



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2008-2011

Sicilia



**A cura di:**

Salvatore Scondotto¹, Patrizia Miceli¹, Gabriella Dardanoni¹.

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

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

Responsabile scientifico: Stefania Salmaso (Cnesps)

Staff presso la Direzione del Cnesps: Paolo D'Argenio, Sandro Baldissera, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Valentina Possenti, Elisa Quarchioni.

Gruppo di esperti in sorveglianza, statistica e comunicazione (in ordine alfabetico)

Nicoletta Bertozzi - Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Cesena

Stefano Campostrini - Dipartimento di statistica, Università degli studi Ca' Foscari Venezia

Giuliano Carrozzi - Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena

Angelo D'Argenzio - Dipartimento di prevenzione, Asl Caserta

Barbara De Mei, Unità Formazione e Comunicazione (Cnesps)

Pirous Fateh-Moghadam - Promozione ed educazione alla salute, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento

Giada Minelli - Ufficio di Statistica (Cnesps)

Alberto Perra - Unità Formazione e Comunicazione (Cnesps)

Massimo Oddone Trinito - Dipartimento di prevenzione, Ausl Roma C

Stefania Vasselli - Ministero della salute, Roma

Zadig (Agenzia di editoria scientifica): Eva Benelli, Stefano Menna

- a livello regionale:

Lucia Borsellino

(Assessore alla Sanità - Regione Sicilia)

Salvatore Sammartano

(Dirigente Generale Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico)

I Responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie della Sicilia

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

ASP di Agrigento	Anna Maria Cardinale (Coordinatrice); Alida Amormino, Francesca Platania (Intervistatrici)
ASP di Caltanissetta	Rosanna Milisenna (Coordinatrice); Maria Di Forti, Rosanna Milisenna (Intervistatrici)
ASP di Catania	Irene Torre (Coordinatrice); Maria Giuseppa D'Angelo, Andrea Nastri, Elena Longhitano, Iole Urzi (Intervistatori/trici)
ASP di Enna	Franco Belbruno (Coordinatore ed Intervistatore); Clotilde Laura Caceci (Intervistatrice)
ASP di Messina	Giovanna Fiumanò (Coordinatrice); Carmela Amante, Giuseppa D'Andrea, Giuseppe Florio, Anna Simeone, Angela Bruno, Santina Calarco, Angelo Calcagno, Rosaria Cuffari, Liani Dalmazio, Giovanni Galletta, Erminia Iannello, Rita Maniaci, Maddalena Peccina, Antonio Pollicini, Giancarlo Quattrone, Antonia Rando, Gino Sancetta, Giovanna Fiumanò (Intervistatori/trici) Roberta Benedetto (collaboratrice)
ASP di Palermo	Maria Angela Randazzo (Coordinatrice); Antonino Gugino, Giuseppa Lipari, Antonina Maione, Vincenza Marchica, Salvatore Palazzo (Intervistatori/trici)
ASP di Ragusa	Giuseppe Ferrera (Coordinatore); Calogero Claudio Pace (vice coordinatore); Carmelina Amenta, Maria Grazia Migliorisi, Antonella Palma, Maria Leggio, Corrado Grillo (Intervistatori/trici)
ASP di Siracusa	Alfonso Nicita (Coordinatore); Michele Assenza, Maria Antonietta Licini, Maddalena Rabbito.
ASP di Trapani	Ranieri Candura (Coordinatore); Giuseppina Boni, Caterina Cuttone, Giovanni Pio Gucciardi, Fiorella Catalano (Intervistatori/trici)

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

INDICE

Prefazione.....	4
Presentazione.....	5
Metodi.....	6
Sintesi del rapporto regionale.....	
Descrizione del campione regionale.....	
Percezione dello stato di salute	
Attività fisica.....	
L'abitudine al fumo.....	
Situazione nutrizionale.....	
Consumo di alcol.....	
Alcol e guida	
Uso dei dispositivi di sicurezza.....	
Infortuni domestici.....	
Vaccinazione antinfluenzale.....	
Rischio cardiovascolare.....	
Sintomi di depressione.....	
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero.....	
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella.....	
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto.....	
APPENDICE 1. Monitoraggio.....	
APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura.....	

Il sistema di sorveglianza PASSI in breve

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

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

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

Il funzionamento del sistema

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

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

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

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

Lo stato di avanzamento

Tutte le Regioni e le Province autonome hanno aderito al progetto. Per il periodo 2008-2011 il numero di interviste completate, nel pool nazionale, è risultato di 150.359.

Le procedure di campionamento utilizzate, la formazione del personale coinvolto e la collaborazione con i Medici di Medicina Generale hanno consentito di ottenere un tasso di rispondenti molto elevato, un elemento cruciale per assicurare l'affidabilità dei risultati.

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

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

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

Strategie di campionamento

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

Nella nostra regione le aziende sanitarie di Messina, Palermo e Ragusa hanno aderito al campionamento aziendale cercando di raggiungere il numero di 25 interviste previste. Le aziende sanitarie di Agrigento, Caltanissetta, Catania, Enna Siracusa e Trapani hanno partecipato con il campionamento regionale che prevedeva 10 interviste mensili.

In Sicilia il campione complessivo per il periodo 2008-2011 è costituito da 5.458 individui; il campione è risultato così suddiviso per ASP:

ASP	Persone di 18-69 anni
Agrigento	454
Caltanissetta	440
Catania	398
Enna	442
Messina	976
Palermo	1113
Ragusa	913
Siracusa	271
Trapani	451
Totale regionale	5458

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI, anche se in alcune Regioni, non c'è la copertura di tutte le ASL. Nel 2008-2011 sono state effettuate 150.359 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale è al "pool PASSI", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica/Prevenzione durante tutto l'anno, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica in Sicilia è durata in media 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 27% degli intervistatori della nostra regione ha utilizzato il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate. La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (passi-dati).

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1.

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

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

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

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

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

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

Sintesi del rapporto regionale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione regionale: In Sicilia è stato intervistato un campione casuale di 5.458 persone, selezionato dalla lista delle Anagrafi Sanitarie delle ASP della Regione. L'età media del campione indagato è di 43 anni. Poco meno di una persona su due ha un lavoro regolare, il 57% del campione regionale ha un livello di istruzione alto.

Percezione dello stato di salute: Il 63% delle persone intervistate ritiene buono o molto buono il proprio stato di salute, mentre il 29% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: Il 28% delle persone intervistate è attivo. È completamente sedentario il 43% del campione. La percentuale di sedentari è alta nelle persone con sintomi di depressione, negli ipertesi, nelle persone in eccesso ponderale e nei fumatori.

Abitudine al fumo: Il 29% si dichiara fumatore e il 16% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli. Il 61% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 68% dichiara che nelle proprie abitazioni non è permesso fumare.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: Il 35% del campione siciliano è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 12%. L'eccesso ponderale è trattato nel 25% dei casi con dieta. 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 18-34 anni.

Consumo di alcol: Si stima che meno della metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 10% abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio (il 6% beve fuori pasto, il 3% è bevitore "binge" e l'1% è un consumatore abituale elevato). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

Alcol e guida: Il 7% degli intervistati dichiara, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista. Il 27% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine. Tra le persone fermate, il 7% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etiltest.

Uso dei dispositivi di sicurezza: Nella nostra regione l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: il 74% 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.

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.

Vaccinazione antinfluenzale: In Sicilia il 13% della popolazione 18-64enne si è vaccinata durante le ultime quattro campagne antinfluenzali, la percentuale sale al 38% tra le persone tra i 18 e i 64 anni con almeno una patologia cronica.

Rischio cardiovascolare: Al 13% della popolazione in studio non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Il 21% del campione dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione; il 78% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Il 29% del campione siciliano dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. Il 24% del campione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 35% dichiara di essere in trattamento farmacologico. 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 6% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive, nei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le Persone con difficoltà economiche e quelle affette da almeno una patologia cronica sono i soggetti maggiormente a rischio.

Screening neoplasia del collo dell'utero: In Sicilia il 62% 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 51% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni come raccomandato.

Screening tumore del colon retto: Appena l'11% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo (5% ricerca del sangue occulto nelle feci, 7% sigmoido-colonscopia).

Descrizione del campione regionale

La popolazione in studio è costituita da 3.405.851 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 9 ASP della Sicilia.

Da gennaio 2008 a dicembre 2011, sono state intervistate 5.458 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Le ASP di Messina, Palermo, Ragusa hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale, mentre le ASP di Agrigento, Caltanissetta, Catania, Enna e Siracusa hanno partecipato con un campione di rappresentatività regionale.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

In Sicilia, il campione intervistato è composto in maniera sovrapponibile da donne (50%) e uomini (50%); l'età media complessiva è di 43 anni.

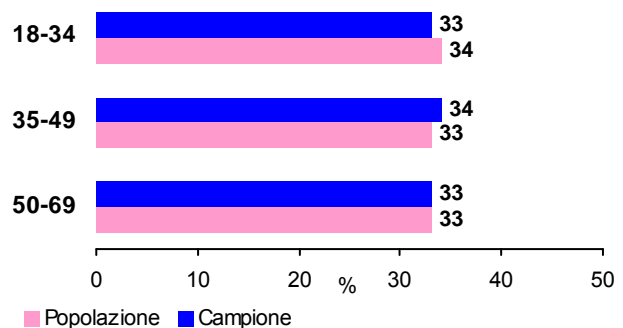
Il campione è costituito per:

- il 33% da persone nella fascia 18-34 anni
- il 33% da persone nella fascia 35-49 anni
- il 34% da persone nella fascia 50-69 anni.

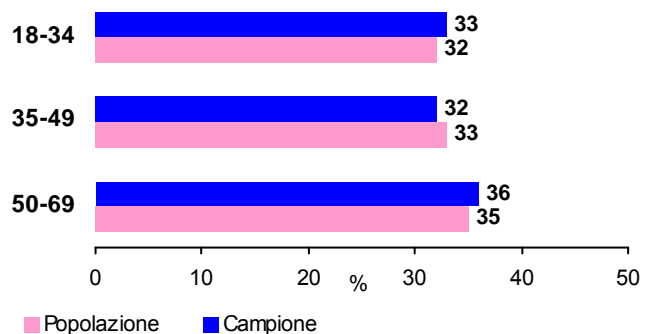
La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

La distribuzione per sesso ed età è simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI
Sicilia - PASSI 2008-11



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE
Sicilia - PASSI 2008-11

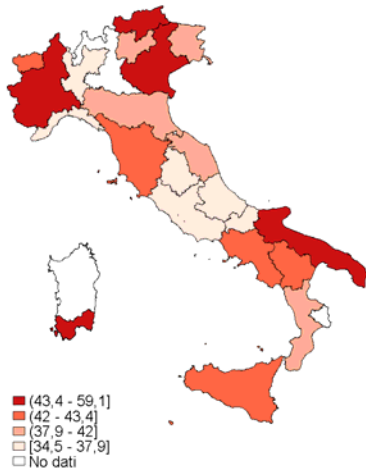


Il titolo di studio

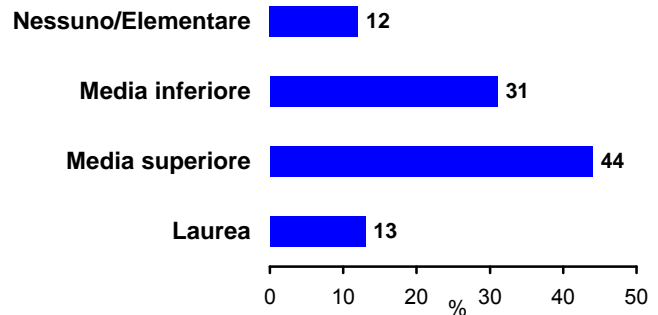
In Sicilia il 12% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 31% la licenza media inferiore, il 44% la licenza media superiore e il 13% è laureato. L'istruzione è fortemente età - dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).

Nel pool di ASL PASSI 2008-11 la scolarità medio-bassa è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.

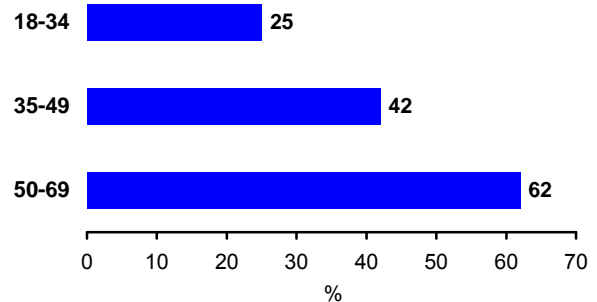
Prevalenza di scolarità medio-bassa
Pool PASSI 2008-11



Campione per titolo di studio
Sicilia - PASSI 2008-11



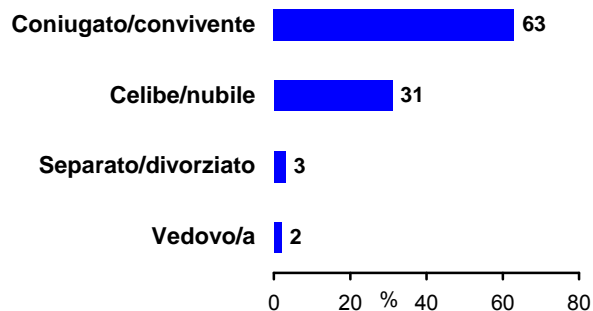
Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età
Sicilia PASSI 2008-11



Lo stato civile

In Sicilia i coniugati/conviventi rappresentano il 63% del campione, i celibi/nubili il 31%, i separati/divorziati il 3% ed i vedovi il 2%. Nel pool di ASL PASSI 2008-11 queste percentuali sono rispettivamente del 61%, 32%, 5% e 2%.

Campione per categorie stato civile
Sicilia - PASSI 2008-11



Cittadinanza

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

Nel pool di ASL PASSI 2010 le persone con cittadinanza straniera rappresentano nel 2008-11 il 3% degli intervistati con differenze territoriali.



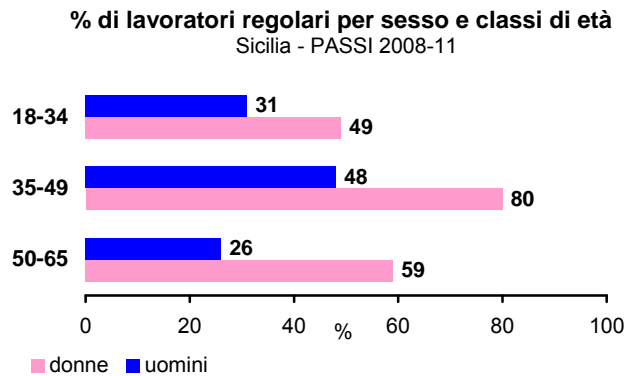
* Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini con doppia nazionalità

Il lavoro

In Sicilia il 49% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.

Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (35% contro 63%). Gli intervistati di 35-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale.

Nel pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 61%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.



Difficoltà economiche

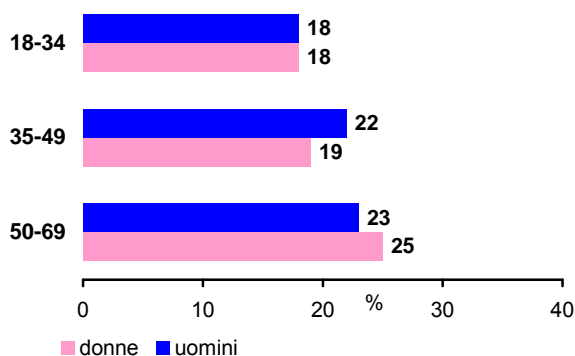
In Sicilia:

- il 28% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 51% qualche difficoltà
- il 21% molte difficoltà economiche.

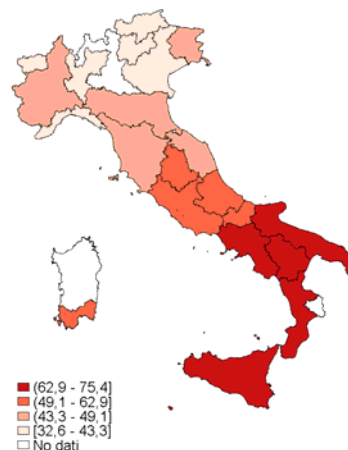
Analizzando le percentuali per sesso e classe d'età di coloro che riferiscono molte difficoltà economiche, non si evidenziano differenze statisticamente significative.

Nel pool di ASL PASSI 2008-11 il 46% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà, il 13% molte difficoltà. La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
Sicilia - PASSI 2008-11



% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2008-11



Conclusioni

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

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

Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

In Sicilia il 63% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 32% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 5% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

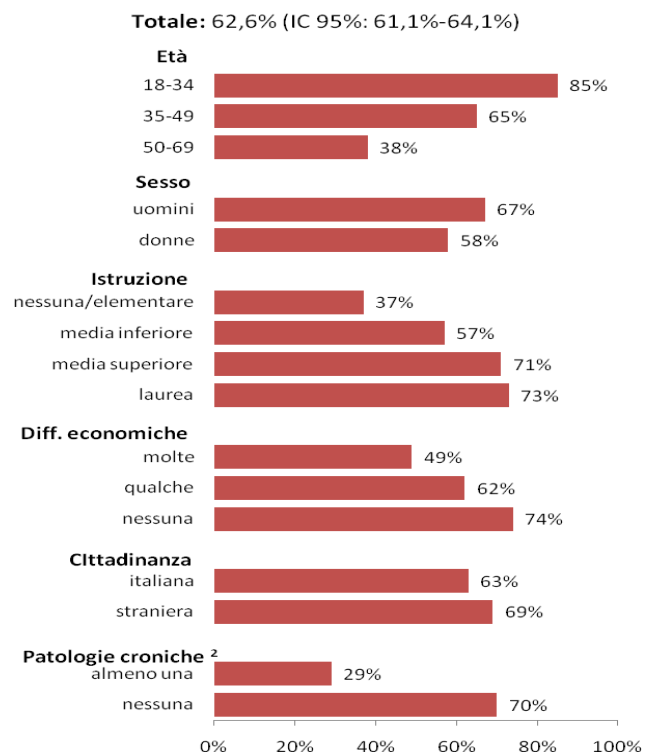
- i giovani nella fascia 18-34 anni
- gli uomini
- le persone con alta istruzione
- le persone senza difficoltà economiche
- le persone senza patologie severe

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla percezione positiva della propria salute sono:

- per gli uomini, l'età giovane, non avere difficoltà economiche e non avere patologie severe;
- per le donne, l'età giovane, e non avere patologie severe.

Stato di salute percepito positivamente¹

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2008-11

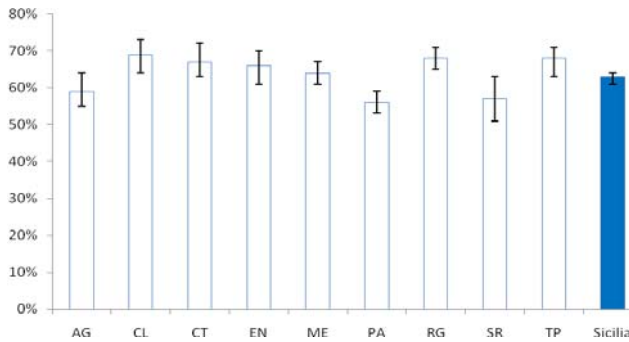


¹ persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

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

Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2008-11



Nelle ASP regionali la percentuale di persone che percepiscono in maniera positiva il proprio stato di salute varia dal 56% di Palermo (valore inferiore in maniera statisticamente significativa alla media regionale) al 68% di Ragusa (valore superiore in maniera statisticamente significativa alla media regionale) e di Trapani.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 67% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute. Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 67,4% (IC95%: 67,1%-67,7)

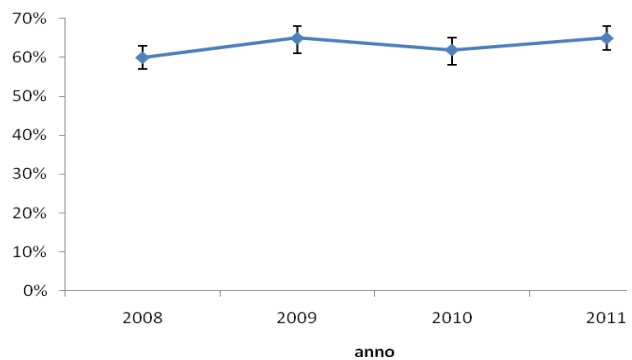


Confronto su pool omogeneo regionale

Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare che l'indicatore assume valori che oscillano fra il 60% e il 65%.

Stato di salute percepito positivamente

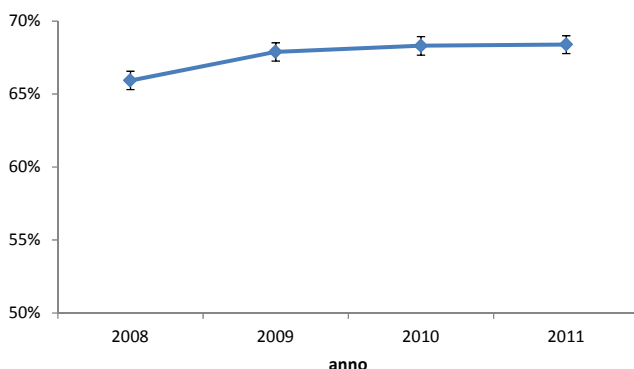
Prevalenze per anno - Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



Confronto su pool omogeneo nazionale

Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



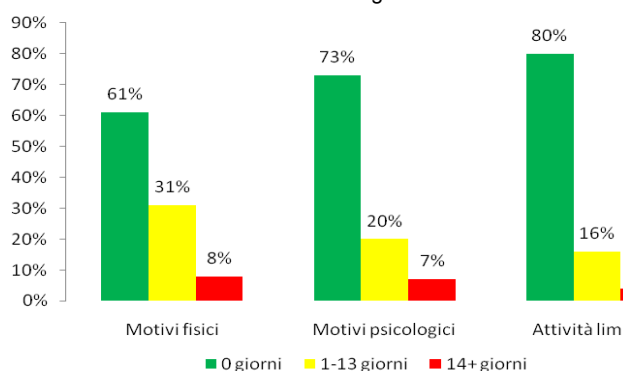
A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva un aumento statisticamente significativo, tra il 2008 e il 2009, della percentuale di persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute a cui fa seguito una stabilizzazione dell'indicatore.

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

In Sicilia la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (61% in buona salute fisica, 73% in buona salute psicologica e 80% senza alcuna limitazione delle attività abituali).

Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (8%), per motivi psicologici (7%) e con limitazioni alle attività abituali (4%).

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Regione Sicilia - PASSI 2008-11



Giorni percepiti in cattiva salute al mese
Regione Sicilia - PASSI 2008-11

Caratteristiche	N° gg/mese (IC95%) per					
	Motivi fisici	Motivi psicologici		Attività limitata		
Totale	3,1	2,9-3,4	2,5	2,2-2,7	1,4	1,3-1,6
Classi di età						
18 - 34	1,4	1,2-1,7	1,2	1,0-1,5	0,7	0,5-0,9
35 - 49	3,1	2,7-3,6	2,6	2,2-3,1	1,1	0,9-1,4
50 - 69	4,8	4,2-5,4	3,6	3,0-4,1	2,5	2,0-2,9
Sesso						
uomini	2,5	2,2-2,8	1,6	1,3-1,9	1,3	1,0-1,5
donne	3,7	3,3-4,1	3,3	2,9-3,7	1,6	1,3-1,8
Istruzione						
nessuna/elementare	5,8	4,7-6,9	4,7	3,6-5,7	3,5	2,6-4,5
media inferiore	3,6	3,1-4,1	2,9	2,4-3,4	1,8	1,4-2,2
media superiore	2,4	2,1-2,7	1,9	1,6-2,2	0,8	0,7-1,0
laurea	1,9	1,3-2,4	1,6	1,0-2,1	0,7	0,3-1,0
Difficoltà economiche						
molte	4,8	4,1-5,5	4,5	3,8-5,3	2,6	2,0-3,2
qualche	2,8	2,5-3,2	2,2	1,8-2,5	1,2	1,0-1,4
nessuna	2,4	2,0-2,8	1,5	1,2-1,9	1,0	0,7-1,3
Patologie croniche						
almeno una	6,9	6,0-7,9	5,8	4,9-6,7	3,9	3,1-4,6
nessuna	2,3	2,1-2,5	1,8	1,5-2,0	0,9	0,8-1,1

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 3 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1 giorno al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nella fascia d'età 50-69 anni, nelle persone con basso livello d'istruzione, nelle persone con difficoltà economiche e nelle persone che

presentano patologie severe. Inoltre il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici è maggiore nelle donne.

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello regionale ha riferito la percezione di essere in buona salute.

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle persone con difficoltà economiche o affette da patologie severe.

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda.

La misura dello stato di salute percepito e in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal sistema di sorveglianza PASSI: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

Gli indicatori di stato di salute percepito sono inoltre funzionali ad altre sezioni indagate dal PASSI, (come ad esempio quella dei sintomi di depressione) a cui forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel *Public Health Programme (2003-2008)* propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Attività fisica – Regione Sicilia - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Livello di attività fisica	
<i>Attivo</i> ¹	27,7 (26,2-29,2)
<i>parzialmente attivo</i> ²	29,5 (28,0-31,0)
<i>sedentario</i> ³	42,6 (41,0-44,3)

¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Nel periodo 2008-11, in Sicilia il 28% delle persone intervistate dichiara di avere uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 29% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 43% è completamente sedentario.

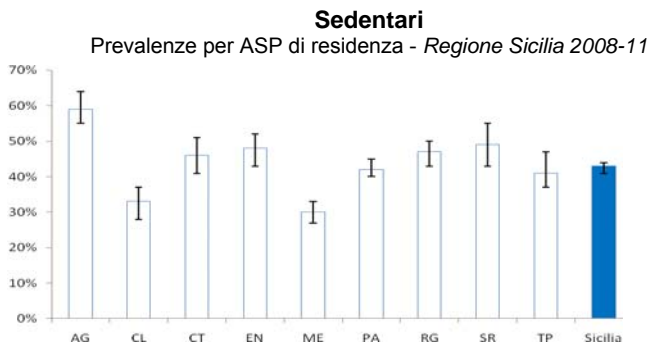
La sedentarietà è più diffusa nei 50-69enni, nelle persone con basso livello d'istruzione, in quelle con maggiori difficoltà economiche e negli stranieri.

Non sono emerse differenze significative tra uomini e donne.

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla sedentarietà sono:

- per gli uomini, il basso livello d'istruzione e avere difficoltà economiche;
- per le donne rimane significativa la giovane età.

