



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



# Sistema di sorveglianza Passi

## Rapporto regionale 2021-2022

### Sicilia



**A cura di:**

Salvatore Scondotto<sup>1</sup>, Sebastiano Pollina Addario<sup>1</sup>, Patrizia Miceli<sup>1</sup>, Maria Paola Ferro<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Assessorato Della Salute - Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico

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

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

**Membri del Gruppo tecnico**

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

**- a livello regionale:**

- Giovanna Volo  
(Assessore della Salute - Regione Sicilia)
- Salvatore Requirez  
(Dirigente Generale Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico)
- I Responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie della Sicilia

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

ASP di Agrigento	Anna Maria Cardinale (Coordinatrice); Rosa Maria Consagra, Rosaria Riccobene (Intervistatrici)
ASP di Caltanissetta	Giuseppe Cammarata (Coordinatore); Serena Mulè, M. Antonia Iurlaro, Antonina Modica, Angela Colajanni, Ida Beretta, M.A. Campo, Martina vancheri (Intervistatrici)
ASP di Catania	Mario Cuccia (Referente Progetto)-Maristella Fardella (Coordinatrice); Elena Longhitano, Irene Castiglia, Antonella Neri, Erika Barbagallo, Ilaria Lombardi, Giulia Fichera, Gaetano Zappalà, Gabriele Giorgianni, Giuseppina Sabella, Roberto Furnari (Intervistatori/trici)
ASP di Enna	Franco Belbruno (Coordinatore ed Intervistatore); Clotilde Laura Caceci (Intervistatrice)
ASP di Messina	Adriana Ferruccio, Patrizia Restuccia (Coordinatrici); Antonino Casilli, Felicia Pugliese, Giuseppina Oteri, Caterina Colletto, Daniela Montone, Domenica Auditore, Francesco Muschio, Giuseppina D'Andrea, Patrizia Restuccia, Giuseppina Sorbera, Mariella Giarrappa, Massimo Varvarà, Natalia Corio, Patrizia Merlo, Patrizia Restuccia, Rosangela Musiano, Sonia De Francesco, Tindaro Saporito (Intervistatori/trici)
ASP di Palermo	Maria Angela Randazzo (coordinatrice), Ilenia Di Dio, Martina Nardi, Luisa Vinci, Domiziana Giordano, Chiara Tanese, Roberto Levita, Rosario Ascutto, Sara Palmeri,

Valentina Vella (Intervistatori/trici)

ASP di Ragusa	Calogero Claudio Pace, Carmelo Lauretta (coordinatori); Paolo La Licata, Loredana Fargione, Emanuela Campo, Angelo Battaglia, Maria Cristina Interlandi, Rossana Carbonaro, Federica Gilestro, Ilenia Di Dio, Calogero Claudio Pace
ASP di Siracusa	(Intervistatori/trici) Enza D'Antoni (coordinatrice/intervistatrice); Michele Assenza, Giusy Tusa (intervistatore/trici )
ASP di Trapani	Ranieri Candura (Coordinatore ed Intervistatore); Adriana Marchingiglio, Anna Barbera, Giovanna La Francesca (Intervistatrici)

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

---

## **Sommario**

Il sistema di sorveglianza PASSI in breve

Metodi

Impatto sulla salute

Risultati 2021-2022

I risultati a colpo d'occhio

Caratteristiche socio-anagrafiche

Attività fisica secondo le raccomandazioni dell'OMS

Mobilità attiva

Sovrappeso e obesità

Consumi di frutta e verdura

Consumo di sale e sale iodato

Consumo di alcol

Abitudine al fumo

Fumo passivo

Smettere di fumare

Rischio cardiovascolare

Diabete

Dispositivi per la sicurezza stradale

Guida sotto l'effetto dell'alcol

Sicurezza domestica

Screening cervicale

Screening mammografico

Screening coloretale

Vaccinazione per l'influenza stagionale

Qualità della vita relativa alla salute

Patologie croniche

---

Sintomi di depressione

Percezione dei rischi ambientali

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 2021-2022, nel pool nazionale, sono state intervistate oltre 50 mila persone. Le procedure di campionamento utilizzate, la formazione del personale coinvolto e la collaborazione con i Medici di Medicina Generale hanno consentito di ottenere un tasso di rispondenti molto elevato, un elemento cruciale per assicurare l'affidabilità dei risultati.

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

## COVID-19 e report biennale

La pandemia di COVID-19 non è priva di conseguenze sui fenomeni indagati dalla sorveglianza PASSI. Per tale ragione, anche quest'anno, il report è riferito al biennio 2021-2022 e non di quadriennio, come invece è stato fatto in passato. In questo modo, per ogni indicatore di ciascuna tematica si disporrà di analisi relative al periodo pre-pandemico, depurate da impatto pandemia (la più recente disponibile resterà riferita al quadriennio 2016-2019) e di una prima fotografia riferita alla fase pandemica 2020-21, più impattante su molti aspetti della vita dei cittadini, e una seconda fotografia riferita ad una fase successiva della pandemia, biennio 2021-2022, con un impatto mitigato dalla disponibilità dei vaccini e dell'estensione della campagna vaccinale con un ritorno verso la normalità di delle attività economiche, lavorative e sociali. I dati relativi ai cambiamenti temporali, fino al periodo pandemico, potranno essere letti, come sempre, attraverso i modelli di i dati annuali.

## Metodi

### **Tipo di studio**

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

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

### **Popolazione di studio**

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

### **Strategie di campionamento**

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

In Sicilia le aziende sanitarie di Messina e Palermo hanno aderito al campionamento aziendale con 25 interviste, dal 2019 Palermo ha aderito con il campionamento regionale. Le aziende sanitarie di Agrigento, Caltanissetta, Catania, Enna, Ragusa, Siracusa e Trapani hanno aderito al campionamento regionale che prevede 10 interviste mensili per tutto il periodo in studio.

In Sicilia il campione complessivo per il periodo 2021-2022 è costituito da 3.319 individui; il campione è risultato così suddiviso per ASP:

<b>ASP</b>	<b>Persone di 18-69 anni</b>
Agrigento	217
Caltanissetta	220
Catania	219
Enna	220
Messina	1098
Palermo	224
Ragusa	131
Siracusa	770
Trapani	220
Totale regionale	3319

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

### **Interviste**

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica/Prevenzione durante tutto l'anno, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica in Sicilia è durata in media 28 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; l'8% degli intervistatori della nostra regione ha utilizzato il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview).

La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (passi-dati).

### ***Analisi delle informazioni***

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

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

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

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

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

### ***Etica e privacy***

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

---



## Impatto sulla salute

### Guadagnare salute

#### Attività fisica secondo le raccomandazioni dell'OMS

Attualmente, l'OMS raccomanda ad adulti e ultra 65enni di praticare almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, o 75 minuti di attività intensa, o combinazioni equivalenti delle due modalità. Raccomanda inoltre di svolgere sessioni di almeno 10 minuti per ottenere benefici cardio-respiratori. Le linee guida precedenti raccomandavano la stessa quantità di attività fisica settimanale ma diversamente distribuita nell'arco della settimana.

Dal 2019, le analisi condotte sui dati raccolti e la classificazione delle persone nelle tre categorie (attivi, parzialmente attivi, sedentari) considerano quanto attualmente indicato dall'OMS per gli adulti. Si considerano "fisicamente attive" le persone che aderiscono alle indicazioni OMS, ovvero praticano settimanalmente almeno 150 minuti di attività fisica moderata o 75 minuti di attività intensa o combinazioni equivalenti delle due modalità (assumendo che i minuti di attività intensa valgano il doppio di quella moderata e le sessioni di attività minori di 10 minuti non siano considerate). Sono considerati fisicamente attivi anche coloro che svolgono un lavoro regolare (ovvero continuativo nel tempo) che richiede un notevole sforzo fisico (come il manovale, il muratore, l'agricoltore), indipendentemente dalla quantità di attività fisica svolta nel tempo libero. Si definiscono "parzialmente attive" le persone che svolgono qualche attività fisica moderata o intensa nel tempo libero, in sessioni superiori a 10 minuti, ma senza raggiungere i livelli settimanali raccomandati dall'OMS, oppure non fanno alcuna attività fisica nel tempo libero ma svolgono un lavoro regolare (continuativo) che richiede un moderato sforzo fisico (come l'operaio in fabbrica, il cameriere, l'addetto alle pulizie). Infine, sono classificati come "sedentari" gli individui che non praticano attività fisica nel tempo libero e non lavorano, oppure svolgono un lavoro sedentario o uno che pur richiedendo uno sforzo fisico (moderato o pesante) non è regolare e continuativo nel tempo.

In termini di sanità pubblica, il contrasto alla sedentarietà è un obiettivo complementare alla promozione dell'attività fisica in quanto non esiste una soglia sotto la quale il movimento non produca effetti positivi per la salute; risulta quindi molto importante il passaggio dalla sedentarietà a un livello di attività anche inferiore rispetto a quello considerato sufficiente dalle linee guida. Nella Regione europea dell'Oms, l'inattività fisica è responsabile ogni anno di un milione di decessi (circa il 10% del totale) e di 8,3 milioni di anni persi al netto della disabilità (Disability adjusted life years, Daly). All'inattività fisica sono imputati il 5% delle affezioni coronariche, il 7% dei casi di diabete di tipo 2, il 9% dei tumori al seno e il 10% dei tumori del colon.

In Italia, l'importanza di uno stile di vita attivo si ritrova fin dal 2003 nei Piani sanitari nazionali (Psn) e di Prevenzione (Pnp). In particolare nel Pnp 2014-2018, prorogato al 2019, vengono identificate specifiche priorità e viene sottolineata l'importanza di un approccio strutturato, di sistema, per la promozione dell'attività fisica che preveda anche la valutazione dell'impatto sulle comunità. A questo proposito, i sistemi di sorveglianza di popolazione rivestono un ruolo di rilievo in quanto strumenti fondamentali per monitorare la situazione del nostro Paese e orientarne le politiche.

#### Mobilità attiva

Per mobilità attiva si intende l'uso della bicicletta o la scelta di andare a piedi per recarsi a lavoro o a scuola o per i propri spostamenti abituali, in alternativa all'uso di veicoli a motore. Oltre che vantaggiosa per l'ambiente, e per l'ottenimento di benefici sulla salute, la mobilità attiva, facendo uso di bicicletta o spostandosi a piedi, per almeno 10 minuti in ogni occasione e cumulando almeno 150 minuti settimanalmente, offre la possibilità di raggiungere i livelli minimi di attività fisica raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indipendentemente dall'attività fisica praticata nel tempo libero o durante l'attività lavorativa.

Dal 2014, PASSI raccoglie informazioni su chi pratica mobilità attiva e fa uso della bicicletta o si muove a piedi per i propri spostamenti abituali, e sul tempo impiegato per farlo (numero medio di giorni a settimana e di minuti al giorno). Utilizzando queste informazioni sul tempo impiegato per mobilità attiva si possono definire "fisicamente attive per la pratica di mobilità attiva", le persone che usano la bicicletta o vanno a piedi per gli spostamenti abituali per almeno 150 minuti a settimana, in sessioni non inferiori a 10 minuti); "parzialmente attive per la pratica di mobilità attiva" le persone che praticano sessioni di almeno 10 minuti ma non raggiungono i 150 minuti a settimana; e le persone che non praticano mobilità attiva o pur praticando mobilità attiva non garantiscono tempi di percorrenza a piedi o tempi d'uso della bicicletta superiori a 10 minuti in ogni occasione possono essere denominate come "non attive per mobilità attiva praticata".

#### Sovrappeso ed obesità

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. Essere in sovrappeso/obesi aumenta il rischio di molteplici patologie croniche, tra cui l'infarto del miocardio, l'ictus, l'ipertensione, il diabete mellito, l'osteoartrite, e alcune tipologie di tumori (il World Cancer Research Fund International (Wcri) documenta la relazione causale tra eccesso ponderale e 7 forme di cancro: esofago, pancreas, colecisti, colon-retto, mammella (post-menopausa), endometrio e rene). Nella sorveglianza di popolazione le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (IMC),

calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato. Il BMI è diviso in 4 categorie: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25,0-29,9), obeso (IMC ≥ 30).

### Consumi di frutta e verdura

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

### Consumo di sale

Un consumo eccessivo di sale aumenta il rischio di patologie cardiovascolari correlate all'ipertensione arteriosa, ma anche di altre malattie cronico-degenerative, quali i tumori dell'apparato digerente, in particolare quelli dello stomaco, osteoporosi e malattie renali: per questa ragione se ne raccomanda un consumo moderato.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), non si dovrebbe consumare una quantità di sale superiore ai 5 grammi al giorno, corrispondenti a circa 2 grammi di sodio, ma in Italia i livelli di consumo sono ancora ben lontani dai valori raccomandati. Restano fondamentali dunque sia la promozione di azioni di sensibilizzazione e di informazione sull'importanza della riduzione del consumo alimentare di sale sia il monitoraggio di quanto queste misure siano efficaci nel migliorare la consapevolezza dei cittadini su questo aspetto.

Dal 2015, il sistema di sorveglianza PASSI raccoglie sistematicamente alcune informazioni su entrambi gli aspetti (consapevolezza delle persone e attenzione degli operatori sanitari) inerenti il consumo di sale nella popolazione adulta (18-69 anni).

Particolare rilievo assume l'attenzione rivolta al consumo di sale arricchito di iodio. Lo iodio è il costituente essenziale degli ormoni tiroidei. Questi svolgono un ruolo critico sul differenziamento cellulare, in particolare per ciò che riguarda lo sviluppo del sistema nervoso centrale nelle prime fasi della vita e contribuiscono al mantenimento dell'equilibrio metabolico durante la vita adulta. La carenza nutrizionale di iodio compromette la funzione tiroidea e si traduce in quadri patologici le cui manifestazioni variano in funzione del periodo della vita interessato a questo deficit. Gravidanza e prima infanzia sono fasi della vita durante le quali gli effetti della carenza iodica sono più gravi. Il metodo più efficace ed economico per prevenire le malattie da carenza di iodio consiste nell'utilizzare a fini alimentari esclusivamente sale iodato invece del comune sale da cucina, senza superare comunque le dosi raccomandate. C'è generale consenso infatti nel raccomandare l'uso di sale iodato a tutta la popolazione, indipendentemente dalle condizioni individuali e dal contesto di vita in quanto, a fronte di un consumo moderato di sale, le quantità di iodio raggiunte rientrano ampiamente nei livelli di assunzione appropriati, restando comunque molto al di sotto dei livelli massimi accettabili. Una legge del 2005 (Legge n.55 del 21 marzo 2005) promuove il consumo di sale iodato in alternativa al comune sale da cucina, stabilendo che il sale iodato sia reso disponibile in tutti i punti vendita di generi alimentari mentre il comune sale da cucina sia fornito solo su specifica richiesta del consumatore. Oltre ai dati sul consumo generico di sale, PASSI raccoglie anche le informazioni relative al consumo di sale iodato, con una domanda specifica, individuando le quote di persone che riferiscono di usare il sale iodato nella preparazione di pasti in casa e di chi spontaneamente dichiara di non conoscerne l'esistenza.

### Consumo di alcol

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

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

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

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

## Definizioni di consumatori di alcol e di consumatori a maggior rischio

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

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

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

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

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

### Abitudine al fumo

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

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

**Il consumo di altri prodotti da fumo** A partire dal 2014 PASSI ha iniziato a raccogliere informazioni anche sull'uso di altri prodotti immessi sul mercato: la sigaretta elettronica (dal 2014), il tabacco trinciato (cioè sigarette confezionate a mano con tabacco sciolto, dal 2015) e i dispositivi a tabacco riscaldato (dal 2018).

**Il tabacco trinciato** Negli ultimi anni le vendite di tabacchi trinciati sono andate aumentando nell'Unione europea e anche in Italia. La loro maggiore diffusione è in parte spiegata dal minor costo (determinato da una minore pressione fiscale rispetto a quella imposta sulle sigarette confezionate) ma anche dal falso preconcetto che fumare sigarette confezionate a mano con tabacco sciolto sia meno dannoso per la salute, per l'uso di un tabacco più naturale e con meno additivi rispetto a quello utilizzato nelle sigarette confezionate industrialmente. In realtà i danni alla salute sono gli stessi. Per cui è grande la preoccupazione che il ricorso alle più economiche sigarette rollate a mano possa rendere debole una delle misure di contrasto al tabagismo più efficace, la pressione fiscale e l'aumento dei prezzi al consumo delle sigarette confezionate, che riduce la domanda e la prevalenza di fumatori. Ancora più grave è la possibilità che, in virtù del minor costo dei trinciati, segmenti della popolazione, come i meno abbienti o i più giovani, diventino insensibili alle politiche fiscali dei prezzi, e possano migrare verso questo prodotto più economico ma altrettanto dannoso per la salute, contribuendo così anche all'incremento delle disuguaglianze sociali nel tabagismo.

**La sigaretta elettronica (e-cig)** La sigaretta elettronica è un dispositivo che, riscaldando una soluzione di una sostanza (in genere glicole propilenico o glicerolo con o senza nicotina o aromi), produce aerosol; l'inalazione di questo aerosol consente di provare sapore e sensazione simili a quelle provocate dal fumo di tabacco, con la differenza sostanziale che, mancando la combustione, il rischio cancerogeno è teoricamente più basso. Ciononostante, il rischio di dipendenza da nicotina resta lo stesso, dal momento che in pochi utilizzano questo dispositivo senza il ricorso all'aggiunta di nicotina liquida. A partire dalla loro immissione sul mercato nel 2006, in Italia si è verificato un forte interesse da parte di fumatori alla ricerca di alternative meno nocive al tabacco, o di un ausilio per smettere di fumare, con un conseguente incremento nelle vendite. D'altra parte, a causa della novità del prodotto, della varietà delle sostanze impiegate e della rapidità della sua diffusione è stato ed è tuttora difficile ottenere prove certe sulla loro sicurezza a lungo termine e sulla loro efficacia per smettere di fumare.

**I dispositivi a tabacco riscaldato (HTP - Heated Tobacco Products)** Si tratta di un prodotto entrato nel mercato solo recentemente, nel 2016 (per la prima volta in Giappone, con un grande boom di vendite). Funziona inserendo una piccola sigaretta di tabacco all'interno un apparecchio che scalda il tabacco senza bruciarlo. Per questa ragione viene pubblicizzato come un prodotto meno nocivo alla salute, alternativo alla sigaretta. Tuttavia, essendo questo dispositivo a base di tabacco espone comunque alla dipendenza da nicotina, sostanza naturalmente contenuta nelle foglie del tabacco. Dal 2018 PASSI ha iniziato a raccogliere informazioni sull'uso di questo prodotto che in Italia è ancora appannaggio di pochissime persone.

**Utilizzo composito di sigarette tradizionali e di dispositivi elettronici (e-cig e/o HTP)** Interessanti sono i dati sull'utilizzo composito dei diversi prodotti commercializzati dalle multinazionali del tabacco, dalla sigaretta tradizionale alla sigaretta elettronica (che non prevede l'uso di tabacco ma di nicotina dosabile) fino ai più recenti dispositivi a di tabacco riscaldato (HTP). Questi dati mettono in luce come l'adozione di dispositivi elettronici non sembri rappresentare una scelta verso l'abbandono della sigaretta tradizionale (cui viene attribuito un rischio maggiore per la salute a causa della combustione del tabacco e della presenza della nicotina contenuta nel tabacco), ma piuttosto l'occasione per mantenere questa cattiva abitudine e fare un uso congiunto dei diversi prodotti.

### Fumo passivo

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

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

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

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

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

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

### Smettere di fumare

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

## Rischio cardiovascolare

### Rischio cardiovascolare

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Ipercolesterolemia**

L'ipercolesterolemia è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipercolesterolemia 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'ipercolesterolemia mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

### **Ipercolesterolemia**

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

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

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

### **Diabete**

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

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

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

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

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

## **Sicurezza**

### **Uso dei dispositivi di sicurezza**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Guida sotto l'effetto dell'alcol**

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

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

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

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

### **Sicurezza domestica**

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

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

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

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

## **Programmi di prevenzione individuale**

### **Screening cervicale**

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

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

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

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

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

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

### **Screening mammografico**

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

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

### **Screening coloretale**

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

### **Vaccinazione per l'influenza stagionale**

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

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

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

## **Benessere**

### **Qualità della vita relativa alla salute**

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

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

### **Sintomi di depressione**

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

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

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

## **Ambiente**

### **Percezione dei rischi ambientali**

La salute umana è influenzata dalla presenza nell'ambiente di fattori biologici potenzialmente nocivi (microrganismi, allergeni) e/o dall'esposizione a contaminanti chimici e fisici. Sono noti gli effetti dell'inquinamento atmosferico sulla morbosità e sulla mortalità per malattie respiratorie e cardiache. L'esposizione a fonti ambientali potenzialmente dannose e le ripercussioni sulla salute preoccupano la popolazione. La percezione di essere esposti a rischi ambientali non è solo una questione di conoscenza scientifica, dal momento che risente di fattori individuali poco studiati.

