



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2007

Sicilia



ccm





A cura di:

Salvatore Scondotto, Patrizia Miceli, Gabriella Dardanoni,
(Assessorato Sanità - Dipartimento Osservatorio Epidemiologico)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello nazionale:

Sandro Baldissera, Nancy Binkin, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Gabriele Fontana, Valentina Minardi, Giada Minelli, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso (CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità, Roma); Nicoletta Bertozzi (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Cesena); Stefano Campostrini (Dipartimento di Statistica - Università degli studi Ca' Foscari, Venezia); Giuliano Carozzi (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Modena); Angelo D'Argenzio (Dipartimento di prevenzione - ASL Caserta 2, Caserta); Pirous Fateh-Moghadam (Servizio educazione alla salute - Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento); Massimo O. Trinito (Dipartimento di prevenzione - AUSL Roma C); Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli (Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della salute, Roma); Eva Benelli, Stefano Menna (Agenzia Zadigroma, Roma)

- a livello regionale:

Massimo Russo

(Assessore alla Sanità - Regione Sicilia)

Luigi Castellucci

(Dirigente Generale Dipartimento Osservatorio Epidemiologico)

I Responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie della Sicilia

- a livello aziendale:

Intervistatori e Collaboratori

ASL di Agrigento	Anna Maria Cardinale (Coordinatrice); Rossana Mangione, Giuseppina Pitrone, Dorotea Mascari (Intervistatrici)
ASL di Caltanissetta	Rosanna Milisenna (Coordinatrice); Maria Di Forti, Laura Taibi (Intervistatrici)
ASL di Catania	Mario Cuccia (Coordinatore); Irene Torre, Antonio Claudio Balbo, Fiorella Catalano, Maria Giuseppa D'Angelo, Rosaria Leonardi, Andrea Nastri (Intervistatori/trici)
ASL di Enna	Franco Belbruno (Coordinatore); Clotilde Claudia Caceci (Intervistatrice)
ASL di Messina	Giovanna Fiumanò (Coordinatrice); Carmela Amante, Giuseppa D'Andrea, Giuseppe Florio, Anna Simeone, Giuseppe Tavilla (Intervistatori/trici)
ASL di Palermo	Maria Angela Randazzo (Coordinatrice); Antonio Gugino, Giuseppa Lipari, Antonina Maione, Vincenza Marchica, Salvatore Palazzo (Intervistatori/trici)
ASL di Ragusa	Giuseppe Ferrera (Coordinatore); Carmelina Amenta, Gaetano Migliorino, Maria Grazia Migliorisi, Calogero Claudio Pace (Intervistatori/trici)
ASL di Siracusa*	Maria Carmela Bandiera (Coordinatrice); Gina Rossito, Giuseppina Ambrogio (Intervistatrici)
ASL di Trapani**	Ranieri Candura (Coordinatore); Giuseppina Bonì, Caterina Cuttone, Francesco Daidone (Intervistatori/trici)

*Nel 2008 nell'ASL di Siracusa, la dott.ssa M. L. Contrino ha sostituito la dott.ssa M.C. Bandiera come coordinatrice aziendale e Antonino Ziino, Giuseppina Aromato e Angela Muni hanno sostituito le intervistatrici Gina Rossito, Giuseppina Ambrogio.

**Nel 2008 nell'ASL di Trapani, Giovanni Pio Gucciardi ha sostituito l'intervistatore Francesco Daidone.

Si ringraziano i Direttori Generali e i Direttori Sanitari delle ASL, 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.

PREFAZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente riaffermato come la spesa sanitaria sia oggi condizionata dal progressivo incremento di problemi di salute derivanti dalla diffusione di cronicità legate, da un lato, all'incremento della durata media della vita e, dall'altro, all'aumento di frequenza tra la popolazione di stili di vita inadeguati.

I principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcool, sedentarietà, alimentazione e obesità, ipertensione, ipercolesterolemia e iperglicemia) sono in grado di determinare da soli il progressivo incremento della prevalenza di patologie croniche, oltre che per un aumento di incidenza delle stesse, anche, paradossalmente, per la maggiore efficacia delle cure, che finiscono a loro volta per gravare inesorabilmente ed in maniera drammatica sulla spesa.

La crescita dei costi sociali e sanitari, per aumento della popolazione malata e della relativa comorbidità, evidenzia come non siano sufficienti soltanto misure rivolte al trattamento e all'assistenza, che si stanno dimostrando fonte di esplosione della spesa, mentre si rendono impellenti strategie di contrasto utili nella riduzione dell'incidenza e riconducibili all'area della prevenzione primaria.

Anche nella nostra Regione, il profilo di salute è oggi contraddistinto da problemi sanitari riferibili al particolare carico di alcune principali malattie croniche tipiche delle società evolute e determinate in parte dal progressivo invecchiamento della popolazione e in parte dalla progressiva diffusione di alcuni fattori di rischio prevenibili, verso il cui controllo sono già in corso in Sicilia piani di intervento regionali.

Tuttavia i criteri organizzativi del servizio sanitario regionale privilegiano ancora fortemente gli aspetti assistenziali, le prestazioni, in particolare in ospedale, ed il momento della cura dell'individuo a fronte di un più completo approccio volto a perseguire il miglioramento globale dei livelli di salute, e dei relativi indicatori, nella comunità.

Diventa quindi inevitabile anche nella nostra Regione l'introduzione di obiettivi operativi, all'interno della programmazione, orientati al contrasto alle principali patologie ed al miglioramento dei livelli di salute globali della comunità, per la cui valutazione è necessario ricorrere ad indicatori misurabili ed oggettivabili.

Tradizionalmente fino al recente passato si era portati a ritenere che in Sicilia non fossero disponibili dati epidemiologici e fonti informative sufficienti ed adeguate per tali scopi. Viceversa, negli ultimi anni, un particolare impulso al rafforzamento della piattaforma informativa regionale avviata dal Dipartimento Osservatorio Epidemiologico ha consentito la disponibilità di informazioni utili in un'ottica di sorveglianza e di programmazione.

Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) costituisce in tal senso uno strumento avanzato ed introduce una nuova prospettiva di lettura dei problemi di salute della comunità, non più limitata esclusivamente al monitoraggio della malattia ma principalmente a quello dei suoi determinanti, ponendosi in maniera concreta a sostegno del rafforzamento e della valutazione di efficacia degli interventi di promozione della salute, in fase di avvio o già in corso, nelle Aziende e nella Regione

Massimo Russo
Assessore regionale alla Sanità

PREMESSA

È un dato di fatto che, in tutto il mondo, i sistemi sanitari investono una modestissima quota della spesa sanitaria nella prevenzione, rispetto alle spese di assistenza: solo il 3%, secondo le stime dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). È altrettanto noto che le malattie cronico degenerative (cardiovascolari e tumori, per prime) assorbono fette sempre più rilevanti della spesa sanitaria e che la frequenza di queste patologie continua ad aumentare con l'allungamento della vita media. In Italia, la proporzione di popolazione con più di 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni, e ora rappresenta circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune Regioni.

Cosa si può fare in un quadro di cifre che sembrano destinate ad aumentare ineluttabilmente con il tempo? Cifre che, peraltro, paradossalmente sono legate in modo direttamente proporzionale al miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria. Continuare a investire solo in assistenza non è più sostenibile. Una parte dell'attenzione deve essere quindi focalizzata, in modo non rimandabile, sulla prevenzione. Circa il 60% dell'onere della spesa sanitaria in Europa è rappresentato dalla cura di patologie attribuibili a soli sette fattori principali: ipertensione, fumo, alcol, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

In questo contesto, allora, diviene essenziale monitorare i comportamenti e gli stili di vita delle persone, per rilevare il grado di conoscenza e adesione alle offerte di prevenzione. Il sistema di sorveglianza PASSI risponde a questa esigenza: con una serie di interviste telefoniche effettuate direttamente dalle AUSL, va a cogliere l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute e dei comportamenti a rischio nella nostra popolazione. Grazie alle risposte dei cittadini, si ottiene così una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni.

Non solo. PASSI è uno strumento innovativo per la sanità pubblica italiana, condiviso a livello nazionale e inserito in un network internazionale: in Europa, infatti, solo pochi Paesi hanno attivato un'effettiva sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali. E inoltre raccolta, analisi e diffusione dei dati avvengono a livello locale. Una caratteristica che agevola l'utilizzo dei risultati direttamente da parte delle AUSL, fornendo informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione a livello locale, nell'ottica delle strategie di sanità pubblica previste dal Piano Nazionale della Prevenzione.

Con PASSI, le iniziative su temi di interesse nazionale possono essere monitorate nel tempo, e il loro grado di penetrazione (conoscenza, atteggiamento e pratica) confrontato. Si tratta di un sistema di sorveglianza che favorisce la crescita professionale del personale sanitario e consente di valutare i progressi nell'ambito della prevenzione, aggiustando il tiro per una migliore sinergia con le altre realtà del Paese.

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione siciliana di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di programmi di prevenzione previsti (in atto o in via di realizzazione).

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

- valutazione della qualità del sistema di sorveglianza attraverso indicatori di monitoraggio (tasso di risposta, di sostituzione, di rifiuto, di non reperibilità, di eleggibilità, distribuzione dei motivi di non eleggibilità e modalità di reperimento del numero telefonico);
- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni con i fattori di rischio indagati.

2. Salute e qualità di vita percepita

- stimare lo stato di salute percepito dalla popolazione in studio, compresa la media dei giorni in cattiva salute per cause fisiche e mentali e dei giorni limitanti le abituali attività.

3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata o intensa raccomandata;
- stimare la proporzione di persone sedentarie e individuare i gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione;
- stimare la prevalenza di persone ai quali è stato chiesto e consigliato da parte degli operatori sanitari di svolgere attività fisica.

4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, fumatori in astensione (che hanno smesso da meno di 6 mesi), non fumatori ed ex-fumatori;
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo;
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e per quali motivi;
- frequenza di fumatori che hanno cercato di smettere negli ultimi 12 mesi, senza riuscirci e le modalità con cui hanno condotto l'ultimo tentativo di smettere;
- modalità con cui hanno smesso di fumare gli ex-fumatori;
- descrivere l'abitudine al fumo in ambito domestico;
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro;
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici.

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione;
- valutare la percezione relativa alla correttezza della propria alimentazione;
- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che hanno tentato di ridurre o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo;
- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica.

6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

- stimare la proporzione di persone che consumano giornalmente frutta e verdura;
- stimare la proporzione di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta o verdura ogni giorno.

7. Consumo di alcol

- stimare la proporzione di persone che consumano alcol;
- stimare la frequenza di consumo a rischio (*binge*, consumo fuori pasto e forte consumatore);
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol;
- stimare la prevalenza di consumatori di alcol ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo.

8. Sicurezza stradale

- stimare la prevalenza di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, cintura posteriore, casco);
- stimare la proporzione di persone che riferiscono di aver guidato dopo assunzione di alcolici;
- stimare la proporzione di persone trasportate da chi ha assunto alcolici.

9. Infortuni domestici

- stimare la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e se sono stati adottati comportamenti o misure per rendere più sicura l'abitazione.

10. Vaccinazione antinfluenzale

- stimare la prevalenza di persone di età 18-64 vaccinate contro l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale;

- stimare la prevalenza di persone di 18-64 anni affetti da almeno una patologia cronica che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale raccomandata.

11. Vaccinazione antirosolia

- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) vaccinate verso la rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) che si sono sottoposte al rubeo-test;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) immuni alla rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) potenzialmente suscettibili all'infezione da rosolia.

12. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita di peso e attività fisica);
- stimare la prevalenza di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare da parte di un medico utilizzando la carta del rischio di recente introduzione.

13. Diagnosi precoce delle neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione (2 anni per il Pap test e 3 anni per la mammografia), e se è stato effettuato all'interno del programma di screening;
- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni e di donne 50-69 anni, rispettivamente per il Pap test e per la mammografia, che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL, di aver ricevuto consigli da un medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione del Pap test o della mammografia;
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'ultima effettuazione e se è stato fatto all'interno di un programma di screening;
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL, di aver ricevuto consigli da un medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia.

14. Sintomi di depressione

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nella attività;
- stimare la prevalenza di persone con sintomi di depressione che hanno fatto ricorso a qualche figura per aiuto e quale.

Metodi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di AUSL 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 è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 9 Aziende Unità Sanitarie Locali della Sicilia, aggiornate al 1.1.2007. 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 AUSL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna AUSL è di 25 unità. Le AUSL di Agrigento, Catania, Messina, Palermo, Ragusa e Trapani hanno aderito al campionamento aziendale cercando di raggiungere il numero di 25 interviste previste. Le AUSL di Caltanissetta, Enna, Siracusa hanno partecipato con il campionamento regionale che prevedeva 10 interviste mensili. Le interviste effettuate sono state in realtà minori rispetto a quelle attese ed il campione, aggregato nell'anno e su tutte le AUSL della Regione, è stato di 973 individui.

Il campione complessivo è risultato così suddiviso per AUSL:

AUSL	Persone di 18-69 anni
Agrigento	106
Caltanissetta	80
Catania	75
Enna	82
Messina	199
Palermo	147
Ragusa	199
Siracusa	45
Trapani	40
Totale regionale	973

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI. Nel 2007 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, tranne che in Lombardia e in Calabria, per un totale di 149 Aziende Sanitarie e 21.996 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale è al pool PASSI, ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza (vedi mappa). Di conseguenza, oltre alle citate Regioni, sono state escluse dal pool per limitata numerosità la Sardegna e alcune province.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'AUSL di appartenenza. Alcune Regioni hanno provveduto ad informare anche i Sindaci dei Comuni interessati. I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate, senza 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 2007, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 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 18% degli intervistatori ha utilizzato 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

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.4.

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. Nelle tabelle dell'analisi univariata una χ^2 indica i confronti significativi sul piano statistico di ciascuna

categoria della variabile rispetto alla prima modalità citata (es. le donne rispetto agli uomini). 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 9 AUSL 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 nel 2007 (pool PASSI^o), 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'AUSL, che svolge l'inchiesta, ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali. La raccolta dei dati avviene tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su supporto informatico o direttamente su PC.

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.

Sintesi del rapporto regionale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: In Sicilia è stato intervistato un campione casuale di 973 persone, selezionato dalla lista delle Anagrafi Sanitarie delle AUSL della regione. Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne e il 49% da uomini. L'età media del campione indagato è di 42 anni. Una persona su due ha un lavoro regolare, il 54% del campione regionale ha un livello di istruzione alto.

Percezione dello stato di salute: Il 66% delle persone intervistate ritiene buono o molto buono il proprio stato di salute, mentre solo il 30% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 39% del campione (i sedentari sono principalmente le persone di 50-69 anni e le donne). In poco più di un quarto dei casi, i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: Il 30% si dichiara fumatore e il 15% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e appena il 2% dichiara di aver smesso grazie all'utilizzo di farmaci. Il 55% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 36% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare ovunque (5%) o in alcune zone (31%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: Il 32% del campione siciliano è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 14%. L'eccesso ponderale è trattato nel 27% dei casi con dieta e nel 59% con la pratica di attività fisica regolare. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 7% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-49 anni e nelle persone con difficoltà economiche.

