-18



Sintomi di depressione per regione di residenza
Passi 2015-2018

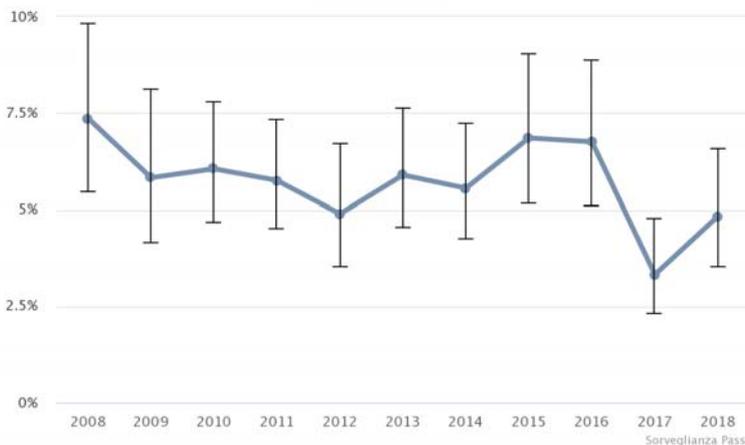


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

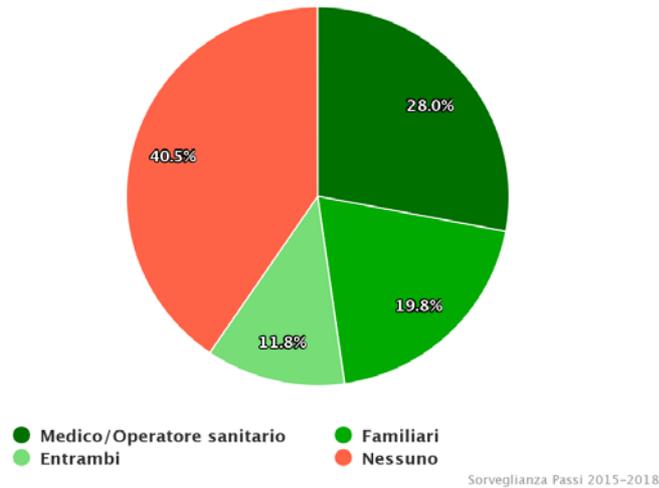
Trend annuale Sintomi di depressione Regione Sicilia

Passi 2008-2018



Il medico è la figura a cui si rivolgono prevalentemente i soggetti con sintomi depressivi. Il 41% dei soggetti colpiti da sintomi depressivi dichiara di non chiedere alcun tipo di aiuto.

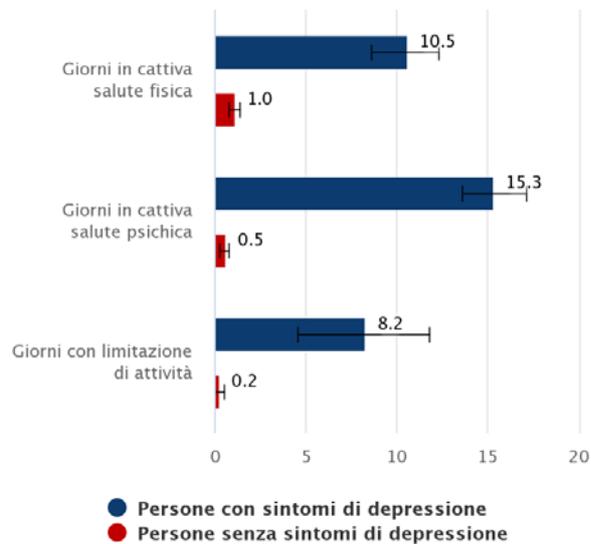
Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto - Sicilia



Le persone che riferiscono sintomi depressivi dichiarano di aver trascorso, nel corso del mese antecedente l'intervista, in media 11 giorni in cattiva salute fisica, 15 giorni in cattiva salute psichica e 8 con limitazioni delle attività.

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

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



APPENDICE 1. Monitoraggio

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

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

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2015	PASSI 2016	PASSI 2017	PASSI 2018
Numerosità	1303	1318	1867	1731
Tasso di risposta	93.9	94.8	94.9	96.6
Tasso di rifiuto	5	4.5	4.6	3.2
Tasso di sostituzione	6.1	5.2	5.1	3.4
Tasso di non reperibilità	1.2	0.7	0.5	0.2
Tasso di eleggibilità	94.8	95.0	95.0	96.6

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				
	2015	2016	2017	2018
E' senza telefono	84%	85%	83%	91%
Residente o domiciliato stabilmente altrove	10%	11%	12%	6%
Istituzionalizzato (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)	1%	0%	2%	1%
Deceduto	2%	2%	1%	1%
Non conoscenza lingua italiana	1%	1%	1%	0%
Grave disabilità psico/fisica	3%	1%	2%	1%

- Modalità di reperimento del numero telefonico**

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

Modalità di reperimento del numero di telefono				
	2015	2016	2017	2018
Già presente (anagrafe sanitaria)	29%	29%	43%	31%
Pagine Bianche	13%	14%	8%	6%
MMG	36%	38%	30%	44%
Anagrafe comunale	1%	2%	1%	1%
Altre fonti aziendali	6%	5%	6%	11%
Parenti, vicini, ecc.	12%	11%	10%	7%
Riferito dall'intervistato stesso	2%	1%	2%	1%

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

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

Distribuzione delle interviste per orari				
	2015	2016	2017	2018
7-13	29%	29%	23%	29%
13-15	15%	12%	13%	8%
15-19	39%	36%	44%	42%
19-20	4%	6%	7%	8%
20 e oltre	13%	18%	13%	13%

Distribuzione settimanale delle interviste				
	2015	2016	2017	2018
feriale	92%	93%	88%	90%
sabato	6%	6%	10%	7%
festivo	2%	1%	2%	3%

APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{pop_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{pop_strato}_k\text{-Reg}}$$

e

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{numero_int_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero_int_strato}_k\text{-Reg}}$$

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.