In PASSI, il modulo facoltativo sulla percezione ambientale, attraverso 12 domande, indaga:

- sulla percezione di come l'ambiente in cui si vive influenzi lo stato di salute,
  - su come vengano valutati la qualità dell'aria, l'intensità del traffico, la presenza di rifiuti abbandonati o fuori dai cassonetti,
  - sulla fiducia riposta nelle capacità delle istituzioni di tutelare l'ambiente,
  - sulle fonti e i canali ritenuti più utili per acquisire informazioni sull'ambiente,
  - sulla fornitura dell'acqua di rete nella propria abitazione e sul bere o meno l'acqua di rubinetto.
-



# **I Risultati 2021 - 2022**

## I risultati a colpo d'occhio

<b>Determinanti di salute socio-anagrafici</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Basso livello di istruzione	28.8	26.7	30.9
Molte difficoltà economiche	10.2	8.8	11.7
Cittadinanza straniera	1.6	1.1	2.3
Vive solo	12.3	10.7	14.0
Coniugato	59.3	57.2	61.5
Occupato lavorativamente	63.4	61.1	65.7

### Guadagnare Salute

<b>Attività fisica secondo le raccomandazioni dell' OMS</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Attivo	38.3	35.8	40.8
Parzialmente attivo	18.8	16.8	20.9
Sedentario	42.9	40.6	45.4
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica	27.2	24.8	29.8
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	35.3	29.5	41.6
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	32.6	28.8	36.7

<b>Mobilità attiva</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Uso della bicicletta negli ultimi 30 giorni per gli spostamenti abituali	5.8	4.8	7.0
Tragitti a piedi negli ultimi 30 giorni per gli spostamenti abituali	31.9	29.5	34.3
Mobilità attiva complessiva negli ultimi 30 giorni per gli spostamenti abituali	33.0	30.7	35.5
<b>Categorie di mobilità attiva in base alle raccomandazioni OMS sull'attività fisica</b>			
Attivi	13.5	11.9	15.3
Parzialmente attivi	19.4	17.3	21.6
Non attivi	67.2	64.7	69.5

<b>Sovrappeso e obesità</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Obesi	10.9	9.5	12.6
Sovrappeso	34.5	32.2	36.9
Normo/sottopeso	54.6	52.1	57.1
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	64.9	57.5	71.6
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	33.6	29.2	38.4
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	41.9	34.0	50.3
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	29.4	25.0	34.1

<b>Consumi di frutta e verdura</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
0 porzioni	3.2	2.4	4.3
1/2 porzioni	51.8	49.3	54.3
3/4 porzioni	36.2	33.8	38.7
5+ porzioni	8.8	7.5	10.2

<b>Consumo di sale</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Adulti che fanno attenzione al consumo di sale	47.8	45.4	50.3
Adulti che hanno iniziato a fare attenzione al consumo di sale negli ultimi 12 mesi	10.6	9.1	12.4

<b>Consiglio dei medici*</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Consiglio di fare attenzione o di ridurre il consumo di sale a:			
Popolazione generale	27.7	25.2	30.5
Coloro che dichiarano ipertensione o malattia renale	67.2	61.1	72.8

*\*sono esclusi i rispondenti che non hanno avuto contatti con un medico o altro operatore sanitario nei 12 mesi precedenti l'intervista*

<b>Consumo di sale iodato</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Adulti che usano sale iodato (sempre/spesso/a volte)	69.0	66.8	71.2
Adulti che consumano sale iodato abitualmente (sempre/spesso)	49.6	47.0	52.1

<b>Consumo di alcol</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Consumo alcol	48.1	45.7	50.5
Consumo fuori pasto	10.3	8.8	12.0
Consumo abituale elevato	1.0	0.6	1.7
Consumo binge	6.7	5.4	8.3
Consumo a maggior rischio	15.4	13.5	17.5
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	4.3	2.0	8.8

<b>Abitudine al fumo</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Non fumatori	64.3	61.9	66.6
Fumatori	22.5	20.5	24.5
in astensione	14.0	12.2	16.1
occasionali	0.4	0.1	1.0
quotidiani	21.2	19.3	23.2
Ex-fumatori	13.3	11.5	15.2
Numero medio di sigarette fumate	12.2	11.4	12.9
Chiesto se fuma	34.7	31.9	37.5
Consiglio smettere	42.2	36.5	48.1

*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

<b>Fumo passivo</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro	94.1	92.1	95.7
Astensione dal fumare nella propria abitazione	80.4	78.3	82.4
Astensione dal fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	81.0	76.4	84.8

<b>Smettere di fumare</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*	27.0	22.5	31.9
Esito del tentativo tra coloro che hanno tentato di smettere			
Tentativo fallito	64.3	52.9	74.3
Tentativo in corso (astinenti da meno di 6 mesi)	10.9	5.4	20.8
Tentativo riuscito (astinenti da 6 mesi o più)	24.8	16.1	36.3

\* Fumatori che sono rimasti senza fumare per almeno un giorno, con l'intenzione di smettere di fumare, tra chi era fumatore fino a 12 mesi prima dell'intervista.

## Rischio cardiovascolare

<b>Rischio cardiovascolare</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Iperensione riferita	18.4	16.7	20.3
Ipercolesterolemia riferita	15.1	13.3	17.1
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare	97.6	96.9	98.2

*Iperensione riferita*: tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa.

*Ipercolesterolemia riferita*: tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia.

*Almeno un fattore di rischio cardiovascolare*: su tutta la popolazione di 18-69 anni. Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.

<b>Diabete</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Diabete	6.2	5.1	7.4

## Sicurezza

<b>Dispositivi per la sicurezza stradale</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Uso cintura posteriore sempre	18.8	16.6	21.1

Uso casco sempre	92.0	88.7	94.5
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni	32.0	24.8	40.2

<b>Guida sotto l'effetto dell'alcol</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Guida sotto effetto dell'alcol	6.5	4.7	8.9

<b>Sicurezza domestica</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico negli ultra-64enni	10.0	8.5	11.6
in chi convive con ultra-64enni	18.2	11.6	27.4
nelle donne	11.5	6.6	19.4
in chi vive con bambini fino ai 14 anni	10.9	8.9	13.3
Infortunio domestico che ha richiesto cure	11.3	8.1	15.5
	2.2	1.5	3.2

### **Programmi di prevenzione individuale**

<b>Screening cervicale</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Copertura screening cervicale totale	74.6	71.2	77.8
Copertura screening cervicale organizzato	47.2	43.1	51.3
Copertura screening cervicale spontaneo	26.0	22.4	29.9

<b>Screening mammografico</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Copertura screening mammografico totale	65.5	60.0	70.7
Copertura screening mammografico organizzato	52.0	46.5	57.5
Copertura screening mammografico spontaneo	12.6	9.1	17.2

<b>Screening coloretale</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Copertura screening coloretale totale	34.3	30.6	38.2
Copertura screening coloretale organizzato	28.8	25.4	32.4
Copertura screening coloretale spontaneo	5.2	3.6	7.4
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	29.4	25.9	33.2
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	11.2	8.9	14.1

<b>Vaccinazione per l'influenza stagionale</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Copertura vaccinale nei 18-64enni	12.7	10.0	16.0
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	25.4	17.5	35.3
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	10.2	7.5	13.7

**Benessere**

<b>Qualità della vita relativa alla salute</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Stato di salute percepito positivamente	74.2	71.9	76.3
Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	4.0	3.6	4.5
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	2.0	1.8	2.3
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	2.4	2.1	2.7
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane	1.4	1.2	1.6

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

<b>Patologie croniche</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Persone senza patologie croniche *	81.8	79.7	83.8
Persone con almeno 1 patologia cronica *	18.2	16.2	20.3
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità) *	3.0	2.3	4.0

<b>Depressione</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Sintomi di depressione	6.5	5.2	8.2
Richiesta di aiuto da qualcuno	44.3	32.1	57.2
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	9.5	7.2	11.7
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	13.7	11.5	15.9
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane*	9.1	7.0	11.3

\* Tra le persone con sintomi di depressione

**Ambiente**

<b>Percezione dei rischi ambientali</b>	<b>%</b>	<b>IC95% inf</b>	<b>IC95% sup</b>
Percezione di influenza negativa dell'ambiente sulla salute	19.9	18.1	21.9
Percezione aria cattiva/molto cattiva	19.4	17.5	21.4
Rifiuti abbandonati sempre/spesso	19.4	17.3	21.5
Percezione traffico molto intenso/intenso/abbastanza intenso	47.1	44.6	49.6
Poca o nessuna fiducia nelle capacità delle istituzioni nel tutelare l'ambiente	43.3	40.8	45.9
Abitazione servita da acqua di rete	94.5	93.4	95.7

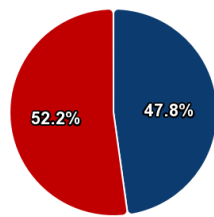
## Caratteristiche socio-anagrafiche

La popolazione in studio è costituita da 3.234.162 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 9 ASP della Sicilia. Da gennaio 2021 a dicembre 2022, sono state intervistate 3.280 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

### L'età e il sesso

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

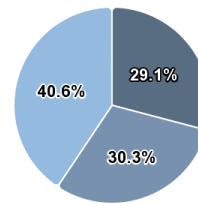
Distribuzione del campione per sesso  
Distribuzione percentuale  
Sicilia



● uomini ● donne

Sorveglianza Passi 2021-2022

Distribuzione del campione per età  
Distribuzione percentuale  
Sicilia



● 18-34 ● 35-49 ● 50-69

Sorveglianza Passi 2021-2022

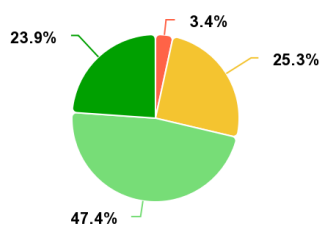
### Il titolo di studio

In Sicilia il 29% (valore uguale al dato nazionale) dei 18-69enni siciliani ha un basso livello di istruzione (nessun titolo/licenza elementare o diploma di scuola media inferiore), il restante 71% ha un livello di istruzione alto (un diploma di scuola media superiore o è laureato).

Dal 2008 al 2022 si evidenzia, complessivamente, una riduzione, seppur non costante della quota di persone con basso livello di istruzione.

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

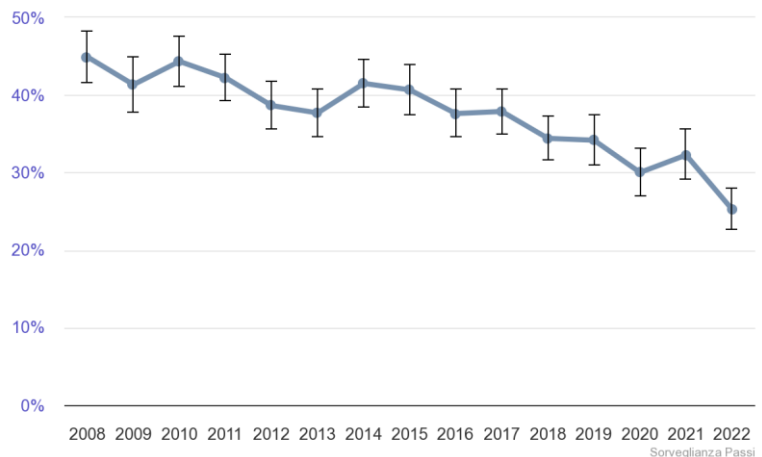
Distribuzione del livello di istruzione  
Distribuzione percentuale  
Sicilia



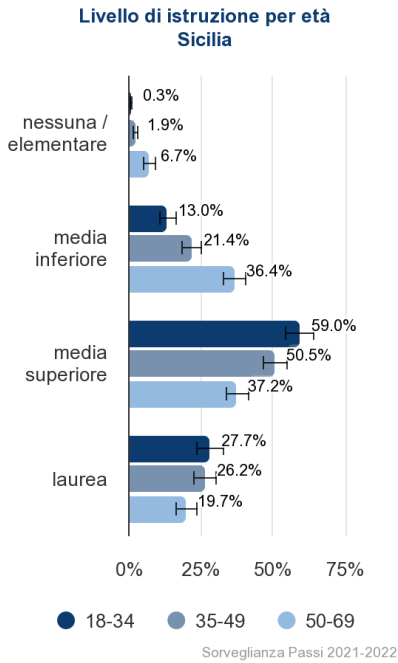
● nessuna / elementare  
● media inferiore  
● media superiore  
● laurea

Sorveglianza Passi 2021-2022

Trend annuale Basso livello di istruzione Regione Sicilia  
Passi 2008-2022



Sorveglianza Passi

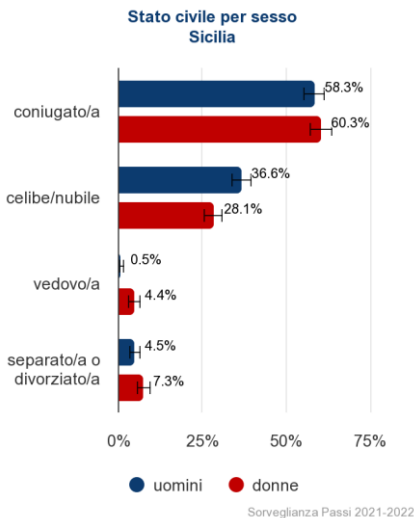
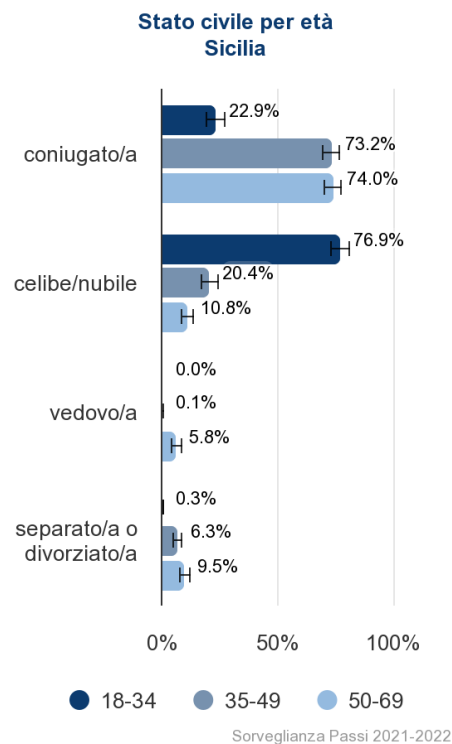
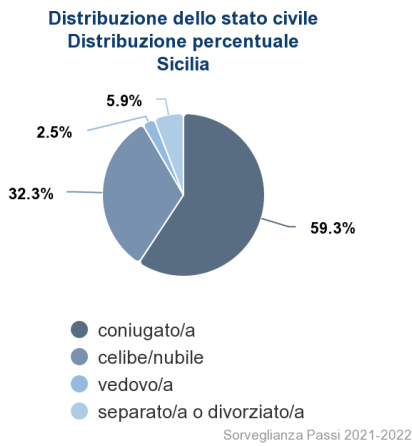


## Lo stato civile

In Sicilia i coniugati/conviventi rappresentano il 59% del campione, i celibi/nubili il 32%, il restante 9% è costituito da 50-69enni vedovi o separati o divorziati.

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

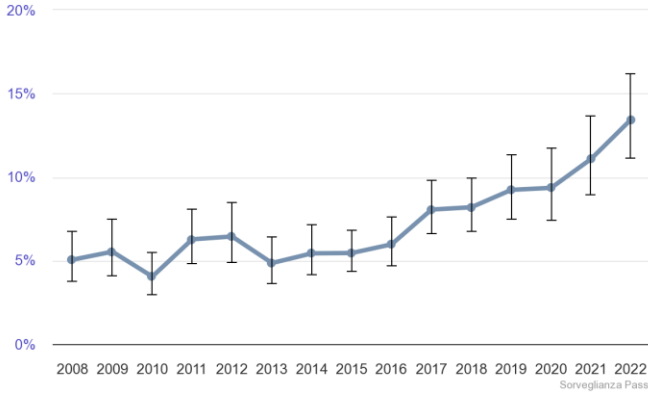
In Sicilia il 12% (11% dato nazionale) dei 18-69enni vive da solo.





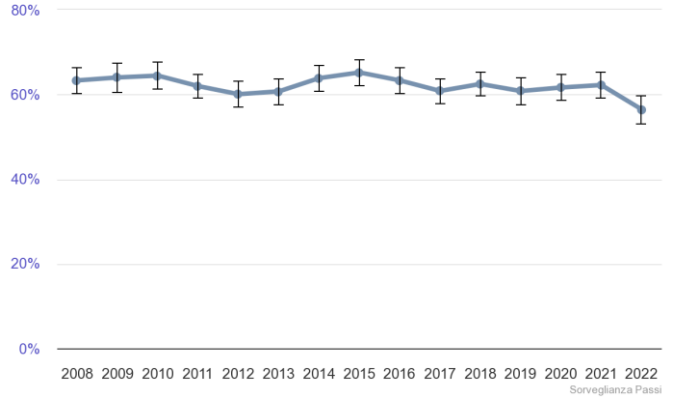
Trend annuale Vive solo Regione Sicilia

Passi 2008-2022

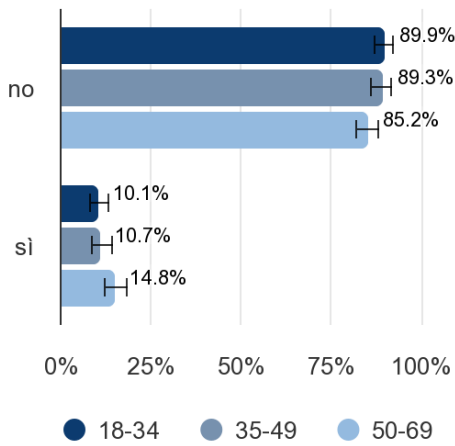


Trend annuale Coniugato Regione Sicilia

Passi 2008-2022

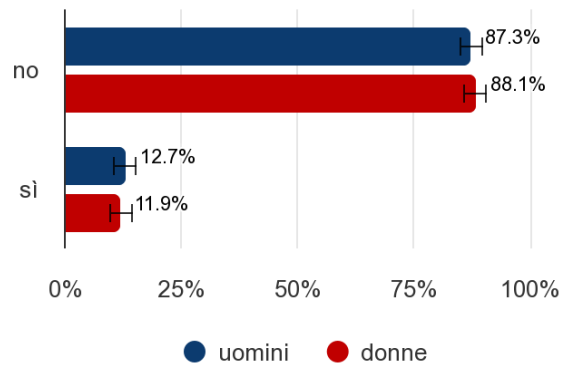


Vive da solo per età Sicilia



Sorveglianza Passi 2021-2022

Vive da solo per sesso Sicilia



Sorveglianza Passi 2021-2022

Vive solo per regione di residenza

Passi 2021-2022



- maggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- minore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Coniugato per regione di residenza

Passi 2021-2022



- maggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- minore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

## Cittadinanza

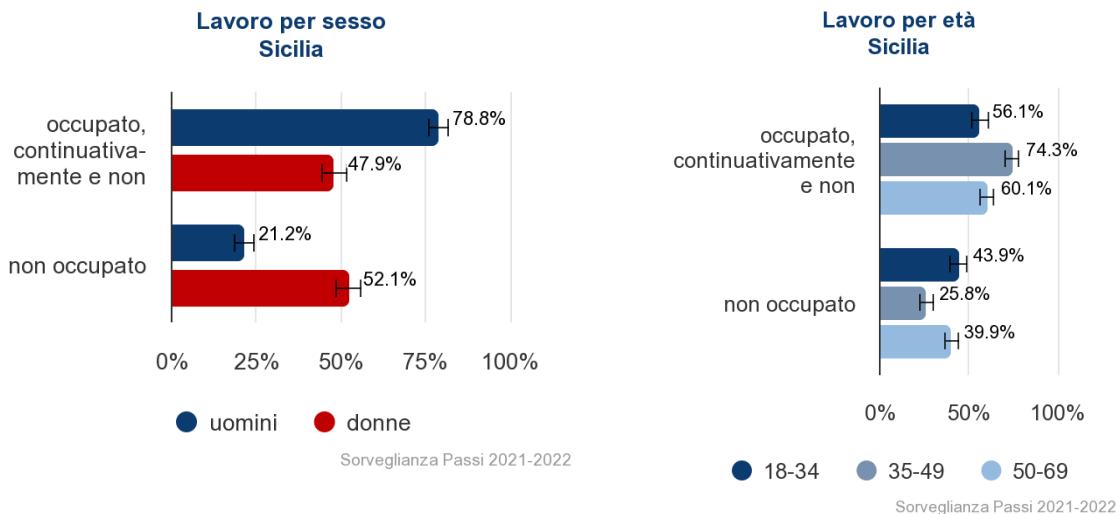
In Sicilia il campione straniero in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano rappresenta poco meno del 2%, in Italia la percentuale di cittadini stranieri è del 5%, ed è maggiore in diverse regioni del Centro-Nord, mentre è minore al Sud e nelle Isole.



## Il lavoro

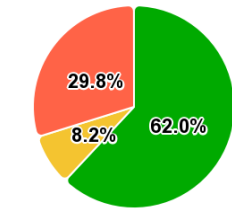
In Sicilia il 63% della popolazione riferisce di avere un'occupazione lavorativa, continuativa o meno, contro il 70% del valore nazionale.

Risultano occupati lavorativamente soprattutto gli uomini (79% vs 48% delle donne) e i 35-49enni in entrambi i sessi.



Al momento dell'intervista l'8% degli intervistati è risultato in cerca di occupazione, il 30% inattivo, cioè non lavora e non sta cercando un impiego. Tra coloro che lavorano il 71% ha un lavoro dipendente.