Tra le ASP regionali la percentuale di sedentari varia dal 30% di Messina (valore significativamente più basso della media regionale) al 59% di Agrigento (valore significativamente più alto della media regionale).



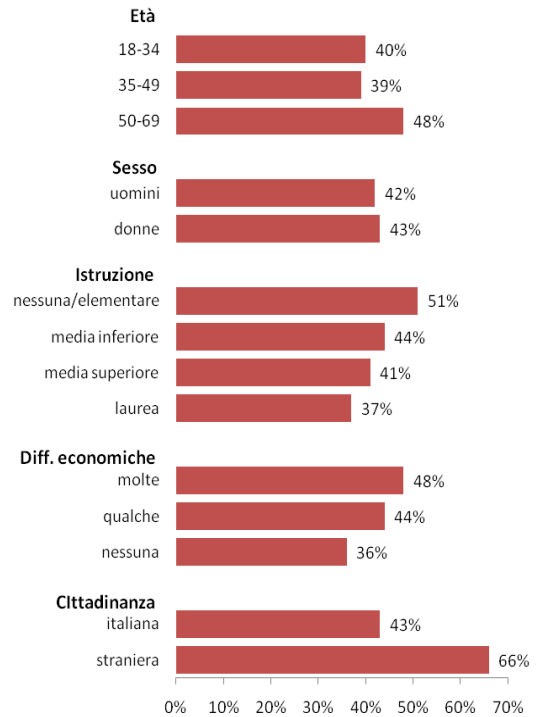
Sedentari
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11
Totale: 30,1% (IC95%: 29,8-30,4%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Sedentari
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2008-11

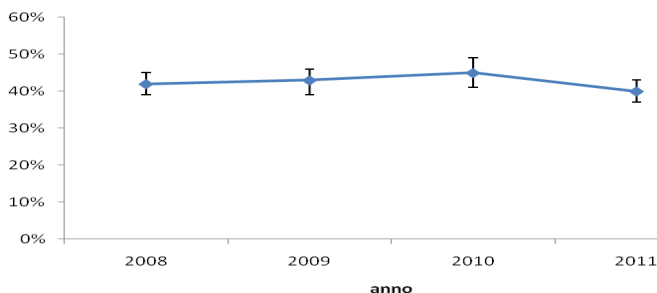
Totale: 42,6% (IC 95%: 41,0%-44,3%)



Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di sedentari è risultata del 30%. Nel periodo 2008-2011 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (9,4%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (47,2%).

Confronto su pool omogeneo regionale Sedentari

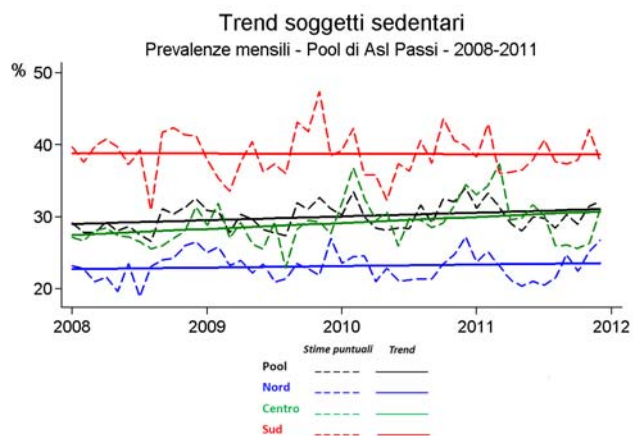
Prevalenze per anno - Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare che l'indicatore assume valori pressochè stabili, assumendo nel 2010 il valore più alto del periodo (45%) e nel 2011 il valore più basso (40%).

Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di sedentari, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.



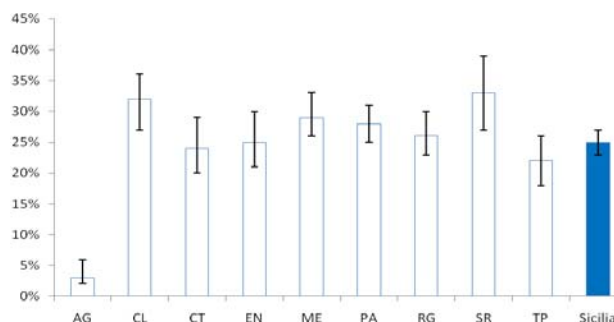
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

In Sicilia solo il 25% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 28% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

Nelle ASP regionali la percentuale di persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica da parte del medico varia dal 3% di Agrigento (valore più basso di quello regionale in maniera statisticamente significativa) al 33% di Siracusa.

Personale a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2008-11



Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica

Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-2011
Pool di Asl: 31,5% (IC95%: 31,1-31,8%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Nel pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è del 31%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (23%), mentre quella significativamente più alta nelle Asl della Sardegna (39%).

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

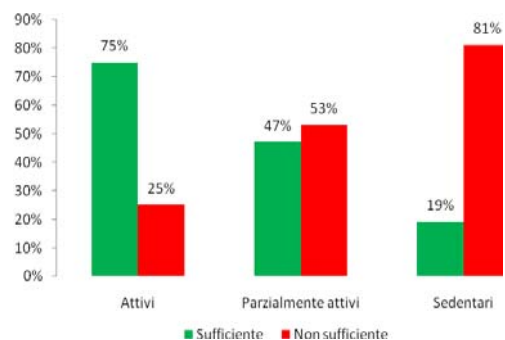
La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Tra le persone attive, il 75% ha giudicato la propria attività fisica sufficiente.

Il 47% delle persone parzialmente attive ed il 19% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

I dati regionali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (70% degli attivi, il 49% dei parzialmente attivi e il 20% dei sedentari).

Autopercezione del livello di attività fisica praticata
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
Regione Sicilia PASSI 2008-11

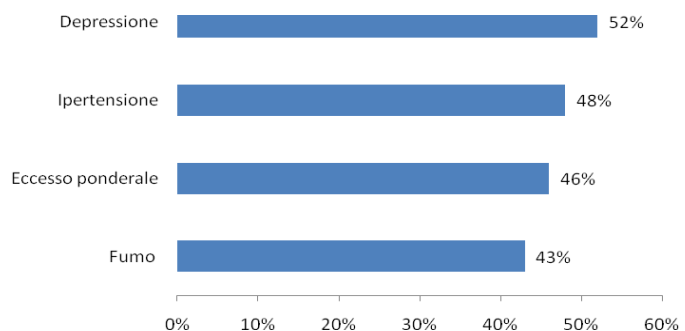


Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:

- il 52% delle persone depresse
- il 48% degli ipertesi
- il 46% delle persone in eccesso ponderale.
- Il 43% dei fumatori

Sedentari e altri fattori di rischio
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio
Regione Sicilia PASSI 2008-11



Conclusioni e raccomandazioni

In Sicilia si stima che meno più di una persona adulta su quattro (28%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 43% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su cinque ritiene di praticare sufficiente movimento.

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso, e fumatori). In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi. Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

Abitudine al fumo di sigaretta – Regione Sicilia - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Non fumatori ¹	55,7 (54,1-57,3)
Fumatori ²	28,7 (27,2-30,2)
<i>in astensione</i> ³	1,2 (0,7-1,6)
<i>occasionali</i> ⁴	0,4 (0,1-0,5)
<i>quotidiani</i> ⁵	27,0 (25,5-28,4)
Ex -fumatori ⁶	15,5 (14,4-16,7)

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

2 Fumatore = persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

3 Fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.

4 Fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni.

5 Fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

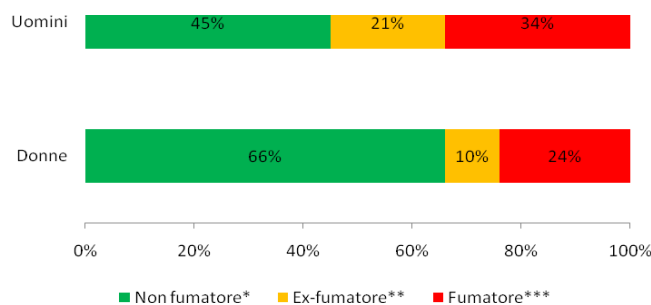
6 Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Nel periodo 2008-11 in Sicilia, tra gli adulti di 18-69 anni, più della metà degli intervistati è non fumatore, il 16% è classificabile come ex fumatore e l'1% è fumatore in astensione, cioè ha smesso di fumare da meno di sei mesi e in base alla definizione OMS non è ancora considerato ex fumatore.

Il 29% degli intervistati è fumatore, in particolare il 27% sono quelli che fumano tutti i giorni.

L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (34% versus 24%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (66% versus 45%).

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso Regione Sicilia - PASSI 2008-11



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

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

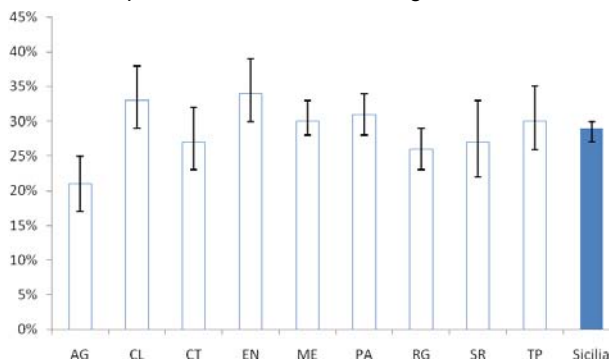
L'abitudine al fumo è risultata più elevata nei 25 - 34enni, negli uomini, nelle persone con titolo di scuola media inferiore e in quelle con molte difficoltà economiche. Si evidenziano inoltre differenze per cittadinanza.

Dall'analisi multivariata (modello logistico) di tutte queste caratteristiche insieme, eseguita separatamente per genere, risulta che negli uomini i fattori associati significativamente alla condizione di fumatore sono la giovane età, il basso livello d'istruzione la cittadinanza italiana; nelle donne invece soltanto la cittadinanza italiana.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno. Tra questi, il 7% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).

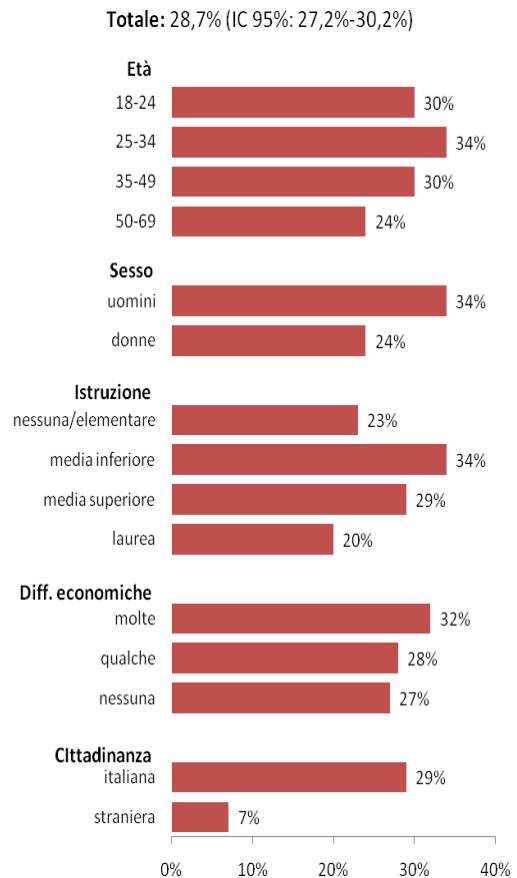
Tra le ASP regionali Agrigento mostra una prevalenza di fumatori inferiore, statisticamente significativa, rispetto alla media regionale (range dal 21% di Agrigento al 34% di Enna).

Fumatori
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2008-11

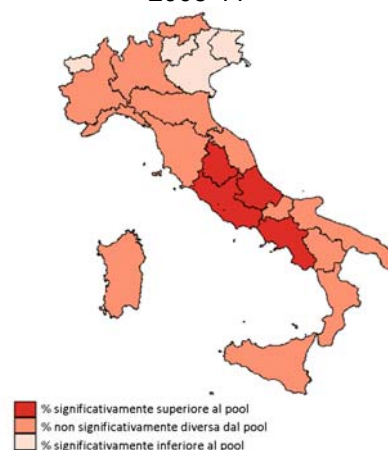


Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 19% è ex fumatore e il 52% è non fumatore. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 25% del Veneto e della P.A. di Trento al 32% di Abruzzo, Lazio e Umbria

Fumatori
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Sicilia 2008-11



Fumatori
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL
2008-11



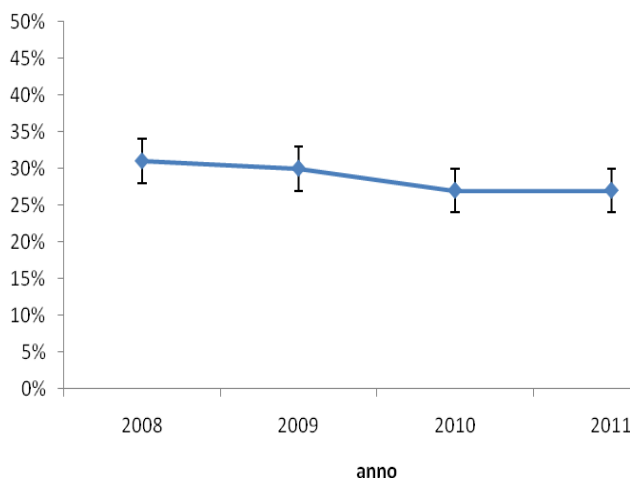
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare

Confronto su pool omogeneo regionale Fumatori

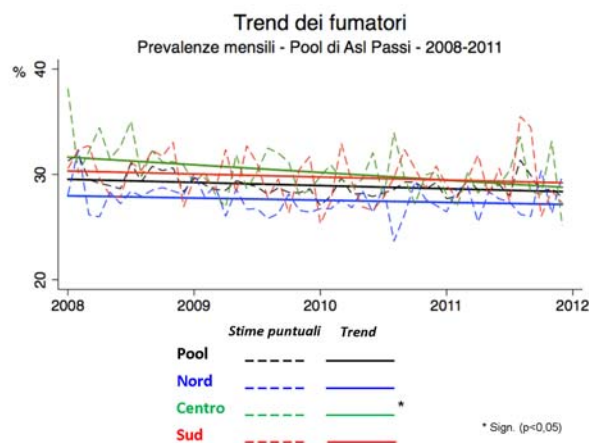
Prevalenze per anno – Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11

come l'indicatore sia in leggera diminuzione.



Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-11 a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva una riduzione significativa della prevalenza di fumatori solo per le Asl del Centro d'Italia, per le quali il valore medio passa dal 31,6% al 28,8%



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

Circa il 36% degli intervistati, che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo. In particolare, è stato chiesto a:

- il 60% dei fumatori
- il 32% degli ex fumatori
- il 24% dei non fumatori.

Attenzione degli operatori sanitari – Regione Sicilia - PASSI 2008-11

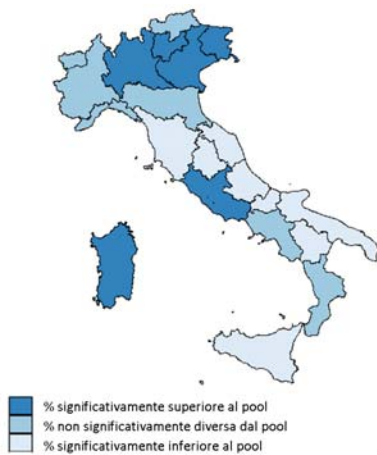
	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo* (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	35,6 (34,0-37,3)

*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

Tra le ASP regionali, Agrigento si differenzia significativamente per una percentuale più bassa, mentre Caltanissetta e Palermo per una percentuale più alta di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo (range dal 13% di Agrigento al 54% di Caltanissetta). Nelle ASP partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel periodo 2008-11 è pari al 41%. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 33% dell'Abruzzo al 57% della Sardegna

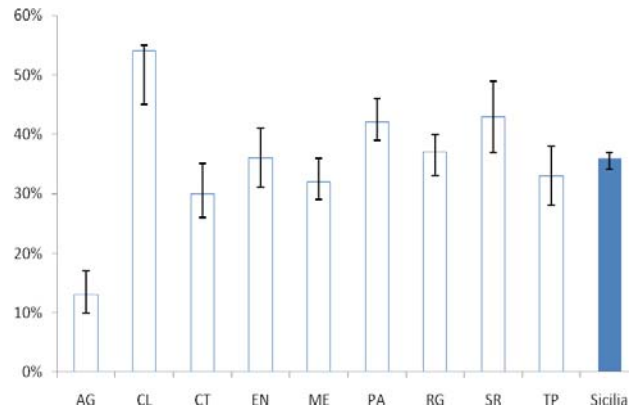
Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASP 2008-11



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

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2008-11



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

Tra i fumatori, il 59% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (25%).

Attenzione degli operatori sanitari – Regione Sicilia - PASSI 2008-11

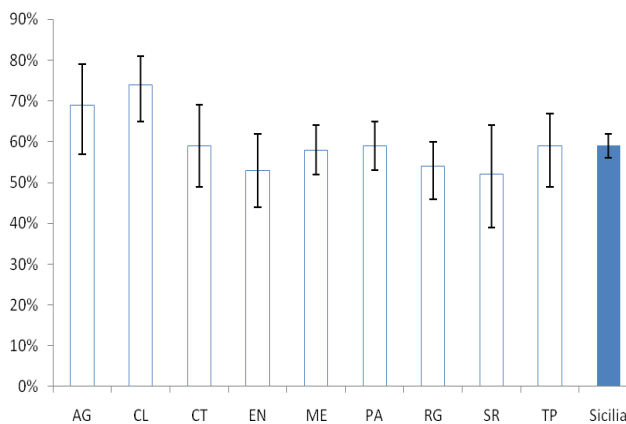
	% (IC95%)
Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali	59,1 (56,0-62,3)

Tra le ASP regionali Caltanissetta si differenzia per una percentuale più alta, statisticamente significativa di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 52% di Siracusa al 74% di Caltanissetta).

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel 2008-11 è risultata pari al 57%.

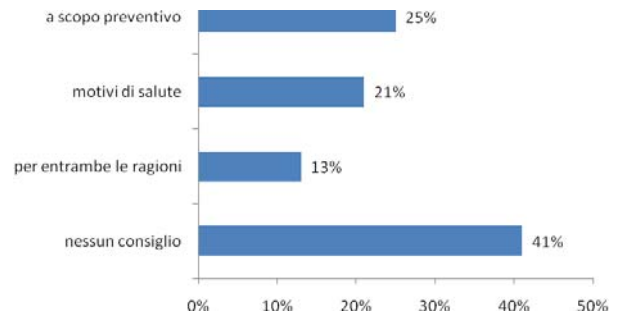
Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 41% della P.A. di Bolzano al 67% della Sardegna.

% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare Prevalenze per ASL di residenza – Regione Sicilia 2008-11



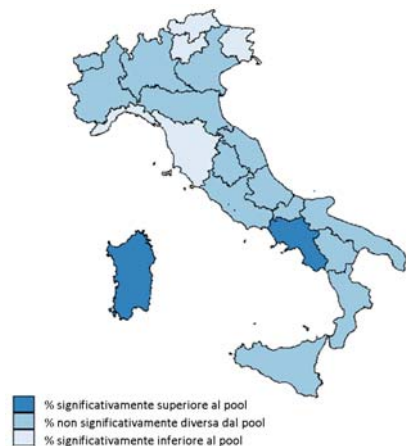
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

Regione Sicilia - Passi 2008-11*



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

Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Nel periodo 2008-11, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 44% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'85% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 9% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 6% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

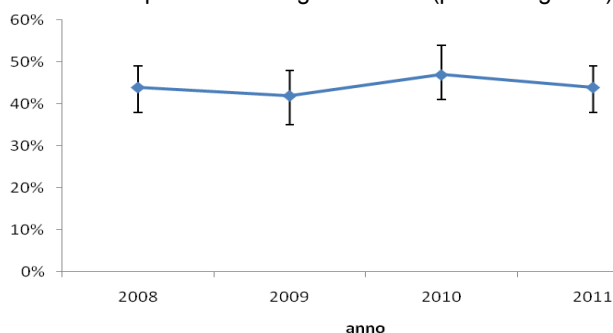
Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 97% l'ha fatto da solo, l'1% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

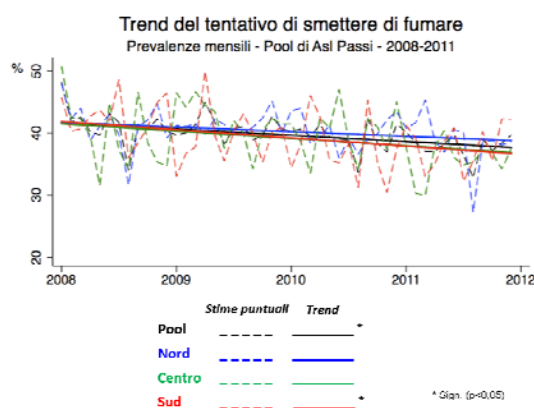
Confronto su pool omogeneo regionale Tentativo di smettere di fumare

Prevalenze per anno – Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare che l'indicatore subisce una leggera diminuzione fra il 2008 e 2009, nel 2010 assume il valore più alto (47%) del periodo in esame, per poi riscendere nel 2011.

Analisi di trend sul pool di ASL



Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si nota un decremento significativo. A livello nazionale, si passa in media dal 41% al 38%. Stratificando per macroarea, si conferma il decremento solo per il Sud per il quale il valore medio decresce dal 42% al 37%.

Fumo passivo

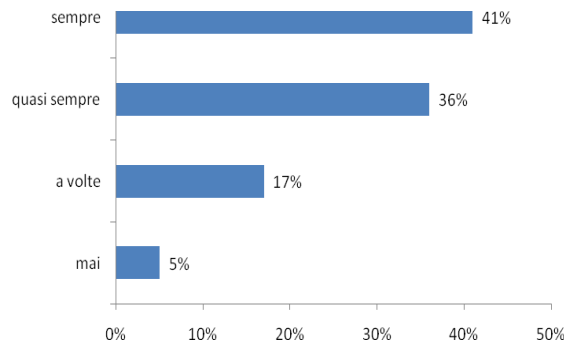
Fumo passivo – Regione Sicilia - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	77,5 (76,0-79,0)
<i>sul luogo di lavoro</i>	85,6 (84,0-87,3)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	67,6 (66,0-69,1)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	72,1 (69,1-75,0)

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

Nel periodo 2008-11 il 77% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (41%) o quasi sempre (36%). Il 22% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (5%) o lo è raramente (17%).

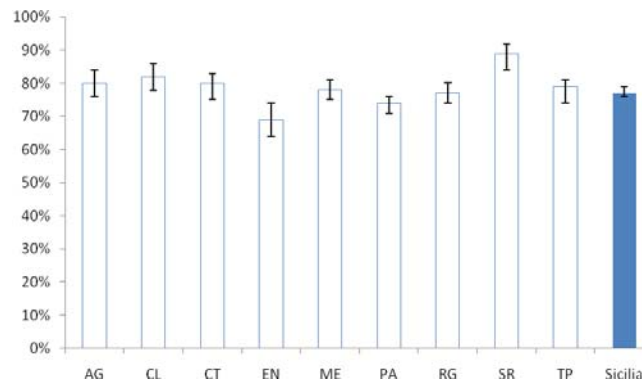
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Regione Sicilia – Passi 2008-11*



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

Tra le ASP regionali, Enna si distingue per una percentuale più bassa (69%), Siracusa per una percentuale più alta (89%), entrambe statisticamente significative, di persone che ritengono che il divieto di fumo nei luoghi pubblici sia rispettato sempre/quasi sempre.

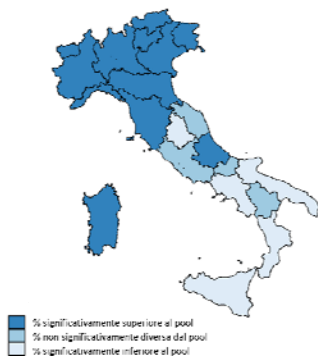
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2008-11



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-

11

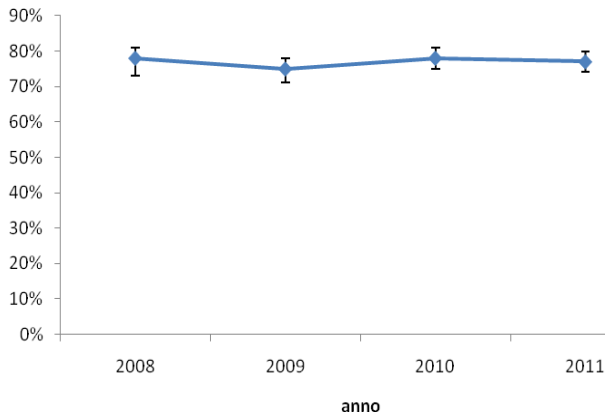


Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2008-11 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 67% delle Asl della Calabria al 95% del Friuli-Venezia Giulia.

Confronto su pool omogeneo regionale

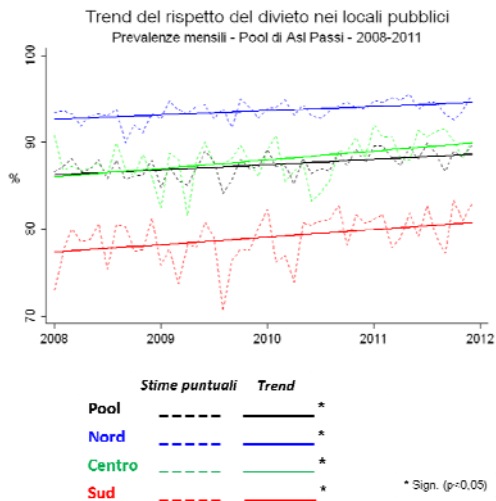
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per anno – Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore assume valori stabili nel quadriennio considerato.

Analisi di trend sul pool di ASL



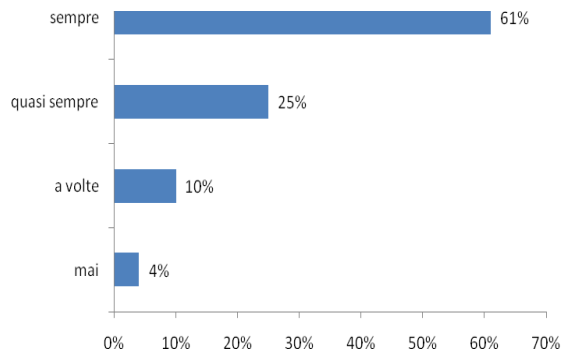
Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e per tutte e tre le macroaree: il valore medio di pool passa da 87% a 89% e per il Nord da 93% a un 95%, per il Centro 86% a 90%, per il Sud 77% a un 81%.