Consumo di alcol: Si stima che circa la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 11% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente l'8% beve fuori pasto, il 3% è bevitore *binge* e il 2% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: Nella nostra regione l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: il 72% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata sempre solo dall'8% degli intervistati. Il 3% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 6% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortuni domestici: Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, in Sicilia, non è elevata: il 95% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici, da medici o altri operatori sanitari, è limitata al 25%: tra questi, il 34% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale: In media, solo il 23% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una patologia cronica, si è vaccinata lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia: Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 52%.

Rischio cardiovascolare: Si stima che sia iperteso più di un quinto della popolazione siciliana, tra i 18 e 69 anni; il 71% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 15% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Circa una persona su quattro dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 30% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Circa una persona su tre (32%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 7% dei 35-69enni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

Sintomi di depressione: In Sicilia il 12% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive, nei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne, i meno giovani e le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

Screening neoplasia del collo dell'utero: Soltanto il 56% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato il pap test negli ultimi tre anni come raccomandato dalle linee guida.

Screening neoplasia della mammella: Soltanto il 47% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni come raccomandato.

Screening tumore del colon retto: Appena l'1% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una sigmoido-colonscopia a scopo preventivo).

Descrizione del campione regionale

La popolazione in studio è costituita dagli iscritti, 18-69enni, alle anagrafi sanitarie siciliane. Al 1/1/2007 risultavano iscritti alle anagrafi sanitarie delle 9 AUSL siciliane 3.477.667 adulti di 18-69 anni. Sono state intervistate 973 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età. Le AUSL di Catania, Messina, Palermo e Ragusa hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale; le restanti cinque AUSL hanno partecipato al solo campione regionale. In Sicilia, fra tutte le persone eleggibili campionate, la proporzione di persone intervistate è stata alta: il tasso di risposta è stato dell'84% (85% valore nazionale), mentre i motivi che hanno portato all'esclusione dal campione di persone inizialmente campionate (persone non eleggibili) sono stati essenzialmente: la mancanza del telefono (58% di tutti i non eleggibili) e la residenza in maniera stabile altrove (33% di tutti i non eleggibili). Nella nostra regione il tasso di sostituzione è stato del 16% (15% valore nazionale) e quello di rifiuto dell'1%, uguale al valore nazionale. Ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in appendice.

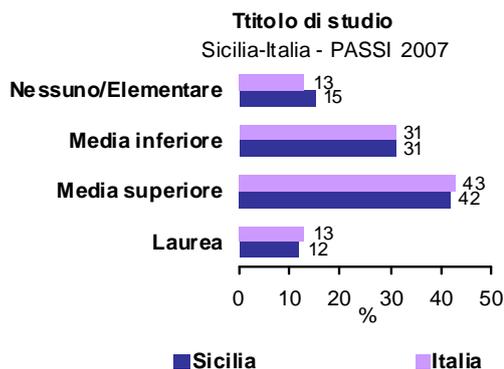
Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

Età e il sesso

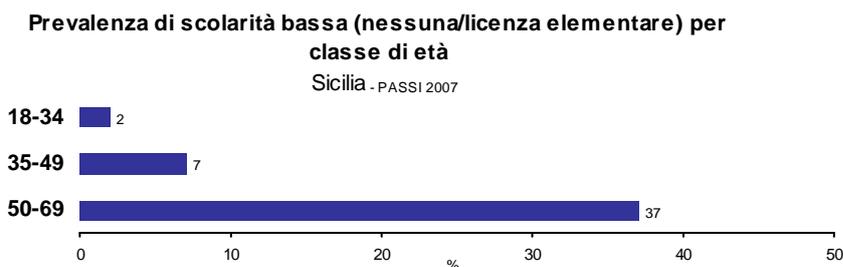
In Sicilia il 51% del campione intervistato (973 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 42 anni. Il 35% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 32% in quella 35-49 e il 33% in quella 50-69. La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione iscritta alle anagrafi sanitarie delle AUSL siciliane, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Il titolo di studio

In Sicilia il 15% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 31% la licenza media inferiore, il 42% la licenza media superiore e il 12% è laureato. Nel grafico sottostante sono messi a confronto i valori regionali con i valori dell'intero pool di ASL a livello nazionale.



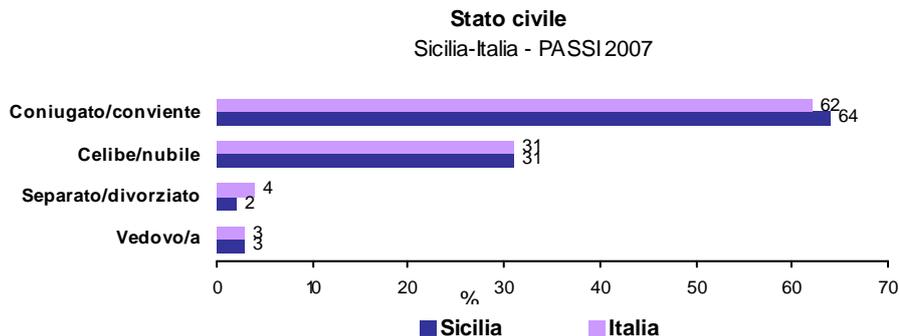
La popolazione con un livello di istruzione basso (nessun titolo/scuola elementare) è rappresentata prevalentemente dalle donne e dagli anziani in maniera statisticamente significativa. Inoltre, si osserva una differenza significativa fra i gruppi di età rispetto al conseguimento della scuola media superiore. Pertanto i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto dell'età e del genere mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).



Lo stato civile

In Sicilia i coniugati/conviventi rappresentano il 64% del campione, i celibi/nubili il 31%, i separati/divorziati

il 2% ed i vedovi/e il 3%. Nel grafico sottostante sono messi a confronto i valori regionali con i valori dell'intero pool di ASL a livello nazionale. Rispettivamente i valori rilevati nel campione nazionale sono: 62% coniugati, 31% celibi/nubili, 4% separati/divorziati e 3% vedovi/e.

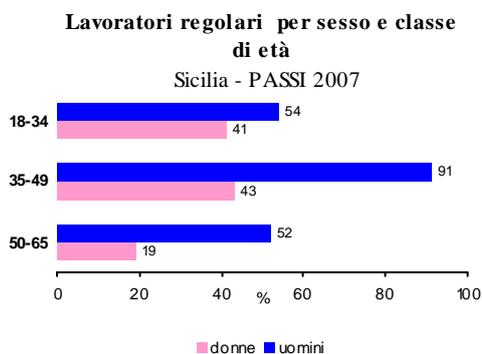


Cittadinanza

In Sicilia il 99% del campione intervistato è italiano, 1% straniero (2,5% valore nazionale). Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese. Gli stranieri sono più rappresentati nella fascia di età 35-49 anni; nel campione regionale intervistato non vi sono stranieri nella fascia di età 18-34 anni.

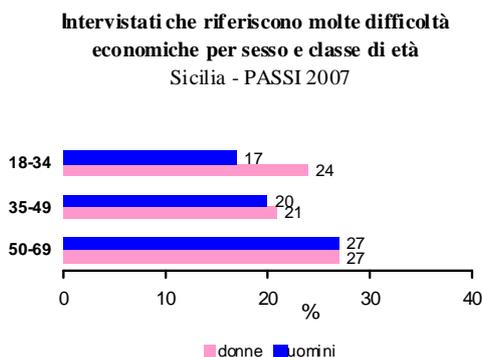
Il lavoro

In Sicilia il 50% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente (64% valore nazionale). Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (35% contro 66%). Gli uomini e le persone di 35-49 anni sono quelli che riferiscono di lavorare con regolarità maggiormente rispetto alle donne e gli intervistati di 18-34 e 50-69 anni. Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative per sesso nelle classi di età 35-49 e 50-69.



Difficoltà economiche

In Sicilia il 23% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche (14% valore nazionale), il 49% qualche difficoltà (41% valore nazionale), il 28% nessuna (44% valore nazionale). E' soprattutto la classe 50-69 anni che riferisce molte difficoltà economiche.



Conclusioni e raccomandazioni

Il campione in Sicilia è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale. I dati socio-demografici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine.

Percezione dello stato di salute

La relazione tra salute e qualità di vita percepita è stata oggetto sin dagli anni '80 di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

La salute percepita è stata valutata con il metodo dei 5 giorni in salute^o che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute autoriferito, 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 e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

In Sicilia il 61% (65% valore nazionale) degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 33% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 6% ha risposto in modo negativo (male/molto male). In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute i giovani nella fascia 18-34 anni, gli uomini, le persone con alto livello di istruzione, le persone senza difficoltà economiche, le persone senza patologie severe.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per classe di età, sesso, difficoltà economiche, presenza di patologie severe e istruzione (scuola media inferiore vs nessuna elementare).

Stato di salute percepito positivamente*

Sicilia - PASSI 2007, (n=969)

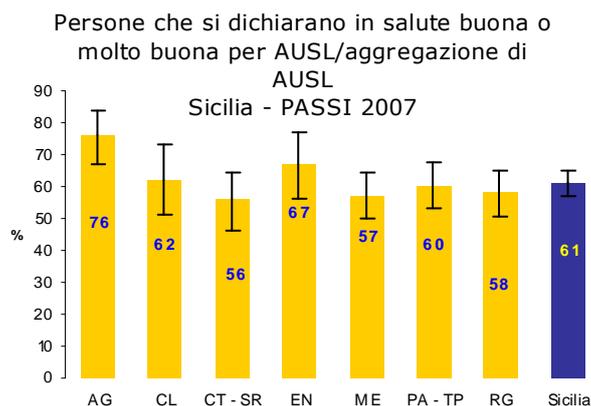
Caratteristiche demografiche		%
Totale		60,9 (IC95%: 57,2-64,6)
Età	18 - 34	80,2
	35 - 49	57,5
	50 - 69	43,9
Sesso	uomini	66,1
	donne	55,9
Istruzione	nessuna/elementare	35,4
	media inferiore	61,3
	media superiore	66,7
	laurea	70,9
Difficoltà economiche¹	molte	45,7
	qualcuna	61,4
	nessuna	71,7
Malattie croniche²	assente	68,8
	presente	29,5

*persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

² Malattie croniche: almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

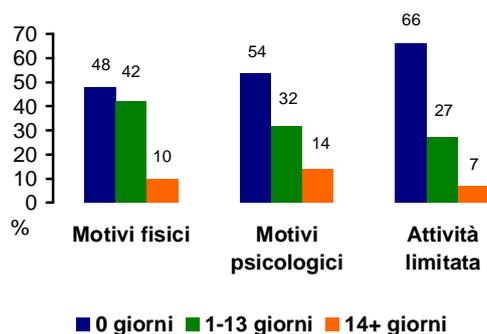
Nelle AUSL/aggregazioni di AUSL della Sicilia, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute varia da un minimo del 56% per l'aggregazione di Catania-Siracusa ad un massimo del 76% per l'AUSL di Agrigento; tale differenza, come anche la differenza osservata fra l'AUSL di Agrigento e quella di Messina, risulta, statisticamente significativa.



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

In Sicilia il 48% delle persone intervistate riferisce di essere stato in buona salute fisica negli ultimi 30 giorni, il 54% riferisce di essere stato in buona salute psicologica e il 66% dichiara di non aver avuto alcuna limitazione delle attività abituali nell'ultimo mese. Per più di 14 giorni in un mese il 10% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, il 14% per motivi psicologici e il 7% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Sicilia - PASSI 2007



La popolazione regionale intervistata riferisce che il numero medio di giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è di 4 e per motivi psicologici è di 5, mentre le attività abituali sono limitate per 3 giorni al mese. Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici, le persone di 50-69 anni lamentano più giorni in cattiva salute per motivi fisici e per motivi psicologici rispetto ai 18-34enni, e sono più limitati nelle attività abituali in maniera statisticamente significativa.

Giorni in cattiva salute percepita
Sicilia - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche		N°gg/mese per		
		Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale		4,2	4,6	2,8
Classi di età	18 - 34	3,0	3,0	1,7
	35 - 49	3,5	4,5	2,0
	50 - 69	6,3	6,4	4,8
Sesso	uomini	3,6	3,0	2,3
	donne	4,8	6,1	3,3

Conclusioni e raccomandazioni

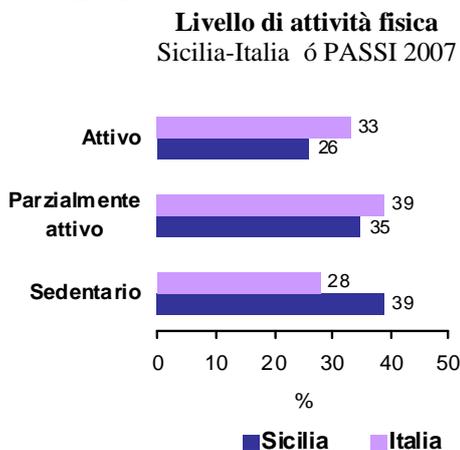
L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello regionale correlazioni con età, sesso, livello di istruzione, presenza di malattie croniche e difficoltà economiche. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne. Le misure della qualità della vita forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica in particolare a livello di AUSL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti. Queste misure sono inoltre funzionali ad altre sezioni dell'indagine PASSI, come ad esempio per quella dei sintomi di depressione alle quali forniscono elementi di analisi e lettura.

Attività fisica

L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%. Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi sviluppati, questo oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità. È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di una adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) possono infatti essere utili nell'incrementare l'attività fisica sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche, quali ad esempio le malattie cardiovascolari.

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

In Sicilia il 26% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 35% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 39% è completamente sedentario. I valori nazionali, confrontati con quelli regionali vengono presentati nel grafico sottostante. Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 33% della popolazione è attiva, il 39% parzialmente attivo e il 28% è sedentario.



Chi fa poca o nessuna attività fisica?

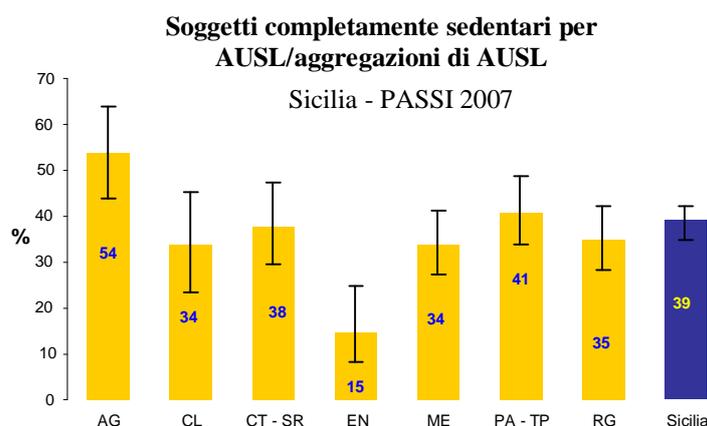
In Sicilia la percentuale di sedentari sembra aumentare al crescere dell'età e tra le persone con basso livello di istruzione. Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico si osserva che risultano differenze significative solo per il livello di istruzione: la percentuale di sedentari fra coloro che hanno livelli di istruzione bassi è significativamente più elevata di quella fra coloro che hanno livello di istruzione medio (scuola media inferiore e superiore).