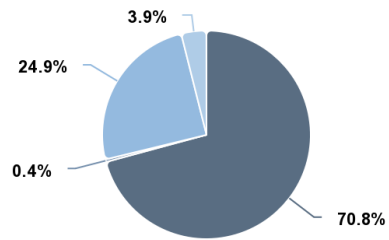
**Distribuzione dello stato lavorativo**  
Distribuzione percentuale  
Sicilia



- occupato
- in cerca occupazione
- inattivo

Sorveglianza Passi 2021-2022

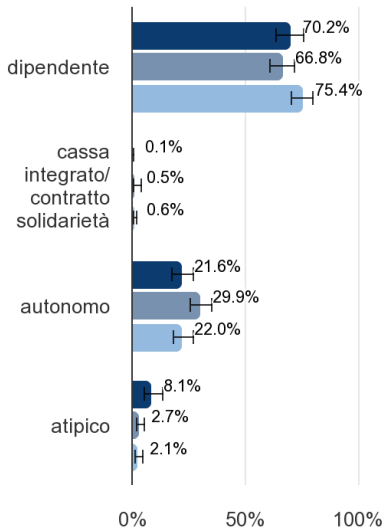
**Distribuzione della tipologia di contratto**  
Distribuzione percentuale  
Sicilia



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

Sorveglianza Passi 2021-2022

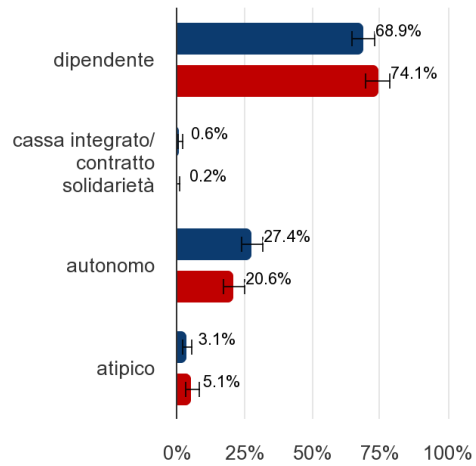
**Tipologia di contratto per età**  
Sicilia



- 18-34
- 35-49
- 50-69

Sorveglianza Passi 2021-2022

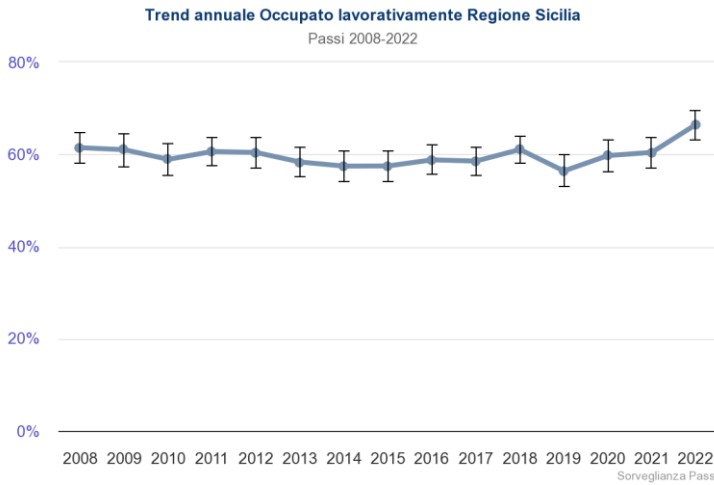
**Tipologia di contratto per sesso**  
Sicilia



- uomini
- donne

Sorveglianza Passi 2021-2022

I trend temporali evidenziano che la quota di persone con un lavoro (continuativo o non) è rimasta pressochè costante negli anni, dal 2020 si osserva un andamento leggermente in crescita.



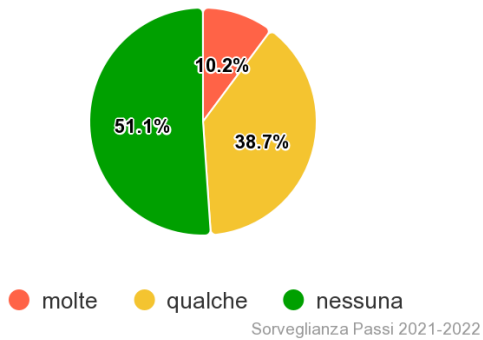
### Difficoltà economiche

In Sicilia il 10% (7% a livello nazionale) del campione regionale dichiara di avere molte difficoltà economiche. Il 51% afferma di non aver alcuna difficoltà economica.

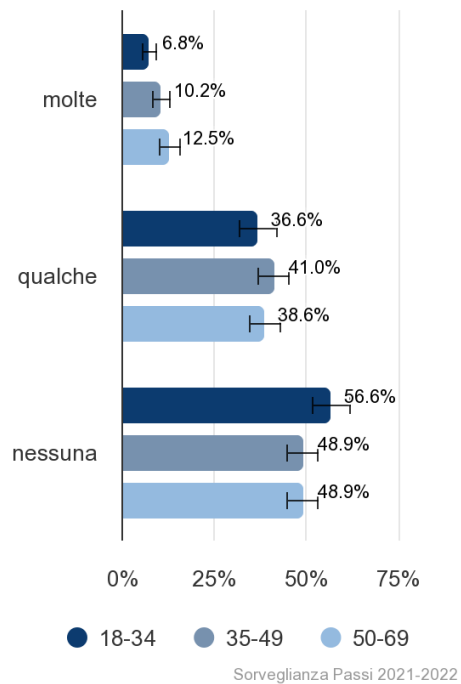
Non si evidenziano differenze significative tra le percentuali di coloro che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classe d'età.

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

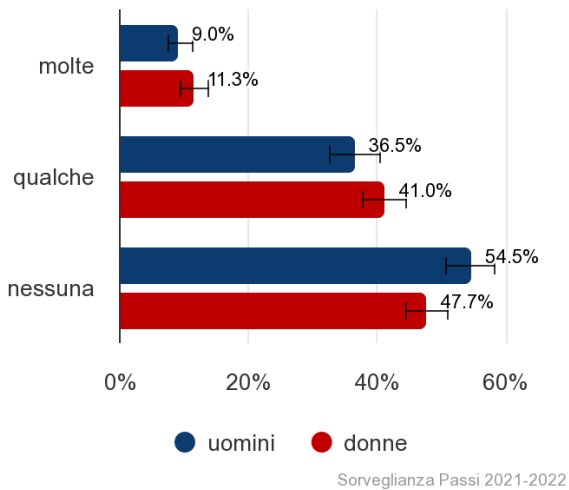
**Distribuzione delle difficoltà economiche**  
Distribuzione percentuale Sicilia



**Difficoltà economiche per età Sicilia**



**Difficoltà economiche per sesso  
Sicilia**



**Molte difficoltà economiche  
per regione di residenza**

Passi 2021-2022

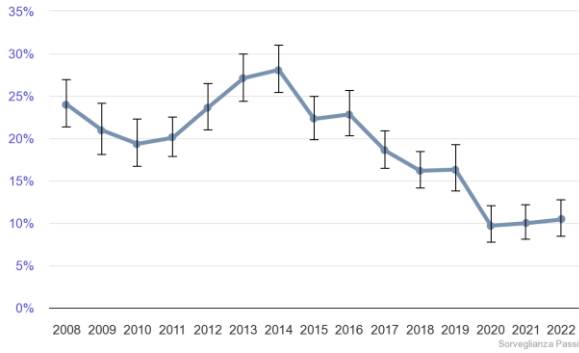


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

**Trend annuale Molte difficoltà economiche Regione Sicilia**

Passi 2008-2022



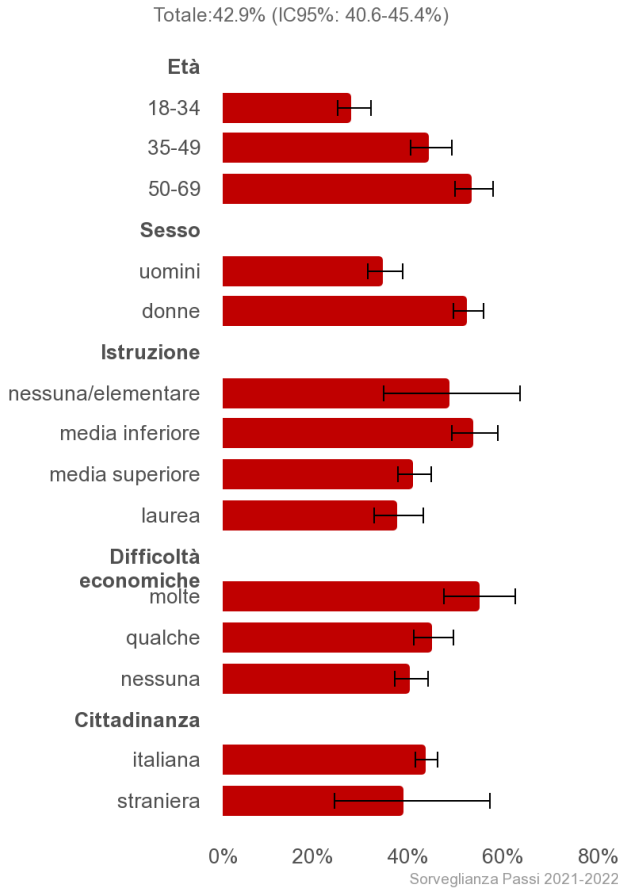
## Attività fisica secondo le raccomandazioni dell'OMS

Secondo la definizione basata sui correnti standard OMS, tra gli adulti residenti in Sicilia i "fisicamente attivi" sono il 38% della popolazione, i "parzialmente attivi" il 19% e i "sedentari" il 43% (30% dato nazionale).

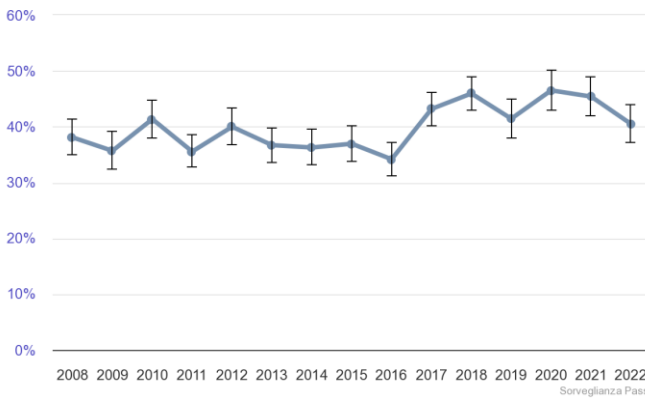
La sedentarietà è più frequente all'avanzare dell'età, raggiungendo il 53% fra i 50-69enni, fra le donne (52% vs 34% uomini) e fra le persone con molte difficoltà economiche (54%) e quelle con titolo di scuola media inferiore (53%).

Nell'ASP di Caltanissetta si registra la percentuale più bassa di sedentari fra le ASP regionali, nelle ASP di Enna e Messina invece si osserva che più di un 18-69enne su due è sedentario.

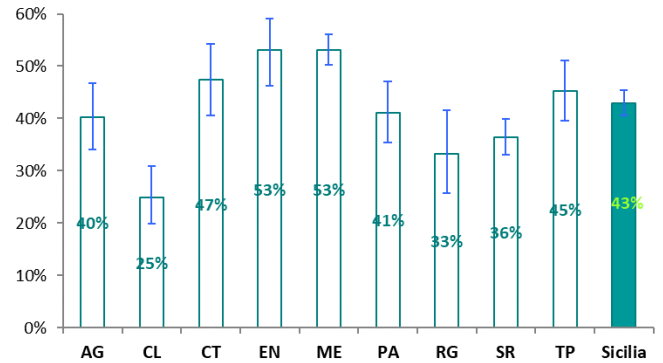
**Sedentari per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia**



**Trend annuale Sedentari Regione Sicilia**  
Passi 2008-2022



**Sedentari**  
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2021-2022



**Sedentario per regione di residenza**  
Passi 2021-2022



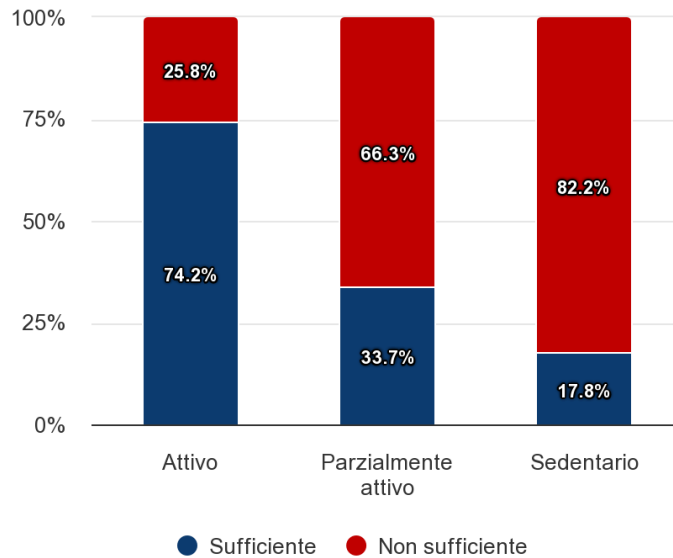
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

L'analisi temporale delle prevalenze di sedentari in Sicilia mostra un andamento complessivamente altalenante, si evidenziano le percentuali più alte di sedentarietà nel 2018 (46%) e nel 2020 (47%). Nel 2016, invece, si osserva la quota di sedentari minore (34%) dell'intero periodo osservato.

Il 34% dei parzialmente attivi e il 18% dei sedentari percepiscono come sufficiente il proprio livello di attività fisica.

### Autopercezione del livello di attività fisica Sicilia



Sorveglianza Passi 2021-2022

Gli intervistati che hanno ricevuto il consiglio, dal medico o da un operatore sanitario, di fare regolare attività fisica sono il 27% del campione, tale percentuale aumenta fra coloro che sono in eccesso ponderale (33%) e fra le persone con patologie croniche (35%).

A Catania si registra la quota più alta di persone che hanno ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica, da un medico/operatore sanitario.

### Consiglio fare attività fisica per regione di residenza

Passi 2021-2022

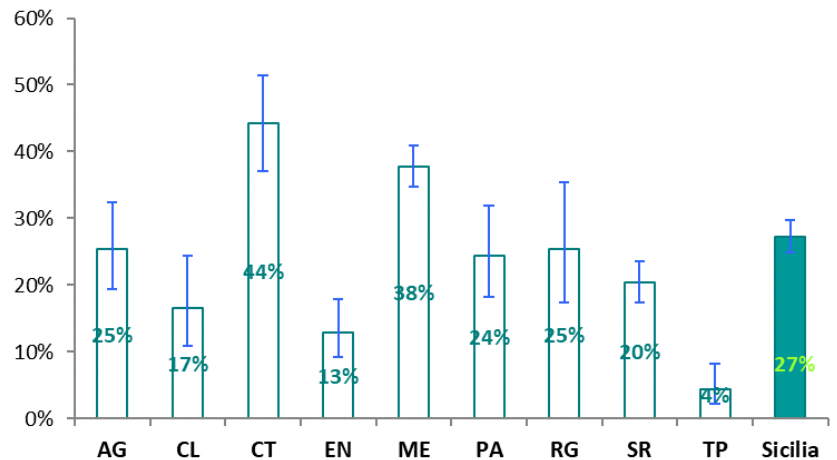


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

### Consiglio fare attività fisica

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2021-2022

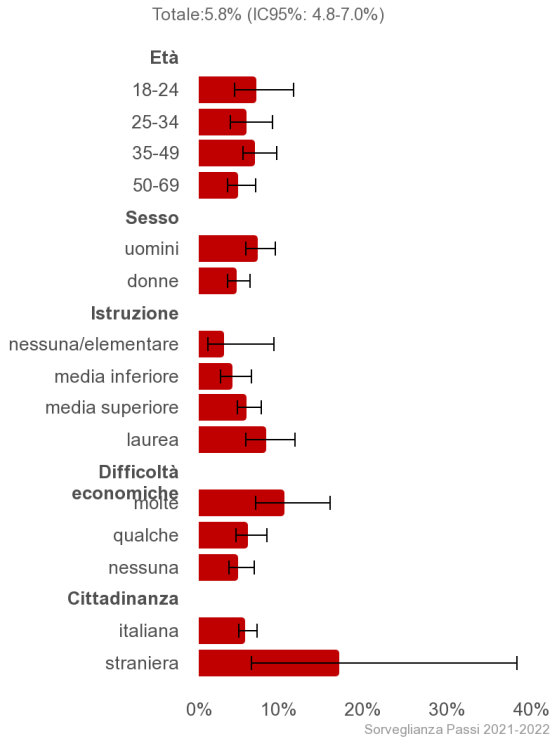


## Mobilità attiva

In Sicilia il 6% (11% valore nazionale) degli adulti utilizza la bicicletta per andare a lavoro, a scuola o per gli spostamenti quotidiani. È un'abitudine più frequente tra i 18-24enni e fra i 35-49enni, fra gli uomini, fra coloro che hanno molte difficoltà economiche e diventa più usuale all'aumentare del livello scolastico.

Chi si muove in bicicletta lo fa per quasi 4 giorni alla settimana e complessivamente per 182 minuti a settimana.

**Uso della bicicletta per gli spostamenti abituali per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia**

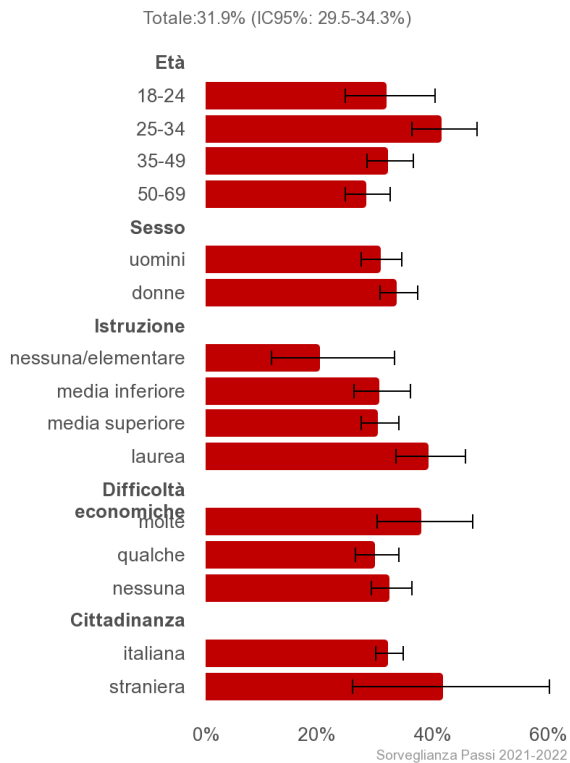


**Uso della bicicletta per gli spostamenti abituali per regione di residenza**



Il 32% (39% dato nazionale) dei 18-69enni ha percorso, nell'ultimo mese, tragitti a piedi per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali. Sono principalmente i 25-34enni, le donne, le persone con molte difficoltà economiche e le più istruite a muoversi a piedi per i propri spostamenti abituali. Chi si muove a piedi per gli spostamenti abituali lo fa mediamente per 4 giorni alla settimana, complessivamente per 164 minuti settimanali.

**Tragitti a piedi per gli spostamenti abituali per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia**



**Tragitti a piedi per gli spostamenti abituali per regione di residenza**

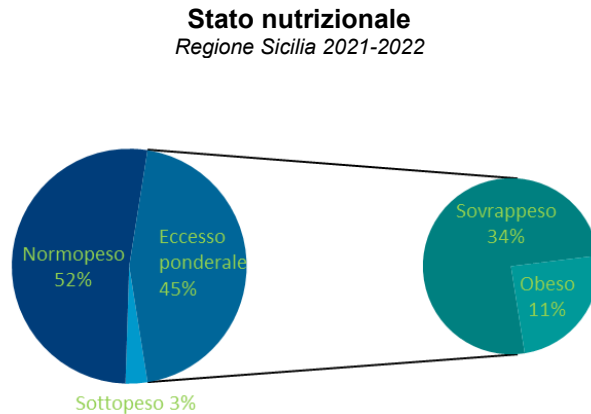




In Sicilia il 14% degli intervistati risulta fisicamente attivo con la pratica della mobilità attiva perché per i propri spostamenti abituali in bicicletta o a piedi raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS di almeno 150 minuti a settimana di attività moderata (con sessioni non inferiori ai 10 minuti continuativi); il 19% risulta parzialmente attivo per mobilità attiva praticata perché si sposta a piedi o in bicicletta ma lo fa per meno di 150 minuti a settimana; il restante 67% della popolazione si sposta con veicoli a motore (privati o pubblici) senza o con trascurabili tragitti a piedi o in bicicletta.

## Sovrappeso e obesità

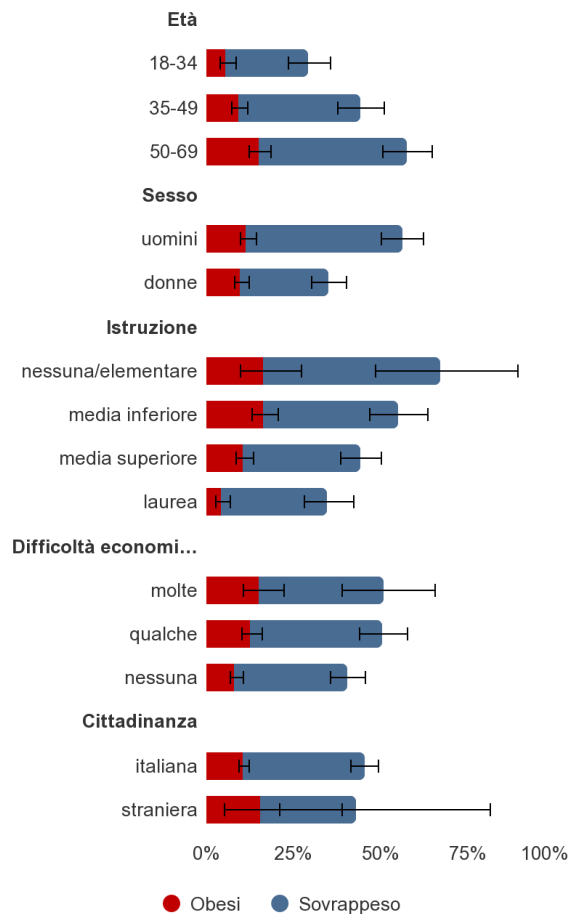
In Sicilia il 45% (43% dato nazionale) dei 18-69enni è in eccesso ponderale, più di un adulto su tre è in sovrappeso, e più di 1 adulto su 10 è obeso.



La prevalenza di persone in eccesso ponderale cresce al crescere dell'età, è più frequente fra gli uomini e fra le persone con basso titolo di studio.