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Tra i lavoratori intervistati nel 2008-11, l'86% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (61%) o quasi sempre (25%).

Il 14% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (4%) o lo è a volte (10%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro Regione Sicilia- Passi 2008-11*

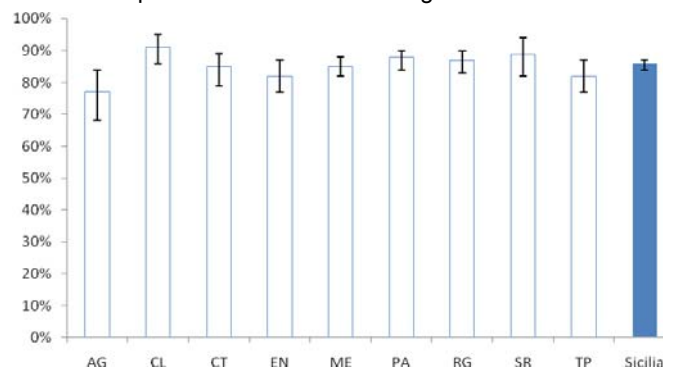


*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

Nelle ASP regionali, non sono emerse differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di lavoratori che ritengono che il divieto di fumo sul luogo di lavoro sia rispettato sempre/quasi sempre (range dal 77% di Agrigento al 91% di Caltanissetta).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2008-11



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11

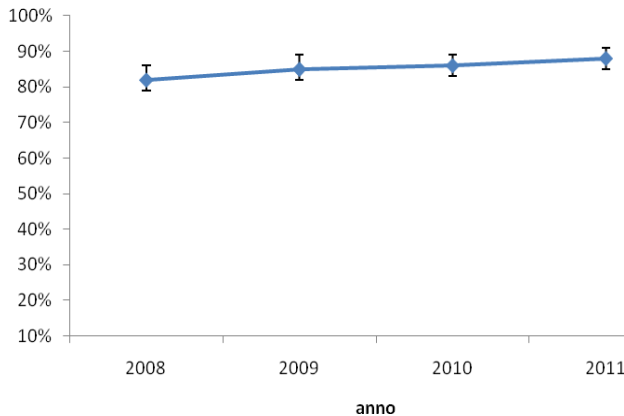


Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'89% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 79% delle Asl del Molise e della Calabria al 95% della P.A. di Bolzano.

Confronto su pool omogeneo regionale Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

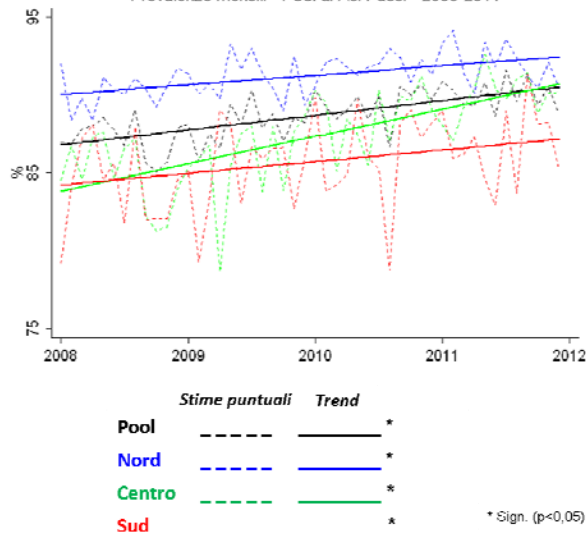
Prevalenze per anno – Regione Sicilia (pool omogeneo)
2008-11



Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia in leggero aumento.

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro
Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2011



Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 87% a 90%, per il Nord da 90% a un 92%, per il Centro 84% a 91%, per il Sud 84% a un 87%.

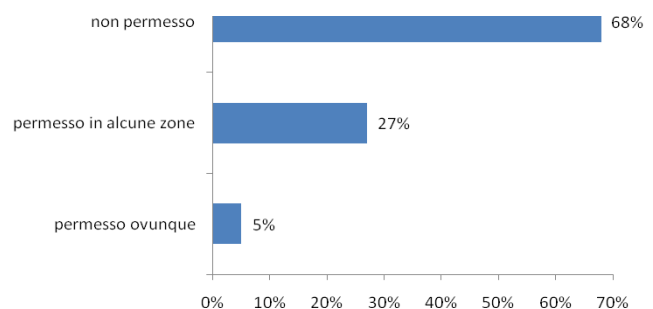
L'abitudine al fumo in ambito domestico

Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, in Sicilia, nel periodo 2008-11:

- il 68% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
- il 27% che si fuma in alcuni luoghi;
- il 5% che si fuma ovunque.

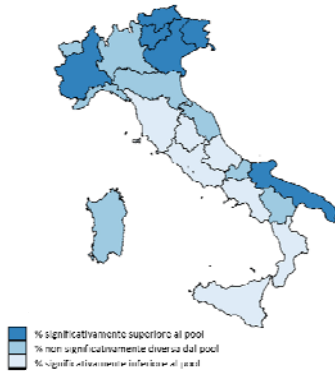
In caso di convivenza con minori di 15 anni, il 72% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro Regione Sicilia - Passi 2008-11



Divieto di fumo in casa

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11

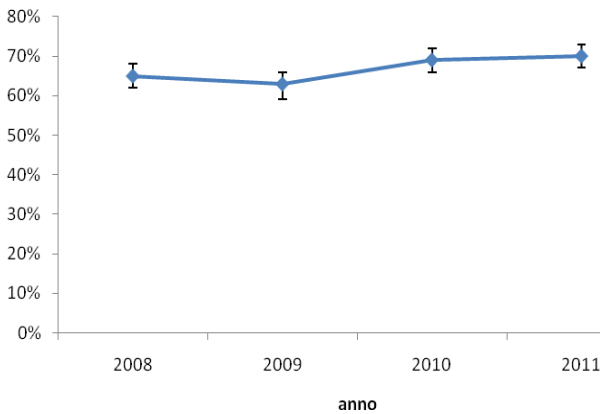


Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 76% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (83% in presenza di minori di 15 anni). Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% delle Asl di Abruzzo, Umbria e Sicilia all'88% per quelle del Veneto.

Confronto su pool omogeneo regionale

Divieto di fumo in casa

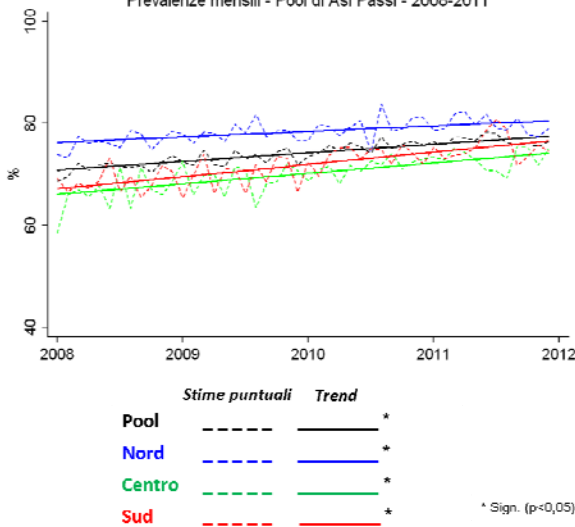
Prevalenze per anno – Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia in leggera diminuzione tra il 2008 e 2009, mentre dal 2009 al 2011 l'indicatore assume valori crescenti.

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend del divieto di fumo in casa
Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2011



Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il pool di Asl e per tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 72% a 77%, per il Nord da 76% a un 81%, per il Centro da 66% a 74%, per il Sud da 67% a 77%.

Conclusioni e raccomandazioni

In Sicilia, nel periodo 2008-11, come a livello nazionale, si stima che meno di una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte si riscontrano nei 25-34enni. Tra i fumatori, più di uno su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile. La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle ASP regionali. L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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 preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità.

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (IMC), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25,0-29,9), obeso (IMC ≥ 30).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: 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*).

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – Regione Sicilia - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i> ¹	34,8 (33,3-36,4)
<i>obesi</i> ²	12,3 (11,2-13,4)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ³	
<i>sovrappeso</i>	40,3 (37,4-43,3)
<i>obesi</i>	77,2 (73,2-81,2)
Adesione al <i>five-a-day</i>	7,3 (6,4-8,2)

¹ sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

² obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

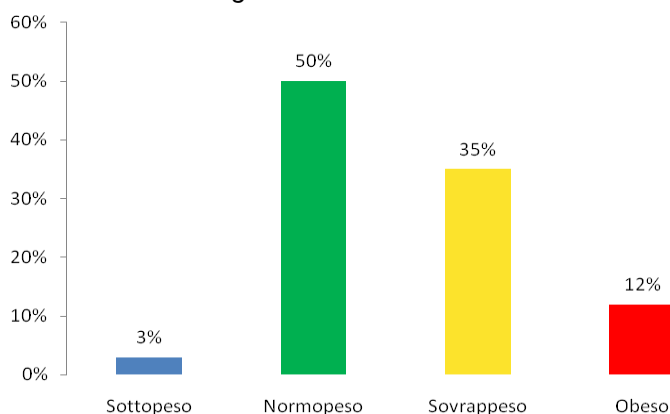
³ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

In Sicilia il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 50% normopeso, il 35% sovrappeso e il 12% obeso.

Complessivamente si stima che il 47% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

Stato nutrizionale
Regione Sicilia 2008-11



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

L'eccesso ponderale è più frequente:

- col crescere dell'età
 - negli uomini
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - in chi ha molte difficoltà economiche
- Non si sono rilevate differenze rispetto alla cittadinanza.

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa all'eccesso ponderale sono:

- per gli uomini, l'età adulta e avere difficoltà economiche;
- per le donne, l'età adulta e il livello di istruzione basso.

Nelle ASP della Regione non sono emerse differenze statisticamente significative relative all'eccesso ponderale (range dal 45% di Catania al 54% di Enna e Siracusa).

Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. Le Asl partecipanti della Lombardia presentano la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (34,5%), mentre in Molise si registra quella significativamente più alta (49,3%).

Eccesso ponderale

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11
Totale: 42,0% (IC95%: 41,6-42,3%)



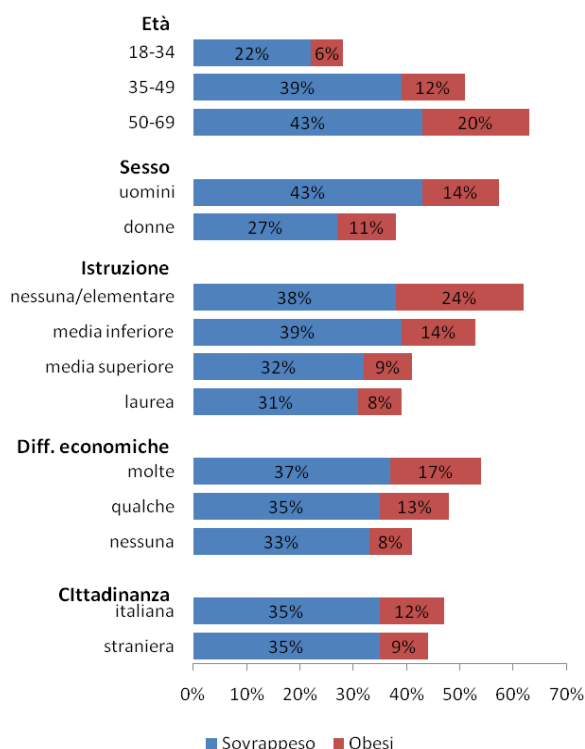
■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Eccesso ponderale

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2008-11

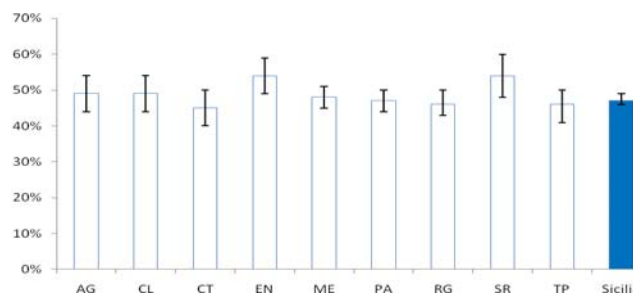
Totale: 47,2% (IC 95%: 45,6%-48,8%)



■ Sovrappeso ■ Obesi

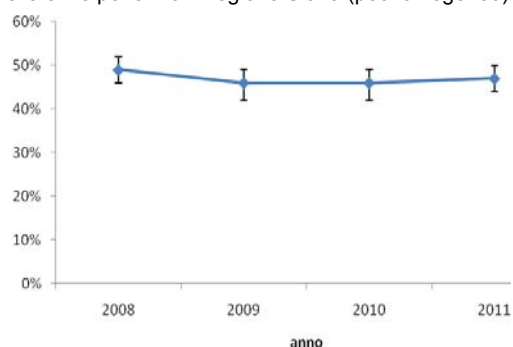
Eccesso ponderale

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2008-11



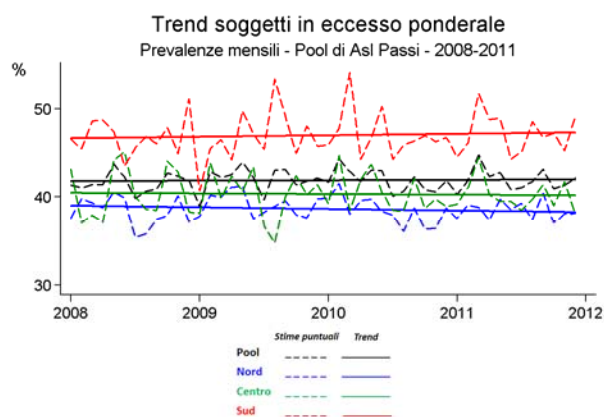
Confronto su pool omogeneo regionale Eccesso ponderale

Prevalenze per anno - Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare che l'indicatore assume il valore più alto nel 2008 (49%), si riduce nei 2 anni successivi (46%) e risale lievemente nel 2011 (47%).

Analisi di trend sul pool di ASL



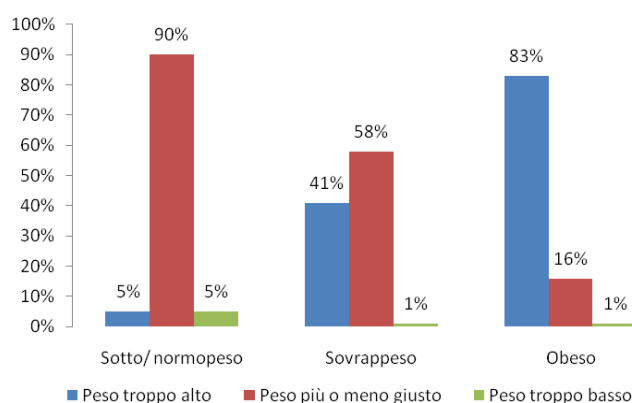
Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.

La percezione del proprio peso non sempre coincide con il IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: in Sicilia si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (83%) e nei normopeso (90%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 58% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso. Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'88% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 92% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 44% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 67% degli uomini.

Autopercezione del proprio peso corporeo
Prevalenze per stato nutrizionale - Regione Sicilia 2008-11



Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“five a day”)?

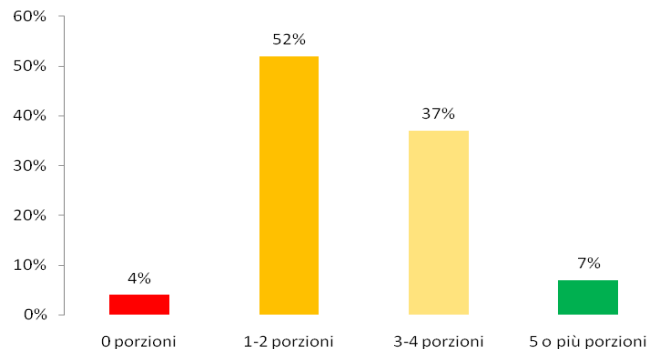
In Sicilia il 96% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 37% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 7% le 5 porzioni raccomandate.

L'adesione al *five-a-day* è più diffusa nei 50-69enni.

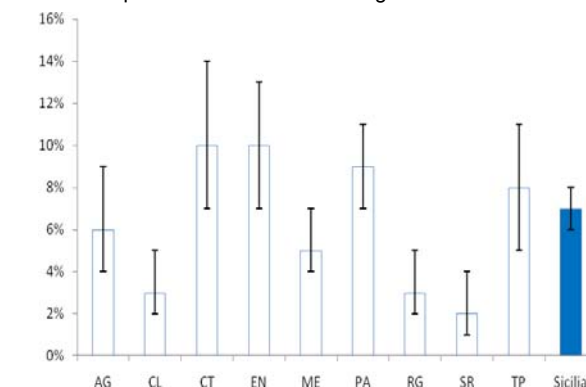
Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte le caratteristiche socio-demografiche insieme, nessuna variabile risulta associata in maniera statisticamente significativa all'adesione al *five-a-day*.

Nelle ASP della Regione la percentuale di persone intervistate che aderisce al “*five a day*” varia dal 2% di Siracusa, valore significativamente più basso rispetto alla media regionale, al 10% di Catania ed Enna.

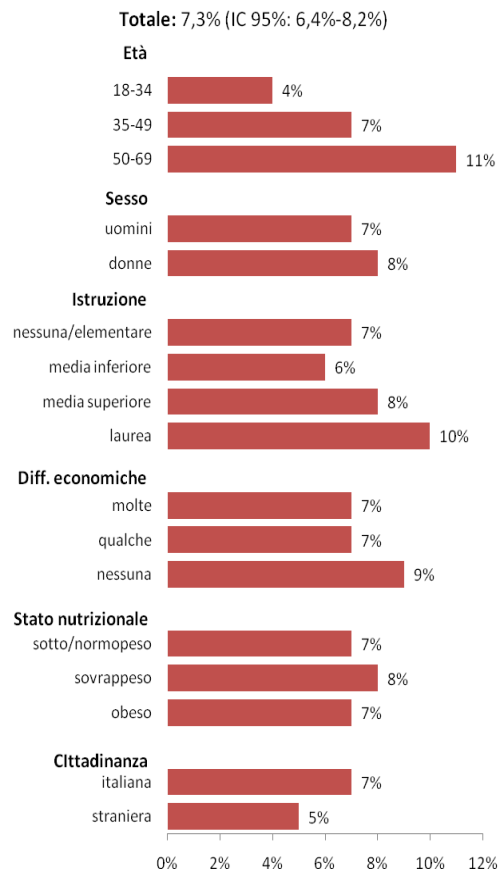
Consumo di frutta e verdura
Prevalenze per porzioni consumate
Regione Sicilia 2008-11



Adesione al *five-a-day*
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2008-11



Adesione al *five-a-day*
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2008-11



Adesione al *five-a-day*

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11
 Totale: 9,8% (IC95%: 9,6-10,0%)



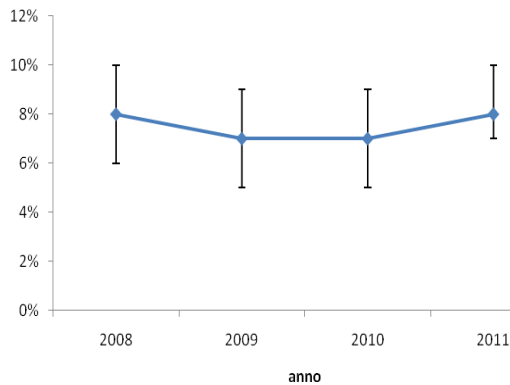
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di intervistati che aderisce al *five-a-day* è del 10%. La mappa riporta le prevalenze, per Regione di residenza, dell'adesione al five a day nel periodo 2008-2011. Si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, con una più alta adesione prevalentemente tra i residenti nelle Regioni settentrionali: il dato significativamente più alto è quello della Liguria (18%).

Confronto su pool omogeneo regionale

Adesione al *five-a-day*

Prevalenze per anno - Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11

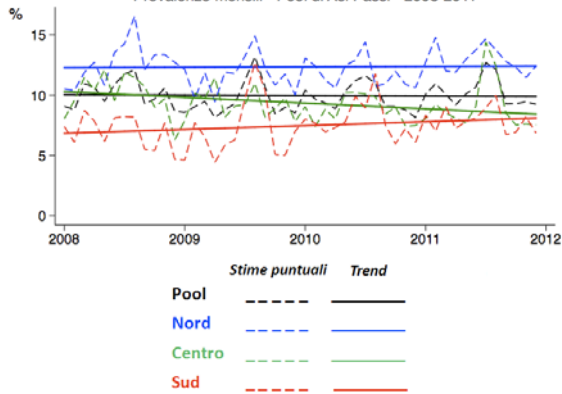


Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un andamento stabile dell'indicatore nell'intero periodo osservato.

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend consumo '5 a day'

Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2011

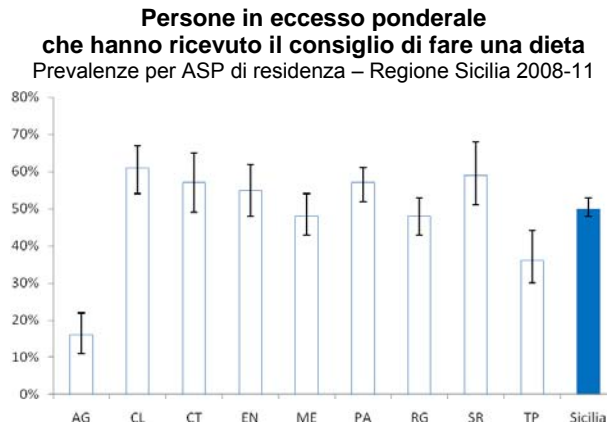


L'analisi dei trend conferma l'assenza di variazioni significative nell'adesione al five a day, in tutte le tre ripartizioni geografiche.

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

In Sicilia il 51% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 40% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese.

Nelle ASP della Regione la percentuale di persone intervistate in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia dal 16% di Agrigento (valore significativamente più basso rispetto alla media regionale) al 61% di Caltanissetta (valore più alto rispetto alla media regionale, al limite della significatività statistica).



Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11
Totale: 54% (IC95%: 53,8-54,8%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Il 25% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (22% nei sovrappeso e 33% negli obesi).

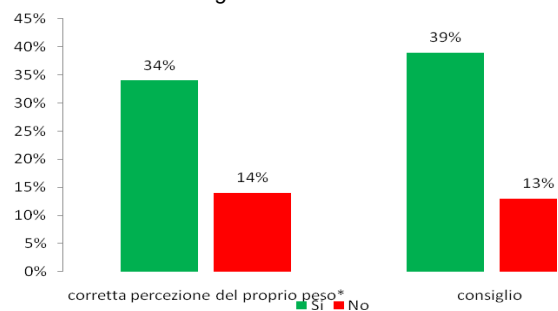
La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:

- nelle donne (33% vs 19% negli uomini)
- negli obesi (33% vs 22% nei sovrappeso)
- nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (34%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (14%)
- in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (39% vs 13%).

Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 54%.

La mappa riporta la frequenza, per Regione di residenza, di intervistati in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale e il valore significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale si registra in Basilicata (33%) mentre quello significativamente più alto nelle Asl della Sardegna (63%).

Attuazione di una dieta
% di "sovrappeso" che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso
% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per consiglio dell'operatore sanitario
Regione Sicilia 2008-11



* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi

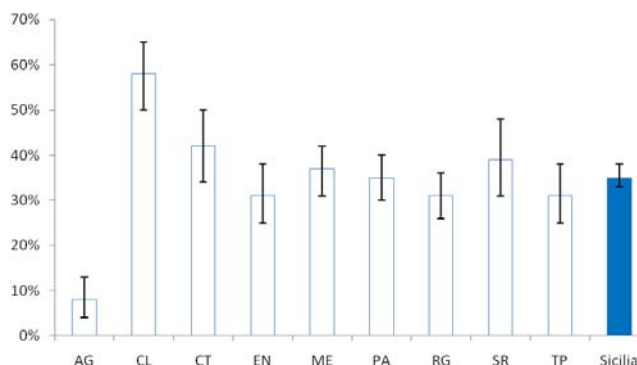
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

In Sicilia il 46% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (43% nei sovrappeso e 52% negli obesi). Il 35% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 32% delle persone in sovrappeso e il 43% di quelle obese.

Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 58% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 52% di chi non l'ha ricevuto.

Nelle ASP regionali, la percentuale di intervistati in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica varia dal 8% di Agrigento (valore significativamente più basso rispetto la media regionale) al 58% di Caltanissetta (valore significativamente più alto rispetto la media regionale).

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2008-11



Nel pool di ASL 2008-11 il 39% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

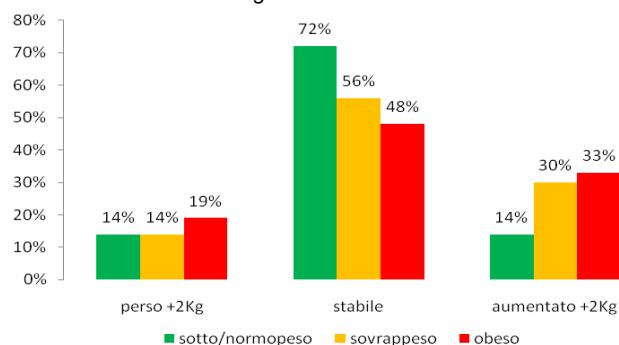
In Sicilia il 22% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.

La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:

- donne (25%) rispetto agli uomini (19%),
- nelle persone già in eccesso ponderale (33% obesi e il 30% sovrappeso vs 14% normopeso).

Non sono emerse differenze rilevanti nelle diverse fasce d'età (22% 18-34 anni, 23% 35-49 anni e 22% 50-69 anni)

Cambiamenti di peso
% di persone che hanno cambiato peso negli ultimi 12 mesi per stato nutrizionale Regione Sicilia 2008-11



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, in Sicilia quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: meno di una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto", e quasi una persona su cinque è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 25% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (54%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, ma solo una piccola quota assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

Rilevante risulta inoltre il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. Inoltre, il consumo di alcol provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie, che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, e può creare dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto interno lordo.

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, la quantità di alcol assunta in una singola occasione; le modalità ed il contesto di assunzione dell'alcol.

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili. Il consumo di alcol è definito a maggior rischio, se vengono superati tali limiti.

Gli indicatori PASSI

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

Quante persone consumano alcol?

In Sicilia nel periodo 2008-11, la percentuale di consumatori di alcol è risultata pari al 46%, mentre il consumo fuori pasto è del 6% e il consumo abituale elevato dell'1%.

Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo binge che non permette più un confronto diretto dei dati del biennio 2008-2009 con quelli del biennio 2010-11, relativamente agli indicatori "binge" e "consumo a maggior rischio", di cui il consumo binge rappresenta una delle componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo binge (3%) e del consumo a maggior rischio (10%), relative al periodo 2010-11

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

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

Consumo di alcol – Regione Sicilia - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	45,7 (44,1-47,3)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	6,1 (5,3-6,8)
Consumo abituale elevato ¹	1,4 (1,1-1,9)
Consumo binge (2010-2011) ²	3,4 (2,7-4,2)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) ³	9,6 (8,3-10,9)

¹ più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini);

più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

² 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010)

³ consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?

Nel periodo 2010-11 in Sicilia, il 10% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.

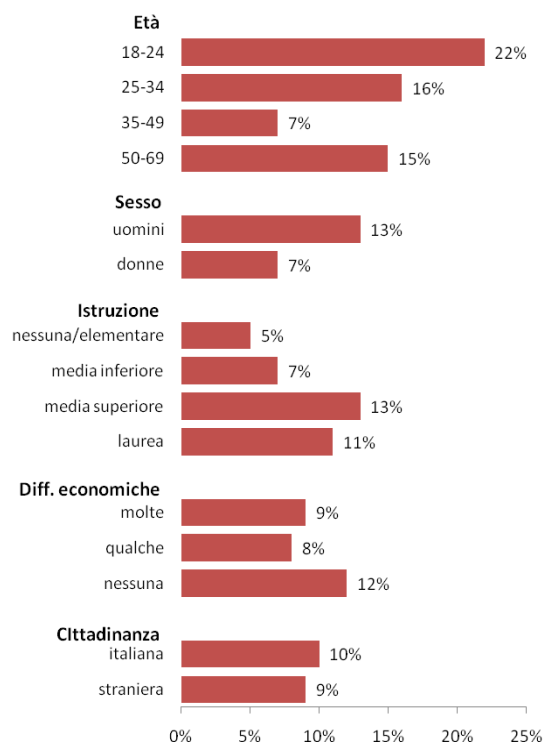
Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-24, gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-alto e quelle che non hanno difficoltà economiche, mentre non si evidenziano differenze per la cittadinanza.

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa al consumo a maggior rischio sono per gli uomini, l'età giovane e per le donne l'età giovane e le difficoltà economiche.

Consumo a maggior rischio

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2010-11

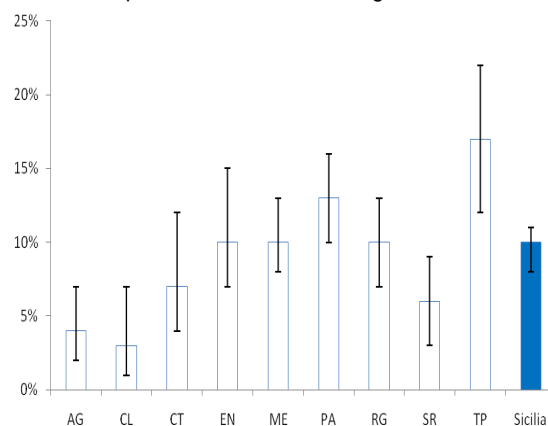
Totale: 9,6% (IC 95%: 8,3%-10,9%)



Tra le ASP regionali, Agrigento e Caltanissetta mostrano una prevalenza di persone che consumano alcol con modalità ritenute a maggior rischio minore, in maniera statisticamente significativa, rispetto la media regionale, mentre Trapani si differenzia per una prevalenza più alta statisticamente significativa. (range dal 3% di Caltanissetta al 17% di Trapani).

Nel Pool di ASL PASSI 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Campania al 39% della P.A. di Bolzano

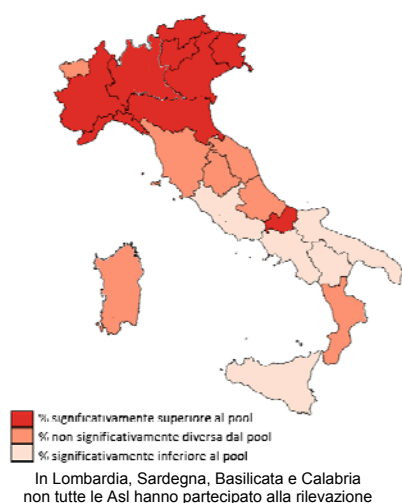
Consumo a maggior rischio
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2010-11



Consumo a maggior rischio

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11

Totale: 17,0% (IC95%: 16,7%-17,3%)



Confronto su pool omogeneo regionale

Consumo a maggior rischio - Regione Sicilia (pool omogeneo) - PASSI 2010-11

	2010	2011
Consumo a maggior rischio (% con IC95%)	11,0 (8,9-13,1)	8,9 (7,1-10,7)

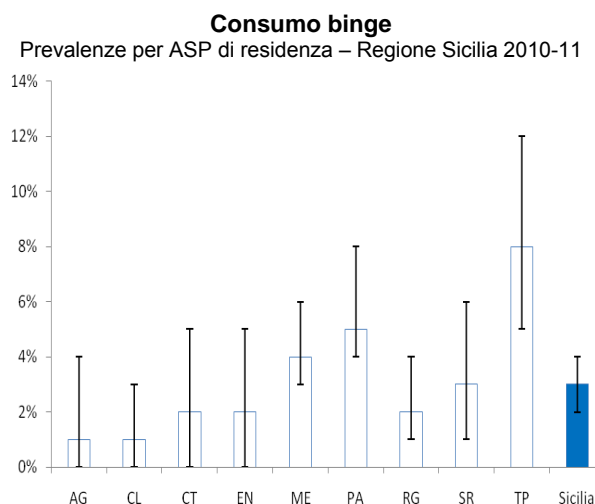
Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2010 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare che l'indicatore è in leggera diminuzione.

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

In Sicilia, nel periodo 2010-11, il 3% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.

Il consumo binge è più frequente tra i giovani, negli uomini, in coloro che hanno un livello di istruzione medio-alto, in coloro che non hanno nessuna difficoltà economica e negli stranieri. L'analisi multivariata considerando insieme i due sessi, conferma l'esistenza, di un'associazione del consumo binge con il sesso maschile e la giovane età.

Tra le ASP regionali Trapani presenta una percentuale maggiore di consumatori binge al limite della significatività statistica (range dal 1% di Agrigento e Caltanissetta all' 8% di Trapani).



Nel Pool di ASL PASSI 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 9%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% della Sicilia al 18% della P.A. di Bolzano.

Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2010 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia stabile nei due anni.

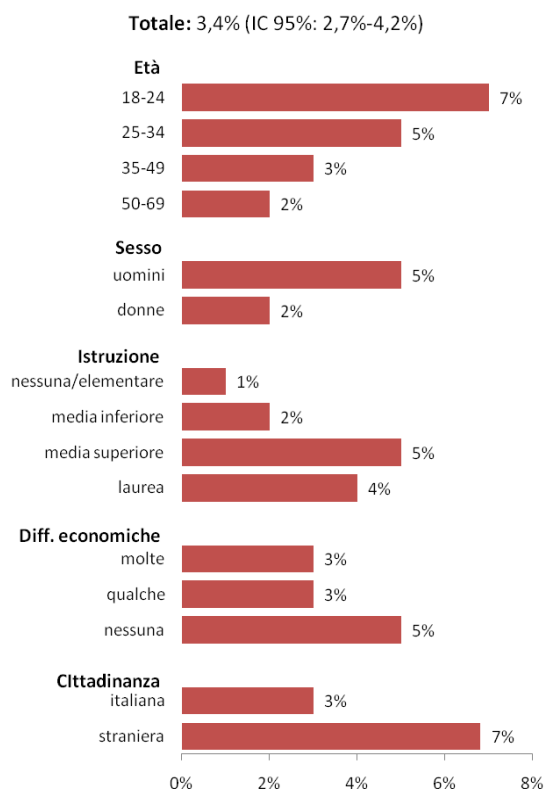
Confronto su pool omogeneo regionale

Consumo binge - Regione Sicilia (pool omogeneo) - PASSI 2010-11

	2010	2011
Consumo a maggior rischio (% con IC95%)	3,6 (2,6-4,7)	3,4 (2,2-4,6)

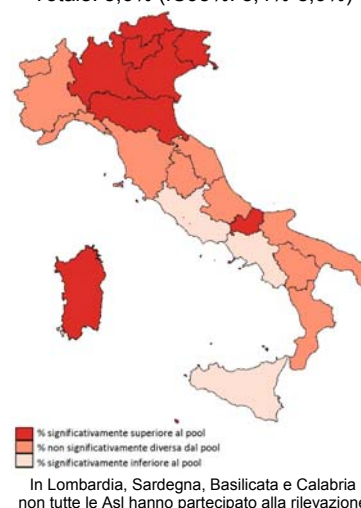
Consumo binge

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2010-11



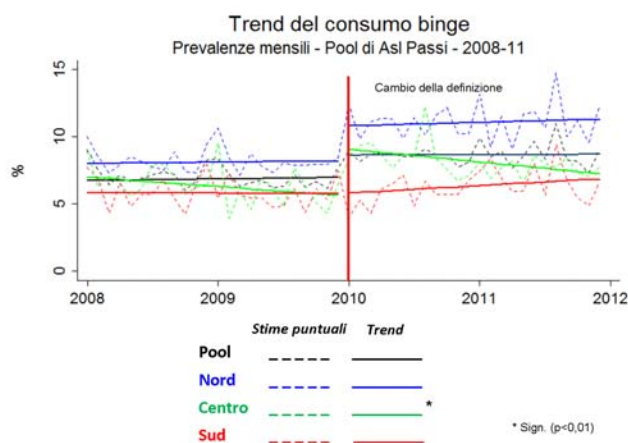
Consumo binge

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11
Totale: 8,6% (IC95%: 8,4%-8,9%)



Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva come in coincidenza del cambio di definizione ci sia un salto di prevalenza media; non essendo direttamente confrontabili i dati del binge drinking dei due bienni (2008-09 e 2010-11) si può comunque valutarne le linee di tendenza separatamente. Per i dati di pool di Asl, nel Nord e nel Sud, non si osserva alcun cambiamento significativo (in realtà nel Sud sembrano esserci un aumento, sebbene non sia significativo) mentre per il Centro, per entrambi i bienni, c'è un decremento significativo del fenomeno.



Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?

I medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. Dalla voce degli assistiti Passi si rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

Attenzione al consumo alcolico – Regione Sicilia - PASSI 2008-11

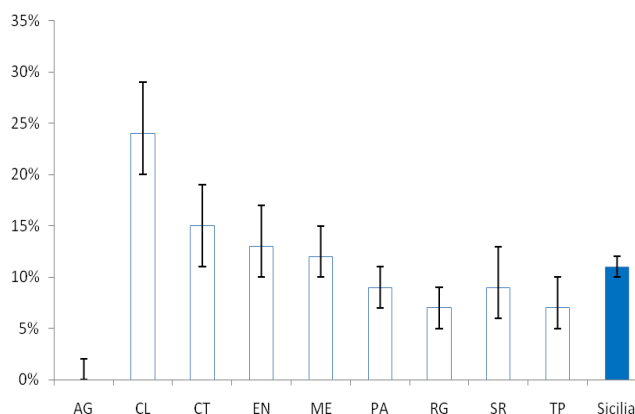
	% (IC95%)
Domanda del medico operatore sanitario sul consumo alcolico ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	10,8 (9,6-12,2)
Consiglio del medico di ridurre il consumo alcolico – nel caso di consumo a maggior rischio (2010-2011) ¹ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	4,3 (1,9-6,6)

¹ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Nel periodo 2008-11, in Sicilia, solo l'11% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

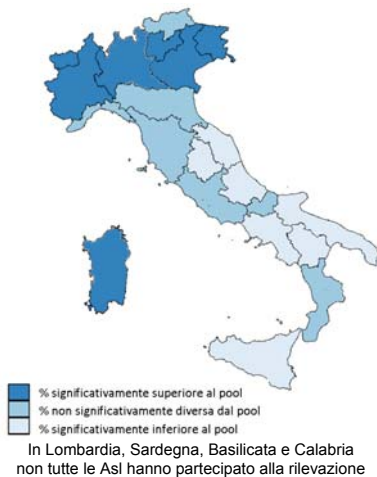
Nel confronto tra le ASP regionali Agrigento e Ragusa si differenziano per una percentuale inferiore alla media regionale, statisticamente significativa, di persone alle quali il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol, mentre Caltanissetta mostra una percentuale maggiore statisticamente significativa (range dal 0% di Agrigento al 24% di Caltanissetta).

Consumo di alcol chiesto dal medico Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2008-11



Consumo di alcol chiesto dal medico

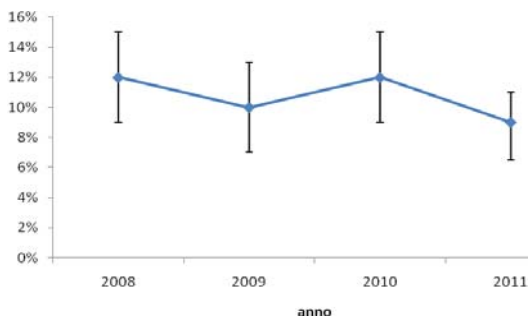
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 15,2% (IC95%: 14,9%-15,4%)



Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Si va dal 10% delle Asl della Basilicata e della Campania al 25% della Sardegna.

**Confronto su pool omogeneo regionale
Consumo di alcol chiesto dal medico**

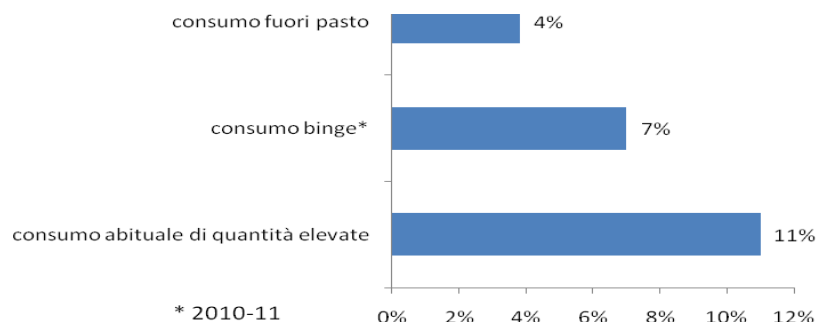
Prevalenze per anno - Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un'andamento altalenante dell'indicatore nell'intero periodo osservato.

Nel periodo 2010-11, in Sicilia, solo il 4% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche.

Categorie di persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario
Prevalenze per categoria di consumo - Regione Sicilia 2008-11



Tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di consigli è pari al 4% (dato 2008-11), nel caso delle persone con consumo binge è pari al 7% (dato 2010-11) e in quelli con consumo abituale elevato sale all'11% (dato 2008-11).

Conclusioni e raccomandazioni

La maggioranza della popolazione della regione siciliana non beve alcol (54%). Tuttavia, si stima che un adulto su 10 abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra i 18-24enni, i consumatori a rischio sono più di uno su cinque. A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol è più diffuso nelle persone con nessuna difficoltà economica e più alti livelli di istruzione. Secondo le indicazioni del programma Guadagnare Salute, è importante che gli operatori sanitari, ed in particolare i Medici di Medicina Generale, dedichino attenzione al consumo di alcol dei propri assistiti, in modo da consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo. Secondo i dati Passi solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti; inoltre, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo. Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre i danni causati dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto. Quindi, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: far diventare l'alcol meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche, rappresentano interventi appropriati per la riduzione degli effetti nocivi dall'alcol. Inoltre, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Alcol e guida

Nei paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in media circa uno su cinque dei conducenti, deceduti a seguito di un incidente stradale, ha una concentrazione di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro. PASSI rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nei 30 giorni precedenti all'intervista, sia come conducenti sia come persone trasportate.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Alcol e guida – Sicilia - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	7,2 (5,9-8,5)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol**	3,7 (3,1-4,3)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

** percentuale di persone che dichiarano di aver viaggiato come passeggeri di veicoli guidati da persona che ha consumato 2 o più unità alcoliche entro un'ora prima di mettersi alla guida (su tutti quelli che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni).

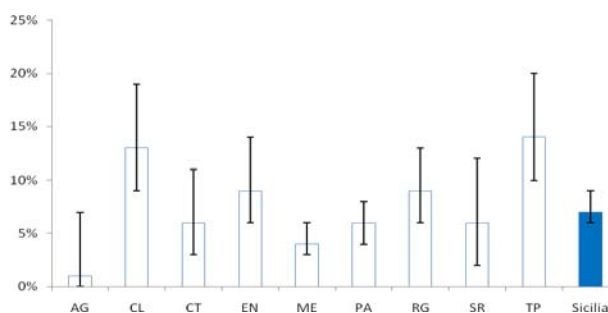
Nel periodo 2008-11, il 7% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. Il 4% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più frequente negli uomini, nei 18-24enni, e nei cittadini italiani.

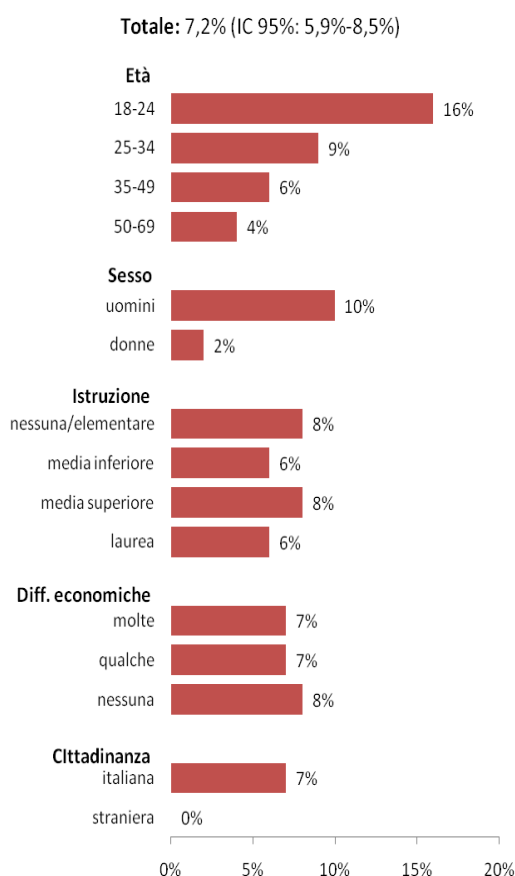
Analizzando, separatamente per genere, con un modello logistico, tutte le caratteristiche socio-demografiche insieme, rimane associata in maniera statisticamente significativa alla guida sotto l'effetto dell'alcol sia per le donne che per gli uomini solo la giovane età (18-24 anni).

Tra le ASP regionali, Trapani si distingue per una percentuale maggiore, statisticamente significativa, di intervistati che dichiarano di guidare sotto effetto dell'alcol (range dall'1% di Agrigento al 14% di Trapani).

Guida sotto l'effetto dell'alcol
Prevalenze per ASP di residenza – Sicilia 2008-11



Guida sotto l'effetto dell'alcol
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Sicilia 2008-11



Guida sotto l'effetto dell'alcol

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
 Totale: 10,3% (IC95%: 10,1%-10,6%)



■ % significativamente superiore al pool
 ■ % non significativamente diversa dal pool
 ■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

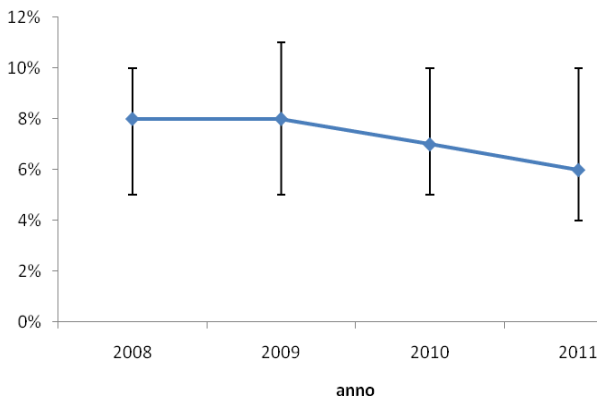
Nel pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è del 10%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con percentuali che variano dal 6,2% della Campania al 13,5% del Friuli Venezia-Giulia. Si nota un particolare gradiente geografico.

Confronto su pool omogeneo regionale

Guida sotto l'effetto dell'alcol

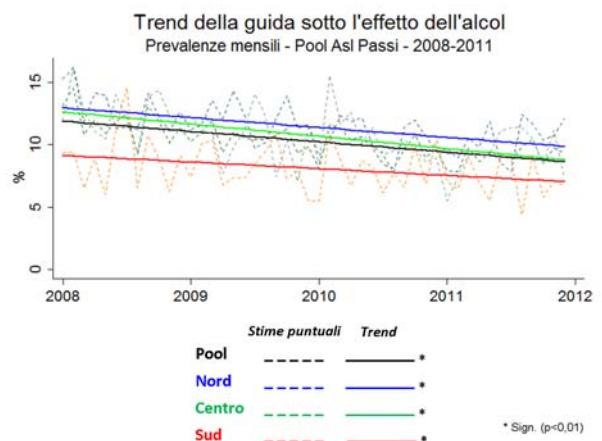
Prevalenze per anno - Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare una diminuzione non significativa dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 8% del 2008 al 6% del 2011.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si nota un decremento significativo, con stagionalità. Si passa in media dal 12% a 9%. Stratificando per macroarea, sia il decremento significativo che la stagionalità si confermano in tutte e tre la macro-aree: Nord (passando in media dal 13% al 10%), Centro (dal 13% al 9%) e Sud (dal 9% a 7%).



Guida sotto l'effetto dell'alcol nei più giovani

Alcol e guida nei giovani – Sicilia - PASSI 2008-11

Guida sotto l'effetto dell'alcol	% (IC95%)
nei 18-25enni*	15,0 (10,4-19,5)
di cui 18-21enni*	14,4 (8,7-20,2)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

Per quanto riguarda il consumo di alcol prima di mettersi alla guida, meritano di essere monitorate con attenzione:

- i giovani di 18-25 anni, poiché, a parità di alcolemia (anche se non supera la soglia legale), sono esposti ad un rischio maggiore di incidenti;
- tra questi, i giovani di 18-21 anni, poiché per questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita in Italia è pari a zero; ogni livello di consumo va perciò considerato inappropriato.

Tra gli oltre 10 mila giovani di 18-25 anni, nel Pool di ASL, intervistati nel quadriennio 2008-2011, il 12% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol. Anche se il valore è poco differente dalla media relativa a tutte le età, il rischio di incidenti associato a questo comportamento è decisamente più alto. Nei giovani di età compresa tra i 18 e 21 anni, poi, uno su dieci dichiara di aver guidato dopo aver bevuto. Questo comportamento, oltre a comportare un rischio elevato di incidenti, è legalmente sanzionabile.

I controlli delle Forze dell'Ordine (2010-11)

Controlli delle forze dell'ordine – Sicilia - PASSI 2010-11

	% (IC95%)
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo*	27,1 (25,2-29,0)

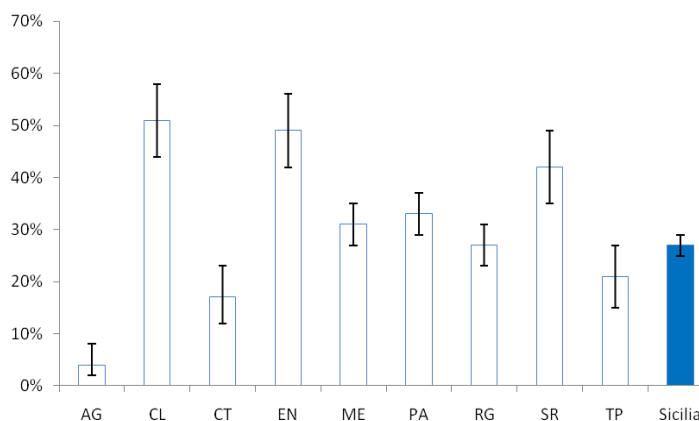
*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo)

Nel periodo 2010-11, in Sicilia il 27% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.

Tra le ASP regionali, Agrigento e Catania si distinguono per una percentuale inferiore, statisticamente significativa, di intervistati fermati dalle forze dell'ordine, mentre Caltanissetta, Enna e Siracusa per una percentuale maggiore (range dal 4% di Agrigento al 51% di Caltanissetta).

Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media due volte negli ultimi 12 mesi.

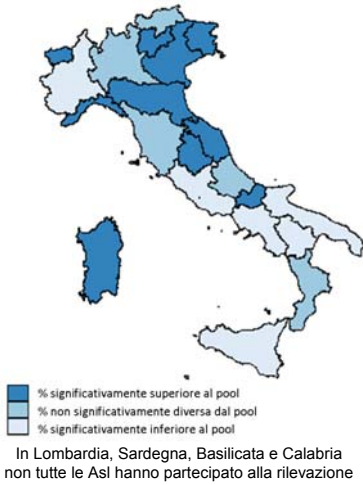
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo
Prevalenze per ASP di residenza – Sicilia 2010-11



Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11

Totale: 35,0% (IC95%: 34,7%-35,5%)



- Nel 2010-11, nel Pool di ASL la percentuale di intervistati che riferiscono di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi è del 35% e, tra chi è stato fermato.

Confronto su pool omogeneo regionale

Controlli delle forze dell'ordine – Sicilia (pool omogeneo) - PASSI 2010-11**

	2010	2011
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo* (% con IC95%)	25,7 (22,7-28,8)	25,9 (23,2-28,5)

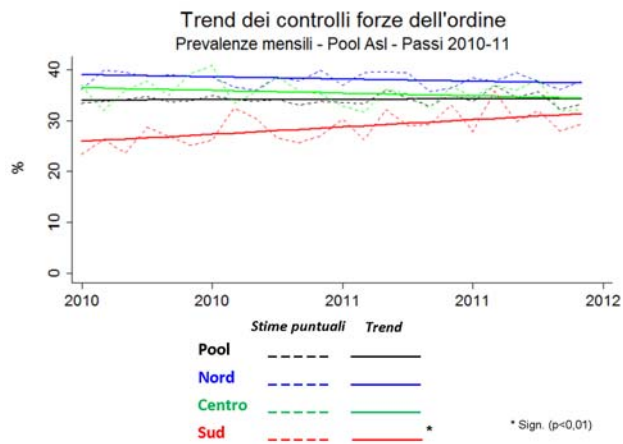
*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo).