Sedentari
Sicilia - PASSI 2007, (n=945)

Caratteristiche demografiche		%
Totale		38,6 (IC95%: 34,6-42,5)
Classi di età	18 - 24	27,8
	25 - 34	36,4
	35 - 49	38,7
	50 - 69	44,7
Sesso	uomini	37,5
	donne	39,6
Istruzione	nessuna/elementare	55,0
	media inferiore	35,4
	media superiore	33,5
	laurea	45,4
Difficoltà economiche¹	molte	39,2
	qualcuna	37,6
	nessuna	40,3

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Nelle AUSL/aggregazioni di AUSL siciliane si evidenziano differenze significative nella percentuale di sedentari soltanto fra l'AUSL di Agrigento (54%, percentuale più alta) e l'AUSL di Enna (15%, percentuale più bassa).



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

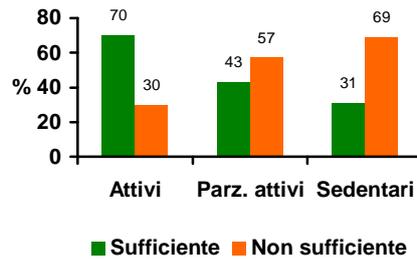
Solo il 29% del campione siciliano intervistato riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica, mentre ha consigliato di farla regolarmente nel 26% dei casi.

Nelle AUSL/aggregazioni di AUSL siciliane, non emergono differenze significative per quanto concerne la percentuale di persone cui il medico ha consigliato di fare attività fisica (range dal 17% di Messina al 41% di Caltanissetta). Tra le altre ASL partecipanti al sistema il 33% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto notizie, mentre il 30% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

La percentuale di persone che percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente è del 70% tra gli attivi, del 43% tra i parzialmente attivi e addirittura del 31% tra i sedentari. Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti, la percentuale di persone sedentarie che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente è del 26%.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata Sicilia - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in Sicilia il 61% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 39% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico. La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane e in coloro che hanno un livello di istruzione basso.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale ed in gruppi particolari a rischio. In meno di un terzo dei casi i medici siciliani si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti e la percentuale di coloro che danno dei consigli più dettagliati rimane ancora insoddisfacente. Un fatto che assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta. Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (corsi di attività fisica, piste ciclabili, ecc.).

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio di numerose patologie cronicamente degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce. L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente maggiore, si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano. Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezzi il rischio di infarto del miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare. I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo ed alcune condizioni morbose. La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo.

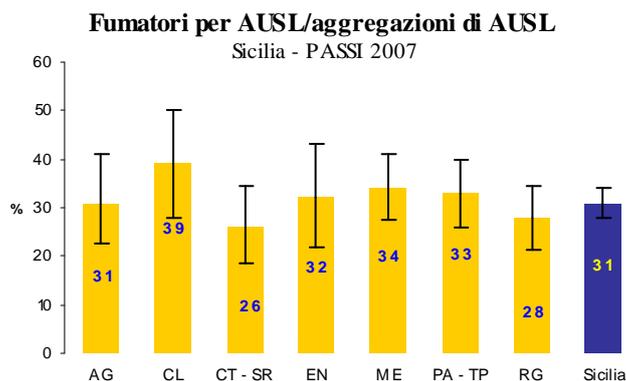
Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

In Sicilia i fumatori sono il 30%, gli ex fumatori il 15%, e i non fumatori il 54%. A questi si aggiungono 9 persone (0.8%), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS). L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini (40% versus 21%); mentre tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (68% versus 39%).

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani e tra gli uomini. Valutando le differenze riscontrate con metodi statistici avanzati (analisi multivariata), viene confermato che i giovani appartenenti alla fascia d'età 18-24 fumano maggiormente, in maniera statisticamente significativa, rispetto ad adulti alla fascia di 50-69 anni, anche l'appartenenza al genere maschile è una caratteristica associata significativamente alla condizione di fumatore. I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 15 sigarette al giorno. Tra loro, il 13% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore). Le percentuali di fumatori non mostrano differenze statisticamente significative tra AUSL/aggregazioni di AUSL siciliane e oscillano

fra un valore minimo del 26% nell'aggregazione di AUSL Catania-Siracusa ad un valore massimo del 39% nell'AUSL di Caltanissetta.



Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di fumatori è risultata pari al 31% e si riscontrano percentuali più alte negli uomini e nei giovani (18-24 anni), in chi ha un basso livello di istruzione e in chi ha difficoltà economiche; la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

Fumatori *
Sicilia - PASSI 2007, (n=969)

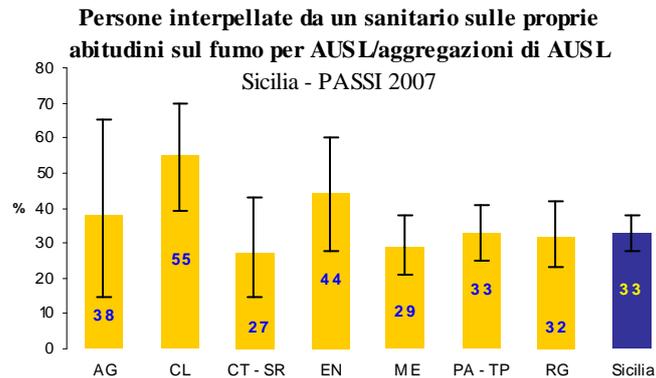
Caratteristiche demografiche		%
Totale		31.0 (IC95%: 27.5-34.5)
Classi di età		
	18 - 24	37.2
	25 - 34	38.5
	35 - 49	30.8
	50 - 69	23.8
Sesso		
	uomini	40.3
	donne	22.0
Istruzione		
	nessuna/elementare	25.0
	media inferiore	32.8
	media superiore	33.0
	laurea	25.5
Difficoltà economiche¹		
	molte	29.9
	qualcuna	30.4
	nessuna	32.4

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

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

Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, un intervistato su tre (33%) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo. Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 58% dei fumatori, il 43% degli ex fumatori e il 15% dei non fumatori. Tra le AUSL/aggregazioni di AUSL siciliane non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: l'AUSL di Caltanissetta presenta la percentuale di persone interpellate più alta (55%), mentre l'aggregazione di AUSL di Catania-Siracusa mostra la percentuale più bassa (27%). Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 42% degli intervistati riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo; tra i fumatori tale percentuale sale al 66%.

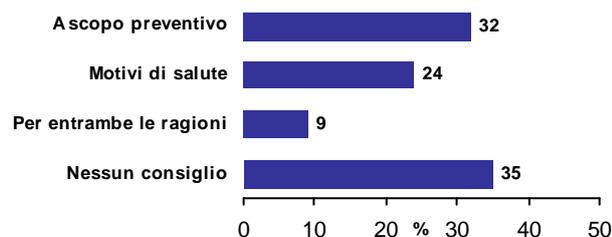


A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

Il 65% (60% valore nazionale) dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario ed il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (32%). Il 35% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

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

Sicilia - Passi 2007 *



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

Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

Fra gli ex fumatori il 96% (uguale al valore nazionale) ha smesso di fumare da solo e il 2% riferisce di aver utilizzato farmaci, mentre il 2% risponde di aver utilizzato altri metodi.

Il 49% (41% valore nazionale) ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno. Fra coloro che hanno tentato di smettere di fumare il 96% ha tentato da solo, il 2% utilizzando cerotti o farmaci, e l'1% utilizzando altri modi.

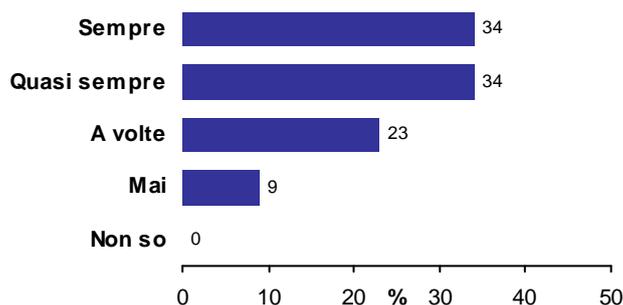
L'abitudine al fumo in ambito domestico

Il 64% degli intervistati dichiara che non si fuma nella propria abitazione mentre il 5% degli intervistati fuma ovunque ed il 31% riferisce di fumare in determinate stanze o in alcune ore della giornata o in determinate situazioni.

L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

Le persone intervistate riferiscono, nel 68% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre. Il 9% dichiara che il divieto non è mai rispettato. Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI l'84% degli intervistati ritiene che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.

Frequenza percepita del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici
Sicilia - PASSI 2007 *

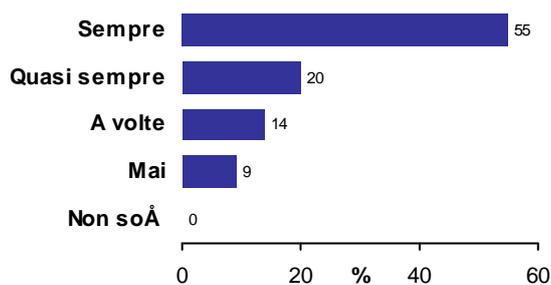


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

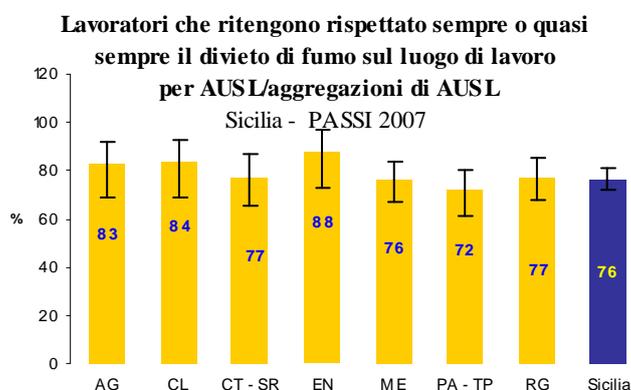
Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 75% (85% valore nazionale) dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre. Il 9% dichiara che il divieto non è mai rispettato.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro *
Sicilia - PASSI 2007



*chi lavora in ambienti chiusi, escluso chi lavora da solo

Tra le AUSL/aggregazioni di AUSL della Regione, non emergono differenze statisticamente significative nella percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (range dal 72% dell'aggregazione di AUSL di Palermo-Trapani all'88% della AUSL di Enna).



Conclusioni e raccomandazioni

In Sicilia un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 25-34enni, dove quasi 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori. Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da

parte degli operatori sanitari. Nessuno, comunque, dei fumatori che hanno smesso di fumare, l'ha fatto grazie a gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare. Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'impegno contro il fumo passivo dimostrato dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie pre-esistenti, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità. Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, *Body Mass Index* - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18.5), normopeso (BMI 18.5-24.9), sovrappeso (BMI 25-29.9), obeso (BMI \geq 30).

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

In Sicilia il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 49% normopeso, il 32% sovrappeso e il 15% obeso. Complessivamente si stima che il 47% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.

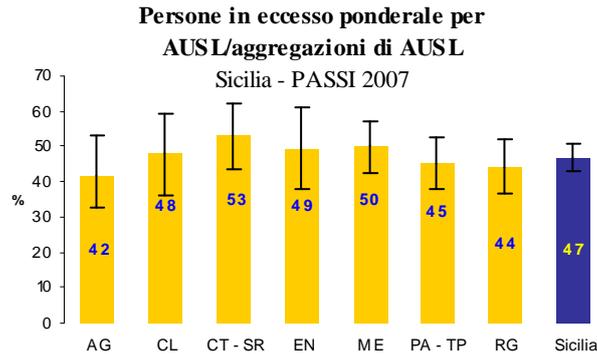
Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

Le condizioni di sovrappeso ed obesità crescono in modo rilevante con l'età ed entrambe sono significativamente maggiori dal punto di vista statistico negli uomini rispetto alle donne (sovrappeso: 41% vs 24%, e obesi: 17% vs 12%) e nelle persone con basso livello di istruzione.

Popolazione con eccesso ponderale		
Sicilia - PASSI 2007, (n=939)		
Caratteristiche demografiche	Sovrappeso %	Obesi %
Totale	32.5 (IC95% 28.8-36,2)	14.5 (IC95% 11.7-17.3)
Classi di età		
	18 - 34	19.6
	35 - 49	31.9
	50 - 69	46.5
Sesso	uomini	40.8
	donne	24.5
Istruzione	nessuna/elementare	39.4
	media inferiore	36.1
	media superiore	28.3
	laurea	28.8
Difficoltà economiche¹	molte	30.5
	qualche	33.8
	nessuna	31.8

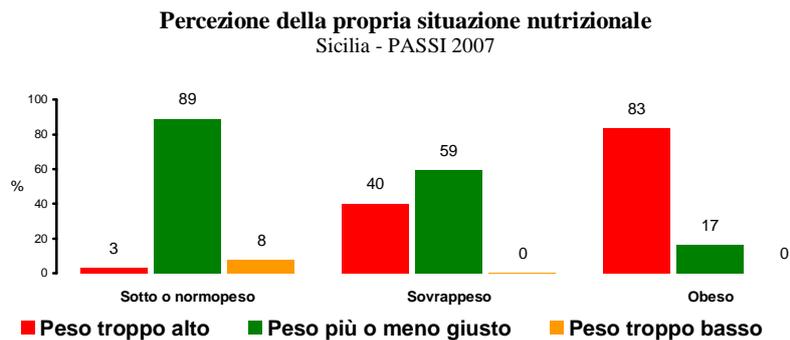
¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Nelle AUSL/aggregazioni di AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative (range dal 42% per l'AUSL di Agrigento al 53% per le AUSL di Catania - Siracusa) tra le percentuali di persone in eccesso ponderale. Tra le ASL partecipanti a livello nazionale, il 43% degli intervistati presenta un eccesso ponderale (32% è in sovrappeso e l'11% è obeso).