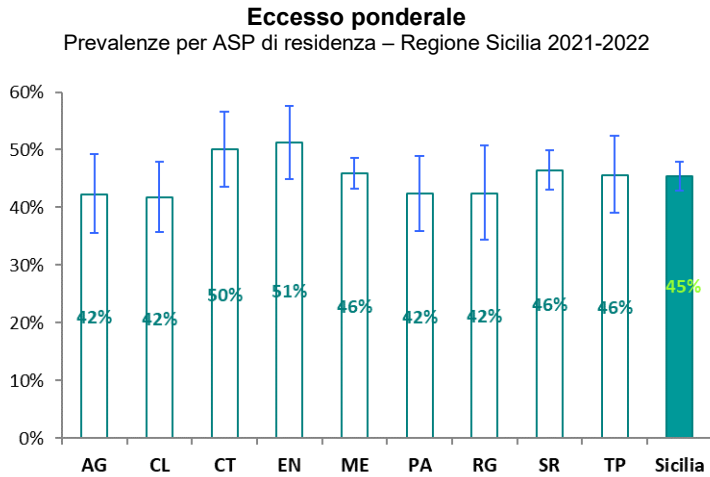
### Eccesso ponderale per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 45,4% (IC95%: 42,9-47,9%)



Sorveglianza Passi 2021-2022

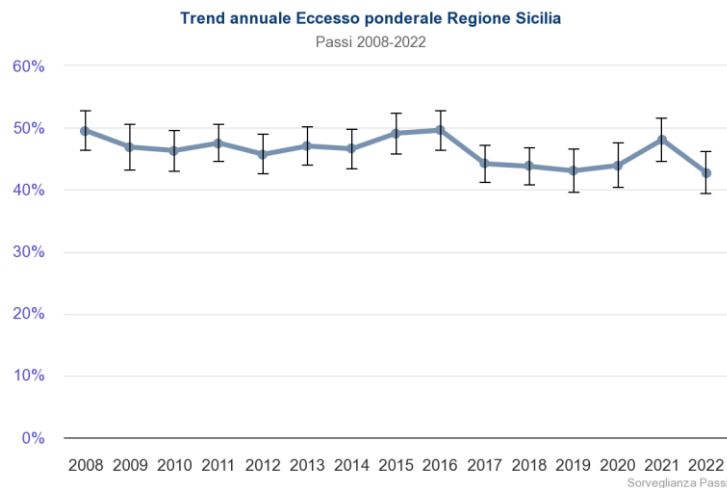
Fra le ASP siciliane, la percentuale di persone in eccesso ponderale varia dal 42% di Agrigento, Caltanissetta, Palermo e Ragusa, al 51% di Enna.



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

Sorveglianza Passi

L'analisi annuale delle prevalenze di persone in eccesso ponderale mostra un andamento in leggera, e non significativa, riduzione nel tempo (range dal 50% del 2008 e 2016 al 43% del 2019 e 2022).



In Sicilia, il 41% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso, da parte di un operatore sanitario. In particolare, ha ricevuto tale consiglio il 34% (38% dato nazionale) delle persone in sovrappeso e il 65% (68% dato nazionale) delle persone obese. Fra le ASP regionali la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di perdere peso varia dal 13% di Trapani e Trapani al 66% di Catania.

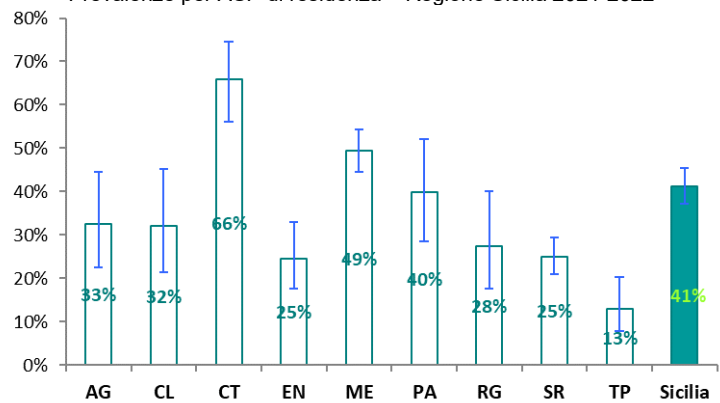
**Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale per regione di residenza**  
Passi 2021-2022



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

Sorveglianza Passi

**Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso**  
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2021-2022



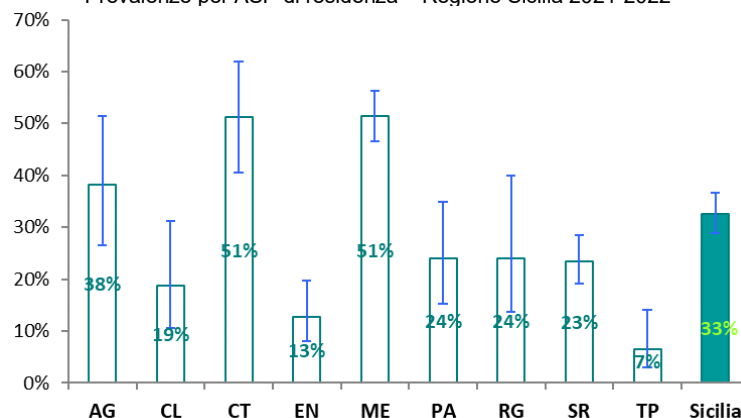
Fra le persone in eccesso ponderale la dieta viene eseguita principalmente dalle donne (34% vs 28% negli uomini), dagli obesi (42% vs 27% dei sovrappeso, e da coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (56% vs 16%).

Il 51% delle persone in sovrappeso e il 59% degli obesi è sedentario. Il 33% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 29% delle persone in sovrappeso e il 42% di quelle obese.

Fra le persone in eccesso ponderale, che hanno ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica, il 42% pratica attività fisica.

In Sicilia, le percentuali di persone, in eccesso ponderale, che hanno ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica variano dal 7% di Trapani al 51% di Catania e Messina.

**Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica**  
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2021-2022

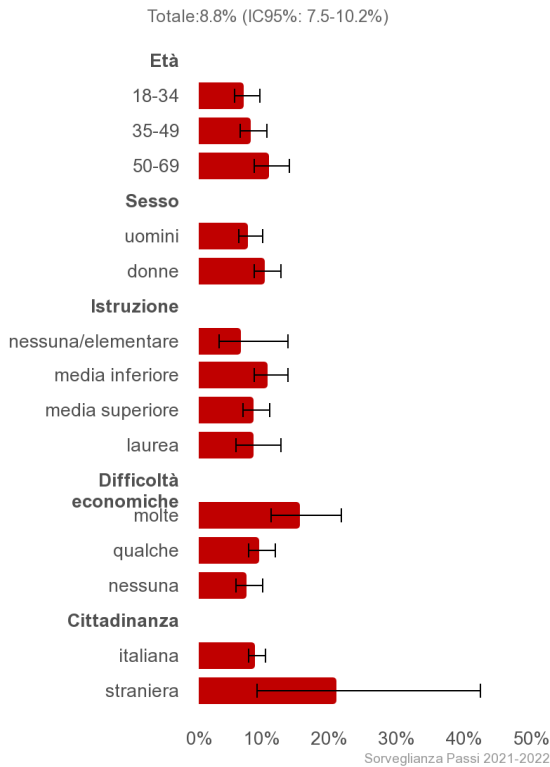


## Consumi di frutta e verdura

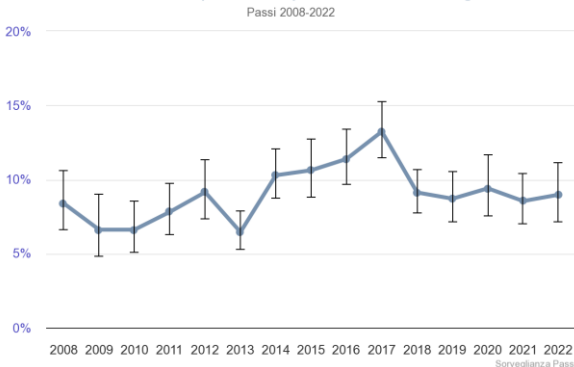
In Sicilia il 52% dei 18-69enni consuma 1-2 porzioni di frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 36% ne consuma 3-4, e il 9% (7% dato nazionale) consuma le 5 porzioni raccomandate. L'adesione al *five-a-day* aumenta al crescere dell'età passando dal 7% fra i 18-34enni all'11% fra i 50-69enni, ed è più diffusa nelle donne (10% vs 8%) e in chi ha molte difficoltà economiche (15%) rispetto a chi non ne ha nessuna (7%). Tra le ASP regionali si osserva un'elevata variabilità nell'adesione al *five-a-day*: consuma giornalmente le 5 porzioni di frutta e/o verdure raccomandate a Siracusa l'2% dei 18-69enni e ad Agrigento il 46%.

L'analisi per anno delle prevalenze di adesione al *five-a-day* mostra un trend altalenante fino al 2017, dal 2018 la quota di 18-69enni che consumano 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno si mantiene pressoché costante.

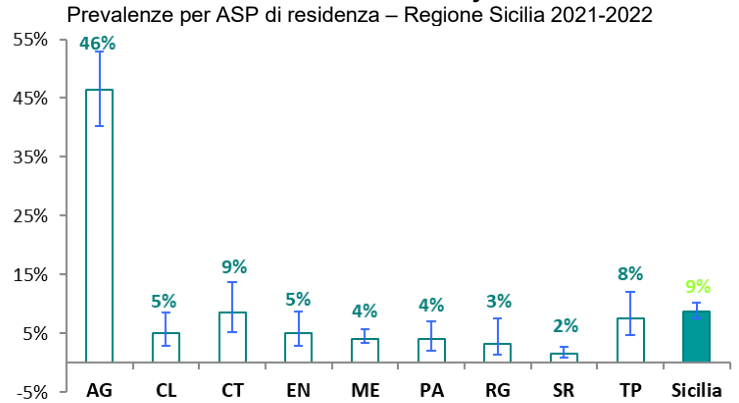
**Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia**



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



**Adesione al five-a-day**



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



Sorveglianza Passi

## Consumo di sale

Nel biennio 2021-2022, in Sicilia il 48% degli adulti intervistati (56% valore nazionale) fanno attenzione o cercano di ridurre la quantità di sale assunta a tavola, nella preparazione dei cibi e nel consumo di quelli conservati; l'11% dei 18-69enni ha cominciato a prestare attenzione all'utilizzo del sale nell'alimentazione nel corso dell'ultimo anno.

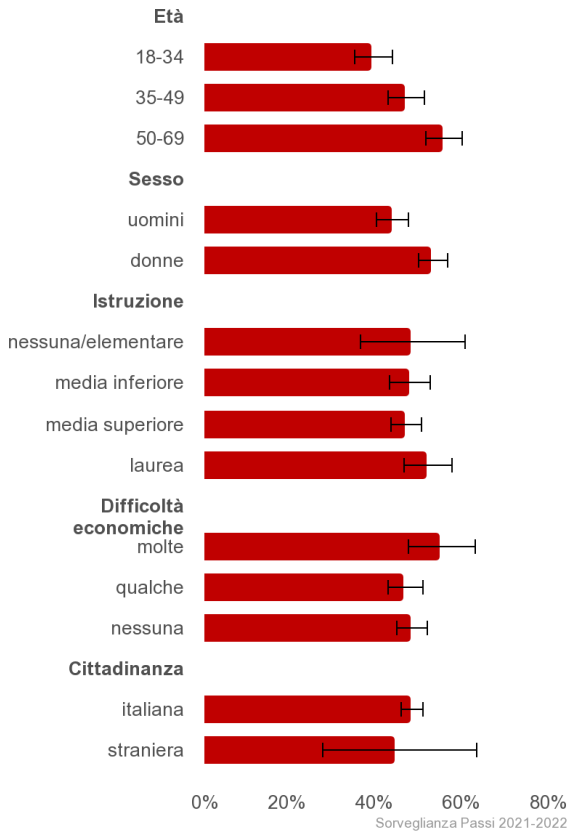
L'uso consapevole del sale aumenta al crescere dell'età fino a raggiungere il 55% nei 50-69enni, è più frequente fra le donne (52%), nei laureati (51%) e in chi ha molte difficoltà economiche (55%).

Negli anni, si osserva un andamento abbastanza stabile delle quote di adulti che fanno attenzione al consumo di sale. Nel 2022 si registra la quota più bassa (44%), del periodo considerato, di 18-69enni che fanno un uso consapevole del sale.

L'uso consapevole del sale è più frequente fra coloro che sono affetti da almeno una patologia cronica (63%); e in particolare tra chi ha una diagnosi di ipertensione arteriosa o di insufficienza renale (per le quali la riduzione del consumo di sale diventa strumento di controllo della malattia), la percentuale di chi ne fa un uso consapevole risulta più alta (74%).

**Adulti che fanno attenzione al consumo di sale per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia**

Totale: 47.8% (IC95%: 45.4-50.3%)



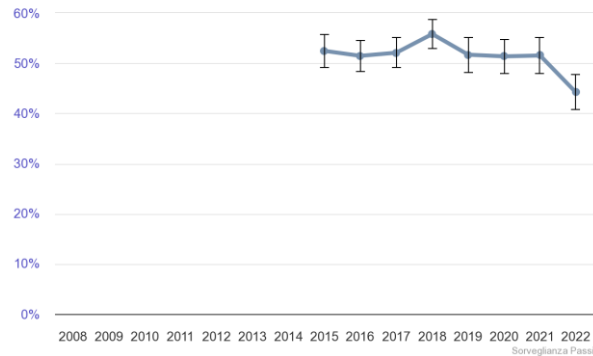
**Adulti che fanno attenzione al consumo di sale per regione di residenza**

Passi 2021-2022



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

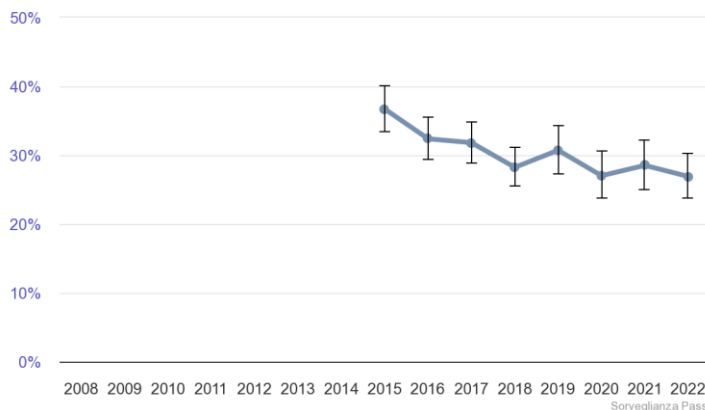
**Trend annuale Adulti che fanno attenzione al consumo di sale Regione Sicilia**  
Passi 2008-2022



Fra coloro che hanno avuto un contatto con un medico o altro operatore sanitario nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 28% degli intervistati ed in particolare il 67% fra le persone con ipertensione o insufficienza renale, riferisce di aver ricevuto il consiglio su un utilizzo appropriato del sale nella dieta.

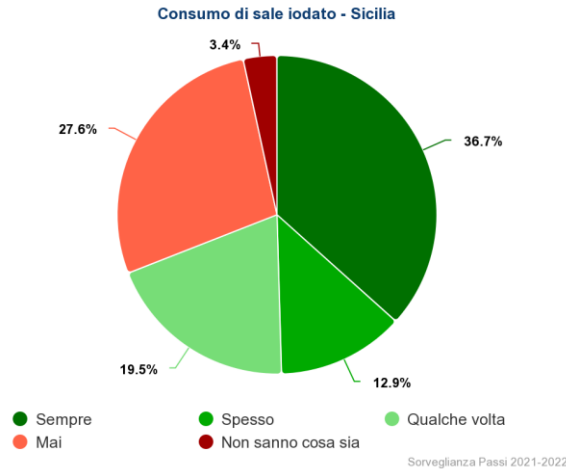
Nel periodo 2015-2022 si osserva una riduzione, seppur non costante, delle percentuali di persone che hanno ricevuto il consiglio di fare attenzione o di ridurre il consumo di sale (dal 37% nel 2015 al 27% nel 2022).

**Trend annuale Consiglio di fare attenzione o di ridurre il consumo di sale alla popolazione generale \* Regione Sicilia**  
Passi 2008-2022



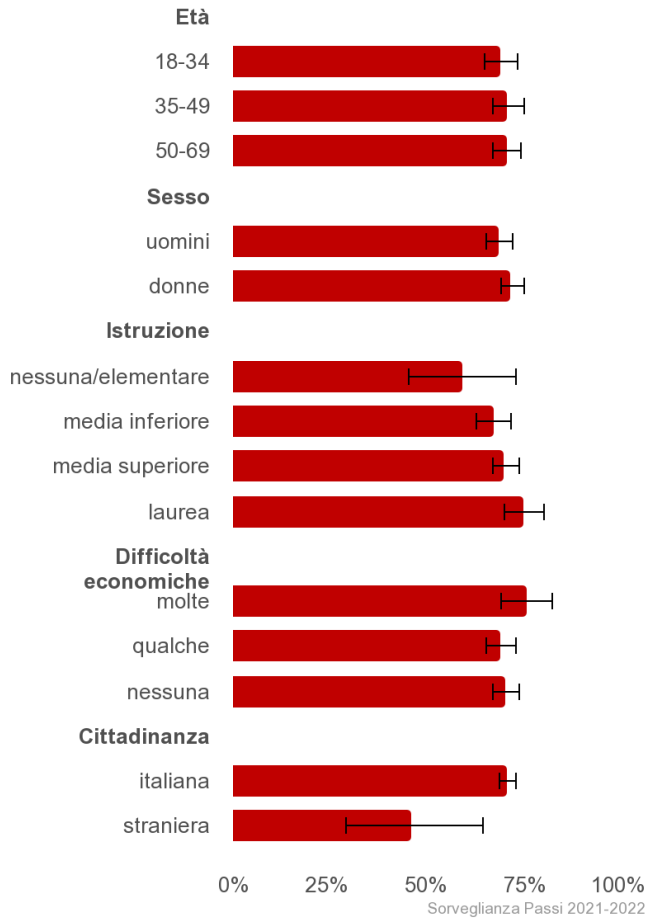
In Sicilia il 69% (77% dato nazionale) delle persone intervistate sceglie di utilizzare il sale iodato, il 37% lo usa sempre, il 20% qualche volta e il 13% spesso. Il 3% degli intervistati non sa cosa sia il sale iodato.

L'uso del sale iodato è un'abitudine più diffusa fra le donne, fra chi ha molte difficoltà economiche e aumenta all'aumentare del livello d'istruzione. Il consumo del sale iodato cresce, in maniera leggermente altalenante, nel tempo (dal 60% nel 2015 al 69% nel 2022).



### Adulti che usano sale iodato per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

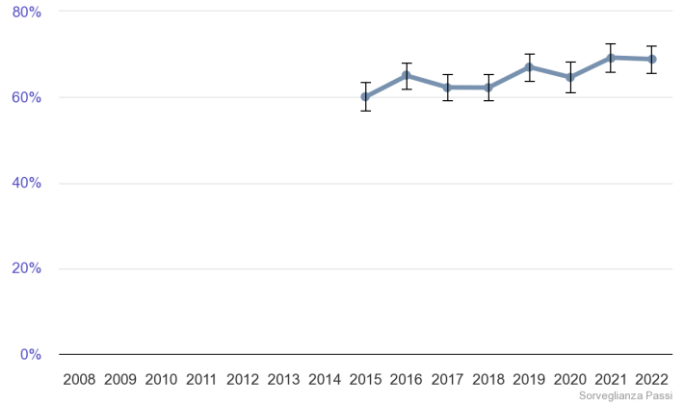
Popolazione di riferimento:  
Totale: 69.0% (IC95%: 66.8-71.2%)



### Adulti che usano sale iodato per regione di residenza Passi 2021-2022



### Trend annuale Adulti che usano sale iodato Regione Sicilia Passi 2008-2022



## Consumo di alcol

In Sicilia nel biennio 2021-2022, il 48% dei 18-69enni ha consumato almeno una bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni, il 10% di coloro che consumano alcol lo beve esclusivamente o prevalentemente fuori pasto, l'1% dei bevitori è un consumatore abituale elevato, il 7% degli intervistati è un consumatore binge.

### Consumo a maggior rischio

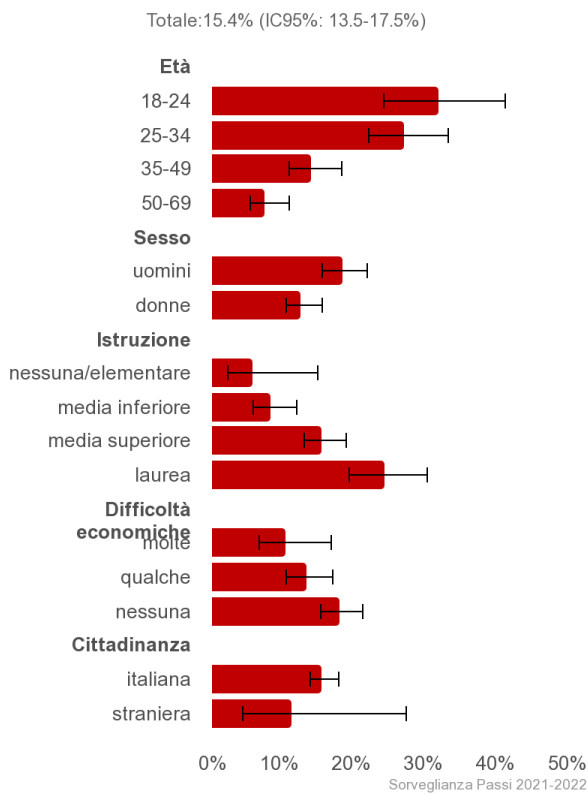
In Sicilia il 15% (17% dato nazionale) dei 18-69enni è un consumatore di alcol a "maggior rischio", perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.