Da rilevare che i dati relativi a questa tabella risultano leggermente sottostimati rispetto al dato complessivo mostrato nella tabella precedente **Controlli delle forze dell'ordine – Sicilia - PASSI 2010-11 (Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo) in quanto questi del pool omogeneo sono riferiti solo al sottogruppo di ASP che hanno partecipato in maniera continuativa alla rilevazione PASSI.

Nel pool omogeneo regionale per gli anni 2010 e 2011 si può osservare che l'indicatore è stabile nei due anni.

Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno, analizzato per mese, nel periodo 2010-11, non si notano differenze significative per il pool di Asl omogeneo, e, stratificando per macroarea, neppure per il Nord e il Centro Italia mentre per il Sud si registra un incremento significativo che passa in media dal 26% al 31%.



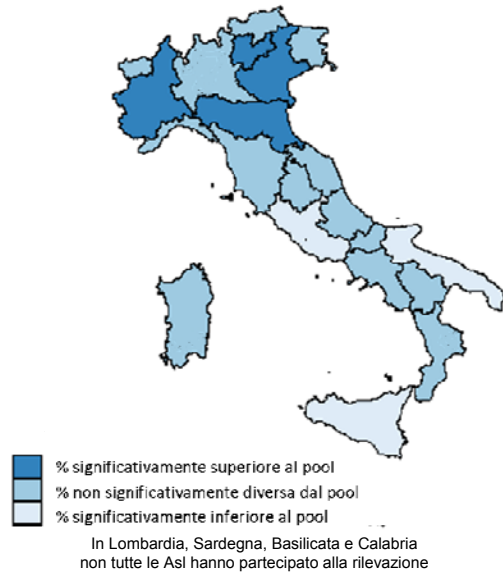
Controlli delle forze dell'ordine – Sicilia - PASSI 2010-11

	% (IC95%)
Effettuato l'etilotest*	7,0 (5,0-9,0)

* percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine

Il 7% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. La percentuale di controlli con etilotest è maggiore nelle fasce d'età più giovani: si passa dal 17% dei 18-24enni al 2% dei 50-69enni. Nel 2010-11, nel Pool di ASL la percentuale di intervistati, tra quelli fermati dalle forze dell'ordine, che riferiscono che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest è dell'11%.

Etilotest effettuato al guidatore
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11
Totale: 11,1% (IC95%: 10,7%-11,5%)



Confronto su pool omogeneo regionale

Controlli delle forze dell'ordine – Sicilia (pool omogeneo) - PASSI 2010-11**

	2010	2011
Effettuato l'etilotest* (% con IC95%)	6,0 (2,7-9,3)	6,5 (3,8-9,3)

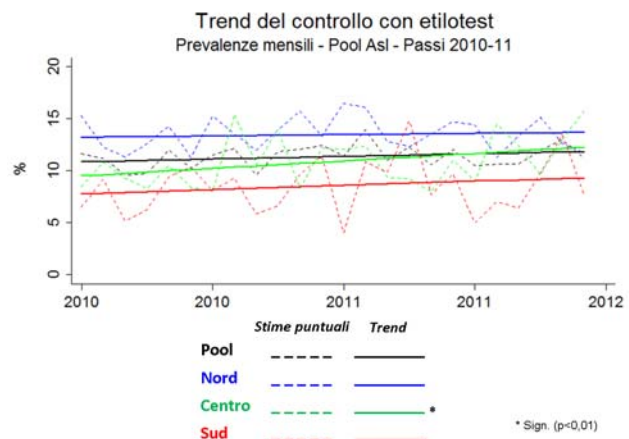
* percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine

Da rilevare che i dati relativi a questa tabella risultano leggermente sottostimati rispetto al dato complessivo mostrato nella tabella precedente **Controlli delle forze dell'ordine – Sicilia - PASSI 2010-11 (Effettuato l'etilotest) in quanto questi del pool omogeneo sono riferiti solo al sottogruppo di ASP che hanno partecipato in maniera continuativa alla rilevazione PASSI.

Nel pool omogeneo regionale per gli anni 2010 e 2011 si può osservare che l'indicatore è stabile nei due anni.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Nella valutazione mensile del fenomeno nel periodo 2010-11, non si osservano cambiamenti significativi per il pool di Asl, il Nord e il Sud, mentre per il Centro c'è un aumento significativo e si passa in media dal 10% a 12%.



Conclusioni e raccomandazioni

In Sicilia, una minoranza, piccola ma consistente (il 7% dei guidatori non astemi), ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol, facendo correre seri rischi a sé e agli altri. Sembra comunque che la situazione stia lentamente migliorando (la percentuale è scesa dall' 8% del 2008 al 6% del 2011).

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

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

Uso dei dispositivi di sicurezza

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo i dati ISTAT più recenti, nel 2010 sono stati registrati in Italia 211.404 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti è stato pari a 4.090, quello dei feriti ammonta a 302.735. Rispetto al 2009, si riscontra una leggera diminuzione del numero degli incidenti (-1,9%) e dei feriti (-1,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-3,5%).

Gli incidenti stradali rappresentano quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurre consistentemente numero e gravità.

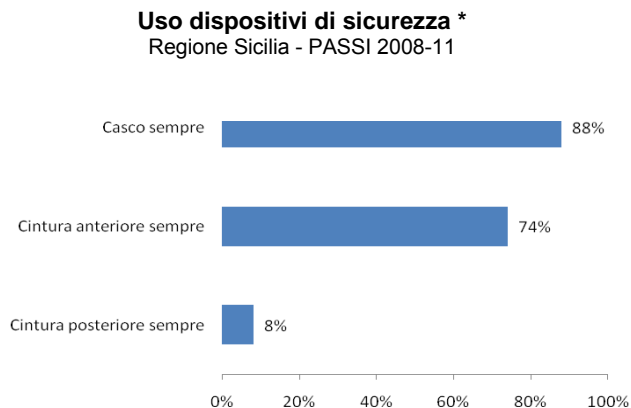
Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli. Gli indicatori con cui Passi misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

Nel periodo 2008-11, in Sicilia la maggior parte degli intervistati ha avuto un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (74%) e il casco (88%).

L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo l'8% degli intervistati, infatti, la usa sempre.

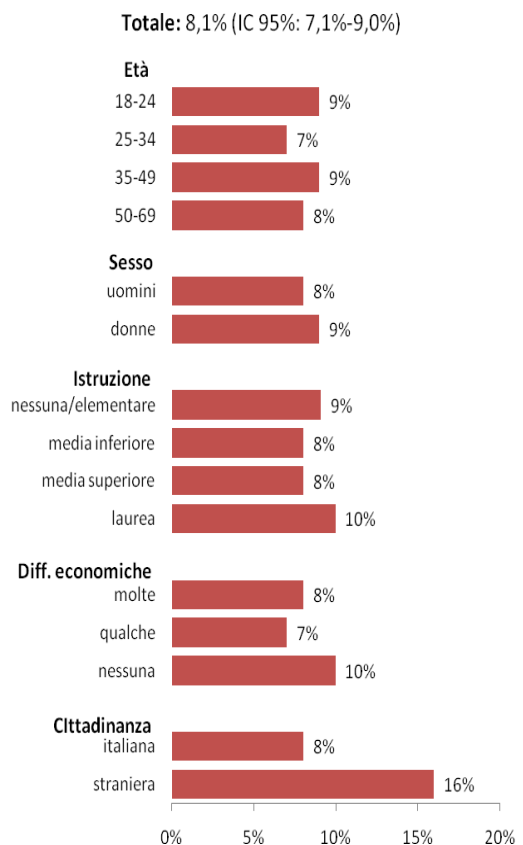


*Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è più frequente nei cittadini stranieri rispetto a quelli italiani. Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, nessuna variabile rimane associata in maniera statisticamente significativa all'uso delle cinture posteriori sempre.

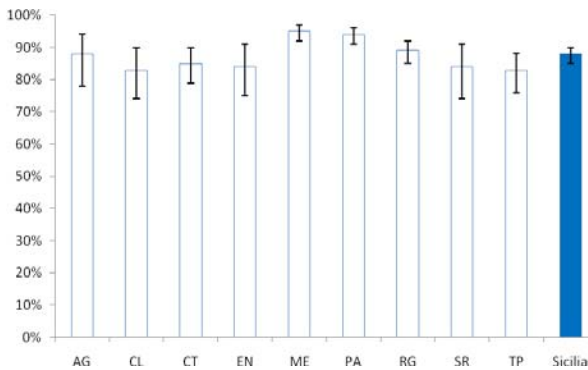
Utilizzo sempre delle cinture posteriori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2008-11



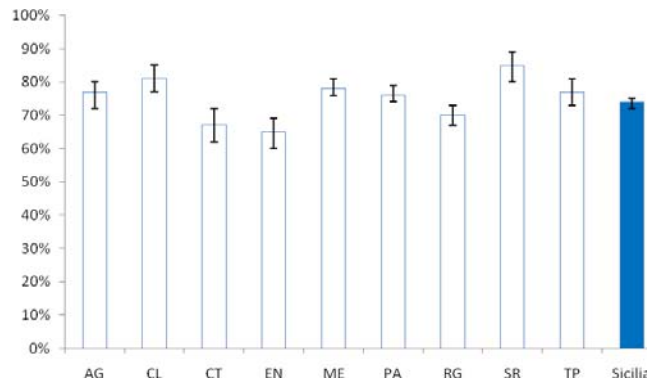
Uso casco sempre

Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2008-11



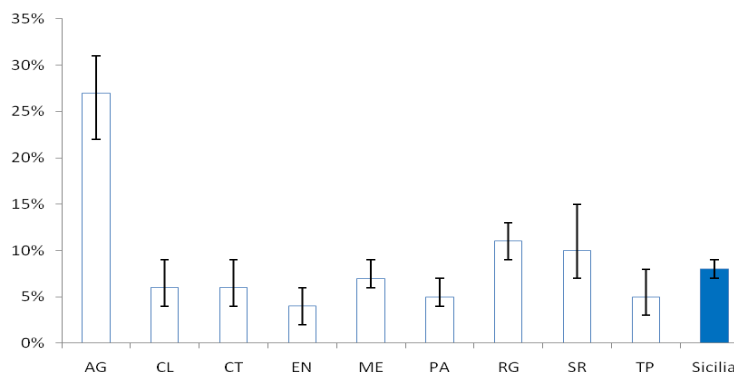
Uso cintura anteriore sempre

Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2008-11



Uso cintura posteriore sempre

Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2008-11



- Nel periodo 2008-11, in tutte le ASP della regione Sicilia, l'utilizzo del casco tra i motociclisti è molto diffuso, la percentuale di utilizzo è risultata significativamente più alta della media regionale nelle ASP di Messina e Palermo.
- Anche l'utilizzo della cintura anteriore è diffuso in tutte le ASP; la percentuale di utilizzo è risultata significativamente più alta della media regionale nelle ASP di Caltanissetta e Siracusa mentre in quella di Enna è significativamente più bassa.
- L'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ampiamente disatteso in tutte le ASP: nell' ASP di Agrigento si sono registrati valori significativamente più alti rispetto al dato regionale, mentre si evidenziano valori significativamente più bassi nell'ASP di Enna.

Uso della cintura anteriore sempre

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 83,1% (IC95%: 82,9%-83,4)



Uso della cintura posteriore sempre

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 19,1% (IC95%: 18,9%-19,4)



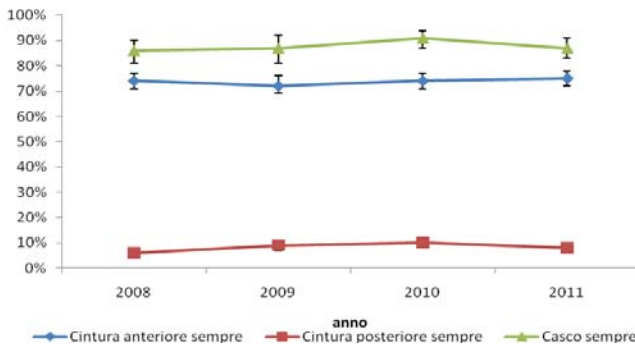
Uso del casco sempre

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
 Totale: 94,3% (IC95%: 93,9%-94,6)



È presente un gradiente territoriale (Nord-Sud) statisticamente significativo nell'uso dei dispositivi di sicurezza.

Confronto su pool omogeneo regionale
Uso dei dispositivi di sicurezza sempre

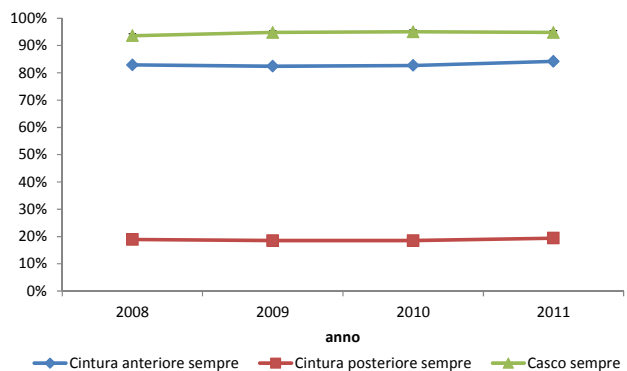


- Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) non si osservano cambiamenti statisticamente significativi nelle percentuali di utilizzo della cintura anteriore, di quella posteriore e del casco.

Confronto su pool omogeneo nazionale

Anche a livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) non si osservano variazioni statisticamente significative delle percentuali di utilizzo della cintura anteriore, quella posteriore del casco.

Uso dei dispositivi di sicurezza sempre
 Prevalenze per anno – Pool omogeneo regionale 2008-11



Conclusioni e raccomandazioni

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

La maggior parte degli intervistati in Sicilia fa uso della cintura anteriore e del casco, anche se esistono margini di miglioramento. La situazione è peggiore per quanto riguarda l'uso della cintura sui sedili posteriori: meno di una persona su dieci la usa.

Gli interventi che hanno mostrato efficacia nell'aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza sono stati documentati. Sono, in gran parte, sotto la responsabilità di settori non sanitari, specialmente le forze dell'ordine, come nel caso dei programmi specifici di applicazione intensiva delle norme del codice della strada, relative all'obbligo di indossare i dispositivi di sicurezza.

Questi programmi vengono realizzati mediante un aumento del numero di postazioni, pattuglie, controlli specifici e contravvenzioni, accompagnati da campagne informative e interventi educativi, volti ad indurre un cambiamento positivo anche chi non ha ancora subito controlli. Tuttavia, il sistema sanitario ha un ruolo essenziale, perché si prende cura dei traumatizzati e per il suo patrimonio informativo che consente di fornire indicazioni sugli interventi preventivi efficaci e sui gruppi della popolazione che sono maggior rischio, come emerge dai sistemi di sorveglianza, come Passi o Ulisse.

Il Piano nazionale della prevenzione ha consentito un netto miglioramento delle conoscenze sulle prove scientifiche relative all'efficacia di questi interventi: è indispensabile quindi continuare gli sforzi per mettere in comunicazione il mondo della prevenzione con gli Organi che operano per aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza.

Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Al contrario, gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

Passi rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. A partire dal 2012 PASSI misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

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

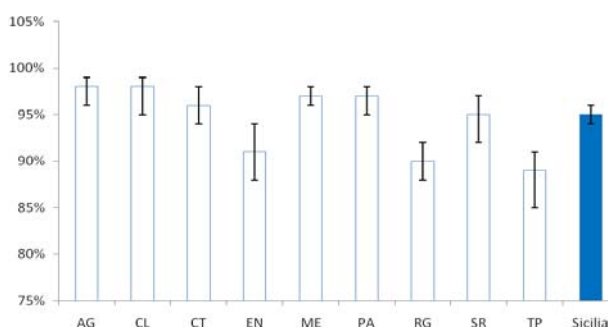
In Sicilia la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 95% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.

I cittadini italiani hanno una più bassa percezione del rischio rispetto ai cittadini stranieri.

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte le caratteristiche socio-demografiche insieme, rimane associata in maniera statisticamente significativa alla bassa percezione del rischio di infortunio domestico soltanto la cittadinanza italiana negli uomini.

Nelle varie ASP regionali le percentuali di persone che dichiarano di avere una bassa percezione del rischio di infortunio domestico variano dal 89% di Trapani (valore inferiore in maniera statisticamente significativo alla media regionale) al 98% di Agrigento e Caltanissetta.

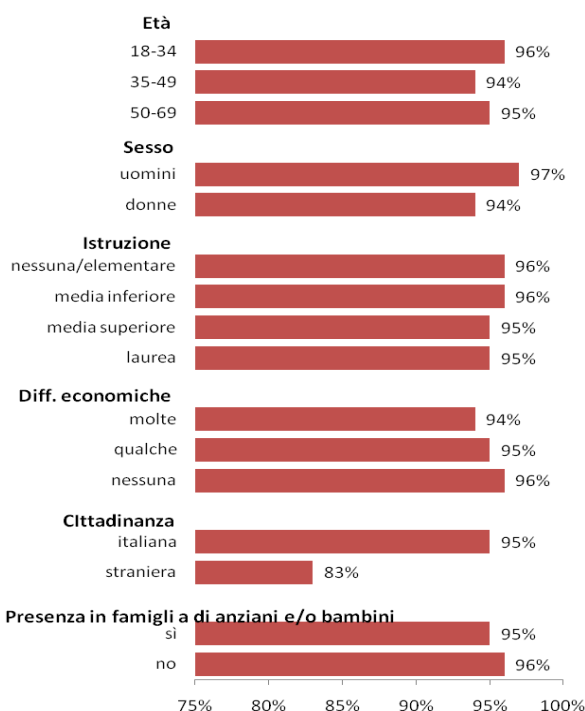
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2008-11



Bassa percezione del rischio di infortunio domestico¹

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2008-11

Totale: 95,2% (IC 95%: 94,5%-95,9%)



¹ Persone che hanno valutato "bassa" o "assente" la possibilità di avere un infortunio domestico nel proprio nucleo familiare

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11

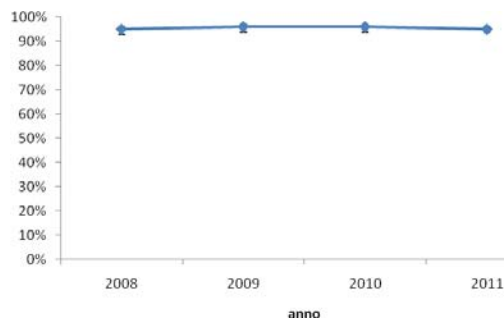
Totale: 93,1% (IC95%: 93,0%-93,3)



- Nel pool di Asl PASSI 2008-11 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 93%.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

Confronto su pool omogeneo regionale Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

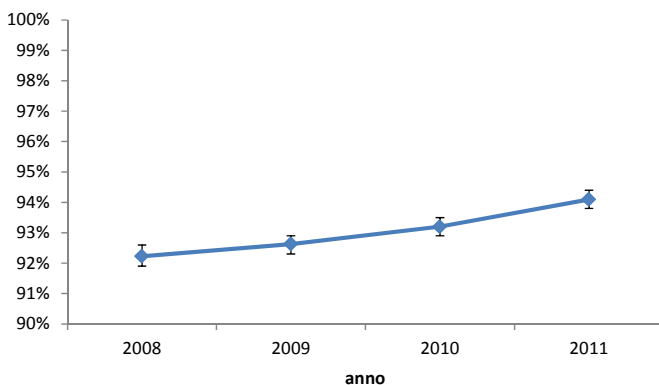
Prevalenze per anno – Pool omogeneo regionale 2008-11



Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un andamento stabile dell'indicatore nell'intero periodo osservato.

Confronto su pool omogeneo nazionale Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva un aumento statisticamente significativo della percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico.

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

Nel periodo 2010-11, la percentuale di intervistati che, nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione, è del 3%.

Nel pool di Asl PASSI, nello stesso periodo, questa percentuale è del 3,7% (IC95%: 3,5%-3,8%).

Conclusioni e raccomandazioni

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

Esistono programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, individuati dal Sistema nazionale linee guida (Snlg), e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico. Inoltre le Regioni e le Aziende sanitarie sono impegnate nel Piano nazionale di prevenzione degli incidenti domestici.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dalla scuola e dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia sulla collettività.

Nei paesi industrializzati si stima che la mortalità da influenza rappresenti la 3° causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime quattro campagne antinfluenzali (2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11)?

In Sicilia il 13% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali.

Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 27%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).

La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata significativamente più elevata:

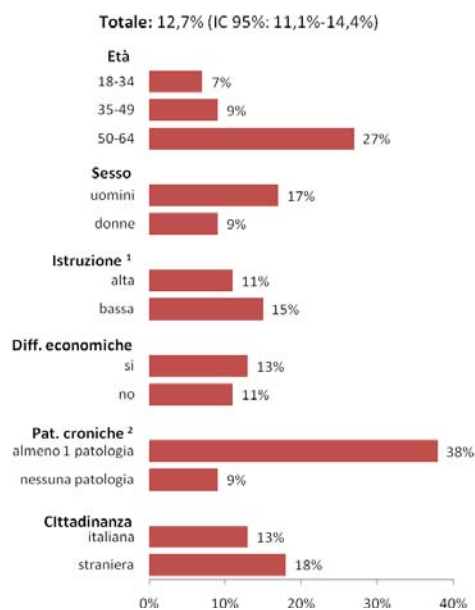
- nella fascia 50-64 anni
- negli uomini
- nelle persone con almeno una patologia cronica

La significatività di queste variabili si mantiene analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate durante le ultime quattro campagne contro l'influenza è risultata del 12%.

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

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Sicilia 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11



¹ istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

Confronto su pool omogeneo regionale

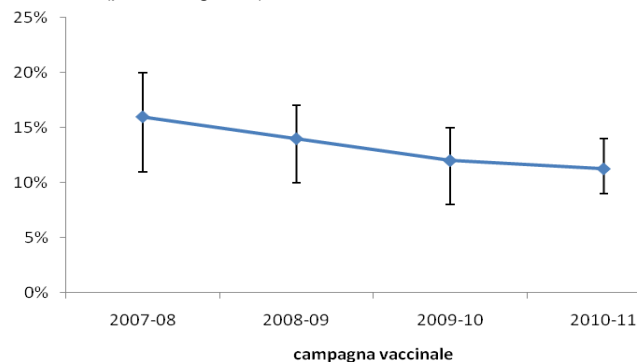
Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dalla prima campagna del 2007/08 all'ultima del 2010/11 (pool omogeneo regionale) si può osservare una riduzione costante dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 16% del 2007/08 all' 11% del 2010/11.

A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dalla prima campagna del 2007/08 all'ultima del 2010/11 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo

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

Prevalenze per anno

Sicilia (pool omogeneo) 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

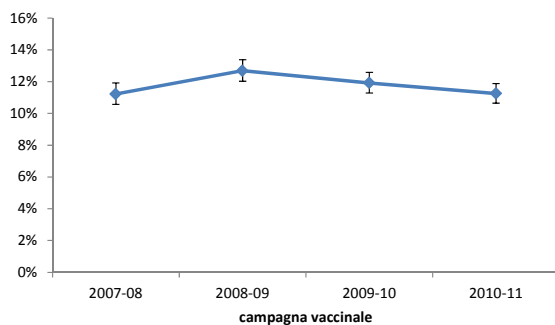


Confronto su pool omogeneo nazionale

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

Prevalenze per anno

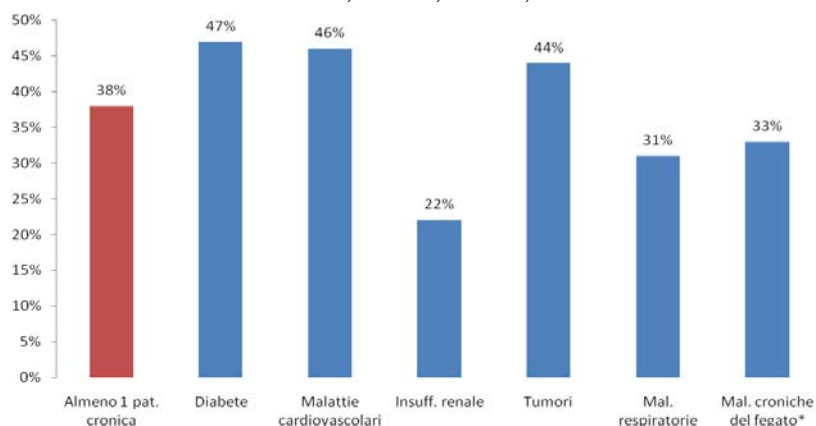
Pool omogeneo nazionale ASL 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11



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

Prevalenze per tipo di patologia cronica

Sicilia 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11



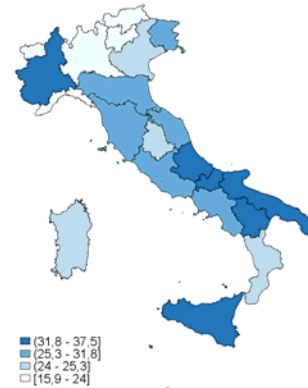
*Dato riferito alle sole campagne 2009/10, 2010/11

La copertura vaccinale tra coloro che hanno patologie croniche varia in base al tipo di patologia diagnosticata: si registrano basse coperture tra le persone affette da insufficienza renale (22%), da patologie respiratorie croniche (31%) e da malattie croniche del fegato (33%); (dato riferito alle campagne 2009/10, 2010/11); mentre tra le persone affette da tumori (44%), da malattie cardiovascolari (46%) e da diabete (47%) si raggiungono valori di coperture vaccinali più elevati.

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale tra i portatori di almeno una patologia cronica è risultata del 29%, con un rilevanti differenze tra regioni.

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

Prevalenze per regione di residenza
 Pool di ASL 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11
 Totale: 29,2% (IC95%: 28,1%-30,3%)

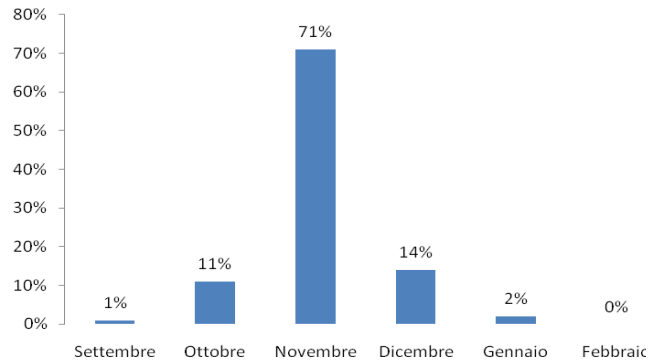


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

In Sicilia, la maggior parte (71%) degli intervistati hanno riferito di essere stati vaccinati durante il mese di Novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).