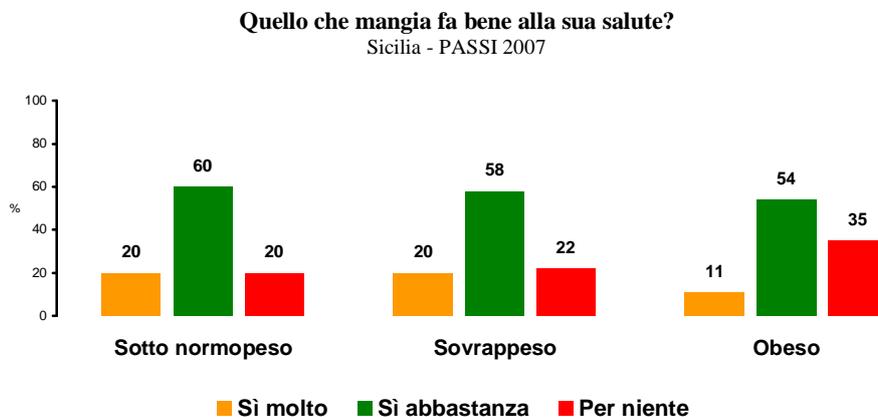
Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso. In Sicilia la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati: circa il 17% delle persone obese ritiene che il proprio peso sia più o meno giusto e solo il 40% delle persone in sovrappeso percepisce il proprio peso come troppo alto. Si osserva, comunque che l'83% degli obesi percepisce il proprio peso come alto e che l'89% dei sottopeso-normopeso ha una giusta percezione del proprio peso, considerandolo più o meno giusto. Non emerge una sostanziale differenza nella percezione del proprio peso per sesso.



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

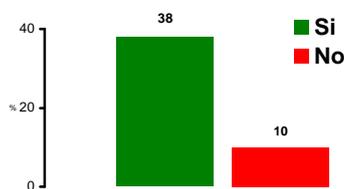
In Sicilia mediamente il 77% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute (‘‘Sì, abbastanza’’ o ‘‘Sì, molto’’) in particolare: l'80% dei sottopeso/normopeso, il 78% dei sovrappeso e il 65% degli obesi.



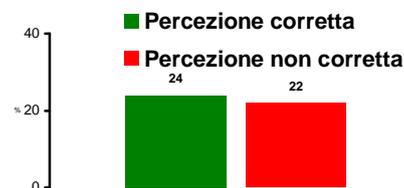
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

In Sicilia il 56% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 44% delle persone in sovrappeso e il 78% delle persone obese. Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 48% delle persone in sovrappeso e l'81% degli obesi ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario. Solo il 27% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per ridurre o mantenere il proprio peso. La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta negli obesi (37% vs il 23 % dei sovrappeso) e tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (38% vs 10%). Nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) non sembra esserci una differenza statisticamente significativa nel seguire una dieta tra chi percepisce il proprio peso come troppo alto (24%) e chi lo percepisce come più o meno giusto (22%).

Percentuale di persone in sovrappeso/obese che fanno una dieta in rapporto al consiglio di un operatore sanitario
Sicilia - PASSI 2007



Percentuale di persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che fanno una dieta in rapporto alla percezione del proprio peso
Sicilia - PASSI 2007



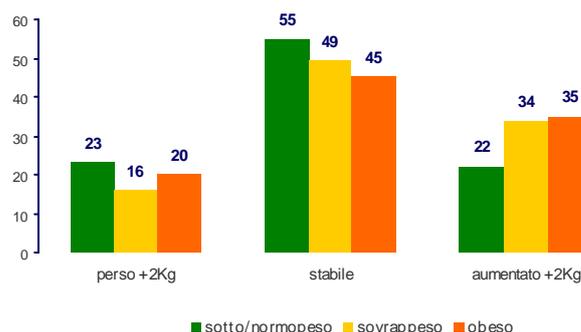
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

In Sicilia il 41% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (37% dei sovrappeso e 50% degli obesi). Il 32% delle persone in sovrappeso e il 30% delle persone obese ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte operatore sanitario. Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 76% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 48% di chi non l'ha ricevuto. Nelle AUSL/aggregazioni di AUSL della Sicilia non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, sebbene queste conclusioni derivino da un campione analizzato relativamente piccolo e quindi le stime prodotte potrebbero risultare poco precise (range dal 17% di Ragusa al 53% di Caltanissetta).

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

In Sicilia il 28% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso negli ultimi 12 mesi, in particolare la proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata nella fascia d'età di 18-34 anni (32% vs 22% in quella 35-49 anni e 30% in quella 50-69 anni), nelle persone in eccesso ponderale (35% negli obesi e 34% nei sovrappeso vs 22% nei normopeso), nelle donne (30%) rispetto agli uomini (26%). Tuttavia le differenze osservate vanno ulteriormente analizzate con metodi statistici per valutarne l'eventuale significatività.

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
Sicilia - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

In Sicilia l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 40% percepisce il proprio peso come "troppo alto", il 34% è aumentato di peso nell'ultimo anno e la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo. La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 27% delle persone in eccesso ponderale, ma il 76% delle persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, da un operatore sanitario, di fare attività fisica, svolge attività fisica moderata. I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative ed interventi di provata efficacia.

Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di morbosità e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente. È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno?

In Sicilia il 57% degli intervistati dichiara di mangiare 1 o 2 porzioni di frutta e verdura al giorno. Solo il 7% (10% valore nazionale) però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, (range 2% nell'AUSL di Ragusa e 10% nell'AUSL di Enna e nell'aggregazione di AUSL Palermo-Trapani). Circa il 31% del campione intervistato mangia 3-4 porzioni al giorno ed il 5% non mangia alcuna porzione di frutta e verdura al giorno. Mangiare almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura è un'abitudine più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (10% vs 5%) rispetto ai più giovani e tra quelle con alto livello di istruzione (14% vs 5%) rispetto alle persone con basso livello di istruzione. Questi risultati vengono confermati anche nell'analisi multivariata che considera insieme le variabili classe di età, sesso, istruzione e difficoltà economiche.

Adesione al "5 a day"*		
Sicilia - PASSI 2007, (n=968)		
Caratteristiche demografiche	%	
Totale	7.4(IC95% 5.4-9.4)	
Classi di età	18 - 34	5.0
	35 - 49	6.8
	50 - 69	10.5
Sesso	uomini	7.7
	donne	7.1
Istruzione	nessuna/elementare	5.3
	media inferiore	7.6
	media superiore	6.4
	laurea	13.5
Difficoltà economiche¹	molte	6.3
	qualcuna	7.5
	nessuna	8.3
Stato nutrizionale	sotto/normopeso	7,2
	sovrappeso	7,7
	obeso	8.3

* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Conclusioni e raccomandazioni

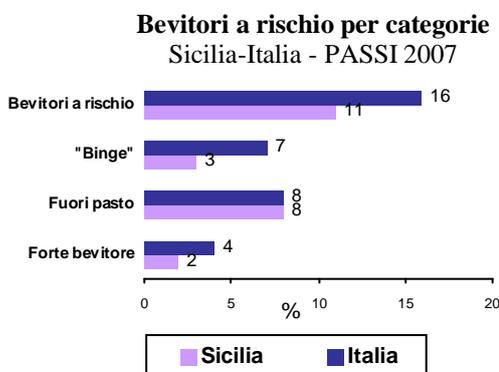
La maggior parte (95%) delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa un terzo ne assume 3-4 porzioni, ma solo il 7% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto nell'ambito della promozione degli stili di vita sani un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali guida pericolosa di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza). L'alcol è inoltre considerato, assieme al fumo, una porta d'ingresso verso il consumo di sostanze d'abuso. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria. Secondo l'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono quelle che bevono fuori pasto, i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche -lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore- al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne) e quelle che indulgono in grandi bevute o *binge drinking* (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione). I medici e gli altri operatori possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol: un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo al consumo di alcol.

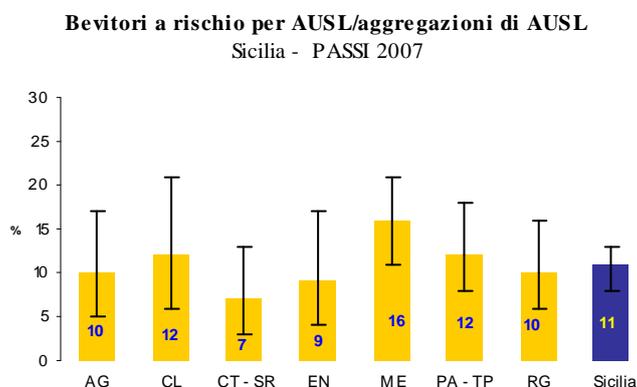
Quante persone consumano alcol e quanti sono bevitori a rischio?

In Sicilia la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 51%. Si sono osservate percentuali più alte nelle fasce 18-24 anni e 25-34 anni. Studiando assieme i diversi fattori con un modello di regressione logistica, si evidenzia che la percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore negli uomini e nella fascia di età 18-24, mentre si osserva una percentuale di bevitori significativamente inferiore fra coloro che hanno un livello di istruzione più basso. Fra i consumatori di alcol il 56% lo consuma durante tutta la settimana mentre il 44% prevalentemente durante il fine settimana. Nel campione delle AUSL/aggregazioni di AUSL della Regione, emergono differenze statisticamente significative fra la AUSL di Agrigento e le AUSL di Caltanissetta, Catania-Siracusa e Messina (range dal 34% di Agrigento al 58% di Caltanissetta). Tra le ASL partecipanti al pool nazionale la percentuale di bevitori è del 61%. Complessivamente l'11% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o *binge*). L'8% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto. Il 3% è un bevitore *binge* (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione). Il 2% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne). I confronti con i valori nazionali sono mostrati nel grafico sottostante



* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

Le percentuali di bevitori a rischio nelle AUSL/aggregazioni di AUSL della regione variano da un valore pari al 9% nell'ASL di Enna, ad un valore pari a 16% nell'ASL di Messina, ma queste differenze tra AUSL non sembrano essere statisticamente significative.



Quali sono le caratteristiche dei bevitori *öbingeö*?

Questa forma di consumo di alcol ritenuta pericolosa riguarda il 3% degli intervistati. Analizzando assieme tutte le caratteristiche considerate (vedi tabella sottostante) col modello logistico si osserva il consumo *öbingeö* è significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, tra i giovani e negli uomini, mentre non risultano differenze significative riguardo a livello di istruzione e difficoltà economiche.

Bevitore *öbingeö* (ultimo mese) *
Sicilia - PASSI 2007, (n=939)

Caratteristiche demografiche		%
Totale		3.3 (IC95%: 1.9-4.7)
Classi di età		
	18 - 24	8.3
	25 - 34	2.7
	35 - 49	3.5
	50 - 69	1.2
Sesso		
	uomini	5.3
	donne	1.4
Istruzione		
	nessuna/elementare	0.9
	media inferiore	5.3
	media superiore	2.5
	laurea	3.9
Difficoltà economiche¹		
	molte	3.5
	qualcuna	3.4
	nessuna	3.0

* consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

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

In Sicilia solo il 7% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol. Tra i bevitori a rischio, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è del 5%, tra i bevitori *öbingeö* del 12%, tra quelli che bevono fuori pasto del 2% e del 4% tra i forti bevitori. Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 16%; il 9% dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario.

Conclusioni e raccomandazioni

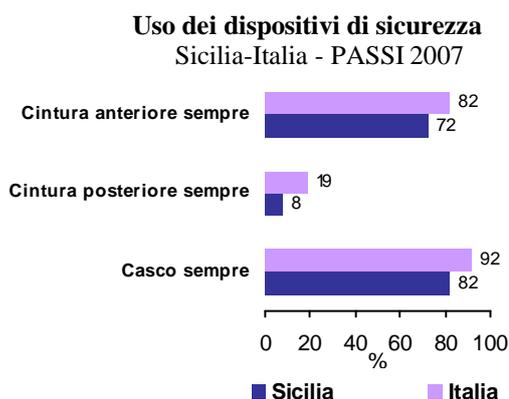
In Sicilia si stima che circa la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa una persona su dieci abbia abitudini di consumo considerabili a rischio: si tratta di livelli di consumo inferiori a quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI. I risultati dell'indagine evidenziano la scarsa attenzione degli operatori sanitari, che solo raramente si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e raramente consigliano di moderarne l'uso. I rischi associati all'alcol sembrano venire sottostimati probabilmente per il carattere diffuso dell'abitudine e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo in quantità molto modeste. Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari. Il consiglio degli operatori sanitari si è rivelato efficace nel ridurre alcuni fattori di rischio comportamentale relativi agli stili di vita. Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nel tempo nell'ambito delle attività di informazione ed educazione, in particolare coinvolgendo famiglia, scuola e società, col supporto importante dei mass-media. Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della legalità (es. limite dei 0,5 gr/litro di tasso alcolico nel sangue per la guida) e della sicurezza per sé e per gli altri, dall'altro all'offerta di aiuto per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

Sicurezza stradale

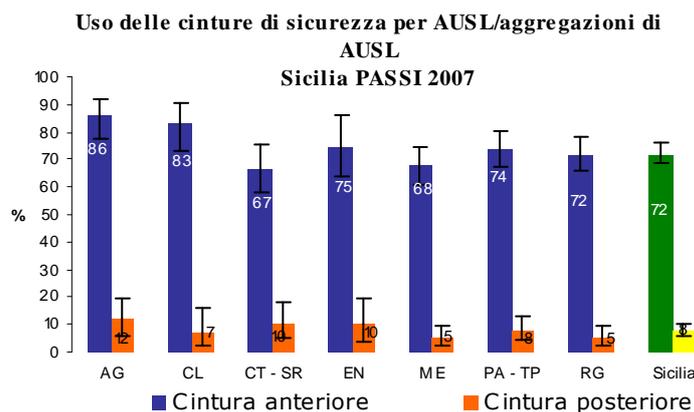
Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2006 si sono verificati in Italia 238.124 incidenti stradali con 5.669 morti e 332.955 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità. In Sicilia nel 2006 gli incidenti stradali sono stati 14.203 con 383 morti e 21.196 feriti (Fonte: ACI). Gli incidenti stradali sono spesso provocati dall'alcol: si stima che in Italia oltre un terzo della mortalità per questa causa sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza. La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato, tra l'altro, a ridurre la guida sotto l'effetto dell'alcol e al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

Uso dei dispositivi di sicurezza

In Sicilia tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 72%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (8%). Tra le persone che vanno in moto o in motorino l'82% riferisce di usare sempre il casco. Nel grafico sottostante vengono confrontate le percentuali regionali dell'uso dei dispositivi di sicurezza con quelle nazionali.



Nelle ASL/aggregazioni di AUSL siciliane, la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è in linea con il dato regionale, senza presentare differenze statisticamente significative tranne che per l'aggregazione Catania-Siracusa (67%), la cui percentuale di utilizzo dell'uso della cintura anteriore risulta significativamente inferiore rispetto a quella di Agrigento (86%). La percentuale di utilizzo della cintura posteriore nelle AUSL/aggregazioni di AUSL siciliane varia da un minimo del 5% per le AUSL di Messina e di Ragusa ad un massimo del 12% per l'AUSL di Agrigento.



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 3% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente. Tra coloro che sono saliti in auto/moto il 6% (10% valore nazionale) riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol. Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 7% (13% valore nazionale); questa abitudine è più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne in maniera statisticamente significativa.

Persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol * Sicilia - PASSI 2007, (n=465)

Caratteristiche demografiche		%
Totale		7.0 (IC95%: 4.3-9.7)
Classi di età	18 - 24	10.4
	25-34	7.6
	35 - 49	5.8
	50 - 69	5.8
Sesso	uomini	10.0
	donne	1.6
Istruzione	nessuna/elementare	3.6
	media inferiore	5.9
	media superiore	7.0
	laurea	12.0
Difficoltà economiche¹	molte	7.6
	qualcuna	6.0
	nessuna	8.3

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

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

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Conclusioni e raccomandazioni

In Sicilia si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce un problema soprattutto fra i giovani. Dalla letteratura scientifica si evince che risultano più efficaci gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, facendo particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

Infortuni domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi conseguono, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto l'abitazione è ritenuta essere il luogo sicuro per eccellenza. Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici mostra, infatti, un andamento in crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000 (ISTAT, 2004). Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni. Probabilmente una parte di questi incrementi sono da attribuire ad una maggiore attenzione alla problematica e al miglioramento della capacità di rilevazione del fenomeno. Circa 1,3 milioni di persone hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale per ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno (Sistema Informativo Nazionale Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione o SINIACA, 2004). Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500 per anno. In generale non è facile avere stime concordanti del fenomeno in quanto la stessa definizione di caso non è univoca nei diversi flussi informativi e le misclassificazioni sono pertanto molto frequenti. La definizione di caso di infortunio domestico adottata per l'indagine PASSI, coerente con quella ISTAT, prevede la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, l'accidentalità dell'evento e che questo si sia verificato in una civile abitazione, sia all'interno che all'esterno di essa.

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

In Sicilia la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 95% degli intervistati lo ritiene basso o assente. Analizzando insieme le variabili indipendenti (età, sesso, livello di istruzione, difficoltà economiche, persone potenzialmente a rischio) attraverso metodi di regressione logistica, si osserva che la scarsa percezione del rischio di infortunio domestico è associata significativamente solo al sesso, gli uomini tendono ad avere una minore percezione del rischio rispetto alle donne. Tra le varie AUSL/aggregazioni di AUSL della regione Sicilia con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per la percezione di rischio di infortunio (range dal 87% di Caltanissetta al 98% di Catania-Siracusa). Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91%.

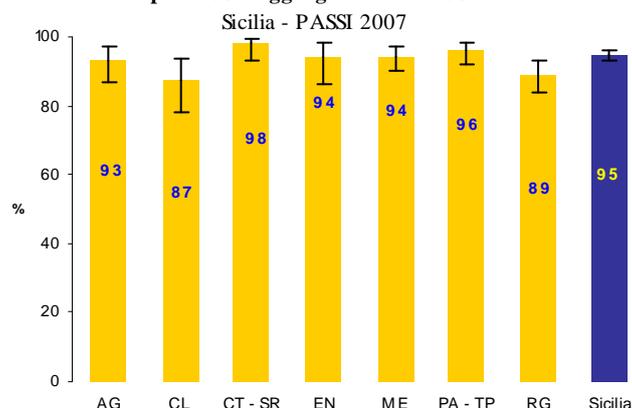
Persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Sicilia - PASSI 2007, (n=963)

Caratteristiche demografiche		%
Totale		94,8 (IC 95%: 93,3-96,4)
Età		
	18 - 34	92,5
	35 - 49	96,2
	50 - 69	95,8
Sesso	uomini	96,4
	donne	93,3
Istruzione	nessuna/elementare	96,5
	media inferiore	96,1
	media superiore	93,7
	laurea	93,0
Difficoltà economiche¹	molte	94,1
	qualcuna	94,1
	nessuna	96,6
Persone potenzialmente a rischio²	si	94,7
	no	94,9

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

² si: presenza di anziani e/o bambini

Persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio in ambiente domestico per AUSL/agggregazioni di AUSL



Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

In Sicilia solo il 25% (28% valore nazionale) degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici. Le persone nella classe di età 35-49 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre classi d'età. Percentuali più alte si hanno anche nelle donne, tra coloro che possiedono la laurea, tra chi non ha nessuna difficoltà economica, tra coloro che hanno in casa anziani o bambini e in coloro che hanno una percezione del rischio alta.

Persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni negli ultimi 12 mesi
Sicilia - PASSI 2007, (n=965)

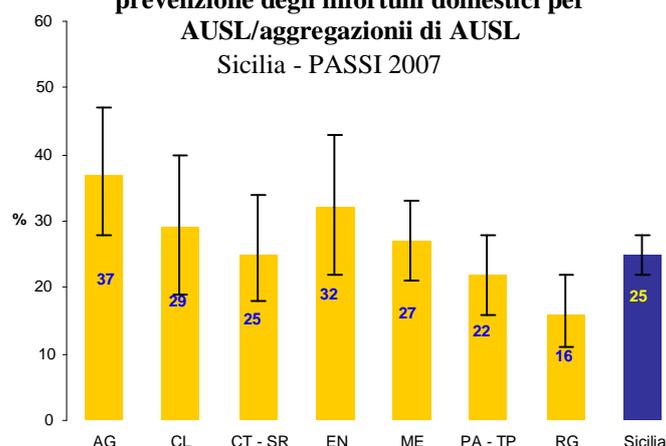
Caratteristiche demografiche		%
Totale		24,9 (IC 95%: 21,7-28,1)
Età		
	18 - 34	22,2
	35 - 49	29,1
	50 - 69	23,7
Sesso	uomini	23,9
	donne	25,8
Istruzione	nessuna/elementare	12,6
	media inferiore	24,7
	media superiore	27,7
	laurea	31,5
Difficoltà economiche¹	molte	23,3
	qualche	24,9
	nessuna	26,5
Persone potenzialmente a rischio²	si	27,0
	no	23,5
Percezione del rischio	alta	33,7
	bassa	24,4

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualche = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

² si: presenza di anziani e/o bambini

Analizzando insieme tutte queste caratteristiche attraverso una tecnica di regressione logistica si osserva che aver ricevuto informazioni è associato significativamente sul piano statistico all'età (50-69 anni e 35-49 rispetto alla classe più bassa) e al livello di istruzione (scuole media inferiore, scuola media superiore e laurea vs nessuna istruzione/scuola elementare). Nelle AUSL/agggregazioni di AUSL della Sicilia, la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi sulla prevenzione degli infortuni domestici varia dal 16% di Ragusa al 37% di Agrigento. Tale differenza risulta statisticamente significativa, mentre non si evidenziano differenze statisticamente significative per le altre AUSL/agggregazioni di AUSL.

Persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici per AUSL/aggregazioni di AUSL
Sicilia - PASSI 2007



Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli (12% vs il 14% del valore nazionale) e i mass media (13% vs il 14% del valore nazionale), invece pochi fra gli intervistati hanno ricevuto notizie dal personale sanitario o dai tecnici.

Tra chi riferisce di aver ricevuto informazioni, sono state adottate misure per rendere l'abitazione più sicura?

In Sicilia tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni sul rischio di infortuni domestici il 33% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura. L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra coloro che hanno un'alta percezione del rischio, negli uomini, in coloro che hanno un basso livello di istruzione e in coloro che hanno qualche difficoltà economica. Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con una tecnica di regressione logistica si osserva che l'aver modificato i comportamenti o reso più agevole la casa è associato significativamente all'alta percezione del rischio e al basso livello di istruzione. Nel pool nazionali delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato i loro comportamenti o adottato misure preventive è pari al 30%.

Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione*
Sicilia - PASSI 2007, (n=243)

Caratteristiche demografiche		%
Totale		33,6 (IC 95%: 26,5 - 40,7)
Età		
	18 - 34	33,9
	35 - 49	31,2
	50 - 69	36,3
Sesso	uomini	38,7
	donne	29,3
Istruzione	nessuna/elementare	48,3
	media inferiore	30,3
	media superiore	36,7
	laurea	22,5
Difficoltà economiche¹	molte	25,1
	qualche	36,0
	nessuna	35,5
Persone potenzialmente a rischio²	si	33,5
	no	33,8
Percezione del rischio	alta	53,3
	bassa	31,9

* analisi condotta solo tra coloro che ha ricevuto delle informazioni

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

² si: presenza di anziani e/o bambini

Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano riconosciuti sempre di più come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che in Sicilia le persone intervistate riferiscono una bassa consapevolezza del rischio infortunistico. Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da mass media e non in modo specifico da operatori qualificati. Tra coloro che dichiarano di avere ricevuto informazioni, circa un terzo ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato evidenzia che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema. Pertanto si sottolinea la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal Piano di Prevenzione Regionale recentemente approvato, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e con un programma sistematico di misura dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, può risultare in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). Si stima che, nei paesi industrializzati, la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive. Le complicanze e l'incremento dei casi di ospedalizzazione determinano forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia nell'ambito della comunità che per il singolo individuo. La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale). Pertanto è raccomandata soprattutto in soggetti per i quali l'influenza si può rivelare particolarmente grave (anziani e soggetti affetti da determinate patologie croniche) e in particolari categorie di lavoratori.

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

In Sicilia il 14% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata. L'analisi di tutte le caratteristiche insieme (età, sesso, livello di istruzione, difficoltà economiche e presenza di patologia cronica) attraverso un modello logistico evidenzia che sono soprattutto le persone di età compresa tra i 50 ed i 64 anni e quelle senza difficoltà economiche ad essersi sottoposte a vaccinazione antinfluenzale durante l'ultima stagione invernale, mentre non emergono differenze statisticamente significative legate al sesso, nè al livello di istruzione, nè alla presenza di una patologia cronica. Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del 12% e del 28 % tra i portatori di almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)
Sicilia- Passi 2007, (n=495)

Caratteristiche demografiche	%
Totale	13,7 (IC95%:10,0- 17,3)
Età	
18-34	6,1
35-49	11,7
50-64	27,9
Sesso	
uomini	11,7
donne	15,7
Livello di istruzione¹	
basso	18,4
alto	10,1
Difficoltà economiche²	
si	12,6
no	16,1
Patologia cronica	
almeno una	22,7
nessuna	11,5

¹livello di istruzione basso: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; livello di istruzione alto: da scuola media superiore

² Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con programmi di offerta attiva ai gruppi target in collaborazione con i medici specialisti ed altre istituzioni territoriali.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna tipica dell'età infantile che, se è contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborti spontanei, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione della rosolia congenita e dell'infezione nelle donne in gravidanza. La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo, a livello internazionale, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare, attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest), le donne in età fertile, ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino anti-rosolia. Si stima che, per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia deve essere superiore al 95%.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

Il 25% delle donne intervistate tra i 18 e i 49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia. L'analisi delle variabili (età, livello di istruzione e difficoltà economiche) insieme mediante una tecnica di regressione logistica evidenzia che la percentuale di donne che ricorrono alla vaccinazione antirosolia è statisticamente superiore nella classe di età 18-24 anni, rispetto a quelle osservate nelle classi di età 25-49 anni.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)

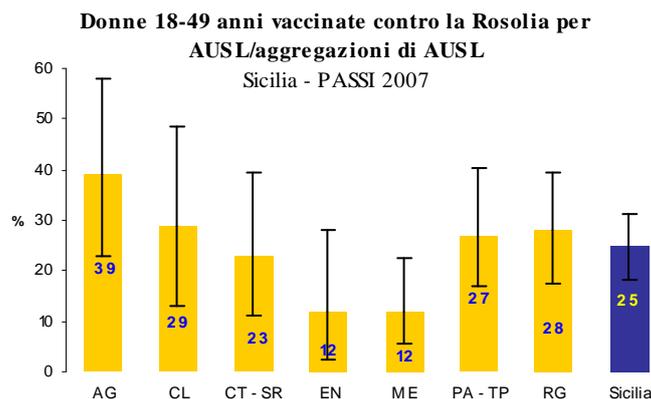
Sicilia - Passi 2007, (n=323)

Caratteristiche demografiche		%
Totale		24.5 (IC95%: 18,3 ó 30,6)
Età	18-24	43.3
	25-34	22.8
	35-49	18.3
Livello di istruzione¹	Basso	21.6
	Alto	26.2
Difficoltà Economiche²	molte	16.8
	qualcuna	25.1
	nessuna	29.7

¹livello di istruzione basso: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; livello di istruzione alto: scuola media superiore, diploma, laurea

² Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Fra le AUSL/aggregazioni di AUSL della Sicilia non emergono differenze statisticamente significative relative alla copertura vaccinale, verosimilmente a causa della bassa numerosità campionaria (range dal 12% della AUSL di Enna al 39% della AUSL di Agrigento). Tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne vaccinate è risultata pari al 32%.



Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

In Sicilia il 48% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (25%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (23%). Il 2% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo, mentre nel 50% delle donne intervistate lo stato immunitario non è conosciuto.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) Sicilia - Passi 2007, (n=322)

	%
Immuni	47.9
Vaccinate	24.7
Non vaccinate con rubeotest positivo	23.2
Suscettibili/stato sconosciuto	52.1
Non vaccinate; rubeotest negativo	2.1
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	1.5
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	48.5

Nelle AUSL/aggregazioni di AUSL siciliane, le percentuali di donne stimate suscettibili alla rosolia variano dal 43% nell'AUSL di Caltanissetta al 61% nelle AUSL di Messina e Ragusa, le differenze osservate non risultano statisticamente significative. Tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne suscettibili è pari al 44%.

Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia su scala nazionale che, soprattutto, a livello regionale, il numero di giovani donne in età fertile suscettibili alla rosolia sia ancora molto alto. Appare pertanto necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche).

Rischio cardiovascolare

La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle patologie cardiovascolari; dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete, fumo ed obesità sono i principali fattori di rischio correlati allo sviluppo di tali patologie. Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di determinati gruppi di popolazione, con l'obiettivo di indurre modificazioni negli stili di vita delle persone a rischio e favorire una riduzione dell'impatto sfavorevole dei predetti fattori sulla loro salute. Pertanto con lo studio PASSI sono state indagate l'ipertensione, l'ipercolesterolemia e l'uso della carta per il calcolo del punteggio individuale del rischio cardiovascolare.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare importante e molto diffuso, implicato nella genesi di molte malattie, in particolare ictus, infarto del miocardio e scompenso cardiaco, con un eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo. L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione necessitino anche di un trattamento farmacologico. L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Nella Regione Sicilia, il 78% degli intervistati riferisce di aver avuto almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 7% più di 2 anni fa. Il restante 15% non l'ha mai avuta misurata. L'analisi multivariata che tiene conto della classe di età, del sesso, dell'istruzione e del reddito mostra che la percentuale di persone a cui negli ultimi due anni è stata controllata la pressione arteriosa è più alta tra chi ha più di 35 anni, tra chi ha molte difficoltà economiche e nelle donne.