Il consumo di alcol a maggior rischio è un comportamento più frequente tra i 18-24enni (31%), tra gli uomini (18% vs 13%), tra chi non ha nessuna difficoltà economiche (18%) e tra fra i laureati (24%).

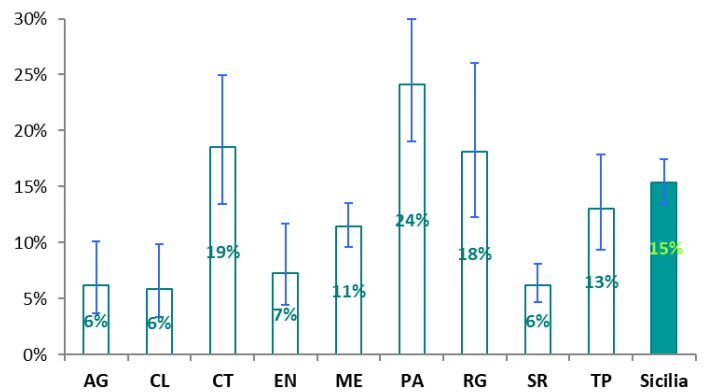
Tra le ASP regionali le percentuali di consumatori di alcool a maggior rischio varia dal 6% di Agrigento, Caltanissetta e Siracusa al 24% di Palermo.

L'analisi annuale, delle percentuali di consumatori a maggior rischio, evidenzia nei primi 9 anni un andamento variabile e dal 2019 un trend in crescita.

**Consumo alcolico a maggior rischio per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia**



**Consumo a maggior rischio**  
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2021-2022



**Consumo a maggior rischio per regione di residenza**

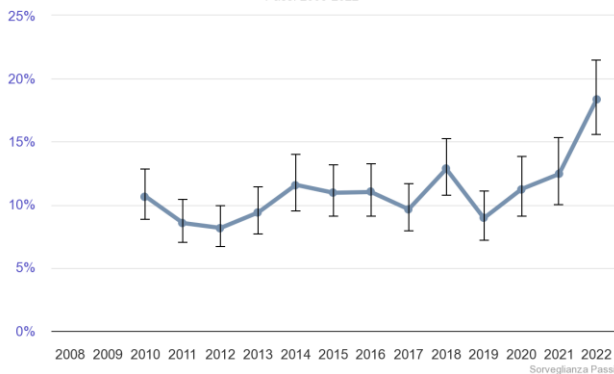
Passi 2021-2022



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

Sorveglianza Passi

**Trend annuale Consumo a maggior rischio Regione Sicilia**  
Passi 2008-2022





### Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico

Solo il 4% dei bevitori a maggior rischio (7% dato nazionale) ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte del medico, hanno ricevuto il consiglio principalmente coloro che fanno un consumo abituale di alcool elevato (7%).

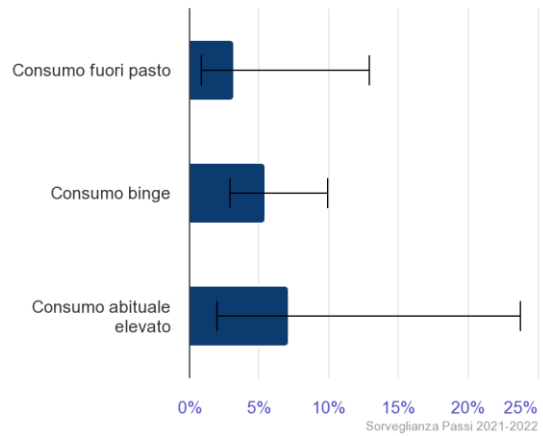
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico per regione di residenza  
Passi 2021-2022



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

Sorveglianza Passi

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

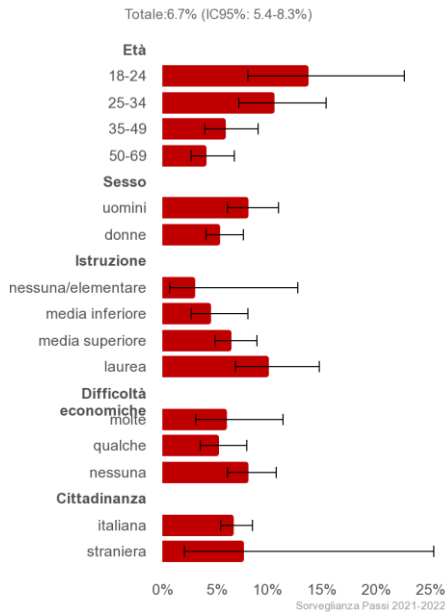


Sorveglianza Passi 2021-2022

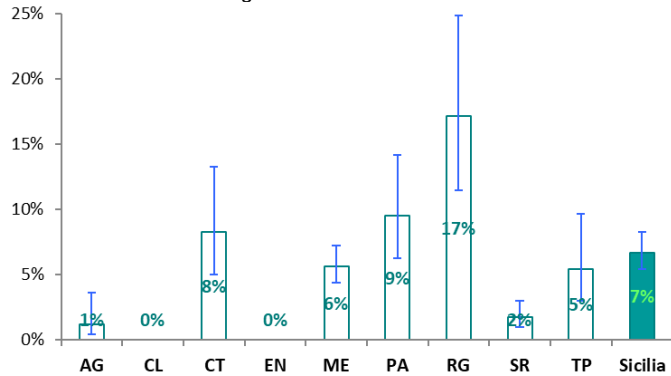
### Consumo binge

In Sicilia il 7% (9% in Italia) della popolazione adulta è classificabile come consumatore binge. Il consumo binge è più frequente nei 25-34enni (14%), negli uomini (8% vs 5%), nei laureati (10%) e in chi dichiara di non avere nessuna difficoltà economica (8%). A Caltanissetta ed Enna, nel biennio considerato, nessun intervistato è risultato consumatore binge, a Ragusa il 17% dei 18-69enni intervistati può essere definito un *binge drinker*.

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



Consumo binge Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2021-2022



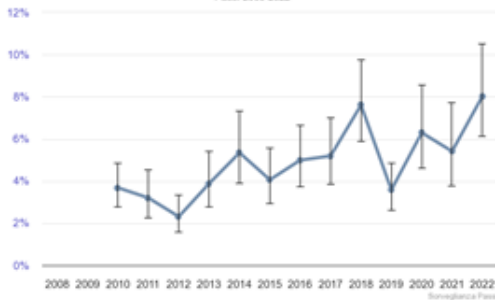
Consumo binge per regione di residenza Passi 2021-2022



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

Sorveglianza Passi

Trend annuale Consumo binge Regione Sicilia Passi 2008-2022



## Abitudine al fumo

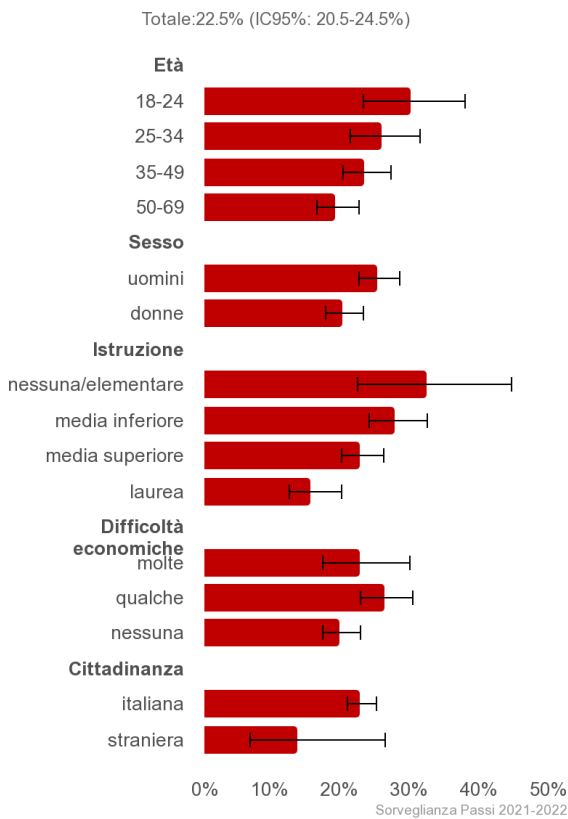
Il fumo di tabacco, oggi in Italia, costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. I fumatori in Sicilia sono il 23% (valore nazionale 24%), tra questi il 21% è un *fumatore quotidiano* in quanto fuma ogni giorno. In media un fumatore abituale fuma 12 sigarette al giorno. Il 64% dei 18-69enni siciliani non fuma.

### Fumatori

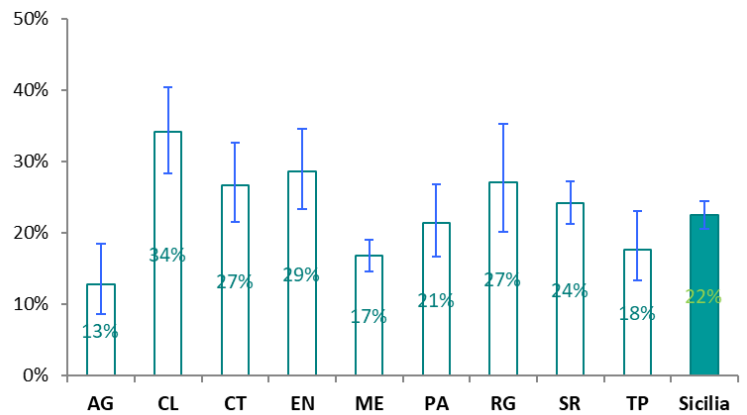
L'abitudine al fumo diminuisce al crescere dell'età (30% nei 18-24enni - 19% nei 50-69enni) e al crescere del titolo di studio (32% in chi non ha nessun titolo di studio o la licenza elementare – 16% nei laureati), è più frequente negli uomini (25% vs 20%), in chi ha qualche difficoltà economica (26%).

Fra le ASP regionali la quota di fumatori più bassa si osserva ad Agrigento, la quota più alta a Caltanissetta. Il trend annuale delle prevalenze dei fumatori è un trend complessivamente in decrescita anche se non in modo lineare.

**Fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia**



**Fumatori**  
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2021-2022



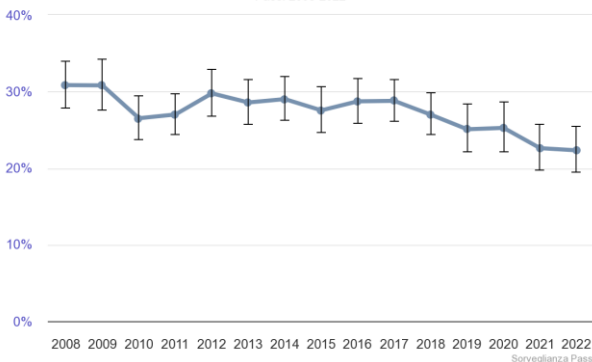
**Fumatori per regione di residenza**  
Passi 2021-2022



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

Sorveglianza Passi

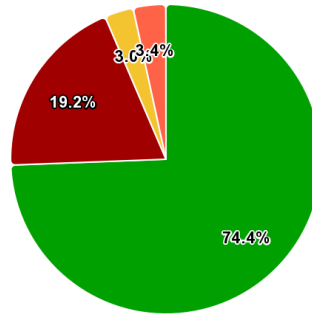
**Trend annuale Fumatore Regione Sicilia**  
Passi 2008-2022



**Utilizzo composito di sigarette tradizionali e di dispositivi elettronici (e-cig e/o HTP)**

Nel biennio 2021-2022, il 19% 18-69enni intervistati riferisce un uso esclusivo di sigarette tradizionali, il 3% dichiara sia di fumare sigarette tradizionali che di utilizzare un dispositivo elettronico (fra e-cig e/o HTP) e il 3% fa invece un uso esclusivo di dispositivi elettronici (e-cig e/o HTP) rimanendo comunque esposti ai rischi di dipendenza da nicotina e ai rischi residuali della combustione del tabacco (comunque presente anche nelle HTP).

Utilizzo composito di sigarette tradizionali e dispositivi elettronici - Sicilia



- Né sigarette né dispositivi elettronici
- Esclusivamente sigarette
- Esclusivamente dispositivi elettronici
- Sigarette + dispositivi elettronici

Sorveglianza Passi 2021-2022

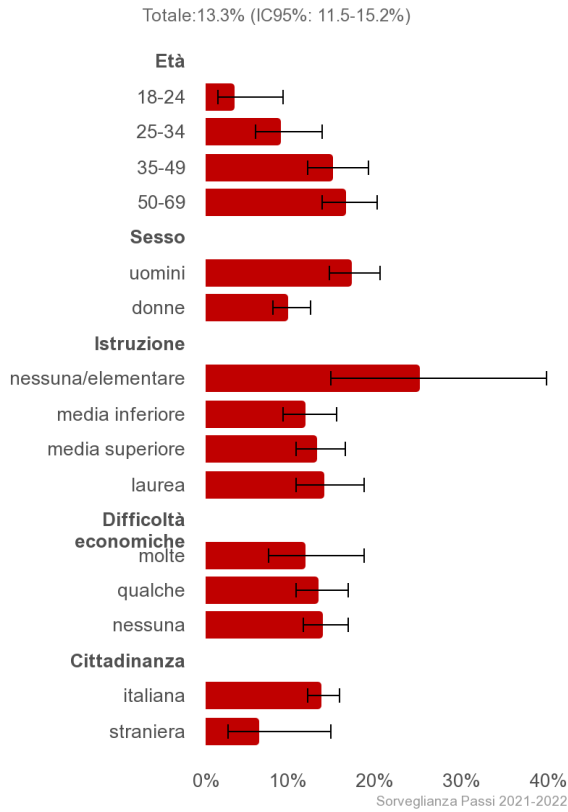
**Ex- fumatori**

In Sicilia il 13% del campione intervistato ha smesso di fumare. La percentuale di ex-fumatori aumenta al crescere dell'età (dal 4% nei 18-24enni al 16% nei 50-69enni), ed è più elevata negli uomini (17% vs 10%), in coloro che hanno o nessun titolo di studio o la licenza elementare (25%) e in coloro che hanno non hanno difficoltà economiche (14%).

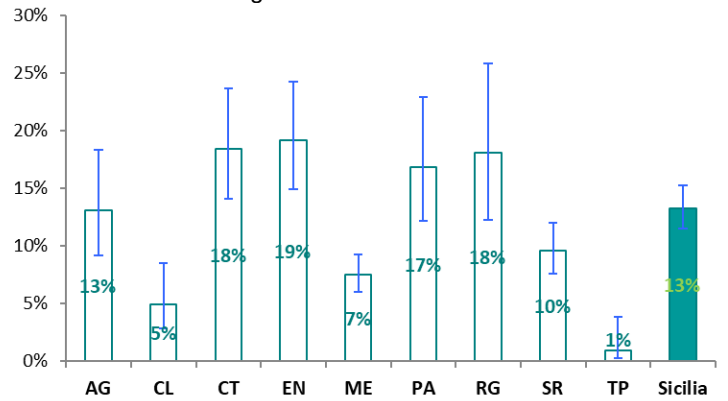
In Sicilia le percentuali di ex fumatori variano dall'1% di Trapani al 19% di Enna.

In Italia il 17% degli intervistati è ex fumatore, si osserva un evidente gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.

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



**Ex-Fumatori**  
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2021-2022



**Ex Fumatori per regione di residenza**  
Passi 2021-2022



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

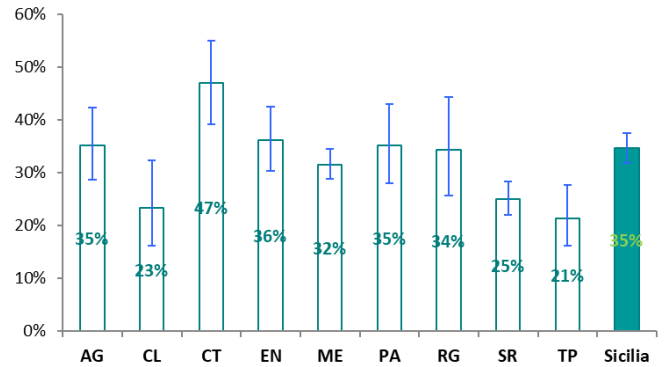
Sorveglianza Passi

Il 35% (36% valore nazionale) degli intervistati ha ricevuto domande sull'abitudine al fumo da parte di un medico/operatore sanitario, in particolare, hanno ricevuto tale domanda il 61% dei fumatori, il 48% degli ex fumatori e il 22% dei non fumatori.

Tra le ASP siciliane, si osserva una grande variabilità delle percentuali di persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo: il range va dal 12% di Trapani al 47% di Catania.

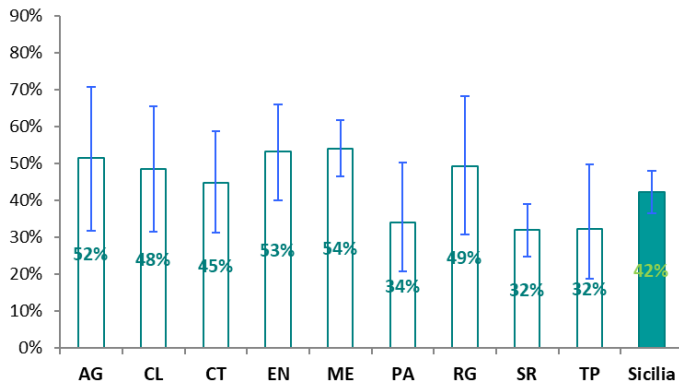


**Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo**  
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2021-2022

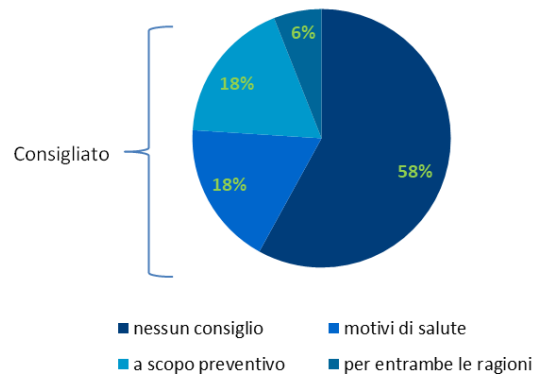


In Sicilia al 42% (47% dato nazionale), dei fumatori è stato consigliato di smettere di fumare sia a scopo preventivo che per motivi di salute. Fra le ASP siciliane, Siracusa e Trapani risultano le ASP con la percentuale più bassa (32%) di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare, Messina l'ASP con la percentuale più alta (54%). Il 58% dei fumatori non ha ricevuto alcun consiglio, di smettere di fumare, da parte di un medico o di un operatore sanitario.

**Consiglio smettere di fumare**  
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2021-2022



**Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione**  
Regione Sicilia - Passi 2021-2022\*



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

## Smettere di fumare

Nel biennio 2021-22 il 27% (33% media nazionale) dei fumatori ha tentato di smettere di fumare nei dodici mesi precedenti l'intervista, di questi il 25% è riuscito a smettere (ha smesso di fumare da 6 mesi o più), il 64% ha fallito il tentativo e l'11% sta ancora tentando (astinenti da meno di 6 mesi). Il 78% di coloro che hanno smesso di fumare ha riferito di esserci riuscito da solo senza nessun ausilio, il 21% ha fatto ricorso all'utilizzo della sigaretta elettronica.

Nel periodo 2008-2022 si osserva una riduzione della percentuale di persone che hanno tentato di smettere di fumare.

### Tentativo di smettere di fumare per regione di residenza

Passi 2021-2022

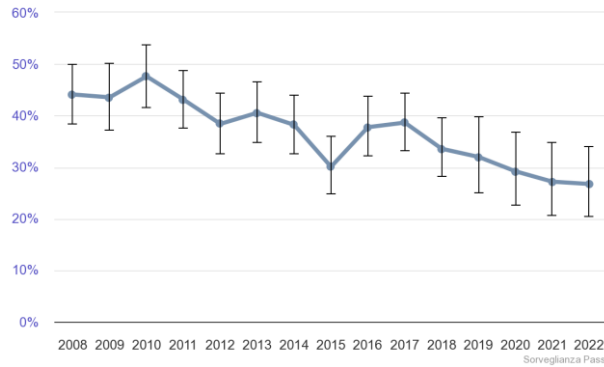


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

### Trend annuale Tentativo di smettere di fumare Regione Sicilia

Passi 2008-2022



## Fumo passivo

Nel biennio 2021-2022 la sorveglianza PASSI ha indagato la percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro ma non nei locali pubblici.

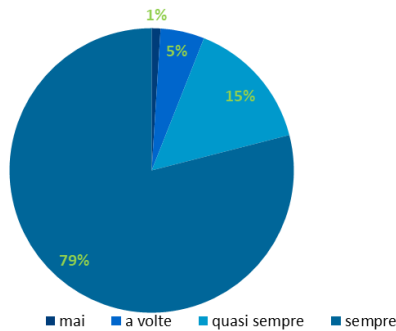
### Rispetto del divieto sul luogo di lavoro

Il 94% (96% dato nazionale) dei lavoratori intervistati nel biennio 2021-2022 afferma che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre, l'1% riferisce, invece, che non è mai rispettato.

Tra le ASP siciliane nell'ASP di Palermo si osserva la percentuale minore di lavoratori che percepiscono sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi di lavoro.

La quota di persone che rispettano il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è aumentata nel tempo, sebbene non in modo lineare.