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

Distribuzione per mese di vaccinazione
 Sicilia 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni in Sicilia hanno permesso di raggiungere una buona parte delle persone sopra ai 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti in Sicilia si è arrivati ad una copertura, in questa fascia di popolazione, del 64% circa. Questi risultati sono stati ottenuti anche grazie alla collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni.

I dati PASSI mostrano come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulta invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che più di una persona su tre si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale. In Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi e hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (Disability Adjusted Life Years), indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione.

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta.

Riguardo all'alimentazione va sottolineato che diverse sue componenti influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta, verdura e pesce; in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, grassi saturi, idrogenati, ecc). Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori come depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

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

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

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

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

In questa sezione viene descritta la situazione relativa a ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete, nonché all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti. Viene infine presentato in forma sintetica il quadro complessivo dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati da PASSI.

Ipertensione arteriosa

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

In Sicilia, il 78% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 9% più di 2 anni fa, mentre il restante 13% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

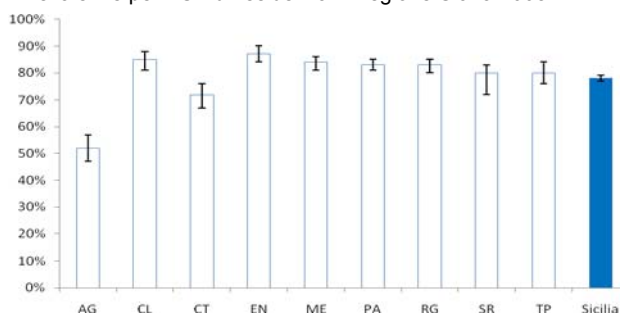
In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è risultata più diffusa:

- nelle fasce d'età più avanzate
- nei cittadini italiani

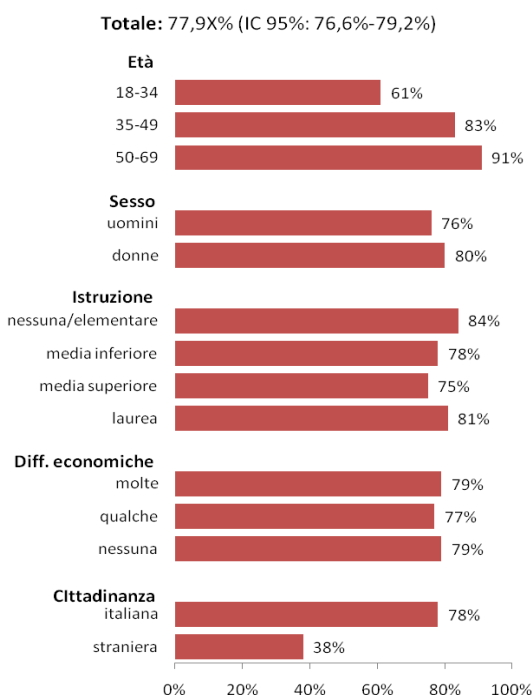
Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla misurazione della pressione arteriosa sono l'età adulta sia per gli uomini che per le donne e la cittadinanza italiana per gli uomini.

Tra le ASP regionali la prevalenza di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni, varia dal 52% di Agrigento, valore significativamente inferiore alla media regionale, all'87% di Enna valore significativamente superiore alla media regionale.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2008-11



Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2008-11



Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

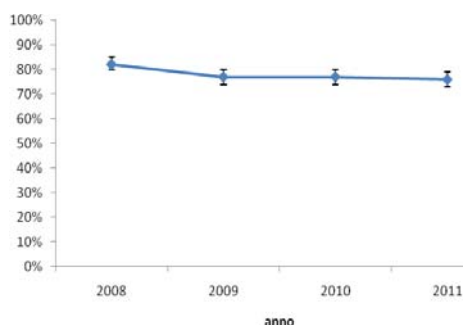
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è dell'83%. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 69% della Basilicata all'88% della Liguria.

Confronto su pool omogeneo regionale

**Persone a cui è stata misurata
la pressione arteriosa negli ultimi due anni**

Prevalenze per anno – Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11

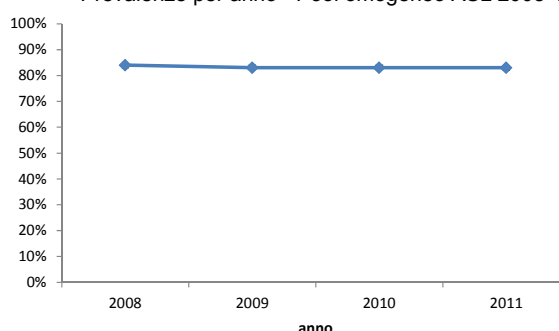


Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore ha subito una leggera diminuzione dal 2008 al 2009, passando dal 82% al 77% per poi mantenersi stabile nei tre anni successivi. A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) una chiara stabilità dell'indicatore negli anni

Confronto su pool omogeneo nazionale

**Persone a cui è stata misurata
la pressione arteriosa negli ultimi due anni**

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11

**Quante persone sono ipertese?**

In Sicilia, il 21% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.

In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:

- al crescere dell'età
- nelle persone con livello istruzione molto basso
- nelle persone con eccesso ponderale.

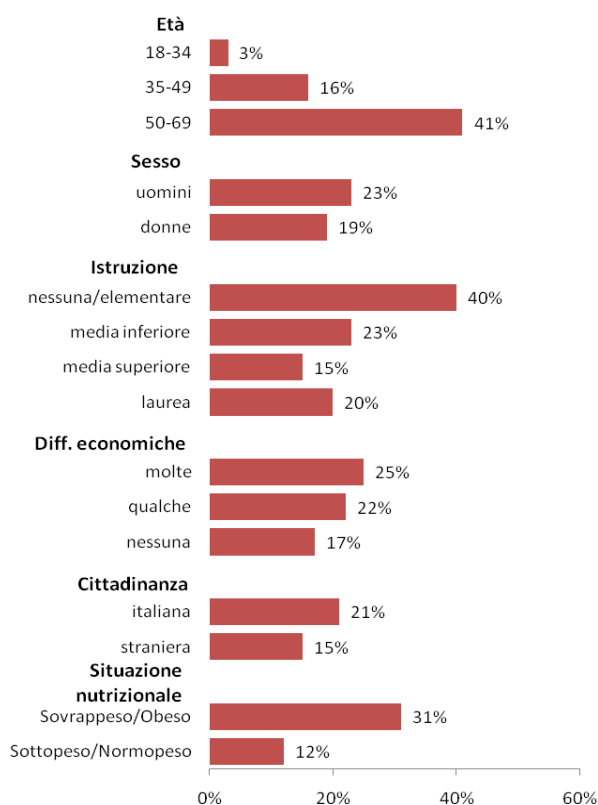
Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla condizione di ipertensione sono:

- per gli uomini, l'età adulta e avere difficoltà economiche;
- per le donne l'età adulta e anche il livello di istruzione basso.

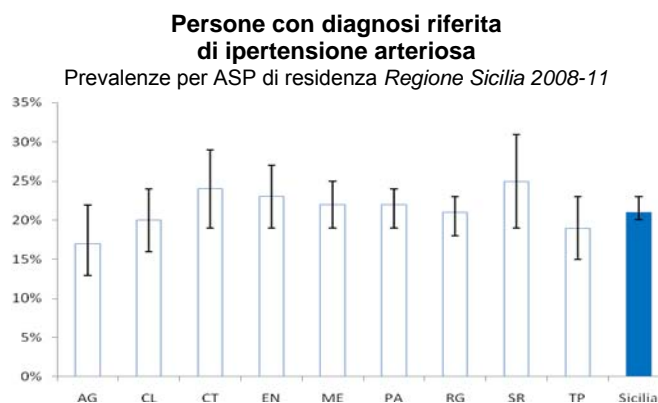
Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2008-11

Totale: 21,3X% (IC 95%: 19,9%-22,7%)



Tra le ASP siciliane non emergono differenze statisticamente significative tra le percentuali di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione (il range va dal 17% di Agrigento al 25% di Siracusa). Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 21%.



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

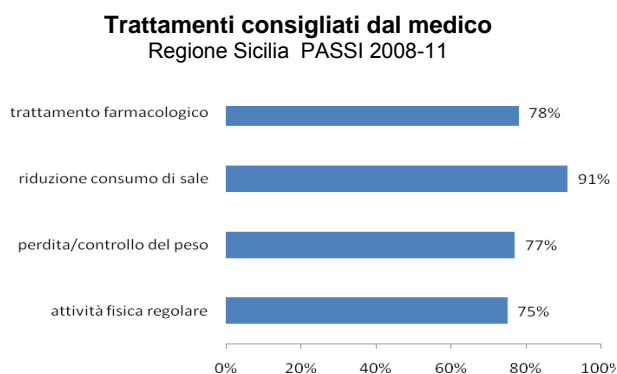
In Sicilia il 78 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.

Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:

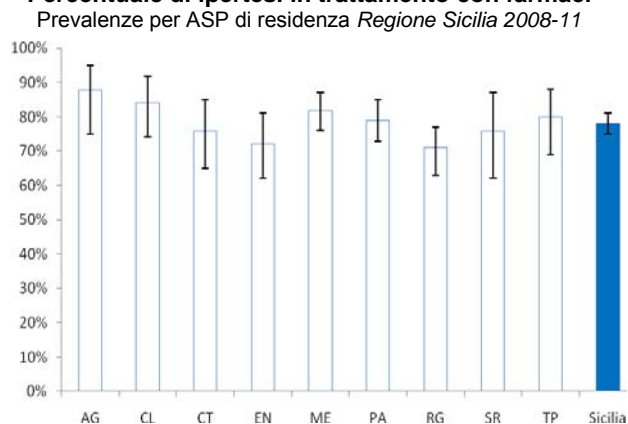
- ridurre il consumo di sale (91%)
- ridurre o mantenere il peso corporeo (77%)
- svolgere regolare attività fisica (75%).

Tra le ASP regionali, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (range dal 72% di Enna all' 88% di Agrigento).

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 76%.



Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in Sicilia, nella fascia d'età 18-69 anni, più di una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino a oltre una su tre nelle persone al di sopra dei 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

In Sicilia si stima che circa una persona su cinque non sia stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Ad una proporzione di persone con ipertensione che varia dal 70% al 90% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali.

Ipercolesterolemia

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

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

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

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

In Sicilia, il 71% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

- il 51% nel corso dell'ultimo anno
- il 12% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
- il 7% da oltre 2 anni.

Il 29% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

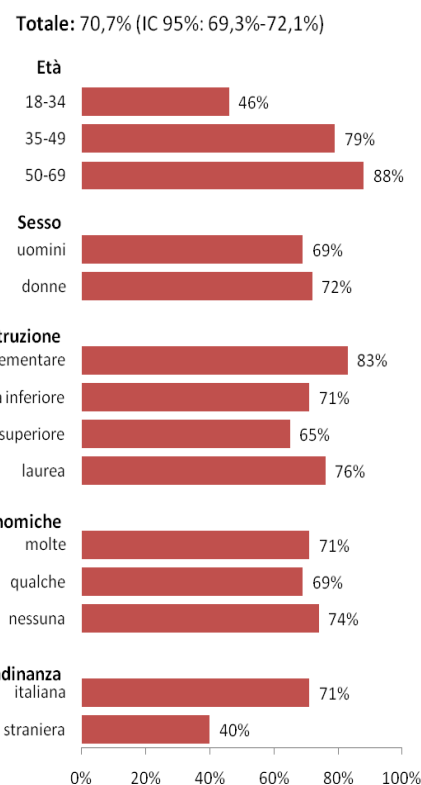
La misurazione del colesterolo è più frequente:

- al crescere dell'età
- nei cittadini italiani

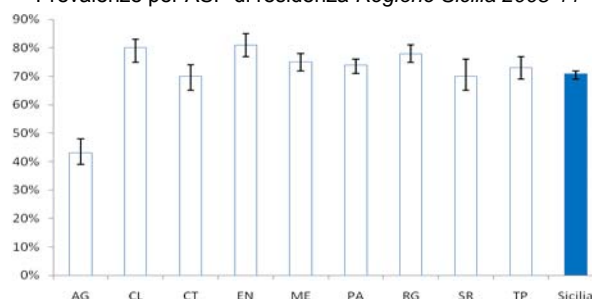
Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, che rimane associata in maniera statisticamente significativa alla misurazione del colesterolo soltanto la variabile età sia per gli uomini che per le donne.

In Sicilia la percentuale di persone a cui è stata controllata la colesterolemia varia dal 43% di Agrigento (valore inferiore in maniera statisticamente significativa alla media regionale) all'81% di Enna valore superiore in maniera statisticamente significativa alla media regionale)).

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2008-11



Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2008-11



Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita (%)
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



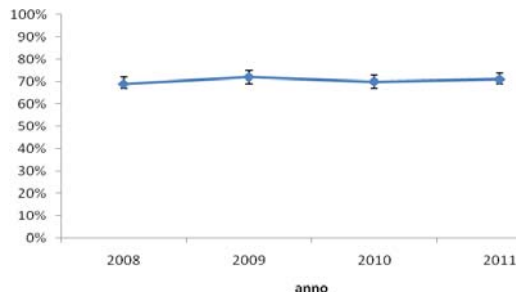
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita è dell'80%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% della P.A. di Bolzano all'88% del Molise.

Confronto su pool omogeneo regionale
Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita

Prevalenze per anno – Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11

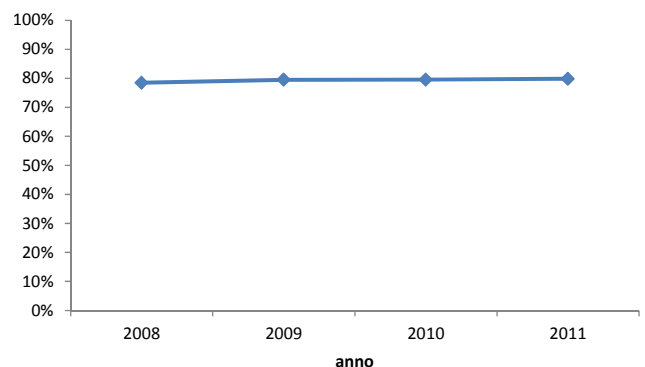


Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore mantenga valori costanti.

Confronto su pool omogeneo nazionale

A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) non si osservano variazioni dell'indicatore negli anni.

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

In Sicilia il 24% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:

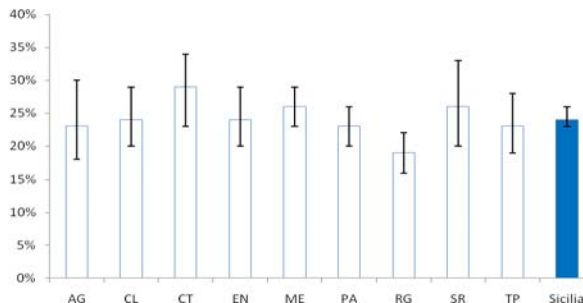
- nelle classi d'età più avanzate
- nelle persone con basso livello di istruzione
- nelle persone con eccesso ponderale.

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla condizione di ipercolesterolemia sono l'età adulta sia negli uomini che nelle donne, e il livello di istruzione basso nelle donne.

Tra le ASP regionali Ragusa si differenzia per una percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolo nel sangue inferiore in maniera statisticamente significativa (range dal 19% di Ragusa al 29% di Catania).

Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale.

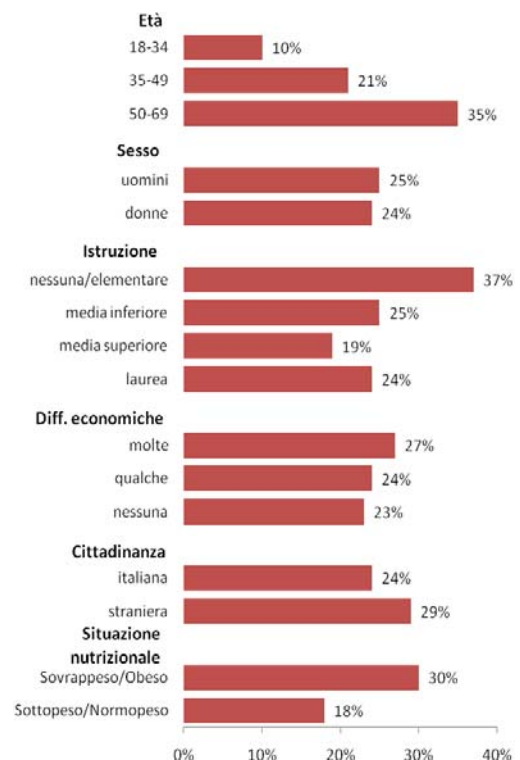
Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia
Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2008-11



Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Sicilia 2008-11

Totale: 24,4X% (IC 95%: 22,7%-26,1%)



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

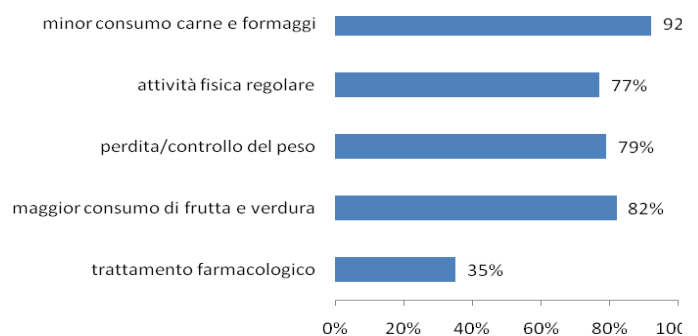
In Sicilia il 35% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:

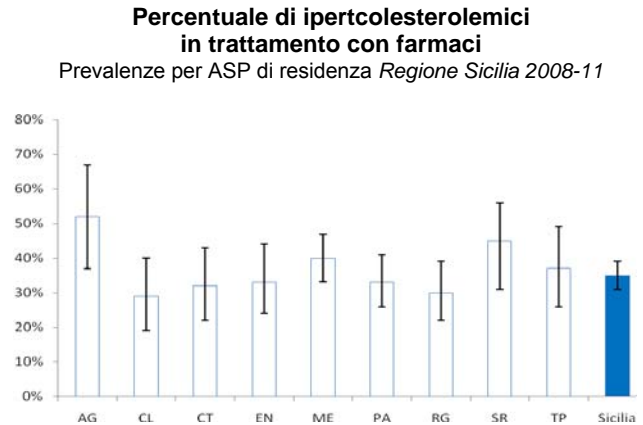
- ridurre il consumo di carne e formaggi (92%)
- svolgere regolare attività fisica (77%)
- ridurre o controllare il proprio peso (79%)
- aumentare il consumo di frutta e verdura (82%).

Trattamenti consigliati dal medico

Regione Sicilia PASSI 2008-11



Tra le ASP regionali non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico (range dal 29% di Caltanissetta al 52% di Agrigento). Nel periodo 2008-11 nel pool di ASP PASSI, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata del 29%.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in Sicilia, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre una persona su tre sopra ai 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: circa una persona su sei non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

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

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia che varia dall'80% al 90% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali; la variabilità rilevata relativa ai consigli, suggerisce l'opportunità di ricorrere ad un approccio di consiglio maggiormente strutturato.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

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

In Sicilia solo il 7% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:

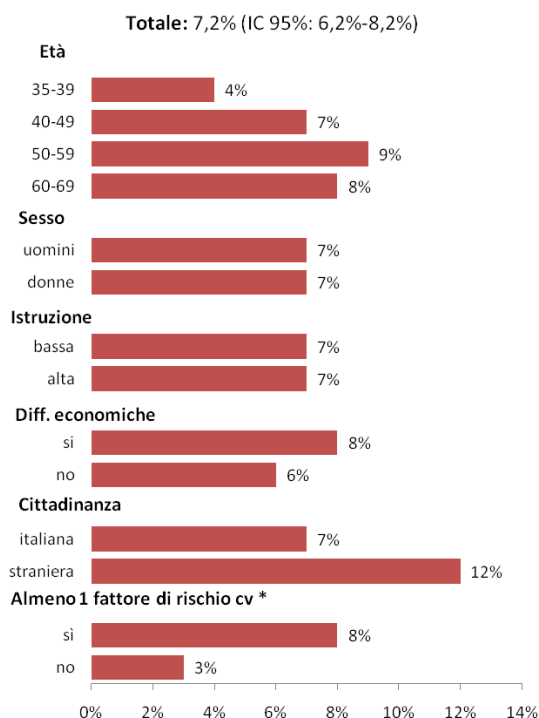
- nella classe di età 50-69 anni;
- nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare
- nei cittadini stranieri.

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, l'aver almeno un fattore di rischio cardiovascolare rimane associato in maniera statisticamente significativa all'effettuazione del calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare sia negli uomini che nelle donne.

In tutte le ASP regionali la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è bassa (range dal 4% di Palermo al 18% di Caltanissetta (valore superiore in maniera statisticamente significativa rispetto la media regionale)).

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

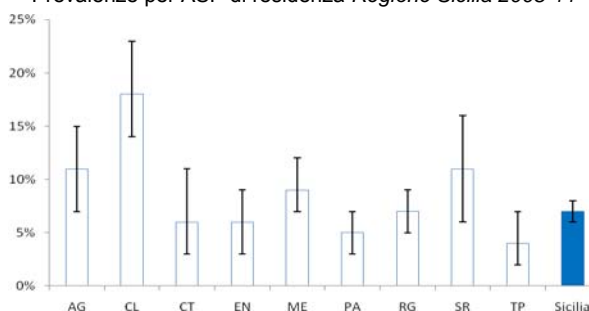
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Sicilia 2008-11



* Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

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

Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2008-11



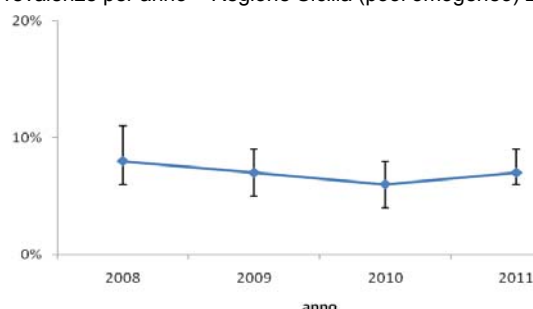
**Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare
(persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) (%)**
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 6,5%. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% dell'Umbria al 13% della Calabria.

**Confronto su pool omogeneo regionale
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare
(persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)**
Prevalenze per anno – Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11

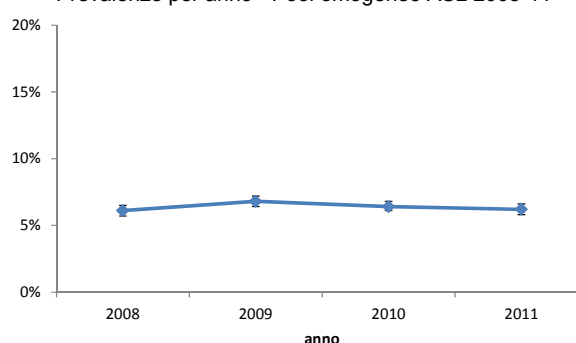


Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore mantiene valori stabili (range dal 6% del 2010 all'8% del 2008).

Confronto su pool omogeneo nazionale

A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una stabilità dell'indicatore negli anni.

**Persone a cui è stata misurata
la pressione arteriosa negli ultimi due anni**
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



Conclusioni e raccomandazioni

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione; la carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici.

In Sicilia come pure in ambito nazionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti già in corso di attuazione sul territorio regionale.

Sintomi di depressione

Il Disturbo Depressivo Maggiore è un disturbo che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento.

In Europa, il solo Disturbo Depressivo Maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attualmente questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il carico che provoca e, se non verrà contrastato, salirà al secondo entro il 2020 e al primo entro il 2030. Da un punto di vista di salute pubblica, quindi, il Disturbo Depressivo Maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2).

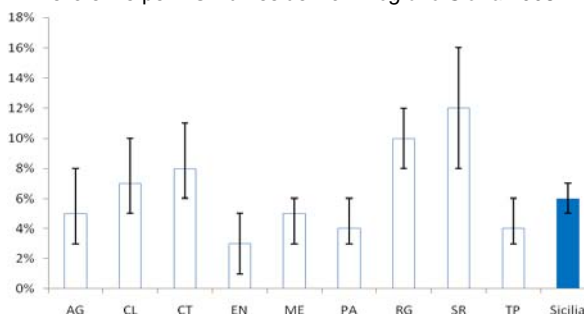
Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

In Sicilia il 6% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:

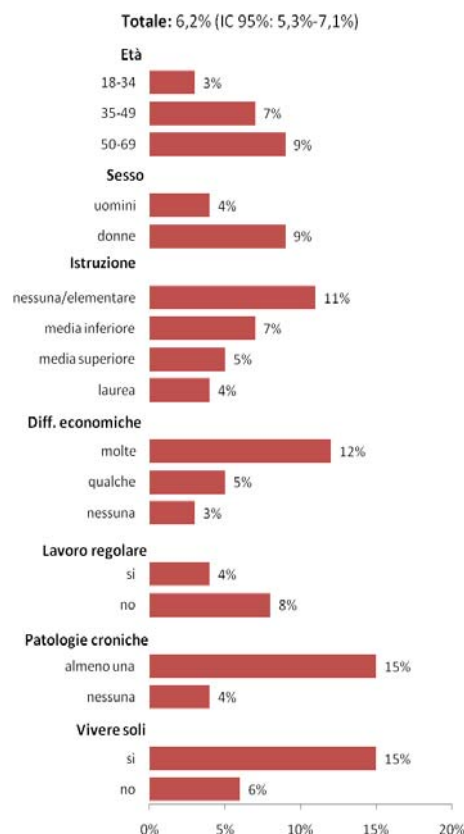
- nelle fasce d'età più avanzate
- nelle donne
- nelle persone con basso livello d'istruzione
- nelle persone con molte difficoltà economiche
- nelle persone senza un lavoro continuativo
- nelle persone con almeno una patologia cronica
- nelle persone che vivono sole

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa all'aver sintomi depressivi sono sia per gli uomini che per le donne avere molte difficoltà economiche e avere almeno una patologia cronica.

Sintomi di depressione
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2008-11



Sintomi di depressione
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2008-11



In Sicilia le percentuali di persone che soffrono di sintomi depressivi variano dal 3% di Enna (valore inferiore alla media regionale in maniera statisticamente significativa) al 12% di Siracusa (valore superiore alla media regionale in maniera statisticamente significativa).

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista è del 7%.

Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

Sintomi di depressione
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 6,8% (IC95%: 6,7%-7,1)



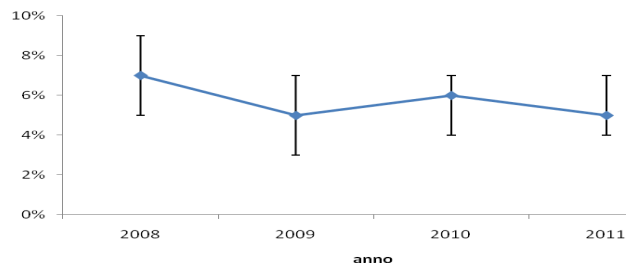
■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Confronto su pool omogeneo regionale

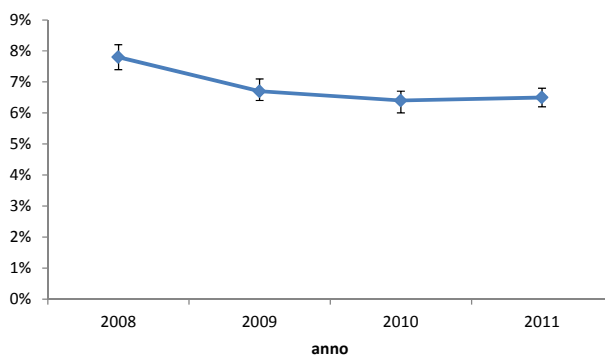
Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare che l'indicatore assume valori oscillanti fra il 5% e il 7% nel quadriennio esaminato.

Sintomi di depressione
Prevalenze per anno - Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



Confronto su pool omogeneo nazionale

Sintomi di depressione
Prevalenze per anno - (pool omogeneo) 2008-11



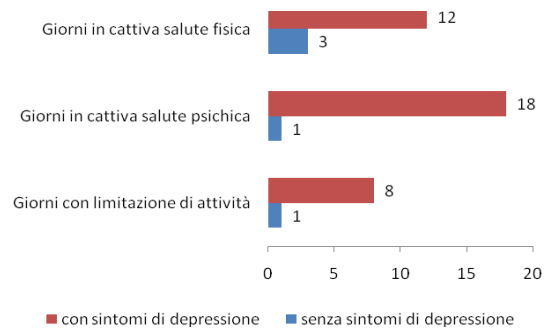
- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva una riduzione della percentuale di persone che dichiarano sintomi di depressione tra il 2008 e il 2009, dopodiché l'indicatore rimane stabile nel tempo.

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:

- il 29% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 65% delle persone che non hanno riferito i sintomi depressivi
- la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

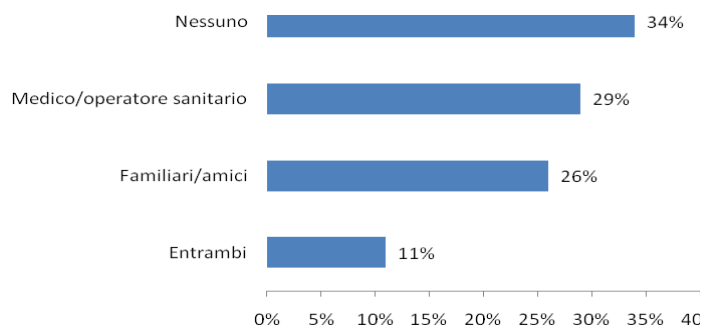
Qualità di vita percepita e sintomi di depressione
Regione Sicilia - PASSI 2008-11



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Il 66% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (29%), a familiari/amici (26%) o ad entrambi (11%).

Figure a cui si sono rivolte
le persone con sintomi di depressione
Regione Sicilia - PASSI 2008-11



Conclusioni e raccomandazioni

In Sicilia si stima che circa 6 persone su 10 abbia sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

I risultati evidenziano come il trattamento di questa condizione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti non sia ancora soddisfacente, essendo ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato (quasi una persona su due).

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una attuale "sfida" per i Servizi Sanitari.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

La neoplasia del collo dell'utero a livello mondiale rappresenta ancora il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. In Europa e in Italia, grazie ai programmi di screening, si è assistito negli ultimi decenni a una diminuzione del 50% della mortalità dei tumori dell'utero e del 20% dell'incidenza.

In Italia il cancro della cervice uterina rappresenta circa il 2% dei nuovi casi di tumore femminili, con 3.400 nuovi casi all'anno (tasso di incidenza di 8 casi ogni 100.000 donne) e circa 1.000 decessi; tra le donne giovani la neoplasia cervicale è al 4° posto per frequenza e rappresenta il 5% dei tumori. La sopravvivenza stimata a 5 anni dalla diagnosi è pari al 71%.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina è raccomandata l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nelle donne nella fascia d'età 25-64 anni. In Italia i programmi organizzati, basati sull'invito attivo da parte del SSN e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, nel 2010 sono risultati estesi al 68% della popolazione target, in aumento rispetto al 51% del 2004 (dati ONS).

Nel corso del 2010 sono stati avviati in diverse ASL progetti pilota, coinvolgenti circa 150.000 donne, al fine di valutare l'utilizzo del test del papilloma virus (HPV) come test di screening primario: esistono infatti sufficienti ormai prove scientifiche per affermare che il test con HPV è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili (*HTA Report Ricerca del dna di papillomavirus umano come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino in Epidemiologia e Prevenzione, 2012*). L'Italia nei prossimi anni si avvia ad essere nei prossimi anni si avvia ad essere uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento nel test di screening primario e applicarlo alla vasta rete degli screening organizzati.

In Sicilia, nel 2011, sono attivi, anche se parzialmente, i programmi di screening organizzati in tutte le nove ASP.

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

In Sicilia, il 62% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni.

In particolare l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

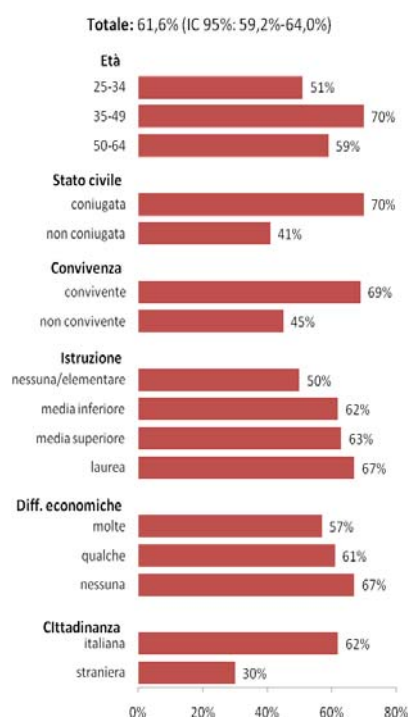
- nella fascia 35-49 anni
- con alto livello d'istruzione
- coniugate o conviventi
- senza rilevanti difficoltà economiche
- con cittadinanza italiana.

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 lo stato civile coniugata e la cittadinanza italiana.

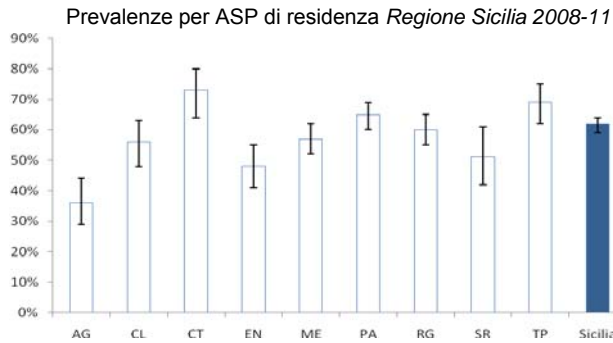
In Sicilia, le ASP di Agrigento ed Enna mostrano percentuali di donne che hanno riferito di aver eseguito il test di screening preventivo negli ultimi 3 anni, statisticamente inferiori alla media regionale, (range dal 36% di Agrigento al 73% di Catania).

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

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Sicilia 2008-11



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



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

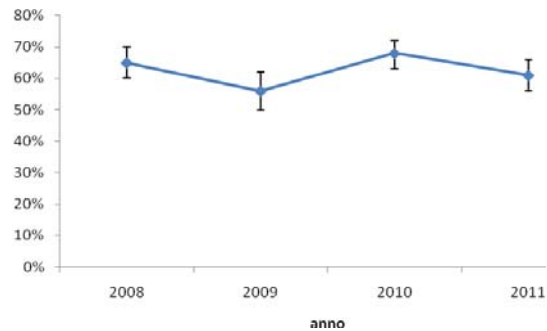
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 75,4% (IC95%: 74,9%-75,8%)



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

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

Prevalenze per anno - Regione Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



Confronto su pool omogeneo regionale

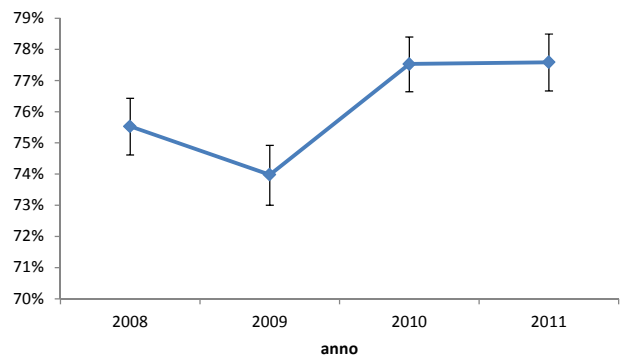
Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un andamento altalenante dell'indicatore nell'intero periodo osservato, registrando il valore più basso nel 2009 (56%) e quello più alto nel 2010 (68%).

Confronto su pool omogeneo nazionale

A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di donne che hanno eseguito il test di screening nei tempi raccomandati dalle linee guida.

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

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



Quante donne hanno eseguito il test di screening per neoplasia cervicale all'interno di un programma organizzato e quante come prevenzione individuale?

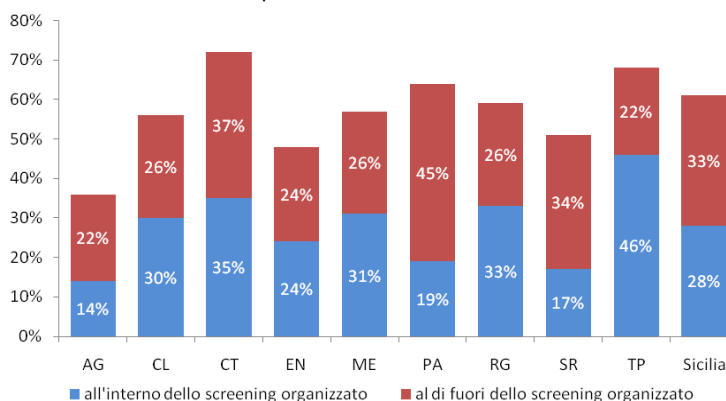
Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata,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

In Sicilia, tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 28% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 33% l'ha eseguito come prevenzione individuale.

Nel Pool di ASL la quota di adesione spontanea allo screening cervicale è rilevante: si stima infatti che quasi quattro donne su dieci (37%) abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato

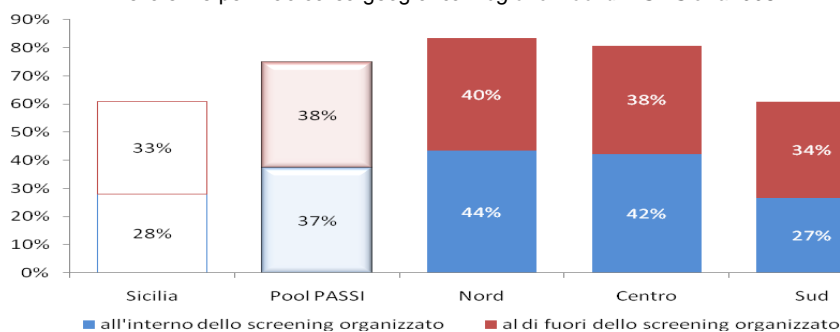
Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato Donne 25-64 anni

Prevalenze per ASL di residenza Sicilia 2008-11



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

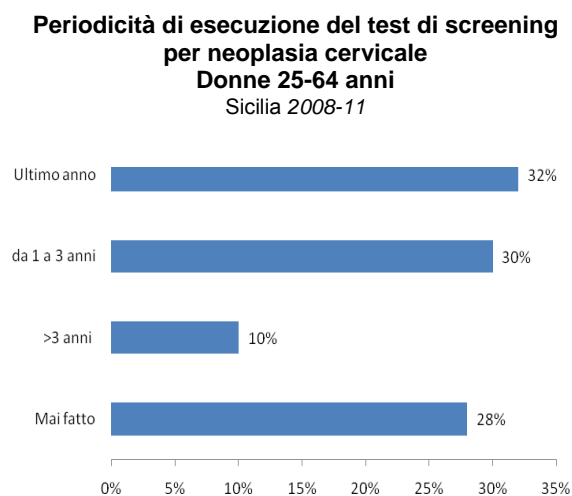
Prevalenze per macroarea geografica Regione-Pool di ASL Sicilia 2008-11



Qual è la periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale?

L'esecuzione del Pap test è raccomandata con periodicità triennale; si è al momento mantenuta tale indicazione anche per il test dell'HPV, in attesa della valutazione degli studi pilota condotti. Le evidenze disponibili suggeriscono per l'HPV test la possibilità di una periodicità differenziata in base al rischio individuale della donna.

In Sicilia fra le 25-64enni, una donna su tre ha riferito di aver eseguito l'ultimo test di screening nell'ultimo anno.

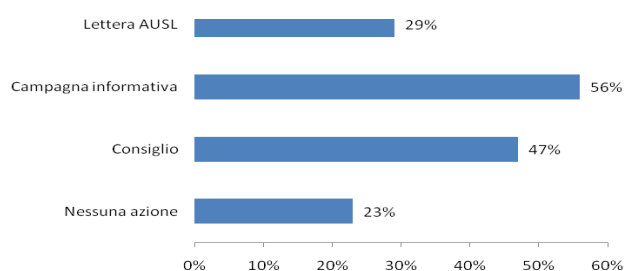


Quale promozione del test di screening per neoplasia cervicale?

In Sicilia:

- Il 29% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASP
- il 56% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening
- il 47% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening.

Promozione del test di screening per neoplasia cervicale*
Donne 25-64 anni
Sicilia 2008-11



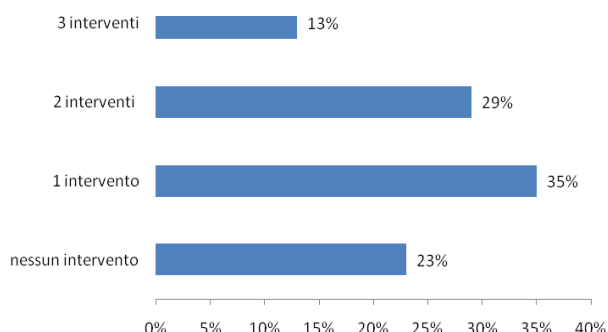
*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

In Sicilia sono state rilevate fra le varie ASP differenze, statisticamente significative, nella promozione dei test di screening per neoplasia cervicale. In particolare per la lettera d'invito il range va dal 9% di Enna al 67% di Trapani, per il consiglio dell'operatore sanitario il range va dal 20% di Agrigento al 59% di Caltanissetta e per la campagna informativa il range va dal 24% di Agrigento all'87% di Caltanissetta.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 54% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 63% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 67% ha visto una campagna informativa.

Nella nostra regione il 35% delle donne intervistate è stato raggiunto da un solo intervento di promozione, il 13% da tutti e tre. Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 30% delle donne ha ricevuto tre interventi, il 35% due interventi, il 25% un intervento e 10% nessun intervento.

Numero di interventi di promozione ricevuti per il test di screening*
Donne 25-64 anni
Sicilia 2008-11



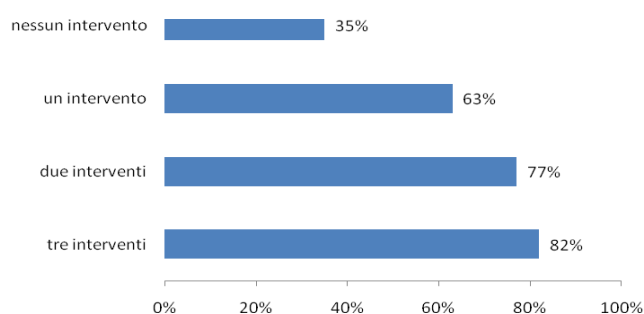
*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

Quale efficacia degli interventi di promozione?

Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening: infatti ha eseguito il test il 35% di donne non raggiunte da interventi di promozione e l'82% di donne che hanno ricevuto tutti e tre gli interventi.

Anche a livello nazionale viene confermata l'efficacia della lettera d'invito, in particolare se rafforzata dal consiglio dell'operatore sanitario come avviene generalmente all'interno dei programmi di screening organizzati.

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening secondo le linee guida
Donne 25-64 anni
Sicilia 2008-11



Perché non è stato eseguito il test di screening?

In Sicilia il 38% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai eseguito un test di screening (28%) o l'ha eseguito da oltre tre anni (10%).

La mancata esecuzione del test pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 43% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non esecuzione del test di screening secondo le linee guida
Donne 25-64 anni
Sicilia 2008-11



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

Conclusioni e raccomandazioni

In Sicilia, la copertura al test di screening non raggiunge la media nazionale; la quota di adesione spontanea, pur importante, risulta inferiore a quella presente a livello nazionale.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente. Circa una donna su tre ha riferito di aver eseguito il test nel corso dell'ultimo anno. Meno di una donna straniera su tre ha eseguito il test di screening secondo le linee guida, quindi una particolare attenzione va posta nel mantenere le iniziative specifiche per favorire l'adesione nei diversi gruppi etnici. Come si evince dal recente Rapporto di Health Technology Assessment (HTA) pubblicato su *Epidemiologia e Prevenzione*, lo screening cervicale attraversa un momento cruciale: dopo circa 70 anni da quando è stato proposto, in Italia il Pap test potrebbe infatti cedere il passo al test per il papillomavirus (HPV) come test di screening primario. Se il Rapporto HTA sarà favorevolmente accolto, l'Italia sarebbe uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento e applicarlo sistematicamente alla vasta rete degli screening organizzati messa in atto negli ultimi decenni.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il cancro della mammella occupa tra le donne il primo posto in termini di frequenza: in Italia rappresenta il 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali; nel nostro Paese ogni anno sono diagnosticati oltre 47.000 casi di tumore della mammella, con un'incidenza pari a 150 nuovi casi ogni 100.000 donne (dati AIRTUM).

La neoplasia mammaria rappresenta la principale causa di morte oncologica (circa il 17% di tutti i decessi per cancro) in ogni fascia d'età. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è elevata (circa l'85%) e in aumento nell'ultimo decennio.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie mammarie è raccomandata l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni nelle donne nella fascia d'età 50-69 anni. Lo screening mammografico consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (*beneficio a livello di comunità*); a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno eseguito lo screening mammografico è intorno al 45% (Progetto IMPATTO, 2008).

Nel 2010 in Italia i programmi di screening mammografico, basati su un invito attivo da parte del SSN e su un percorso diagnostico-terapeutico definito e gratuito, sono risultati estesi a circa il 70% della popolazione target; l'estensione del programma organizzato è ormai ampia nelle regioni del Nord e del Centro, mentre è ancora minore nel Sud (dati ONS).

In Sicilia, nel 2011, i programmi di screening organizzati sono attivi in tutte le ASP esclusa l'ASP di Agrigento.

Quante donne hanno eseguito una Mammografia in accordo con le linee guida?

In Sicilia circa il 51% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

- nella fascia 50-59 anni
- coniugate
- conviventi
- con alto livello d'istruzione
- senza rilevanti difficoltà economiche
- con cittadinanza italiana.

L'analisi tramite regressione logistica dell'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, non evidenzia alcuna associazione statistica fra le caratteristiche socio-demografiche considerate e l'esecuzione della mammografia.

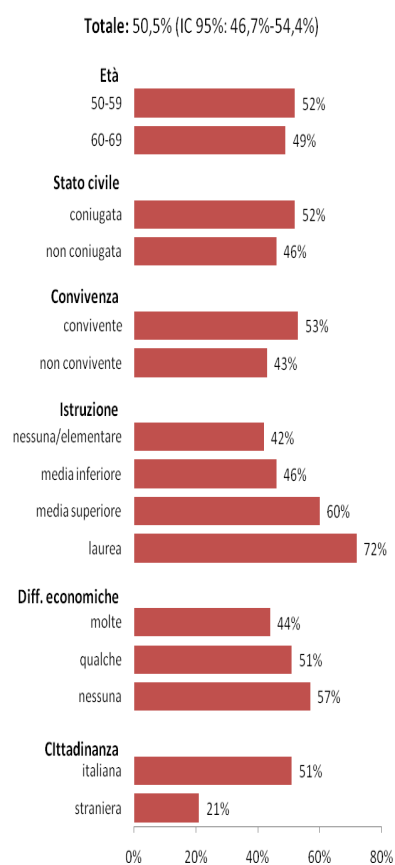
L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 47 anni.

Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 52% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 40 anni.

In Sicilia la percentuale di donne che ha riferito di aver eseguito la Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni varia dal 17% di Agrigento

Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Sicilia 2008-11

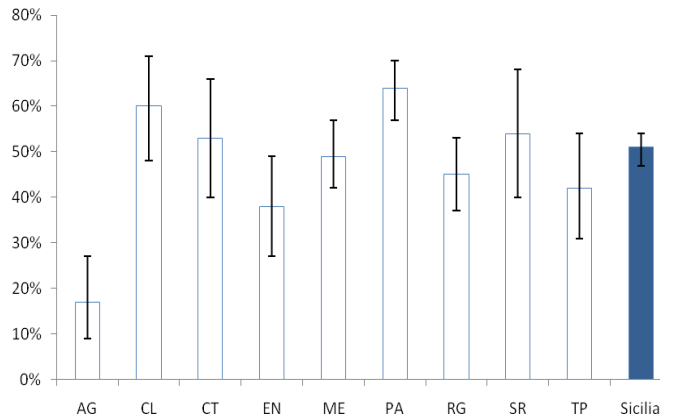


Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per ASL di residenza Sicilia 2008-11

(valore inferiore alla media regionale, in maniera statisticamente significativa) al 64% di Palermo (valore superiore alla media regionale, in maniera statisticamente significativa).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.



**Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Donne 50-69 anni**

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 69.8% (IC95%: 69.1%-70.5%)



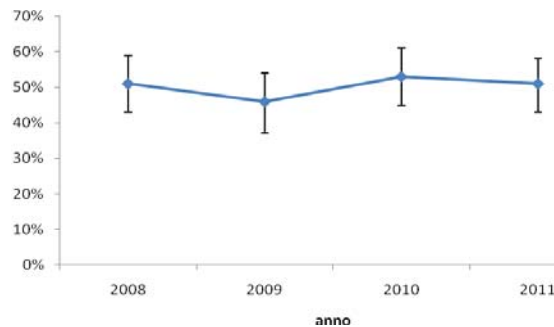
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
● non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Confronto su pool omogeneo regionale

Considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un andamento altalenante dell'indicatore, registrando il valore più basso (46%) nel 2009 e il valore più alto (53%) nel 2010.

**Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Donne 50-69 anni**

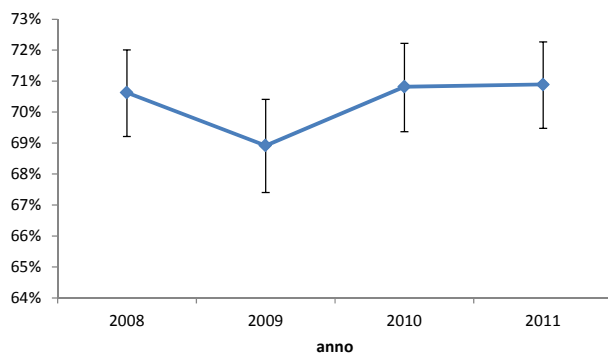
Prevalenze per anno - Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



Confronto su pool omogeneo nazionale

**Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Donne 50-69 anni**

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



A livello nazionale, considerando solo le asl che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

Quante donne hanno eseguito la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

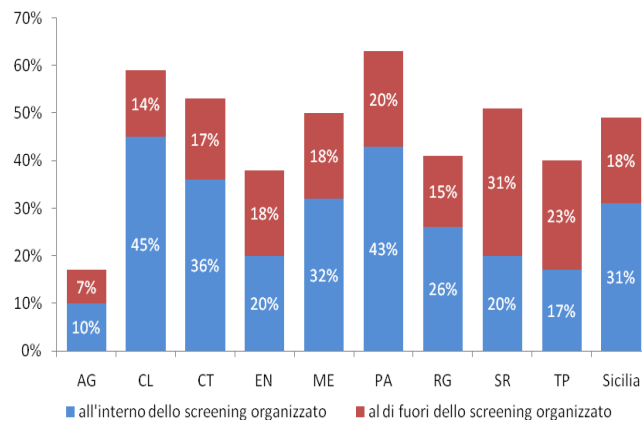
Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata,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

In Sicilia, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 31% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 18% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

Nel Pool di ASL il 50% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 19% l'ha eseguita come prevenzione individuale

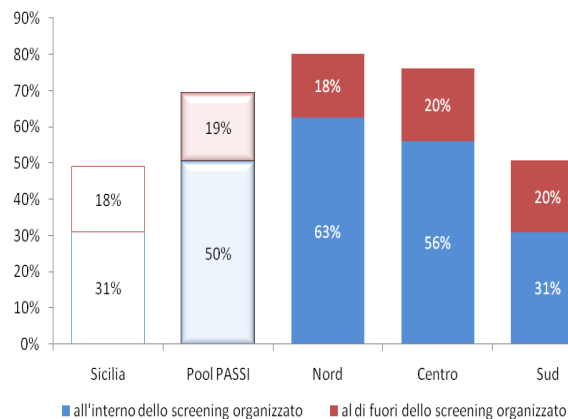
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato Donne 50-69 anni

Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2008-11



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

Prevalenze per macroarea geografica Regione-Pool di ASL Sicilia 2008-11



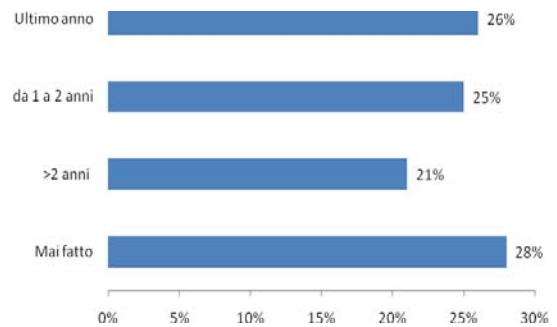
Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

L'esecuzione della Mammografia è raccomandata con periodicità biennale.