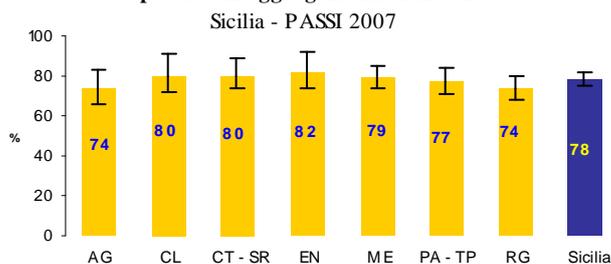
Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni
Sicilia - PASSI 2007, (n=968)

Caratteristiche demografiche		%
Totale		77,7 (IC95%: 74,5 - 80,9)
Classi di età		
	18 - 34	65,9
	35 - 49	83,6
	50 - 69	84,4
Sesso	uomini	73,0
	donne	82,2
Istruzione	nessuna/ elementare	83,6
	media	78,1
	superiore	75,4
	laurea	77,9
Difficoltà economiche¹	nessuna	72,7
	qualcuna	78,6
	molte	82,7

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Tra AUSL/aggregazioni di AUSL della Regione, non si evidenziano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la pressione negli ultimi due anni (range dal 74% delle AUSL di Agrigento e Ragusa all'80% delle AUSL di Caltanissetta e dell'aggregazione di AUSL di Catania-Siracusa). Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83 %.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni per AUSL/aggregazioni di AUSL



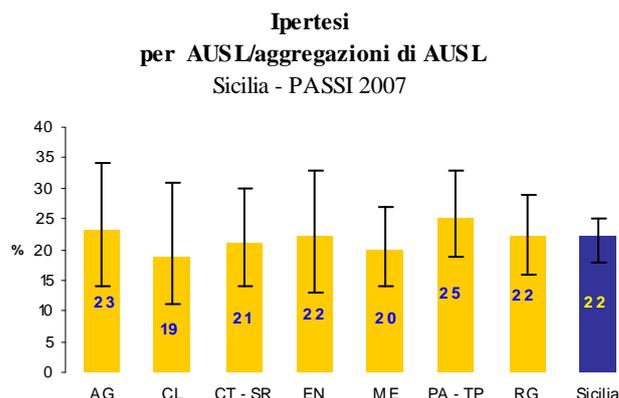
Quante persone sono ipertese?

In Sicilia il 22% degli intervistati (uguale al valore nazionale) che hanno avuto misurata la pressione, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa. La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo di 50-69 anni quasi una persona su 2 riferisce di essere ipertesa (41%). Emergono delle differenze anche per il livello di istruzione. Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, che include anche l'Indice di Massa Corporea, viene confermata l'associazione significativa con l'età, nonché con il sovrappeso/obesità (non riportata in tabella).

Ipertesi		
Sicilia - PASSI 2007, (n= 828)		
Caratteristiche demografiche		%
Totale		21,8 (IC95%: 18,5 - 25,0)
Età		
	18 - 34	5,5
	35 - 49	16,0
	50 - 69	41,4
Sesso	uomini	23,6
	donne	20,2
Istruzione	nessuna/elementare	35,3
	media	23,3
	superiore	16,6
	laurea	17,1
Difficoltà economiche¹	nessuna	21,3
	qualchuna	20,5
	molte	25,0

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualchuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Tra le AUSL/aggregazioni di AUSL della Regione, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi (range dal 19% dell'AUSL di Caltanissetta al 25% dell'aggregazione di AUSL Palermo-Trapani).



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

Il 71% degli ipertesi nella Regione Sicilia riferisce di essere in trattamento farmacologico.

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (83%), ridurre o mantenere il proprio peso corporeo (76%) e svolgere regolare attività fisica (71%).

Conclusioni e raccomandazioni

Nella nostra regione si stima che sia iperteso circa il 22% della popolazione tra 18 e 69 anni. Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la cardiopatia ischemica, sui quali è possibile intervenire efficacemente. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali fumo e ipertensione.

Quante persone hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

In Sicilia, il 68% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 52% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 10% tra 1 e 2 anni fa, il 6% più di 2 anni fa, mentre il 32% non vi è mai stato sottoposto. La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età (passando dal 45% nella classe 18-34 anni all'86% nei 50-69enni), nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con più basso reddito. Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con tecniche di regressione logistica vengono confermate associazioni significative con l'età, con il sesso e con il livello di istruzione.

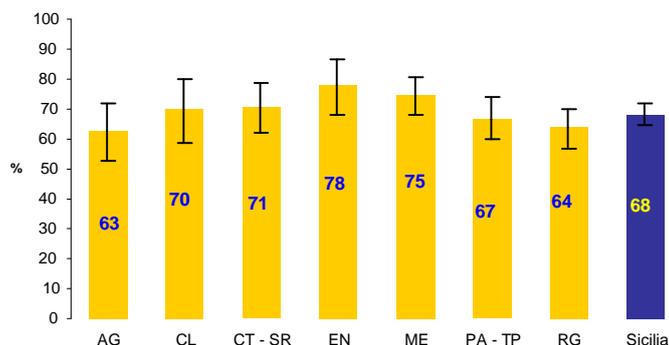
Colesterolo misurato almeno una volta
Sicilia - PASSI 2007, (n= 968)

Caratteristiche demografiche		%
Totale		68,3 (IC95%: 65,0 - 71,6)
Classi di età		
	18 - 34	45,4
	35 - 49	75,3
	50 - 69	85,7
Sesso	uomini	63,9
	donne	72,5
Istruzione	nessuna/ elementare	78,1
	media	68,1
	superiore	64,5
	laurea	70,6
Difficoltà economiche¹	nessuna	62,5
	qualcuna	70,4
	molte	71,6

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Tra le AUSL/aggregazioni di AUSL della Regione, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo (range dal 63% dell'AUSL di Agrigento al 78% dell'AUSL di Enna). Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 77%.

Persone a cui è stata misurato il colesterolo almeno una volta per AUSL/aggregazioni di AUSL
Sicilia - PASSI 2007



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 25% (uguale al valore nazionale) ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più avanzate, nelle persone con basso livello di istruzione e nelle persone con molte difficoltà economiche. Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, che include anche l'Indice di Massa Corporea, si conferma l'associazione significativa con l'età, con il reddito nonché con il sovrappeso/obesità.

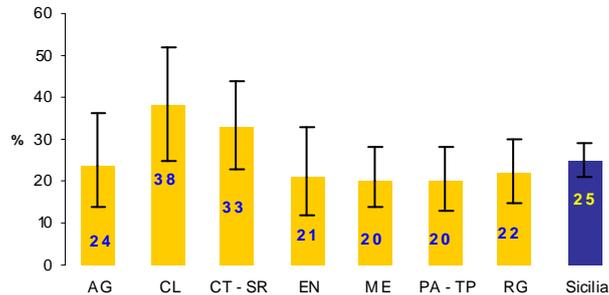
Ipercolesterolemia riferita
Sicilia - PASSI 2007, (n= 670)

Caratteristiche demografiche		%
Totale		25,1 (IC95%: 21,0 - 29,2)
Età		
	18 - 34	15,5
	35 - 49	18,6
	50 - 69	36,0
Sesso		
	uomini	27,3
	donne	23,2
Istruzione		
	nessuna/elementare	37,7
	media	31,0
	superiore	17,4
	laurea	17,5
Difficoltà economiche¹		
	nessuna/poche difficoltà	17,8
	qualche difficoltà	25,2
	molte difficoltà	32,7

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà;
qualcuna = chi arriva a fine con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Tra le AUSL/aggregazioni di AUSL della Regione, non si osservano differenze significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia (range dal 20% delle AUSL di Messina e Palermo-Trapani al 38% di Caltanissetta).

**Persone con ipercolesterolemia riferita
per AUSL/agggregazioni di AUSL
Sicilia - PASSI 2007**



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

Il 30% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico. L'86% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 68 % di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 77 % di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 73 % di svolgere regolare attività fisica.

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 32% della popolazione di 18-69 anni della Sicilia non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il controllo del colesterolo, il 25 % dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 36% tra le persone di 50-69 anni. Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può ridurre il colesterolo in alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico. La variabilità nei consigli ricevuti dalle persone con ipercolesterolemia da parte degli operatori sanitari mostra la necessità di ricorrere ad un approccio maggiormente standardizzato e più esteso alla popolazione caratterizzata da questo fattore di rischio.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno, complessivamente, oltre 200.000 anni di vita alle persone sotto ai 65 anni. I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa oltre a familiarità per la malattia, età e sesso. L'entità del rischio individuale di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli. La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente abbia di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Per questo motivo il Piano di Prevenzione Regionale ne prevede una diffusione sempre maggior anche mediante iniziative di formazione rivolte ai Medici di Medicina Generale.

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

In Sicilia la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è risultata pari al 7%. Il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate, nelle donne, in coloro che hanno un basso livello d'istruzione e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

**Persone (35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)
a cui è stato calcolato il punteggio di rischio
Sicilia - PASSI 2007, (n= 605)**

Caratteristiche demografiche	%
Totale	6,6 (IC95%: 4,4 % - 8,8 %)
Classi di età	
35 - 39	1,6
40 - 49	6,6
50 - 59	8,2
60 - 69	8,9
Sesso	
uomini	5,9
donne	7,3
Istruzione	
bassa	7,6
alta	5,4
Difficoltà economiche¹	
si	6,5
no	7,1
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare*	
si	7,3
no	4,2

*soggetti che fumano o sono ipercolesterolemici o ipertesi o in eccesso ponderale o con diabete

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico non si evidenziano associazioni statisticamente significative. Tra le ASL/aggregazioni di AUSL della Regione, tra le AUSL di Agrigento e quelle di Caltanissetta, Catania-Siracusa, Messina e Ragusa si osservano differenze significative nelle percentuali di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare. Bisogna comunque considerare la scarsa precisione delle stime prodotte lavorando con piccoli campioni. Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate è pari al 7%.

Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati da parte dei medici in Sicilia. Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto. Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare infatti, il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile perché confrontabile con quello calcolato nelle visite successive, permettendo così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica) del paziente come d'altra parte i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche. Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente che, informato dal medico con quali elementi è stato calcolato il livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere i propri comportamenti seguendo le indicazioni del medico curante. Nella sorveglianza delle attività a favore della prevenzione cardiovascolare, la proporzione di persone cui è stato applicato il punteggio di rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore sensibile e utile. In Sicilia è stato attivato il Piano Regionale di Prevenzione attiva del rischio cardiovascolare, che prevede il calcolo del rischio cardiovascolare in un distretto pilota in ognuna delle AUSL.

Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità. Per i cittadini la salute mentale è infatti una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa. Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. In Italia si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo affettivo (ESMED). Per comprendere meglio l'entità del

fenomeno a livello regionale e locale, si è deciso di aggiungere un breve modulo riguardante la depressione al questionario PASSI. Le domande che vengono somministrate sono state desunte dal Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consta di due quesiti con un grado elevato, scientificamente provato, di sensibilità e specificità per la tematica della depressione a fronte di una comparazione con i criteri diagnostici internazionali. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: (1) aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e (2) lasciarsi sentiri giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi (1 e 2) sono poi sommati e vengono utilizzati per calcolare un punteggio da 0 a 6. Coloro che ottengono un punteggio maggiore o uguale a tre sono considerati depressi, nonostante la diagnosi di questa condizione richieda una valutazione clinica approfondita.

Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

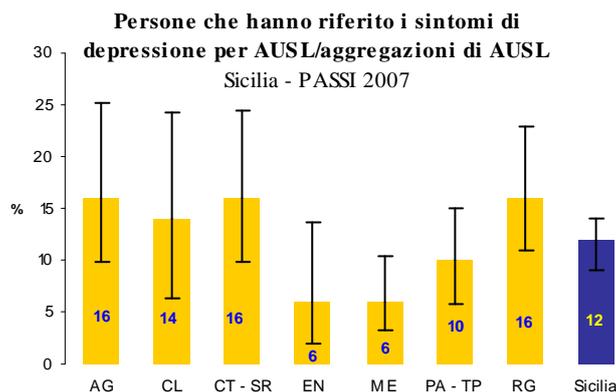
In Sicilia il 12% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione. L'analisi di tutte le caratteristiche demografiche insieme tramite analisi multivariata, evidenzia che la probabilità di aver avuto i sintomi di depressione è significativamente più elevata nelle persone di 35-49 anni, nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche, in quelle con basso livello di istruzione ed in quelle con malattie croniche.

Persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
Sicilia - PASSI 2007, (n=899)

Caratteristiche demografiche		%
Totale		11,8 (IC95%: 9,2-14,4)
Classi di età		
	18-34	6,6
	35 - 49	12,8
	50 - 69	16,5
Sesso		
	uomini	7,6
	donne	15,8
Istruzione		
	nessuna/elementare	26,2
	media inferiore	10,3
	media superiore	9,4
	laurea	6,5
Difficoltà economiche¹		
	molte	21,6
	qualcuna	10,9
	nessuna	5,7
Stato lavorativo		
	lavora	8,2
	non lavora	15,1
Malattie croniche		
	almeno una	23,8
	nessuna	8,9

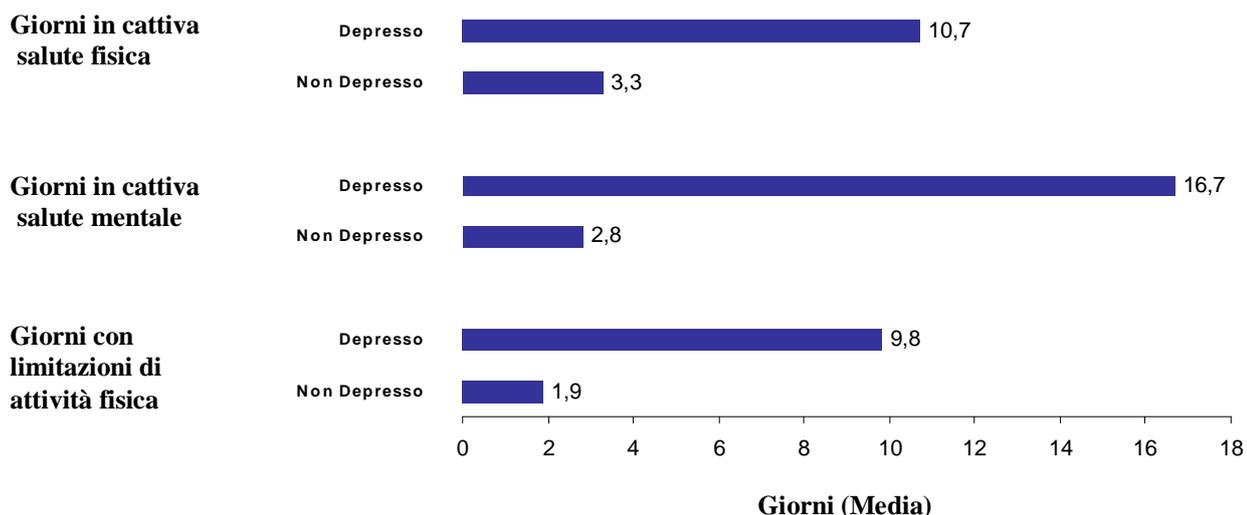
¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Nelle AUSL/agggregazioni di AUSL della Regione, le percentuali di persone che hanno riferito i sintomi non si differenziano in maniera statisticamente significativa. Il 9% del campione nazionale ha riferito di aver sofferto di sintomi di depressione nelle ultime due settimane, tale condizione riguarda soprattutto le donne (13% vs 6% degli uomini) e la classe d'età più elevata.