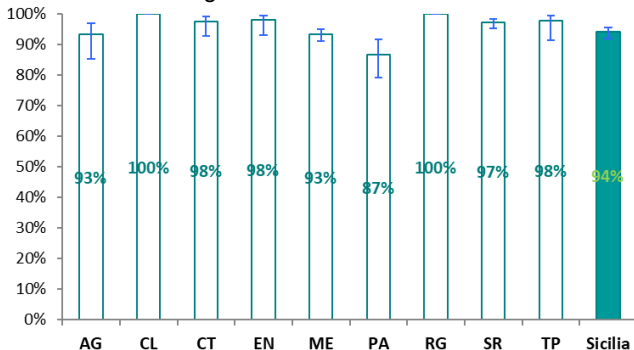
**Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro**  
Regione Sicilia- Passi 2021-2022\*



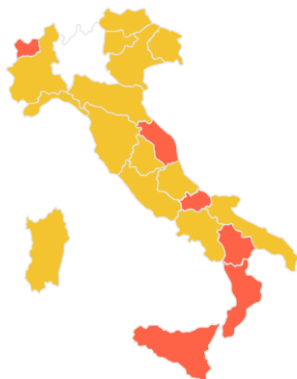
\*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2021-2022



Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro per regione di residenza  
Passi 2021-2022

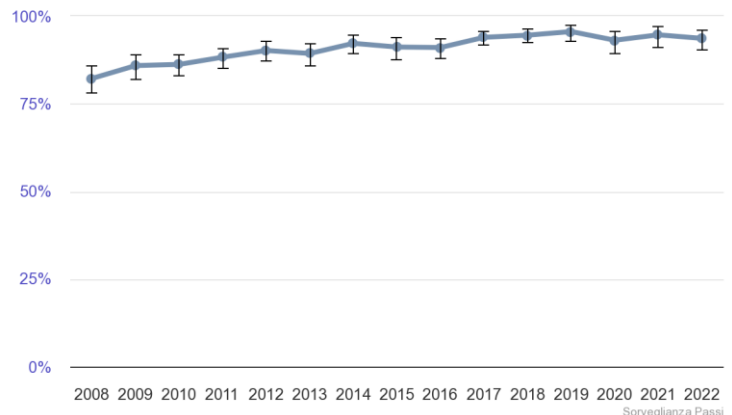


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

Passi 2008-2022



Sorveglianza Passi

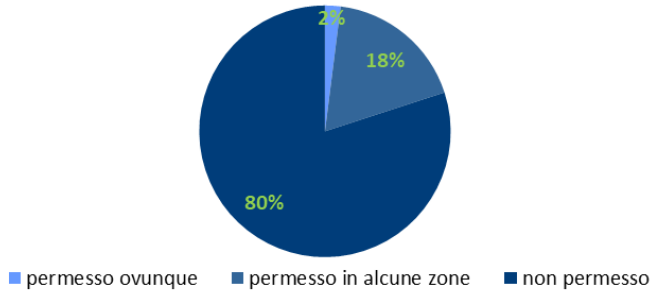
### Astensione fumo in casa

In Sicilia, l'80% degli intervistati (85% valore nazionale) riferisce che non si fuma in casa.

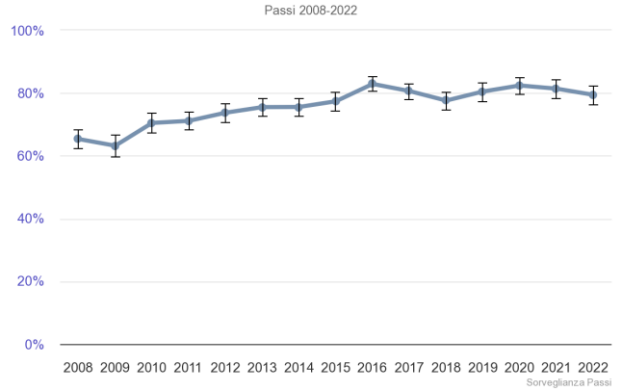
Fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni, l'astensione al fumo in casa è rispettata dall'81% degli intervistati.

Astenersi dal fumare nella propria è un'abitudine che cresce nel tempo, seppur non sempre in modo lineare.

#### Astensione dal fumo nella propria abitazione Regione Sicilia- Passi 2021-2022



#### Trend annuale Astensione dal fumo in casa Regione Sicilia



#### Astensione dal fumo in casa per regione di residenza

Passi 2021-2022



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

Sorveglianza Passi



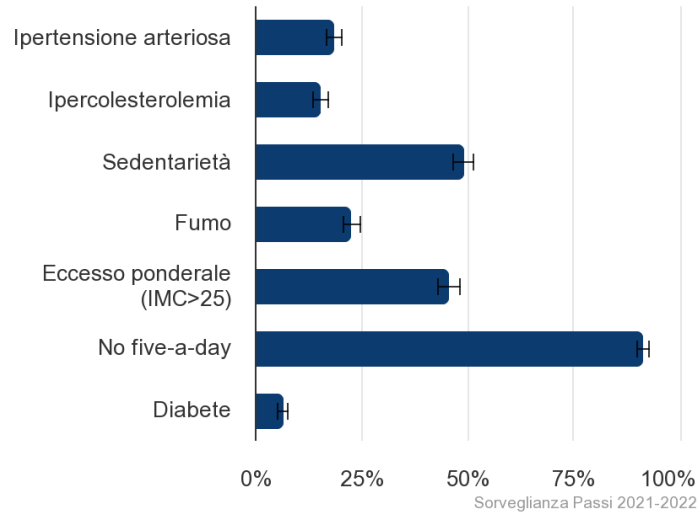
## Rischio cardiovascolare

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

I fattori di rischio più rilevanti, in Sicilia, risultano essere il non mangiare frutta e/o verdura 5 volte al giorno (91%), la sedentarietà (49%) e l'eccesso ponderale (46%).

Complessivamente il 44% degli intervistati presenta almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare. Solo il 2% risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

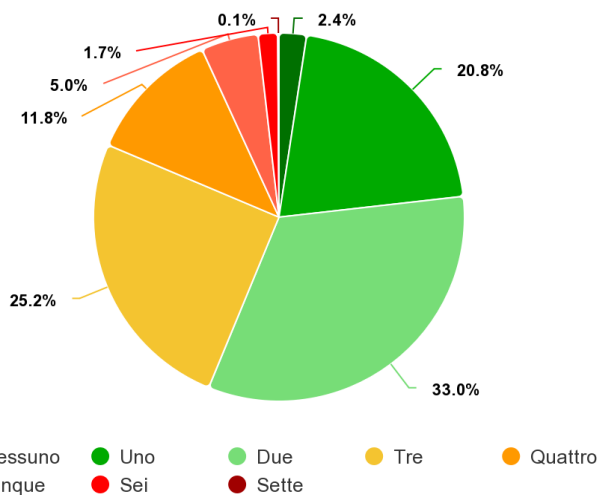
**Fattori di rischio cardiovascolare  
nella popolazione 18-69 anni  
Sicilia**



*Ipertensione riferita: tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa.*

*Ipercolesterolemia riferita: tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia.*

**Profili di rischio multifattoriale - Distribuzione percentuale  
Sicilia**



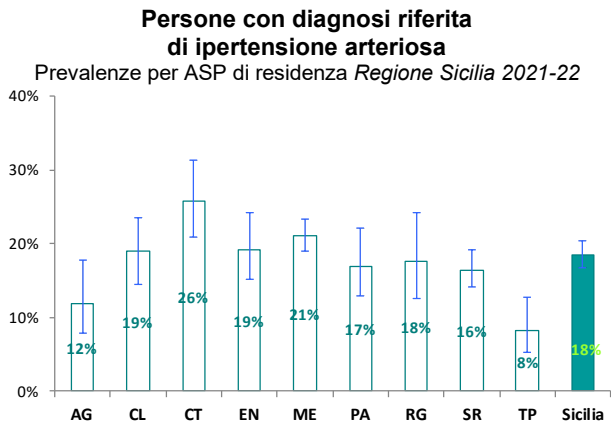
*Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.*

## Ipertensione arteriosa

In Sicilia il 18% dei 18-69enni soffre di ipertensione arteriosa (19% valore nazionale).

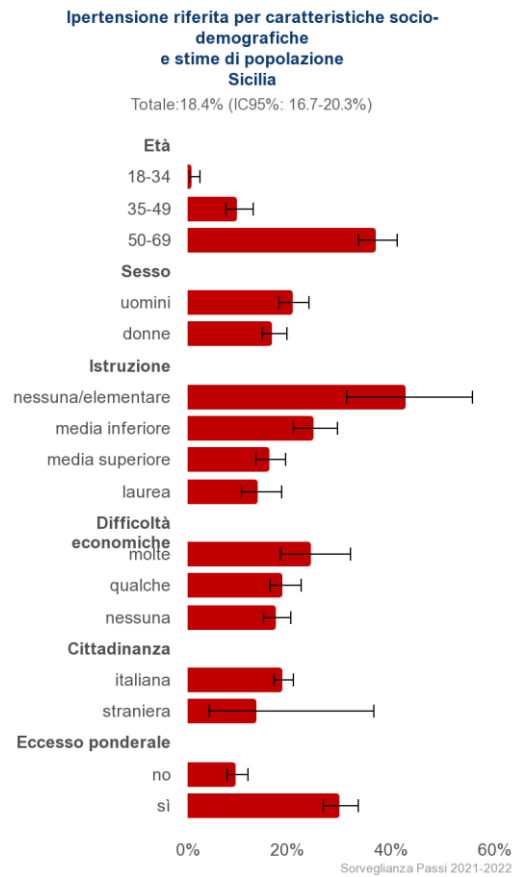
Percentuali più elevate di ipertesi si osservano al crescere dell'età (1% nei 18-34enni vs 37% nei 50-69enni), negli uomini (20% vs 17%), nelle persone con nessun titolo di studio o licenza elementare (42% vs 14% nei laureati), in coloro che hanno molte difficoltà economiche (24% vs 17% di chi non ne ha) e nelle persone con eccesso ponderale (29% vs 10%).

Le percentuali di ipertesi, fra le province regionali, variano dall'8% di Trapani al 26% di Catania.

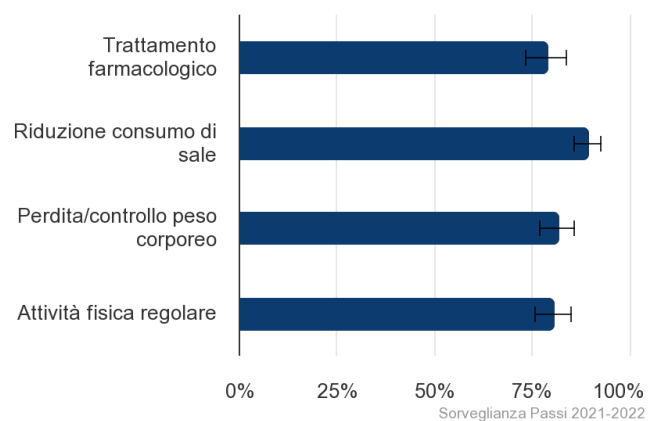


In Sicilia il 79% (78% valore nazionale) degli ipertesi utilizza farmaci antipertensivi (range dal 70% di Catania al 95% di Caltanissetta).

Il 90% degli ipertesi ha ricevuto il consiglio dal proprio medico di ridurre il consumo di sale, l'82% di ridurre o mantenere il peso corporeo e l'81% di svolgere regolare attività fisica.



### Trattamento dell'ipertensione Percentuali per trattamento/conseglio ricevuto Sicilia

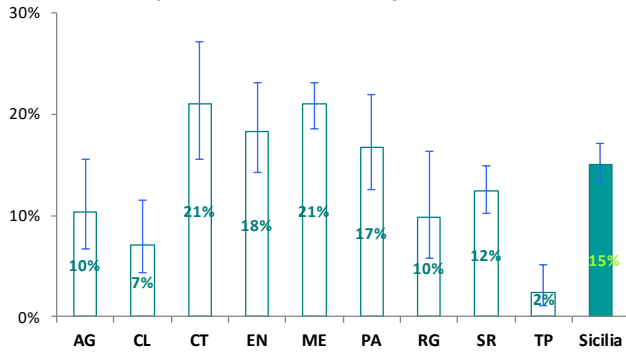


## Ipercolesterolemia

In Sicilia il 15% degli intervistati ai quali è stato misurato il colesterolo, è ipercolesterolemico (18% valore nazionale).

L'ipercolesterolemia risulta più frequente al crescere dell'età (4% nei 18-34enni vs 27% nei 50-69enni), nelle persone socio-economicamente svantaggiate per istruzione e/o condizioni economiche, e nelle persone in eccesso ponderale (22% vs 9%). Le percentuali di ipercolesterolemici in Sicilia variano dal 2% di Trapani al 21% di Catania e Messina.

**Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia**  
Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2021-22

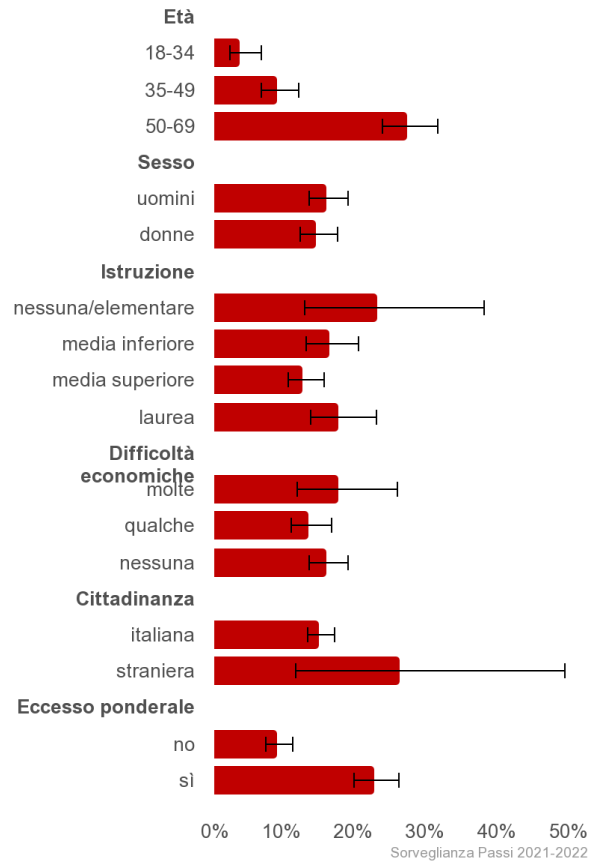


Il 41% (40% dato nazionale) delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue è in trattamento farmacologico (range dal 21% di Palermo al 69% di Caltanissetta).

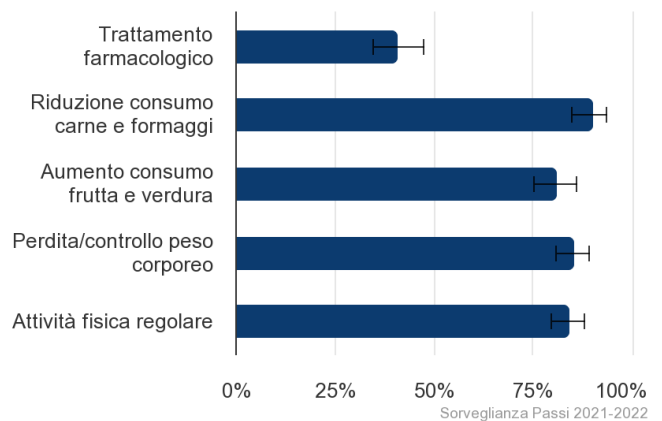
Gli ipercolesterolemici hanno ricevuto da parte dal medico il consiglio di ridurre il consumo di carne e formaggi (90%), di aumentare il consumo di frutta e verdura (81%), di ridurre o controllare il proprio peso (85%) e di svolgere regolare attività fisica (84%).

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

Totale: 15.1% (IC95%: 13.3-17.1%)



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

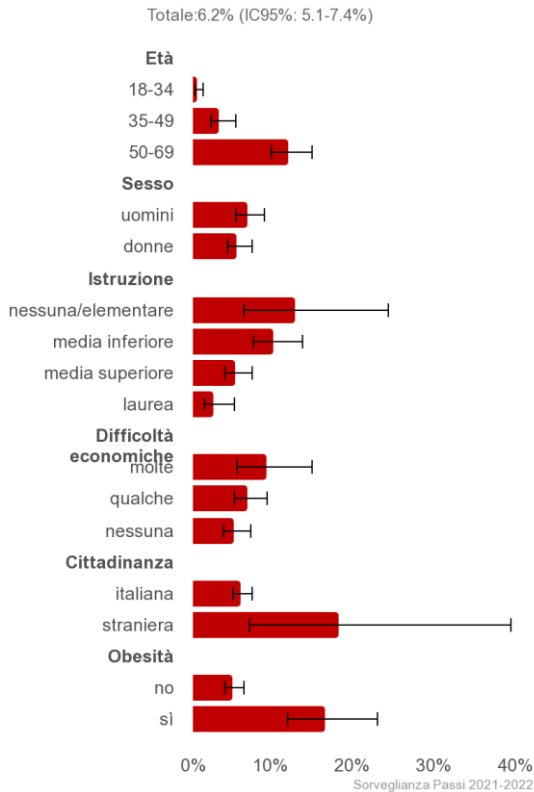


## Diabete

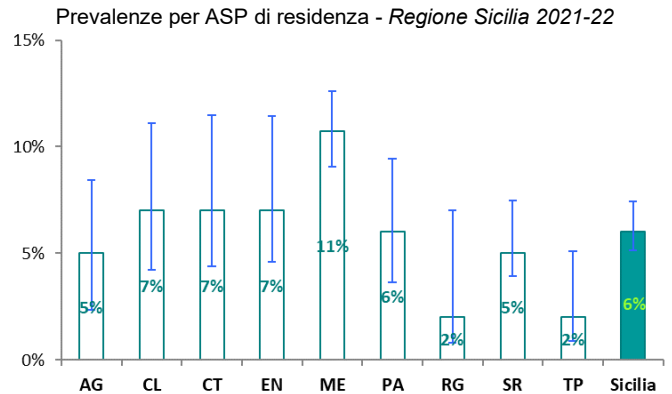
Il 6% (5% valore nazionale) dei 18-69enni intervistati ha riferito una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici, cresce con l'età (1% nelle persone di 18-34 anni vs 12% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione e/o condizioni economiche, e negli obesi (16% vs 5% nei non obesi).

Fra le province siciliane le prevalenze di adulti diabetici variano dal 2% di Ragusa e Trapani all'11% di Messina. L'analisi annuale, delle prevalenze di persone con diabete, mostra andamenti in riduzione che si alternano ad andamenti in aumento, in particolare, dal 2019, anno in cui si è registrato il valore più basso dell'intero periodo esaminato (4,3%), si osserva un trend in salita.

Diabete per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Diabete



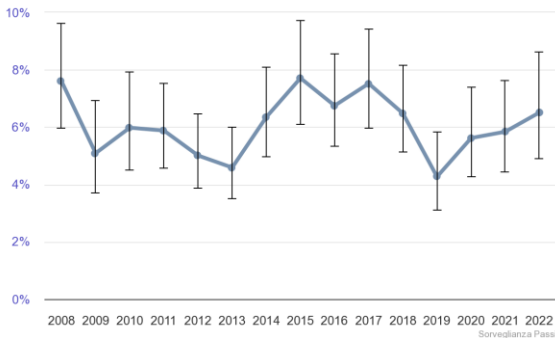
Diabete per regione di residenza Passi 2021-2022



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

Sorveglianza Passi

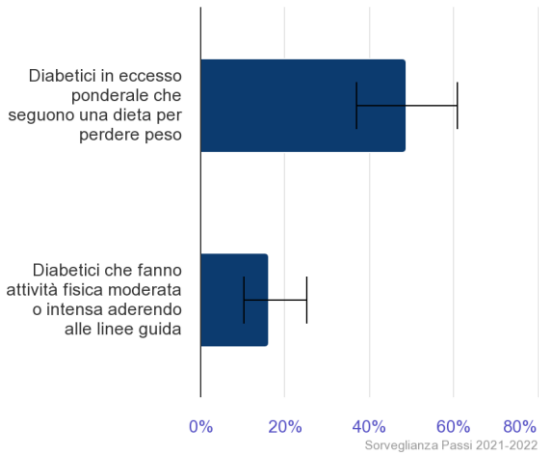
Trend annuale Diabete Regione Sicilia Passi 2008-2022



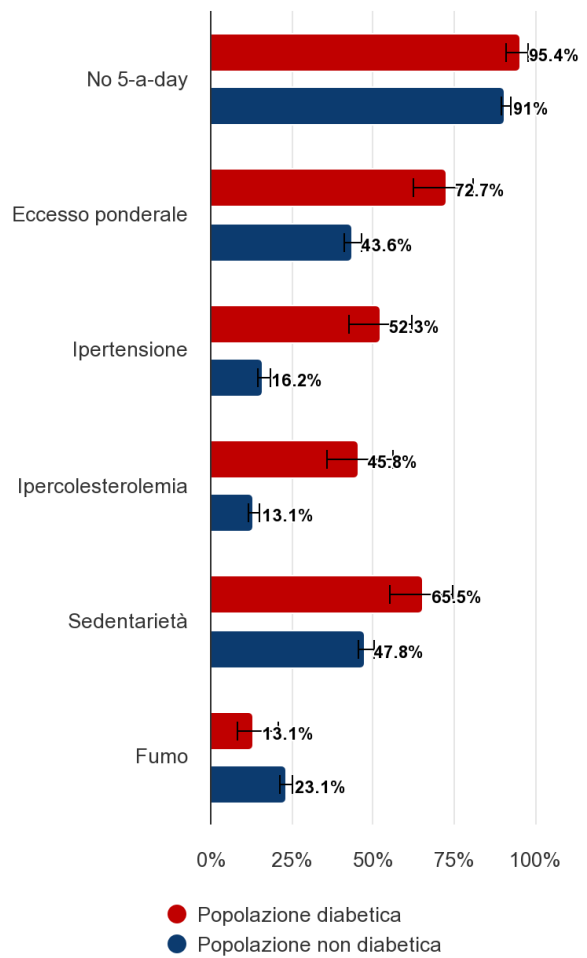
Il diabete si associa molto spesso ad altre condizioni fra le quali, ipertensione, ipercolesterolemia, eccesso ponderale e sedentarietà, condizioni che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto a quelle che non ne soffrono.