Circa un quarto delle donne 50-69enni (26%) ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno, in linea con quanto atteso.

Il 28% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

Periodicità di esecuzione della Mammografia
Sicilia 2008-11

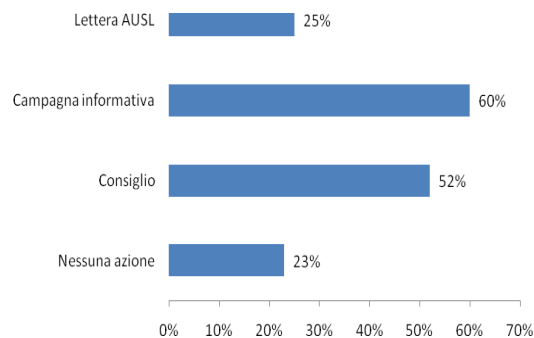


Quale promozione della Mammografia?

In Sicilia:

- il 25% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASP
- il 60% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 52% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di eseguire con periodicità la Mammografia.

Promozione della Mammografia
Sicilia 2008-11



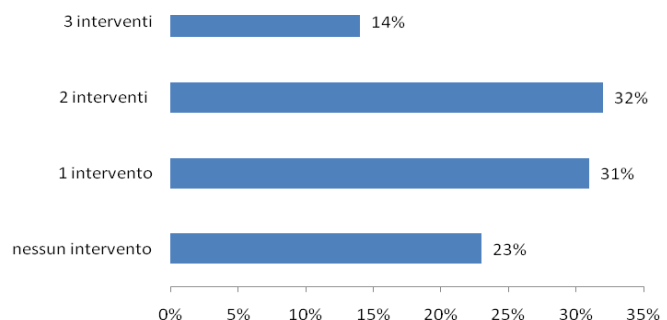
Tra le ASP della nostra regione si sono rilevate differenze statisticamente significative relative agli interventi di promozione della mammografia, in particolare, per la lettera d'invito il range va dal 2% di Messina al 61% di Caltanissetta, per il consiglio dell'operatore sanitario il range va dal 21% di Agrigento al 73% di Caltanissetta e per la campagna informativa il range va dal 28% di Agrigento al 91% di Caltanissetta.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 64% delle donne ha ricevuto la lettera della ASL, il 65% il consiglio dell'operatore sanitario e il 72% ha visto o sentito una campagna informativa.

Il 14% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'AUSL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 32% da due interventi ed il 31% da uno solo; il 23% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 38%, 35%, 17% e 8%.

Numero di interventi di promozione ricevuti per la Mammografia
Sicilia 2008-11

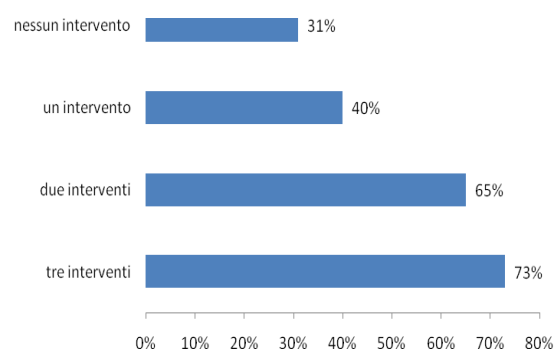


Quale efficacia degli interventi di promozione?

Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening: in Sicilia il 73% delle donne che sono state raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione ha eseguito la Mammografia, mentre solo il 31% di quelle che non sono state raggiunte da alcun intervento ha eseguito il test di screening.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della Mammografia negli ultimi 2 anni
Sicilia 2008-11

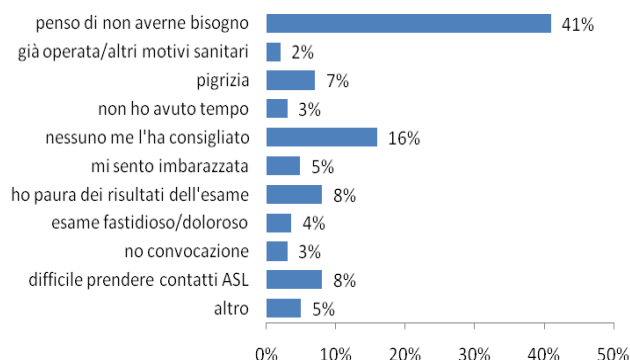


Perché non è stata eseguita la Mammografia a scopo preventivo?

In Sicilia il 49% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (28%) o l'ha eseguita da oltre due anni (21%).

La non esecuzione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 41% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida
Sicilia 2008-11



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

Conclusioni e raccomandazioni

Il sistema PASSI informa sulla copertura al test di screening complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito la Mammografia all'interno del programma di screening organizzato, sia della quota di adesione spontanea, in questo screening meno rilevante rispetto a quella presente nello screening cervicale.

Nella nostra Regione, la copertura per al test di screening non raggiunge la media nazionale; la quota di adesione spontanea è in linea a quella presente a livello nazionale.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Secondo i registri tumori, quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. I tumori del colon-retto infatti sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare nel 2010 circa 30.000 nuovi casi l'anno negli uomini e 19.000 nelle donne.

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. Gli esami di screening infatti sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Nella maggioranza dei casi il test utilizzato per lo screening coloretale, specificato dalle raccomandazioni europee, è il test per la ricerca di sangue occulto nelle feci (FOBT) rivolto alle persone di 50-69 anni con periodicità biennale; sono inoltre attivi 7 programmi in cui è in uso come test di 1° livello la rettosigmoidoscopia (Regione Piemonte e Asl di Verona).

A partire dal 2005 i programmi di screening delle neoplasie del colon-retto sono stati avviati sul territorio nazionale: nel 2010 l'estensione effettiva dei programmi è salita al 51%: il miglioramento è attribuibile essenzialmente al Nord (78%) e al Centro (45%), mentre il Sud contribuisce solo marginalmente (8%).

In Sicilia, nel 2011, i programmi di screening organizzati coinvolgono le ASP di Caltanissetta, Catania, Ragusa, Siracusa e Trapani.

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

In Sicilia circa l'11% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).

Il 5% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata più elevata nelle persone con cittadinanza italiana. L'analisi logistica multivariata, separata per genere, non conferma questa associazione.

Il 7% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata più elevata in coloro che hanno conseguito la laurea, nelle persone che non hanno nessuna difficoltà economica e in quelle con cittadinanza italiana. L'analisi logistica multivariata, separata per genere, non conferma queste associazioni.

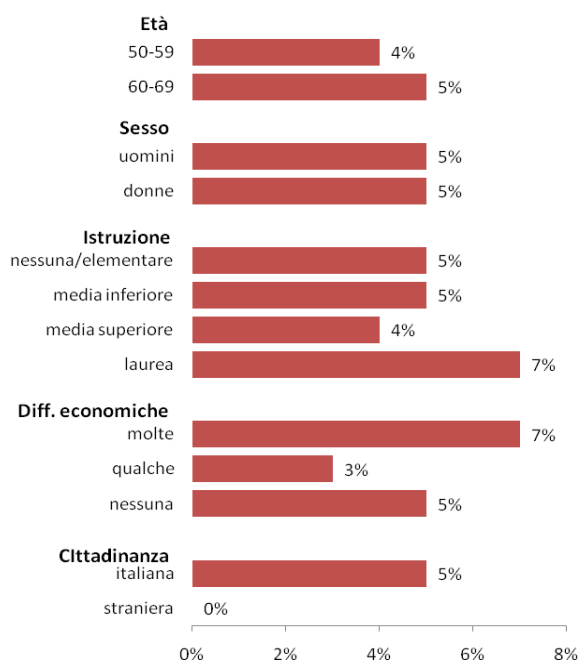
Nell'ASP di Agrigento nessuno dei 50-69enni intervistati ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni (range dal 0% di Agrigento al 10% di Siracusa).

Non si osservano differenze statisticamente significative tra le ASP per la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni (range dal 2% di Trapani al 13% di Caltanissetta e Catania).

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Sicilia 2008-11

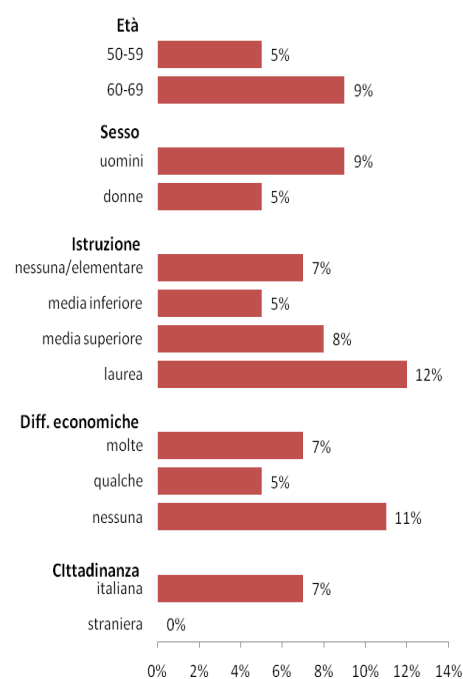
Totale: 4,7% (IC 95%: 3,5%-6,0%)

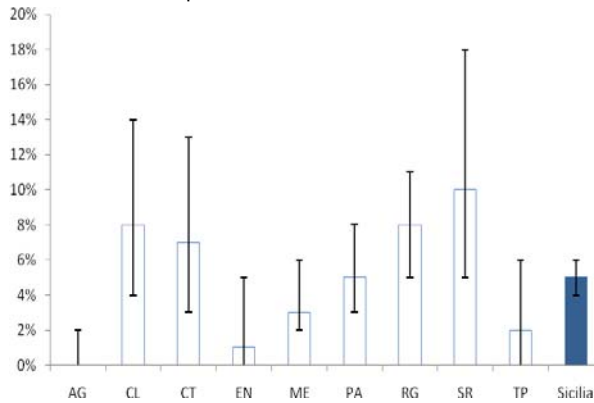
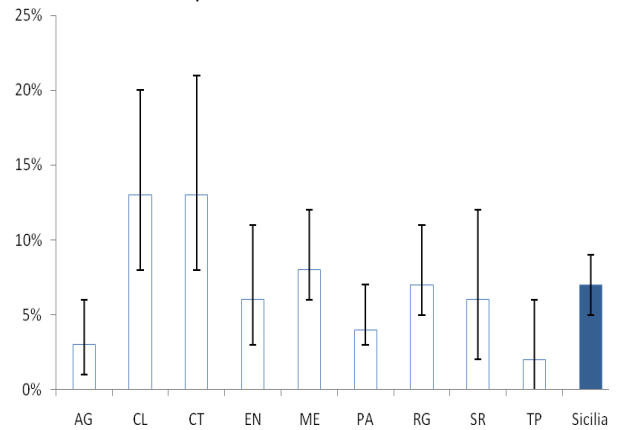


Colonscopia negli ultimi cinque anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Sicilia 2008-11

Totale: 7,0% (IC 95%: 5,4%-8,6%)



Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anniPrevalenze per ASP di residenza *Sicilia 2008-11***Colonscopia negli ultimi cinque anni**Prevalenze per ASP di residenza *Sicilia 2008-11*

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 28% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'11% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anniPrevalenze per regione di residenza - *Pool di ASL 2008-11**

Totale: 27,7% (IC95%: 27,3%-28,1%)



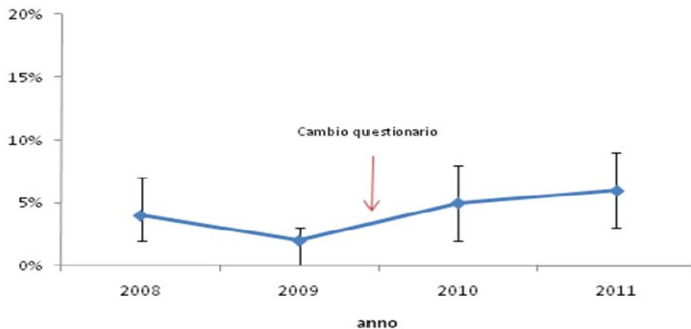
* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontare i risultati.

Confronto su pool omogeneo regionale

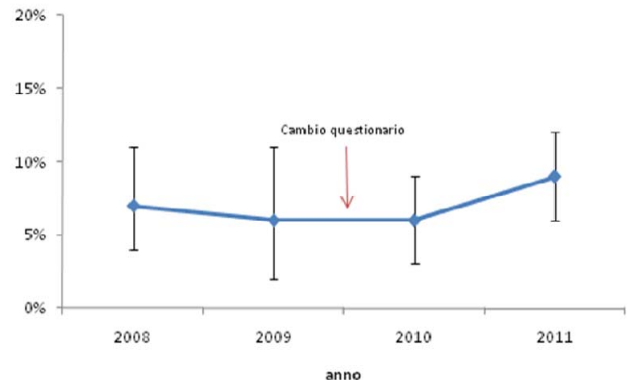
Per la ricerca del sangue occulto, considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale), si può osservare che nel 2009 l'indicatore assume il valore più basso (2%) e poi cresce leggermente nei due anni successivi raggiungendo il valore massimo (6%) del periodo esaminato nel 2011.

Per la colonscopia, considerando solo le ASP che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale), si può osservare l'indicatore assume valori pressocchè costanti nel quadriennio considerato raggiungendo il valore più alto nel 2011 (9%).

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni
Prevalenze per anno - Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



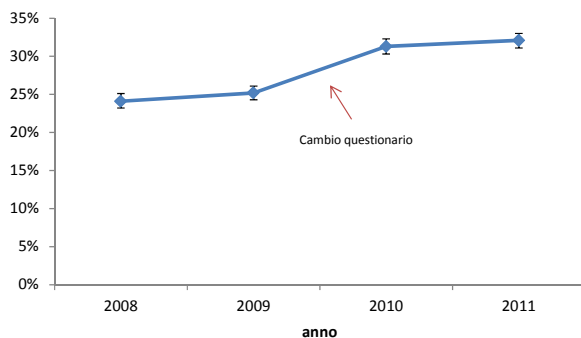
Colonscopia negli ultimi cinque anni
Prevalenze per anno - Sicilia (pool omogeneo) 2008-11



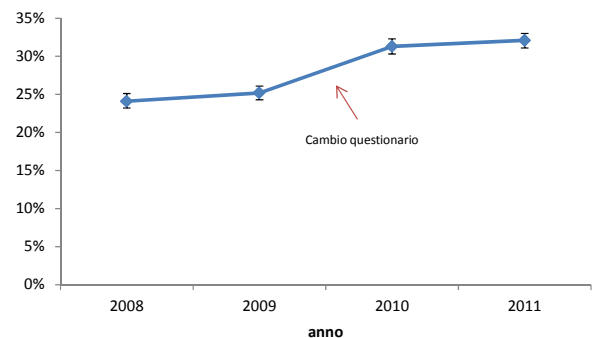
Confronto su pool omogeneo nazionale

A livello nazionale*, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di persone che ha eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali in accordo con le linee guida.

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11*



Colonscopia negli ultimi cinque anni
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11*



* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontare i risultati.

Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:

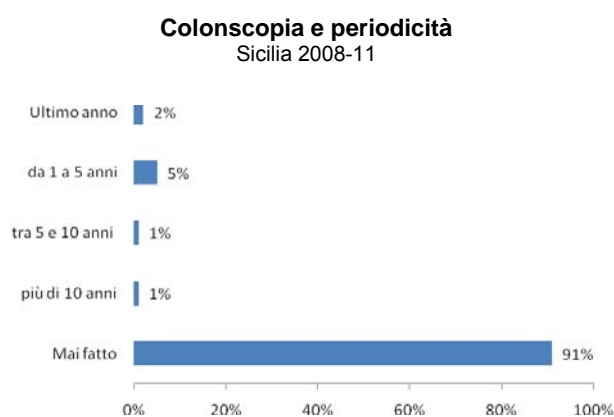
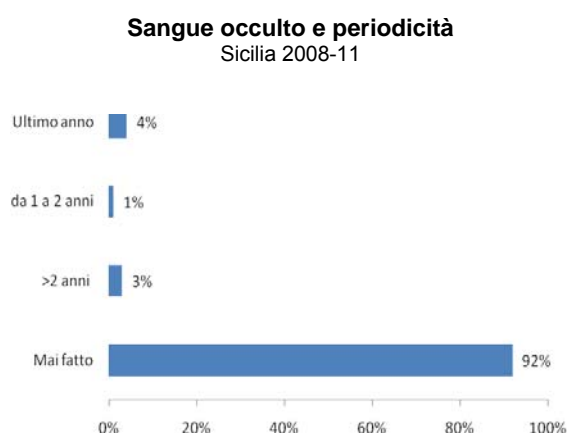
- il 4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- l' 1% da uno a due anni
- il 3% da più di 2 anni

Il 92% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

Rispetto all'ultima colonscopia:

- il 2% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 5% da uno a cinque anni
- l'1% da cinque a dieci anni
- l'1% da più di dieci anni.

Il 91% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.

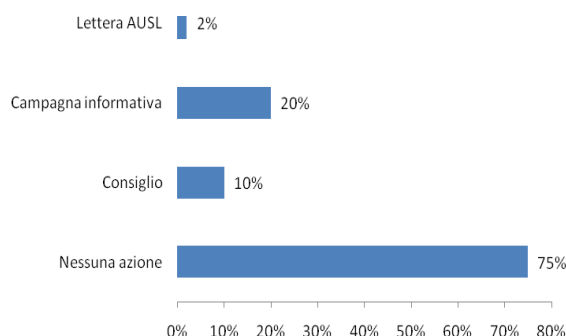


Quale promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

In Sicilia:

- il 2% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASP
- il 20% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 10% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.

Promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci Sicilia 2010-11



Nelle ASP regionali:

- ad Agrigento e Messina nessuna delle persone intervistate ha riferito di aver ricevuto la lettera d'invito, nell'ASP di Ragusa invece si è registrata la percentuale più alta di persone che hanno ricevuto la lettera ((10%) valore più alto rispetto alla media regionale in maniera statisticamente significativa)
- per aver ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario il range va dall'1% di Agrigento (valore più basso rispetto al dato regionale in maniera statisticamente significativa) al 26% di Caltanissetta (valore più alto rispetto al dato regionale in maniera statisticamente significativa)
- per aver visto o sentito una campagna informativa il range va dall' 1% di Agrigento (valore più basso rispetto al dato regionale in maniera statisticamente significativa) al 55% di Caltanissetta (valore più alto rispetto al dato regionale in maniera statisticamente significativa)

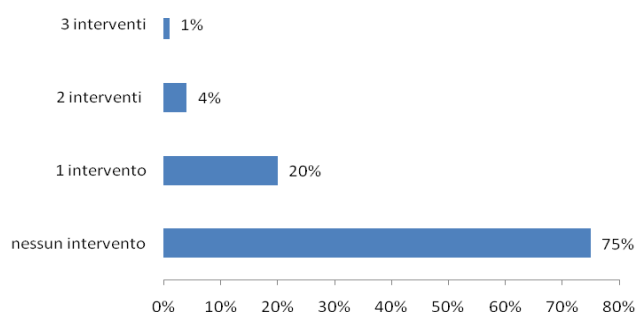
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale*, il 36% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 25% il consiglio dell'operatore sanitario e il 38% ha visto una campagna informativa.

* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontare i risultati.

L'1% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna), il 4% da due interventi di promozione ed il 20% da un solo intervento; il 75% non ha riferito alcun intervento di promozione.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale*, i valori sono rispettivamente dell'11%, 21%, 23% e 45%.

Interventi di promozione dell'ultima ricerca di sangue occulto nelle feci
Sicilia 2010-11

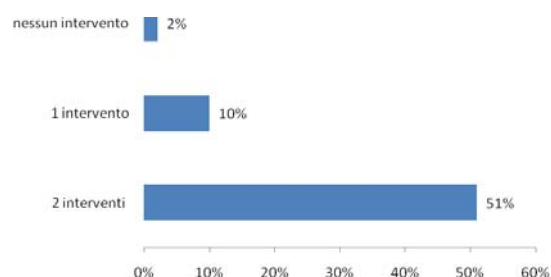


* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontare i risultati.

Quale efficacia degli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

In Sicilia la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening coloretale nei tempi raccomandati, è solo del 2% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 51% tra le persone raggiunte da due dei tre interventi di promozione, ciò conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

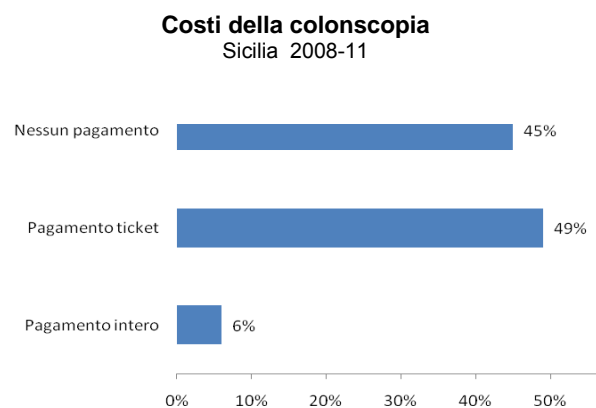
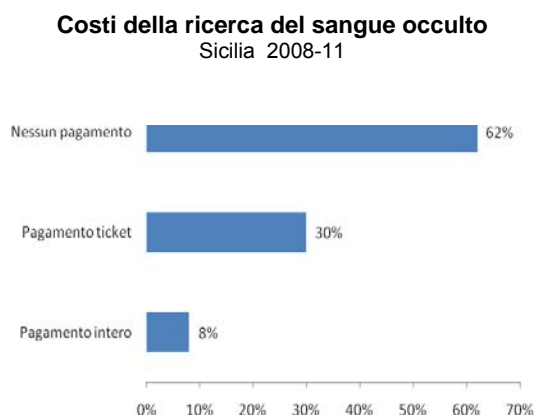
Interventi di promozione ed effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci entro i tempi raccomandati
Regione Sicilia 2010-11



Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

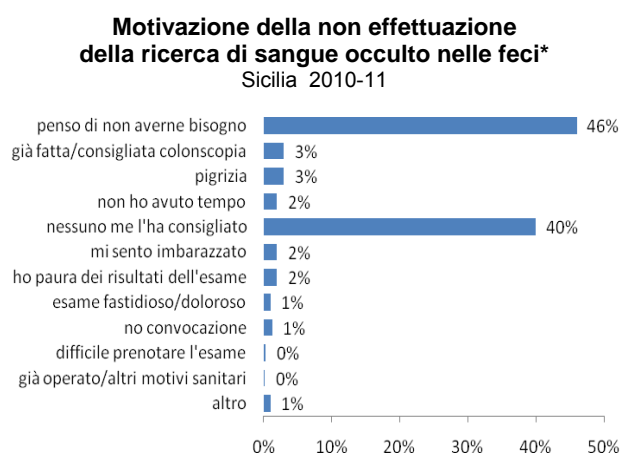
In Sicilia il 62% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 30% ha pagato solamente il ticket e l'8% l'intero costo dell'esame.

Il 45% del campione intervistato ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 49% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 6% l'intero costo dell'esame.



Perché non è stata effettuata la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo? (2010-11)

Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il pensare di non averne bisogno (46%) e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito (40%). Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro coloretale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (10%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Sicilia circa l'89% delle persone nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

I dati di letteratura forniscono l'evidenza che offerte attive di prestazioni sanitarie migliorano l'accesso delle persone con svantaggi socioeconomici ai servizi di prevenzione.

La lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, si conferma lo strumento più efficace per favorire l'adesione della popolazione target.

APPENDICE 1. Monitoraggio

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

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

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2008	PASSI 2009	PASSI 20010	PASSI 2011
Numerosità	1361	1069	1468	1533
Tasso di risposta	90.5	94.9	87.2	90.2
Tasso di rifiuto	6.4	3.4	6.3	7.2
Tasso di sostituzione	9.5	5.1	12.8	9.8
Tasso di non reperibilità	3.2	1.7	6.5	2.6
Tasso di eleggibilità	94.1	96.1	95.2	94.6

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

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

- Tasso di risposta

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

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

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

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

- Tasso di sostituzione

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

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

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

- Tasso di rifiuto

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

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

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

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

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

- Tasso di non reperibilità

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

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

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

- Tasso di eleggibilità "e"

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

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

- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità**

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

Motivi di non eleggibilità				
	2008	2009	2010	2011
E' senza telefono	80%	88%	87%	84%
Residente o domiciliato stabilmente altrove	14%	8%	9%	12%
Istituzionalizzato (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)	1%	0%	1%	1%
Deceduto	1%	1%	2%	2%
Non conoscenza lingua italiana	1%	1%	1%	1%
Grave disabilità psico/fisica	3%	2%	2%	2%

- Modalità di reperimento del numero telefonico**

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

Modalità di reperimento del numero di telefono				
	2008	2009	2010	2011
Già presente (anagrafe sanitaria)	40%	25%	38%	38%
Pagine Bianche	27%	32%	23%	27%
MMG	17%	25%	25%	21%
Anagrafe comunale	0%	1%	1%	0%
Altre fonti aziendali	1%	2%	1%	2%
Parenti, vicini, ecc.	11%	13%	11%	11%
Riferito dall'intervistato stesso	3%	2%	1%	2%

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

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

Distribuzione delle interviste per orari				
	2008	2009	2010	2011
7-13	38%	35%	46%	44%
13-15	19%	15%	19%	19%
15-19	36%	44%	30%	32%
19-20	2%	2%	3%	2%
20 e oltre	4%	4%	3%	4%

Distribuzione settimanale delle interviste				
	2008	2009	2010	2011
feriale	90%	94%	92%	93%
sabato	6%	3%	6%	7%
festivo	1%	1%	1%	0%
non indicato	3%	2%	1%	0%

APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

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

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

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

Il "Peso1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione ${}_i P_k$ (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2010) dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte ${}_i \hat{p}_k$ in quel dato periodo dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera regione, formalmente:

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

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

e

$${}_i \hat{p}_k = \frac{\text{numero_int_strato}_k - \text{ASL}_i}{\text{numero_int_strato}_k - \text{Re g}}$$

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

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

Per quelle sezioni del rapporto PASSI 2008-2011 in cui il target di popolazione analizzato è relativo ad età differenti da quelle sopra citate, quali screening, vaccinazioni e carta del rischio cardiovascolare, sono stati ricalcolati appositamente entrambi i pesi per le rispettive classi.

Come il dato regionale deriva da una sintesi pesata delle varie ASP appartenenti alla Regione, così i valori per l'intero Pool PASSI 2008-2011 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.