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

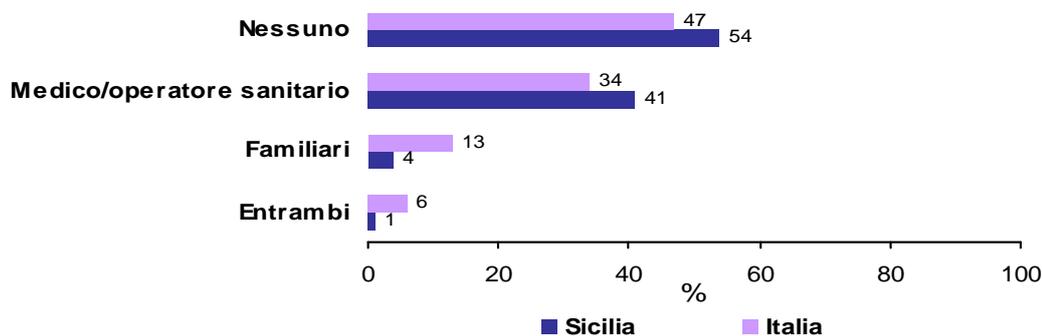
Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 26% ha descritto il proprio stato di salute \bar{o} buono \bar{o} o \bar{o} molto buono \bar{o} , rispetto al 65% delle persone non depresse. La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale, e con limitazioni delle attivit  abitudini   significativamente pi  alta tra le persone che hanno dichiarato i sintomi depressivi.



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

In Sicilia fra le persone con sintomi di depressione, il 54% non ne ha parlato con nessuno, mentre la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde al 41%. I valori nazionali, confrontati a quelli regionali sono mostrati nel grafico sottostante.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
Sicilia-Italia - PASSI2007



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino circa una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, gli adulti, le persone con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche. I risultati evidenziano inoltre che il trattamento dei disturbi mentali è ancora insoddisfacente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, rimanendo ancora significativa la parte del bisogno non trattato. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una delle attuali sfide dei Servizi Sanitari.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Sicilia, come anche in Italia, la mortalità relativa a tutti i tumori dell'utero (corpo e collo) è in diminuzione, si è passati da un tasso standardizzato di 8,1/100.000 nel biennio 1997-1998, a 6,7/100.000 nel biennio 1999-2000 e a 6,4/100.000 nel biennio 2001-2002; nel biennio 2001-2002 i decessi attribuibili al tumore del collo dell'utero sono stati 21 (Fonte: Atlante Sanitario della Sicilia). Lo screening che si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni, si è dimostrato efficace nel ridurre l'incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. L'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme. In Sicilia sono stati avviati da tempo numerosi programmi di screening a valenza locale, ed è in corso la realizzazione di un piano di prevenzione che prevede l'offerta dello screening a tutta la popolazione femminile residente di 25-64 anni.

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

In Sicilia circa il 56% delle donne di 25-64 anni intervistate ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo siano soprattutto quelle della fascia di età 35-49 anni, coniugate, conviventi, con un livello di istruzione elevato e senza difficoltà economiche. Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un'analisi multivariata, si evidenziano però valori significativamente più elevati solo per la convivenza (convivente vs non convivente) e per il livello di istruzione (scuola media inferiore e scuola media superiore vs nessuna/elementare).

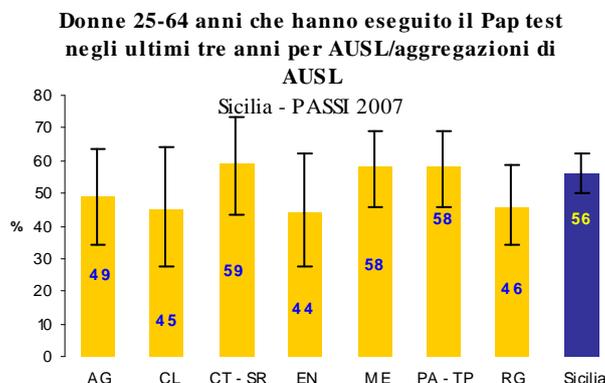
Donne (25 -64 anni) che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Sicilia - PASSI 2007, (n=385)

Caratteristiche demografiche	%
Totale	56,1 (IC95%:49,9-62,3)
Classi di età	
25 - 34	53,5
35 - 49	64,8
50 - 64	46,8
Convivenza	
convivente	62,5
non convivente	41,8
Istruzione	
nessuna/elementare	34,1
media inferiore	55,9
media superiore	67,8
laurea	50,1
Difficoltà economiche¹	
molte	48,6
qualcuna	58,2
nessuna	59,8

*in assenza di segni o sintomi

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Nelle AUSL/ aggregazioni di AUSL della Regione, la percentuale di donne che hanno riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni varia dal 44% dell'AUSL di Enna al 59% dell'aggregazione Catania-Siracusa; le differenze osservate non risultano statisticamente significative. Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73% delle donne di 25-64 anni intervistate riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.

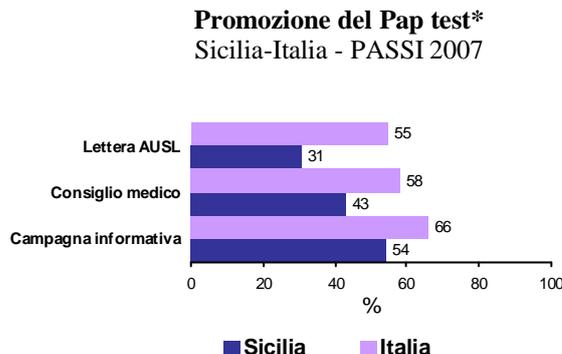


Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato: il 35% ha riferito di averlo effettuato nell'ultimo anno, il 21% da uno a tre anni prima, il 12% da più di tre anni prima. Il 32% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.

Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

In Sicilia: il 31% delle donne intervistate con 25-64enni (escluse le isterectomizzate) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL, il 54% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa, il 43% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test. Di seguito è riportato il grafico con i valori regionali confrontati con quelli dell'intero pool di ASL nazionali.



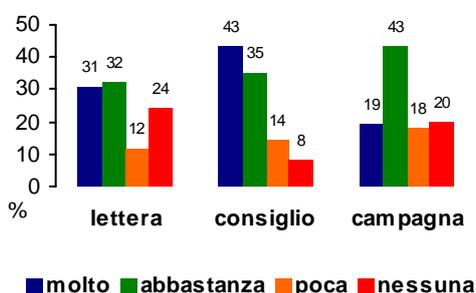
* escluse le isterectomizzate

Nelle AUSL/aggregazioni di AUSL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative nell'aver ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 31% di Caltanissetta al 56% di Agrigento), mentre si osservano differenze significative nell'aver ricevuto la lettera: nell'AUSL di Enna nessuna donna, su 31 donne intervistate con più di 25 anni e che non hanno subito l'isterectomia, ha ricevuto la lettera, mentre nell'AUSL di Agrigento 19 donne su 48 riferiscono di aver ricevuto la lettera. Si osservano differenze statisticamente significative anche nell'aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 39% di Palermo-Trapani al 74% di Enna). Il 14% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'AUSL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 24% due interventi di promozione, il 39% uno solo. Il 23% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test?

In Sicilia il 63% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (31% molta e 32% abbastanza), mentre il 13% poca influenza sulla scelta e ben il 24% nessuna. Il 78% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (42% molta e 36% abbastanza), mentre il 14% poca influenza sulla scelta e il 8% nessuna. Il 62% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (18% molta e 44% abbastanza), mentre il 18% poca influenza sulla scelta ed il 20% nessuna. Tra le Asl partecipanti a livello nazionale viene riferita un'influenza positiva del 65% per la lettera dell'ASL, del 77% per il consiglio dell'operatore e del 62% per la campagna comunicativa.

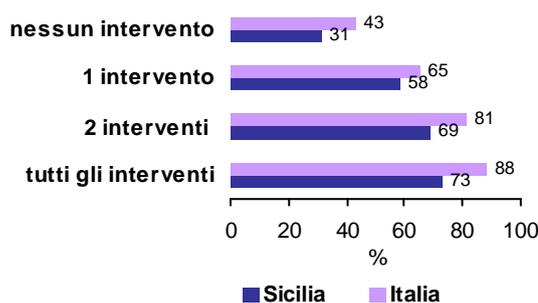
Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test
Sicilia - PASSI 2007



Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione del Pap test?

In Sicilia il 31% delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 58% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 69% con due interventi e al 73% con tutti e tre gli interventi. I valori regionali confrontati con i rispettivi valori nazionali sono riportati nel grafico sottostante.

Interventi di promozione e effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni
Sicilia-Italia - PASSI 2007



Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

In Sicilia il 46% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test, il 25% ha pagato solamente il ticket e il 29% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

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

Le donne intervistate di 25-64 anni che non hanno effettuato mai il Pap test o l'hanno effettuato oltre i 3 anni hanno riferito di non aver effettuato l'esame secondo quanto prescritto dalle linee guida, per le seguenti motivazioni: òpenso di non averne bisognoò 47%, ònessuno me lo ha consigliatoò 19%, òho paura dei risultati

dell'esame 11%, sono già stata operata/per altri motivi sanitari 7%, è difficile prenotare l'esame 7%, mi sento imbarazzata 4%, è fastidioso/doloroso 3%, altro 2%. Da questa analisi sono state escluse le donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida e che hanno risposto a questa domanda non so/ non ricordo.

Conclusioni e raccomandazioni

In Sicilia circa 1 donna su 2 riferisce di aver effettuato un Pap test negli ultimi tre anni, e più di 1 su 3 l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Il 24% delle donne riferisce di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap test. Bisogna considerare l'utilità di interventi mirati al fine di migliorare ulteriormente l'adesione delle donne all'effettuazione del Pap test in accordo alle linee guida.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

In Italia il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne, con circa 37.000 nuovi casi all'anno e oltre 11.000 decessi all'anno. In Sicilia, nel biennio 2001-2002 si è registrato un tasso standardizzato di mortalità per tumore maligno della mammella di 22.3/100.000, valore leggermente inferiore a quello registrato nel biennio 1999-2000 (23.3/100.000). Nella nostra regione le neoplasie maligne della mammella rappresentano la prima causa di mortalità prematura nelle donne.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi che di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno. Le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening, ma i programmi non sono ancora attuati in modo uniforme sul territorio nazionale. In Sicilia è stato predisposto un piano di Prevenzione che prevede l'offerta dello screening a tutte le donne fra 50 e 69 anni residenti.

Quante donne hanno eseguito una mammografia in accordo alle linee guida?

In Sicilia circa il 47% delle donne di 50-69 anni intervistate ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. La stratificazione per le principali variabili socio-demografiche mostra che l'esame viene eseguito di più tra le donne tra i 50 e 59 anni, senza difficoltà economiche e con titolo di studio di scuola media inferiore. Tali associazioni non vengono confermate dall'analisi multivariata di tutte queste caratteristiche insieme. L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 48 anni, più bassa rispetto a quella a partire dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).

Donne (50-69 anni) che hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni*
Sicilia - PASSI 2007, (n=161)

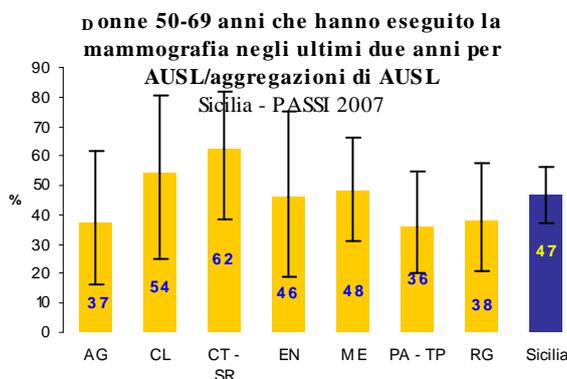
Caratteristiche demografiche		%
Totale		46,8 (IC95%:37,1-56,5)
Classi di età	50- 59	53,5
	60 -69	38,3
Convivenza	convivente	47,7
	non convivente	45,1
Istruzione	nessuna/elementare	40,2
	media inferiore	56,9
	media superiore	54,0
Difficoltà economiche¹	laurea	23,5
	molte	51,7
	qualcuna	38,1
	nessuna	60,0

*in assenza di segni o sintomi

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Nelle AUSL/aggregazioni di AUSL della Regione, le percentuali di donne che hanno riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni non mostrano differenze statisticamente

significative e variano da un valore minimo del 36% nell'aggregazione di AUSL Palermo-Trapani, ad un valore massimo del 62% nell'aggregazione di AUSL Catania-Siracusa. Bisogna, però sottolineare che date le dimensioni piccole del campione analizzato, le stime ottenute possono risultare poco precise.



Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 55% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 41 anni. Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni.

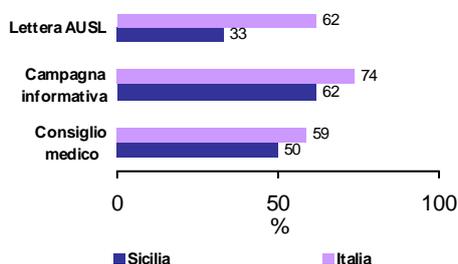
Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

Rispetto all'ultima mammografia effettuata: il 32% ha riferito di averla effettuata nell'ultimo anno, il 15% da uno a due anni prima, il 18% da più di due anni prima. Il 35% non ha mai eseguito una mammografia preventiva.

Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

In Sicilia il 33% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL, il 62% ha riferito di aver visto o sentito campagne informative o pubblicitarie di promozione della mammografia e il 50% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia. Nel grafico sottostante vengono presentati i valori regionali confrontati con quelli nazionali.

Promozione della mammografia
Sicilia-Italia - PASSI 2007

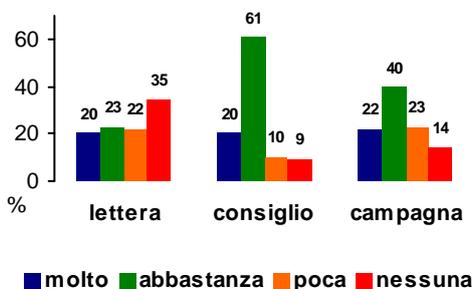


Nelle AUSL/aggregazioni di AUSL della Regione le percentuali di donne che hanno ricevuto la lettera di invito dall'AUSL variano dal 12% di Messina al 62% di Caltanissetta, le percentuali di coloro che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario variano dal 33% di Palermo-Trapani al 68% di Catania-Siracusa e le percentuali di donne che hanno visto o sentito una campagna informativa variano dal 49% di Messina al 77% di Caltanissetta. Il 17% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della mammografia considerati (lettera dell'AUSL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 26% due interventi di promozione, il 41% uno solo, mentre il 15% delle donne intervistate non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia?