Seguire un regime alimentare controllato e svolgere regolare attività fisica rappresentano azioni efficaci per contrastare il diabete. In Sicilia, il 49% dei diabetici in eccesso ponderale segue una dieta e il 16% dei diabetici svolge un'attività fisica moderata o intensa.

**Contrasto all'eccesso ponderale e alla sedentarietà Sicilia**

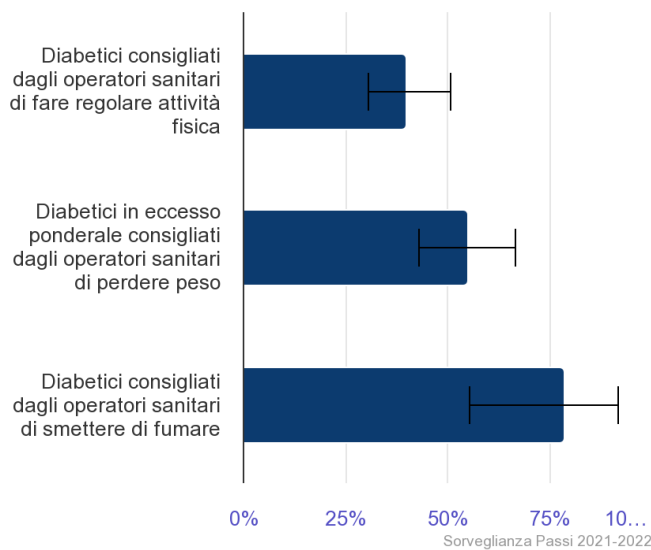


**Fattori di rischio associati al diabete Sicilia**



Il 40% dei diabetici ha ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio da parte di un operatore sanitario di svolgere regolare attività fisica, il 55% dei diabetici in eccesso ponderale ha ricevuto il suggerimento di perdere peso e il 79% dei diabetici fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.

**Attenzione degli operatori sanitari Sicilia**



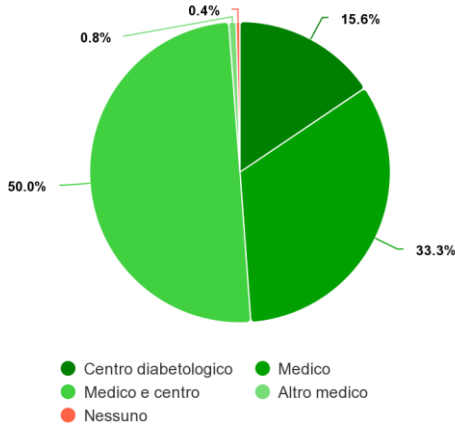
Tra i diabetici ipertesi, il 95% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre il 75% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

In Sicilia, il 16% dei diabetici è seguito principalmente dal centro diabetologico, il 33% dal medico di medicina generale, il 50% da entrambi.

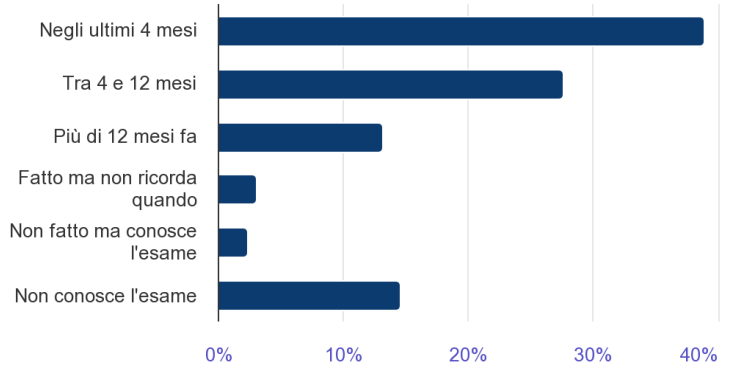
Il 39% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi 4 mesi, il 28% tra i 4 e i 12 mesi prima dell'intervista. Il 15% dei diabetici non conosce l'esame.

Il 68% delle persone con diabete utilizza gli ipoglicemizzanti orali come trattamento farmacologico per il controllo del diabete, il 40% adopera invece l'insulina.

Presa in carico delle persone con diabete - Sicilia

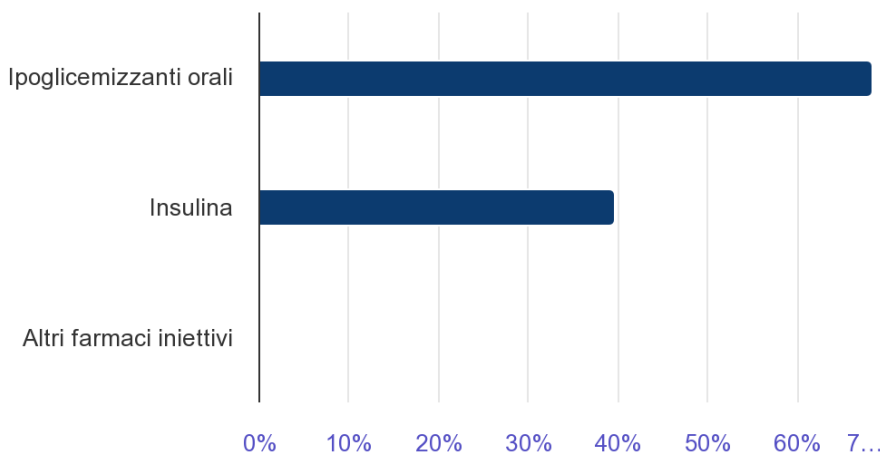


Emoglobina glicata (HbA1c) - Sicilia



Sorveglianza Passi 2021-2022

Trattamento farmacologico del diabete - Sicilia



## Dispositivi per la sicurezza stradale

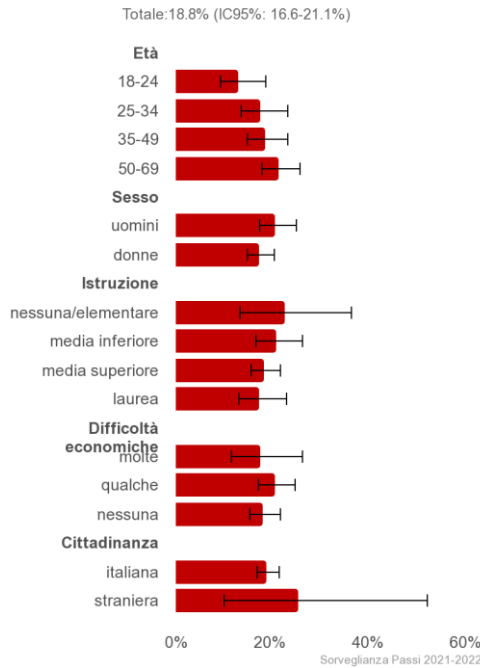
In Sicilia negli anni 2021-2022, solo il 19% (36% dato nazionale) dei 18-69enni usa sempre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

L'uso della cintura posteriore aumenta al crescere dell'età, è più frequente negli uomini (21%), in coloro che hanno un basso livello di istruzione (23%) e in coloro che dichiarano di avere qualche difficoltà economiche (20%).

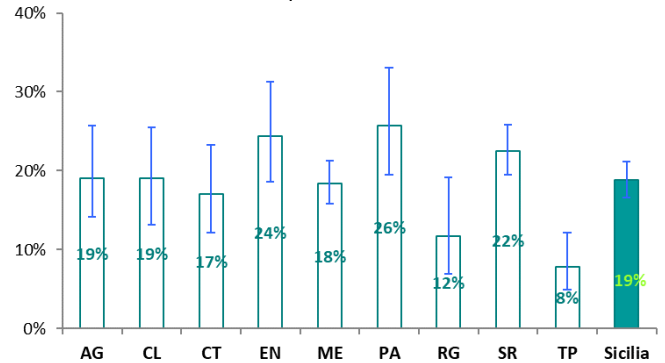
Tra le province siciliane, il range di persone che utilizza la cintura posteriore sempre varia dall'8% di Trapani al 26% di Palermo.

Si osserva un andamento in crescita, seppur in maniera altalenante, dell'uso della cintura posteriore negli anni 2008-2022.

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



Uso cintura posteriore sempre  
Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2021-22



Uso cintura posteriore sempre per regione di residenza

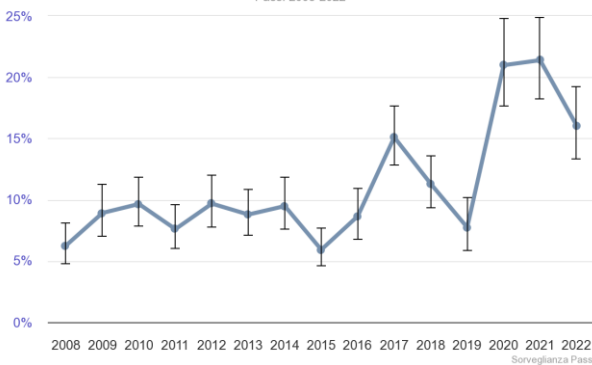
Passi 2021-2022



Sorveglianza Passi

Trend annuale Uso cintura posteriore sempre Regione Sicilia

Passi 2008-2022

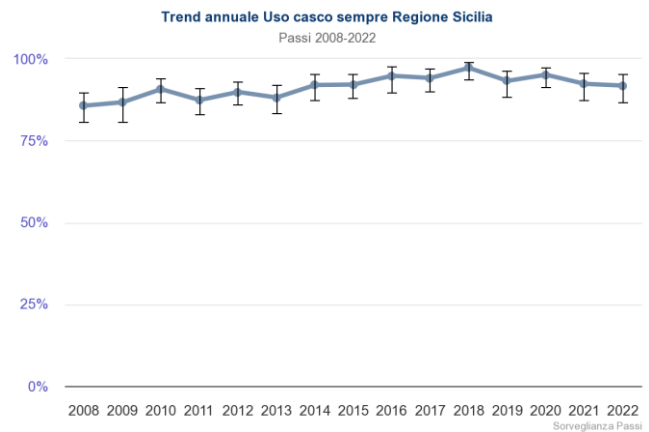
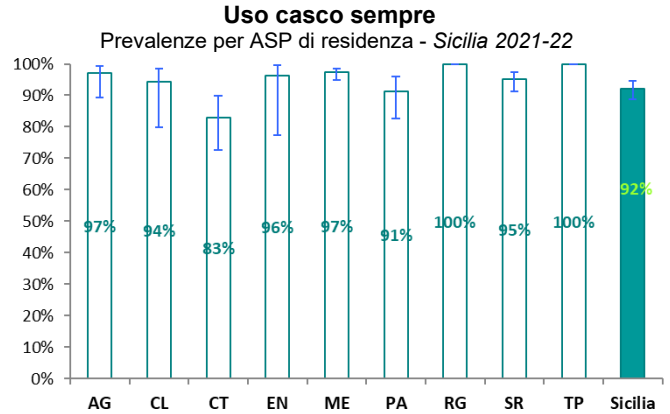
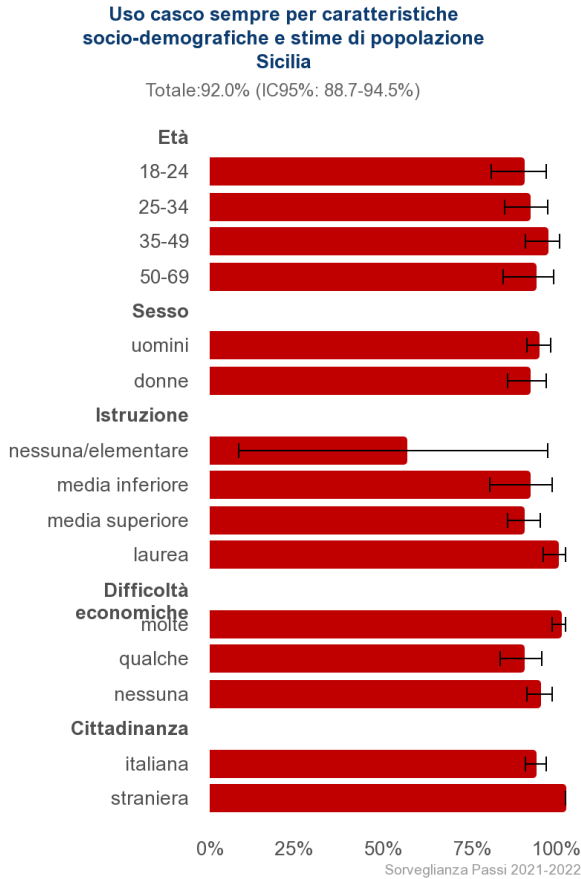


Nel biennio 2021-2022, il 92% (96% dato nazionale) di coloro che hanno utilizzato la moto hanno indossato sempre il casco.

Non si osservano differenze significative nell'uso del casco per nessuna caratteristica socio-demografica analizzata.

Fra le province siciliane l'utilizzo del casco tra i motociclisti varia dall' 83% di Catania al 100% di Ragusa e Trapani.

L'andamento delle prevalenze di 18-69enni che utilizzano il casco sempre evidenzia un andamento leggermente altalenante.



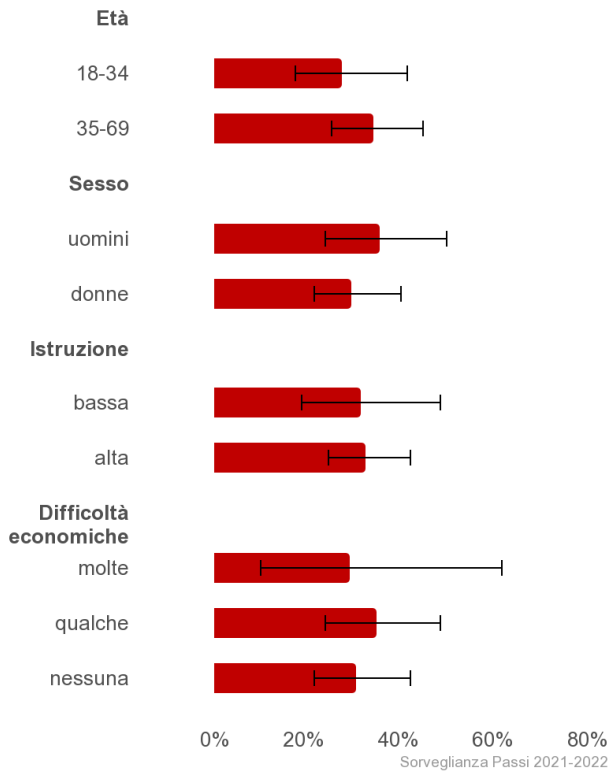
In Sicilia, il 30% (20% in Italia) di coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, dichiara o di avere difficoltà o di non utilizzare o addirittura di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino.



Il non utilizzo o l'utilizzo "inadeguato" dei seggiolini/adattatori per il trasporto dei bambini in auto è più frequente fra i 35-69enni (34%), fra gli uomini (35%), fra coloro che hanno qualche difficoltà economica (35%) e fra coloro che viaggiano con bimbi dai 2 ai 6 anni (36%) rispetto a quelli che hanno bambini di 0-1 anno (20%)

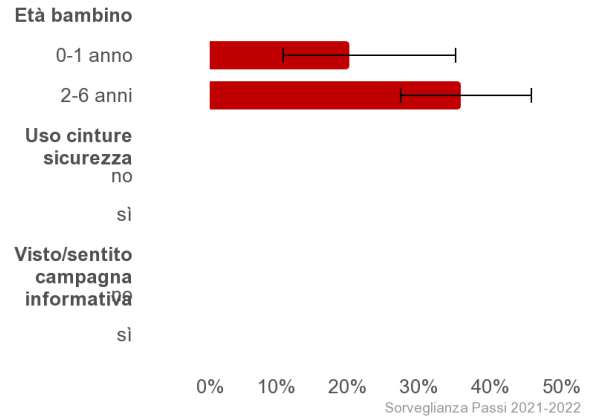
**Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia**

Totale:32.0% (IC95%: 24.8-40.2%)



**Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini per età bambino, per uso cinture di sicurezza da parte del guidatore e per penetrazione campagna informativa per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia**

Totale:32.0% (IC95%: 24.8-40.2%)



**Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni per regione di residenza Passi 2021-2022**



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

Sorveglianza Passi

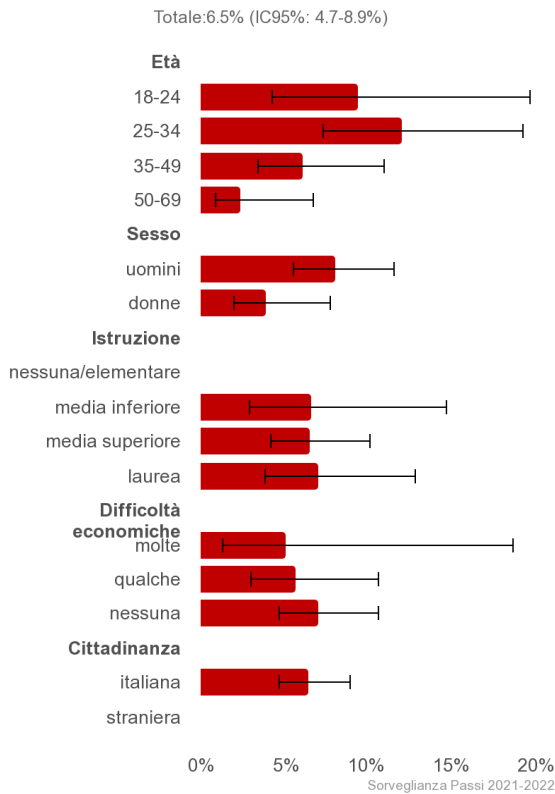
## Guida sotto l'effetto dell'alcol

In Sicilia il 7% (5% dato nazionale) dei conducenti ha guidato sotto l'effetto dell'alcol nei 30 giorni prima dell'intervista avendo assunto due o più unità alcoliche un'ora prima di essersi messi alla guida.

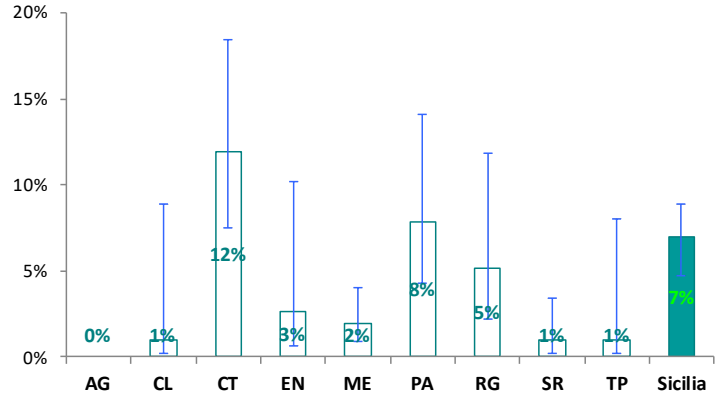
L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è maggiore nei 25-34enni, negli uomini e nelle persone senza difficoltà economiche. Fra le province siciliane si osserva una grande variabilità fra le prevalenze di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol: il range va dallo 0% di Agrigento, al 12% di Catania.

Negli anni si osserva un andamento altalenante delle prevalenze di soggetti che guidano sotto l'effetto dell'alcol.

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



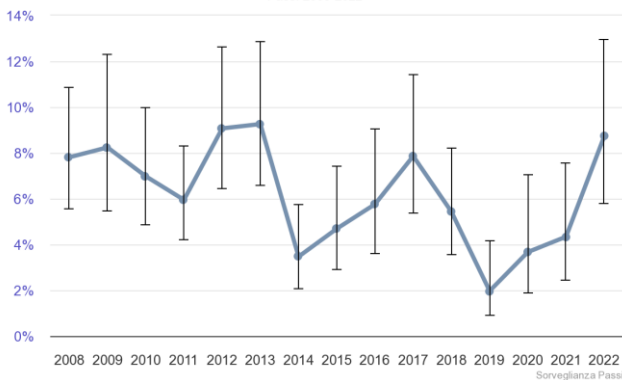
**Guida sotto l'effetto dell'alcol**  
Prevalenze per ASP di residenza – Sicilia 2021-22



**Guida sotto effetto alcol per regione di residenza**



**Trend annuale Guida sotto effetto alcol Regione Sicilia**  
Passi 2008-2022

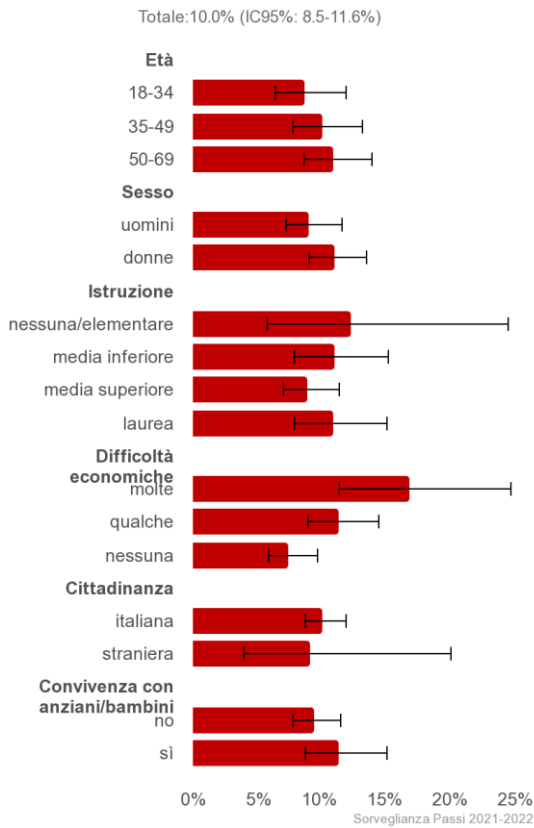


## Sicurezza domestica

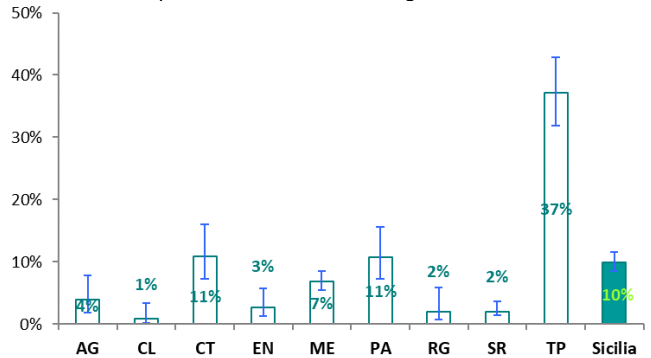
In Sicilia il 10% (6% dato nazionale) degli intervistati considera il rischio di infortunio domestico alto o molto alto. La consapevolezza del rischio di infortunio domestico aumenta all'aumentare dell'età passando dal 9% nei 18-34enni all'11% nei 50-69enni, è più frequente nelle donne (11% vs 9%), in coloro che hanno un basso livello d'istruzione (12%), in chi ha molte difficoltà economiche (17%) e in coloro che convivono con anziani e/o bambini (11%). Si osserva un'elevata variabilità fra le ASP regionali (range dal 1% di Caltanissetta al 37% di Trapani).