In Sicilia il 43% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (20% molta e 23% abbastanza), mentre il 22% ritiene che abbia avuto poca influenza sulla scelta ed il 35% nessuna.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia
Sicilia - PASSI 2007

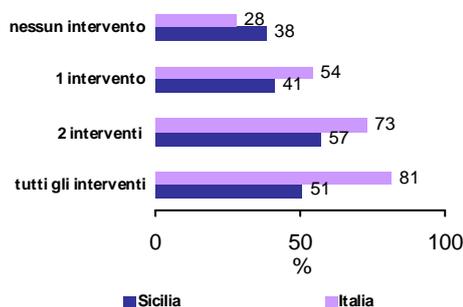


L'81% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (20% molta e 61% abbastanza), mentre il 10% poca influenza sulla scelta ed il 9% nessuna. Il 63% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il test di screening per tumore mammario (22% molta e 41% abbastanza), mentre il 23% poca influenza sulla scelta ed il 14% nessuna. Tra le ASL partecipanti viene riferita un'influenza positiva del 72% per la lettera dell'ASL, dell'81% per il consiglio dell'operatore e del 67% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

In Sicilia il 38% delle donne di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 41% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 57% con due interventi e al 51% con tutti e tre gli interventi. I valori nazionali confrontati con quelli regionali sono mostrati nel grafico sottostante.

Effettuazione della mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione
Sicilia-Italia - PASSI 2007



Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

In Sicilia il 68% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 21% ha pagato solamente il ticket e l'11% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Perché non è stato effettuato la mammografia a scopo preventiva?

Le donne di 50-69 anni che non hanno mai effettuato la mammografia e quelle che l'hanno effettuata oltre i 2 anni hanno riferito che le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono state: penso di non averne bisogno 40%, ho paura dei risultati dell'esame 23%, nessuno me lo ha consigliato 18%, è difficile prenotare l'esame 10%, è fastidioso/doloroso 3%, mi sento imbarazzata 2%, altro 4%. Da questa analisi sono state escluse le donne che non hanno effettuato la mammografia secondo le linee guida e che hanno risposto a questa domanda non so/ non ricordo.

Conclusioni e raccomandazioni

In Sicilia quasi una donna su due riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo, e circa 1 su 3 l'ha fatta nel corso dell'ultimo anno. L'aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, e l'aver seguito una campagna informativa, sono risultati elementi con un'elevata influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia. L'età media della prima mammografia è di 48 anni, indicando un ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni raccomandati dalle linee guida internazionali, fenomeno questo che dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

I tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Sicilia gli ultimi dati disponibili (biennio 2004-2005) indicano che, considerando solo i decessi per tumore, questa neoplasia rappresenta la quarta causa negli uomini (8% della mortalità per tumori maligni) e la seconda nelle donne (11% della mortalità per tumori maligni). I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare oltre il 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione. Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale.

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

In Sicilia l'11% delle persone tra 50 e 69 anni intervistate di età compresa riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia). Il 3% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni)

		Sicilia - PASSI 2007 (n=318)	
Caratteristiche demografiche		Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale		2,6 (IC95% 0,5-4,6)	8,4 (IC95% 4,4-12,3)
Classi di età			
	50 - 59	3,8	6,5
	60 - 69	1,2	10,3
Sesso	uomini	2,5	12,5
	donne	2,6	4,6
Istruzione	nessuna/elementare	2,6	8,5
	media inferiore	0,0	12,1
	media superiore	5,5	2,5
	laurea	0,0	17,4
Difficoltà economiche¹	molte	5,7	11,7
	qualcuna	2,2	6,3
	nessuna	0,0	8,9

¹ Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualcuna = chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

Bisogna sottolineare che i risultati dell'analisi di questa sezione si basano su numeri veramente molto piccoli: questo comporta la scarsa affidabilità dei dati stratificati presentati in tabella. L'8% riferisce aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato. L'analisi multivariata indica una maggior prevalenza negli uomini. Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello

nazionale circa il 19% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'8% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

Come è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali?

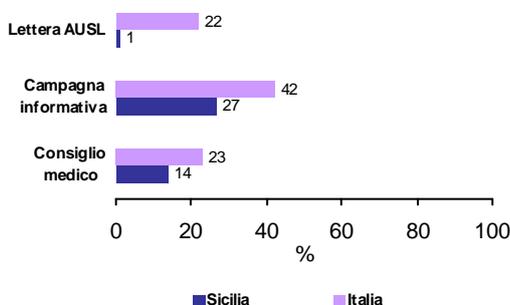
Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato il 2% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, l'1% da uno a due anni prima, il 3% più di due anni prima. Il 94% non ha mai eseguito il test.

Rispetto alla colonscopia il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 4% da uno a cinque anni, l'1% da cinque o più anni, il 90% non l'ha mai eseguita

Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori colorettali?

In Sicilia soltanto l'1% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL, il 14% ha riferito che un operatore sanitario ha consigliato di effettuare con periodicità lo screening del colon retto ed il 27% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa. Nel grafico sottostante vengono riportati i valori nazionali confrontati con quelli regionali.

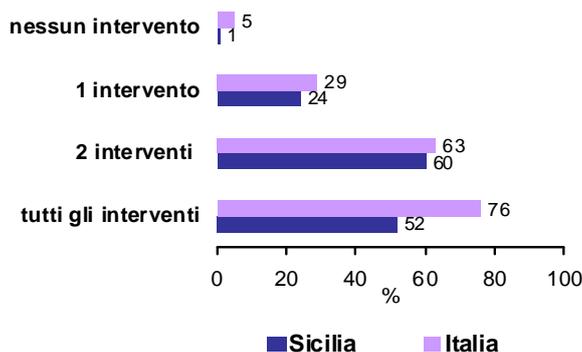
Promozione dello screening colorettale
Sicilia-Italia - PASSI 2007



Quale efficacia della promozione per l'effettuazione di esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali?

In Sicilia solo l'1% delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 24% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 60% con due interventi e al 52% con tutti e tre gli interventi. Tale riduzione dal 60% al 52%, si discosta dall'andamento osservato a livello nazionale (più interventi informativi vengono ricevuti, maggiore è l'adesione allo screening colorettale secondo le linee guida) e si spiega considerando che le persone che hanno ricevuto tutti e tre gli interventi in Sicilia sono davvero pochissime, per tale ragione tale percentuale non può essere considerata affidabile. Nel grafico sottostante sono riportati i valori nazionali e quelli regionali.

Interventi di promozione e effettuazione dello screening colorettale secondo le Linee Guida
Sicilia - PASSI 2007



Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

In Sicilia il 43% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame, il 46% ha pagato solamente il ticket e il 10% ha pagato l'intero costo dell'esame. Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece il 73% non ha effettuato alcun pagamento, il 24% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 3% ha pagato per intero il costo dell'esame. Tuttavia essendo i denominatori di queste analisi troppo piccoli, queste percentuali riferite non si devono considerare particolarmente affidabili. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione dei due esami all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

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

Gli intervistati di 50-69 anni che non hanno mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia, hanno riferito che le motivazioni della mancata effettuazione dello screening (o anche della mancata effettuazione degli screening secondo le linee guida) sono: "penso di non averne bisogno" 50%, "nessuno me lo ha consigliato" 35%, "ho paura dei risultati dell'esame" 7%, "è fastidioso/doloroso" 4%, "è difficile prenotare l'esame" 2%, "mi sento imbarazzata" 1%. Il 5% delle persone ha risposto a questa domanda "non so/ non ricordo".

Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, si stima che solo una piccola percentuale di persone vi si sia sottoposto a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale. I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia: anche nelle AUSL della Regione Sicilia è stato pianificato questo programma di screening sul territorio che prevede anche campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

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

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la Sicilia e le singole AUSL:

	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
Agrigento	95.5	4.5	3.6	0.9	88.7
Caltanissetta	94.1	5.9	4.7	1.2	85.7
Catania	84.3	15.7	14.6	1.1	95.7
Enna	96.5	3.5	0	3.5	95.3
Messina	93	7	4.7	2.3	80.7
Palermo	75.5	20.5	18.4	2.2	97.3
Ragusa	67.2	32.8	20.9	11.8	97.4
Siracusa	100	0	0	0	100.0
Trapani	81.6	18.4	8.2	10.2	80.0
Sicilia	84	16	11.3	4.7	91.0
Pool ASL	85	15	11	4.1	95.3

Per meglio comprendere il significato dei dati sopra riportati, 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 (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).
- **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 (intervistate e non).

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

$$RR1 = \left[\frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

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

- **Tasso di sostituzione**

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

$$\frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{\text{n}^\circ \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} * 100$$

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

- **Tasso di rifiuto**

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

$$REFI = \left[\frac{\text{n}^\circ \text{ rifiuti}}{(\text{n}^\circ \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

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

- la percentuale di lettere ricevute (se è bassa si può tentare di ridurre i rifiuti attraverso una maggiore diffusione delle lettere),
- il grado di coinvolgimento del medico di medicina generale (se risulta poco interpellato si potrebbe tentare di ridurre i rifiuti coinvolgendo maggiormente il medico per convincere la persona a partecipare). Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che non ci siano realtà, quali regioni, ASL, intervistatori, con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

- **Tasso di non reperibilità**

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

$$\frac{\text{non reperibili}}{\text{n}^\circ \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

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**

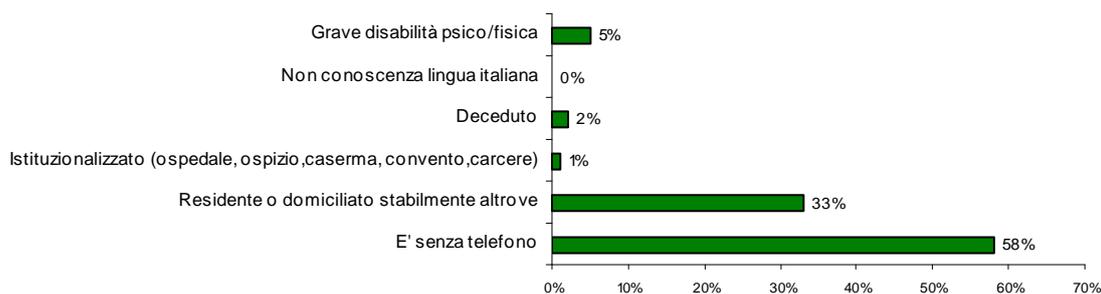
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il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

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ int.} + \text{rif.}}{(\text{n}^\circ \text{ int.} + \text{rif.} + \text{resid. altrove} + \text{istituz.} + \text{dec.} + \text{no italiano} + \text{disabili} + \text{fuori dal range di età})} * 100$$

- **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.

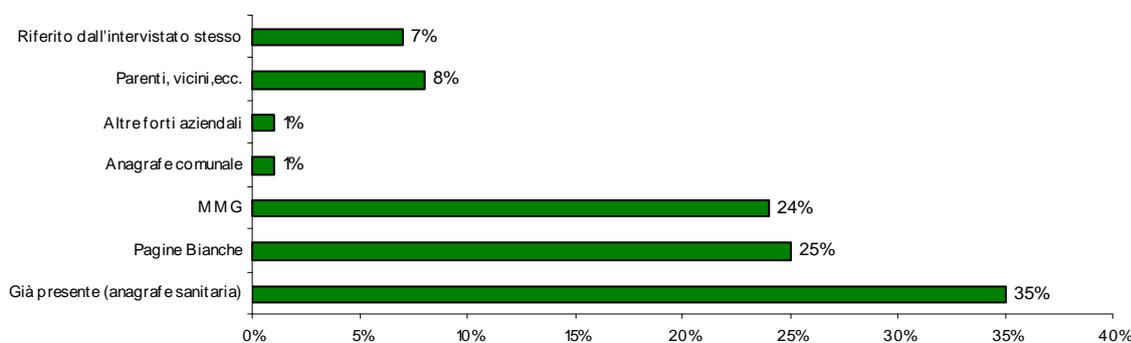
Motivi di non eleggibilità



- 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.

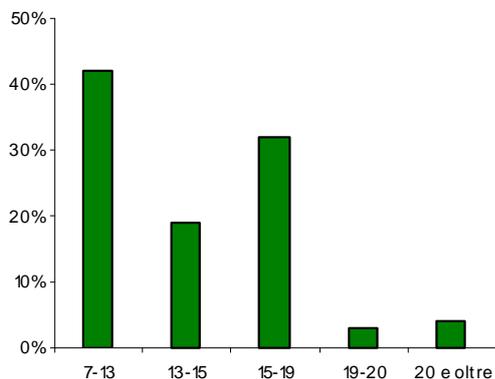
Modalità di reperimento del numero di telefono



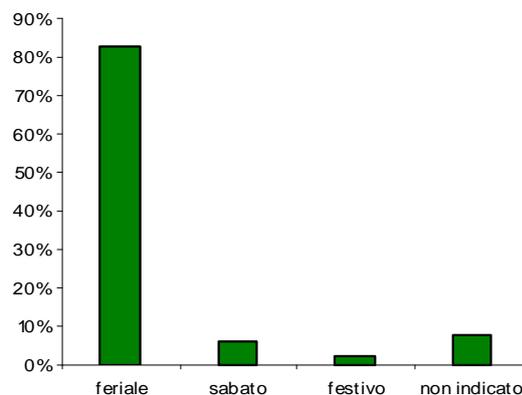
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni in Sicilia**

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 oraria delle interviste



Distribuzione settimanale delle interviste



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 AUSL, 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 AUSL. Al fine di un confronto tra i dati di ciascuna realtà locale a quella complessiva della regione di appartenenza, è importante ottenere delle stime anche a livello regionale, aggregando i dati delle singole ASL, così come a livello complessivo è stato fatto per l'intero pool PASSI. L'analisi dei dati a livello regionale richiede perciò meccanismi complessi di controllo e pesatura dei dati. La pesatura migliora l'affidabilità delle stime, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità interaziendale, e la procedura di pesatura influenza l'ampiezza degli intervalli di confidenza (garantisce la correttezza delle stime pur accettando, di solito, una minor precisione). La modalità di pesatura è dipendente dal tipo di campionamento stabilito. In considerazione del fatto che la sorveglianza PASSI ha utilizzato un campionamento stratificato proporzionale, i pesi sono strato dipendenti, quindi calcolati per ogni singolo strato, perciò ogni AUSL avrà sei valori di peso. La variabile peso rappresenta quanto il singolo strato di AUSL 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 (δ Peso 1) e un altro che invece mantiene la numerosità campionaria (δ Peso 2). Il δ Peso 1 è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione ${}_i P_k$ (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2006) dello strato k-esimo della AUSL i-esima rispetto alla regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte ${}_i \check{P}_k$ in quel dato periodo dello strato k-esimo della AUSL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera regione, formalmente:

$${}_i \text{Peso}1_k = \frac{{}_i P_k}{{}_i \check{P}_k}$$

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

e

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

Il δ Peso 2 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 :

$${}_i \text{Peso}2_k = \frac{\text{pop_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero_int_strato}_k\text{-ASL}_i}$$

Per quelle sezioni del rapporto PASSI 2007 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 AUSL appartenenti alla Regione, così i valori per l'intero Pool PASSI 2007 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.