Dal 2008 al 2018, si osserva una riduzione, seppur non costante, della consapevolezza del rischio di infortunio domestico, dal 2018 al 2022 si osserva un andamento in crescita.

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



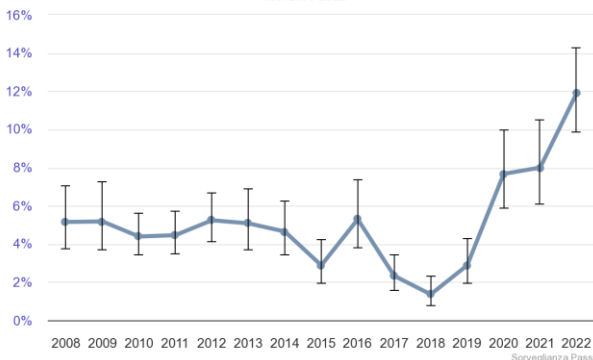
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2021-22



Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza Passi 2021-2022



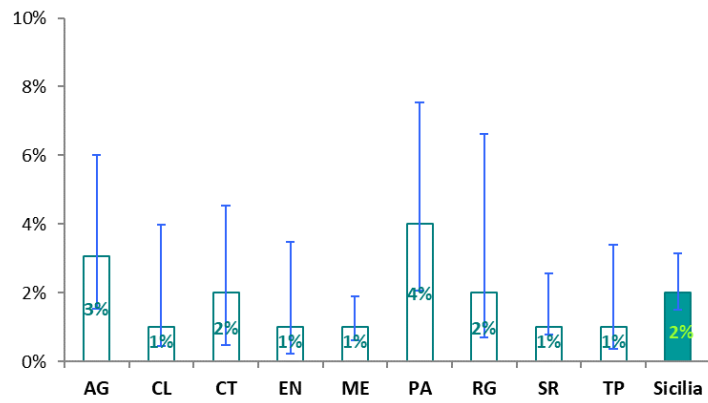
Trend annuale Consapevolezza del rischio di infortunio domestico Regione Sicilia Passi 2008-2022



Nei 12 mesi precedenti all'intervista, il 2% (stesso valore nazionale) degli intervistati ha avuto un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione.

Tra le ASP regionali, a Palermo si evidenzia la percentuale più alta (4%) di 18-65enni che hanno richiesto cure on seguito ad infortunio domestico.

**Infortunio domestico che ha richiesto cure**  
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2021-2022

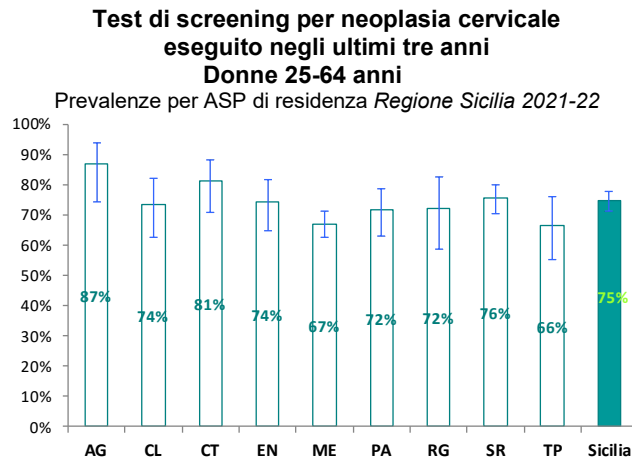


## Screening cervicale

In Sicilia, il 75% delle 25-64enni ha eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida nazionali.

L'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle 35-49enni, nelle donne coniugate, in quelle conviventi, e nelle donne socio-economicamente più avvantaggiate, per condizioni economiche e/o istruzione.

In Sicilia le percentuali di donne che hanno effettuato il test in accordo alle linee guida variano dal 66% di Trapani all'87% di Agrigento.



### Copertura screening cervicale totale per regione di residenza

Passi 2021-2022

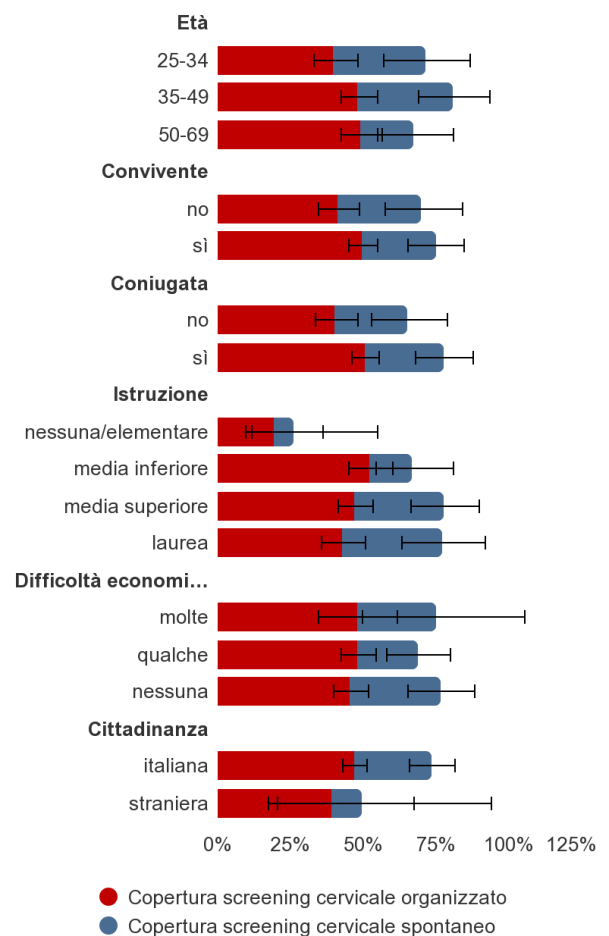


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

Totale: 74.6% (IC95%: 71.2-77.8%)

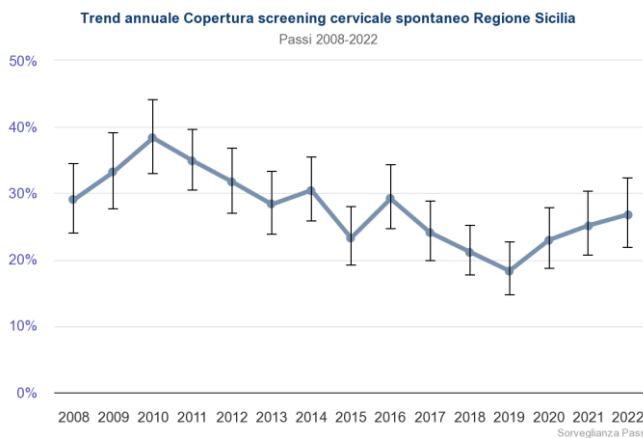
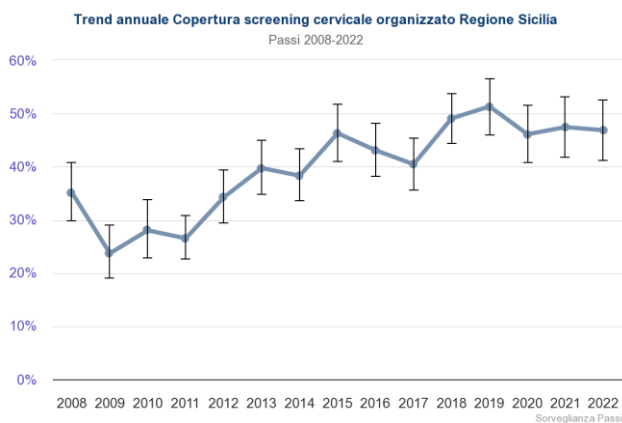


Sorveglianza Passi 2021-2022

In Italia, il 78% delle donne intervistate di 25-64 anni ha effettuato il test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

Aumenta nel tempo, anche se non in modo lineare, la quota di donne che si sottopone allo screening cervicale all'interno di programmi organizzati.

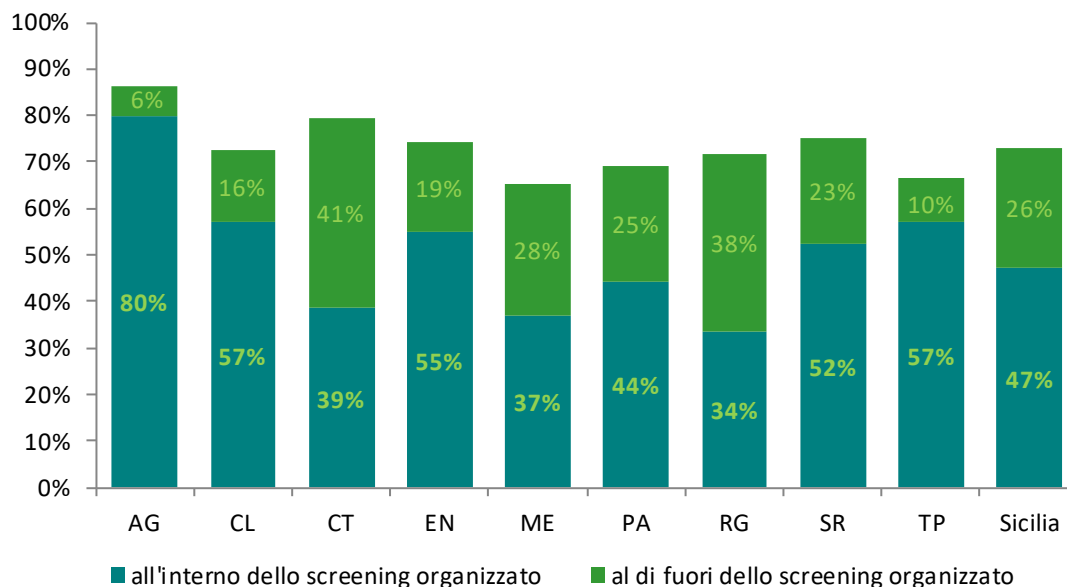
L'analisi annuale, delle prevalenze di donne che si sottopongono allo screening per iniziativa personale, evidenzia un andamento in decrescita fino al 2019 a cui segue un andamento in crescita negli ultimi anni.



In Sicilia, il 47% (uguale al dato nazionale) delle 25-64enni intervistate, ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato (range dal 34% di Ragusa al 67% di Agrigento), mentre il 26% (31% dato nazionale) l'ha eseguito come prevenzione individuale (range dal 6% di Agrigento al 41%).

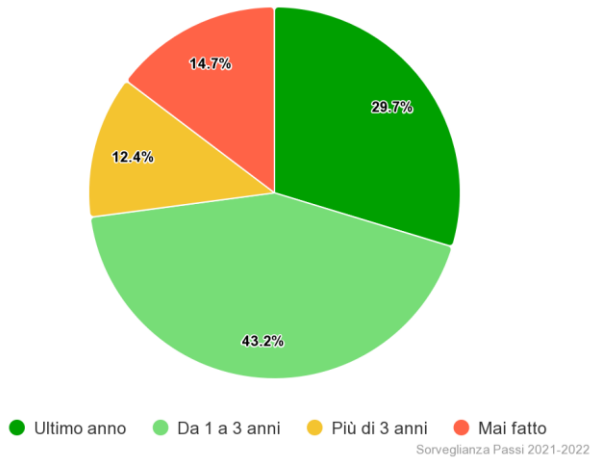
**Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato Donne 25-64 anni**

Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2021-22

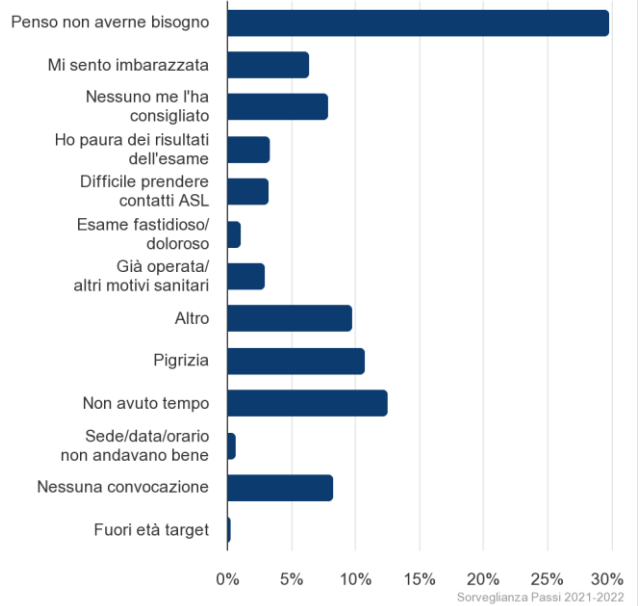


Il 15% delle donne non si è mai sottoposta allo screening cervicale, il 12% l'ha eseguita da oltre tre anni. Fra le donne che non hanno eseguito il test, il 29% riferisce che non l'ha eseguito perché ritiene di non averne bisogno.

Periodicità di esecuzione del test di screening cervicale - Sicilia

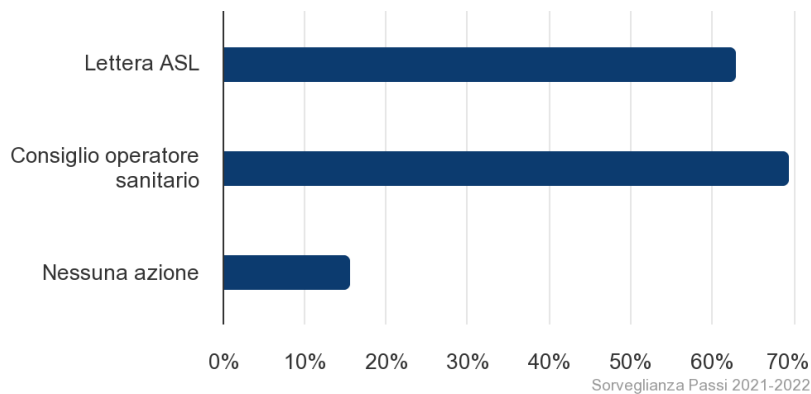


Motivi della non effettuazione del test di screening cervicale negli ultimi tre anni - Sicilia



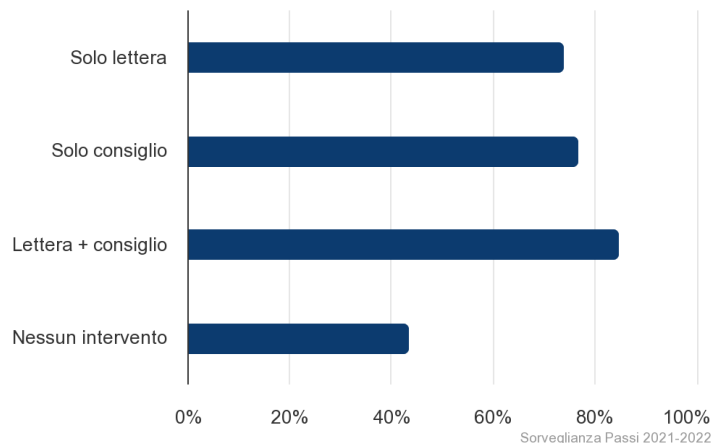
Il 63% delle donne di 25-64 anni ha ricevuto una lettera di invito dall'ASP (range dal 41% di Messina all'89% di Agrigento), il 69% ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening (range dal 44% di Trapani all'85% di Catania), il 16% non è stato raggiunto da nessun intervento di promozione.

Interventi di promozione del test di screening cervicale - Sicilia



Il consiglio del medico/operatore sanitario risulta l'intervento più efficace nel promuovere l'adesione allo screening. L'efficacia, degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening, risulta maggiore nel caso in cui si riceva sia la lettera che il consiglio del medico (85%).

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

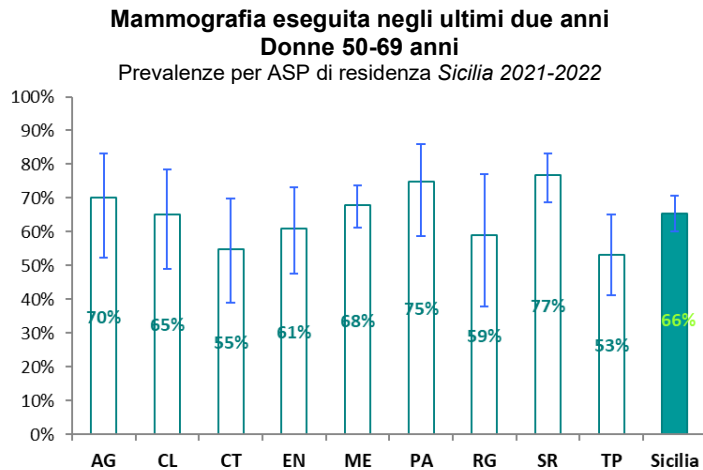


## Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

In Sicilia il 66% (70% valore nazionale) delle 50-69 anni ha eseguito una Mammografia preventiva, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La quota di donne che si sottopone allo screening mammografico è maggiore fra le 50-59enni, fra le donne laureate e fra quelle con nessuna difficoltà economica.

Fra le Asp regionali si osservano differenze significative delle coperture dello screening mammografico, in particolare a Trapani (53%) si osserva la quota più bassa di donne che hanno eseguito la mammografia nei tempi raccomandati, a Siracusa (77%) la quota più alta.



**Copertura screening mammografico totale per regione di residenza**  
Passi 2021-2022

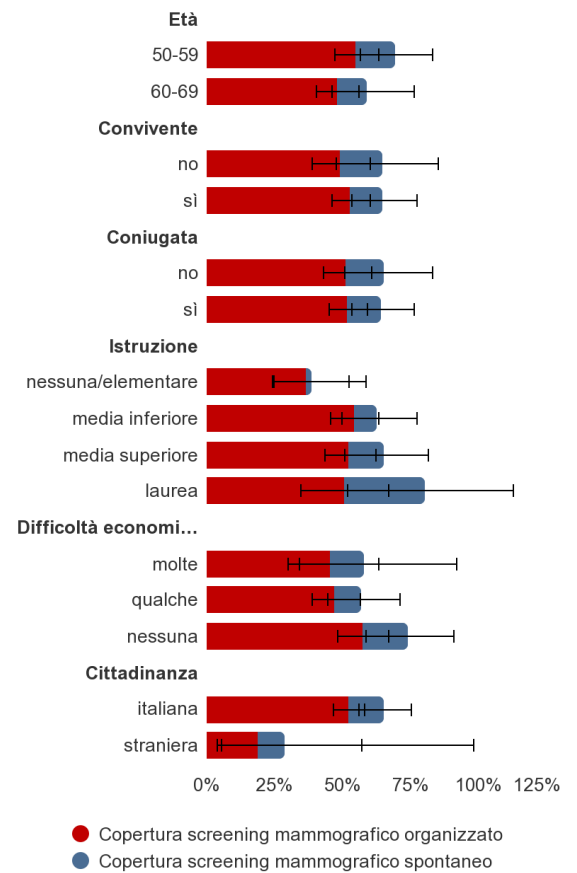


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

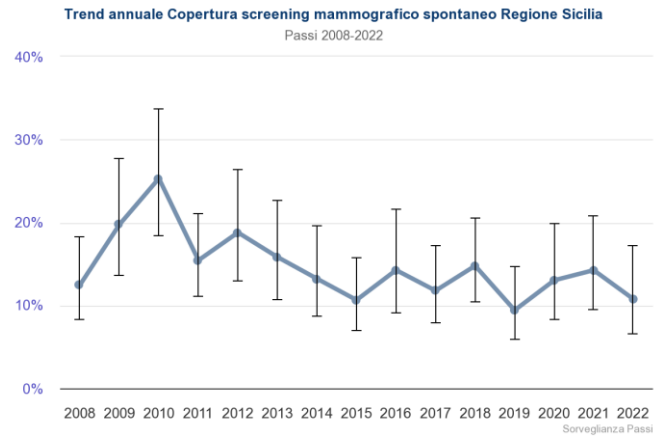
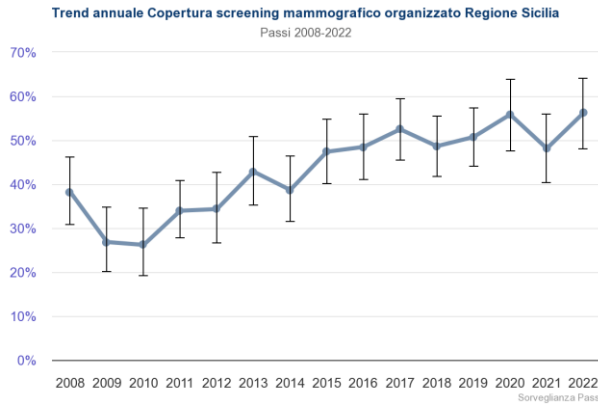
Totale: 65.5% (IC95%: 60.0-70.7%)



Sorveglianza Passi 2021-2022

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





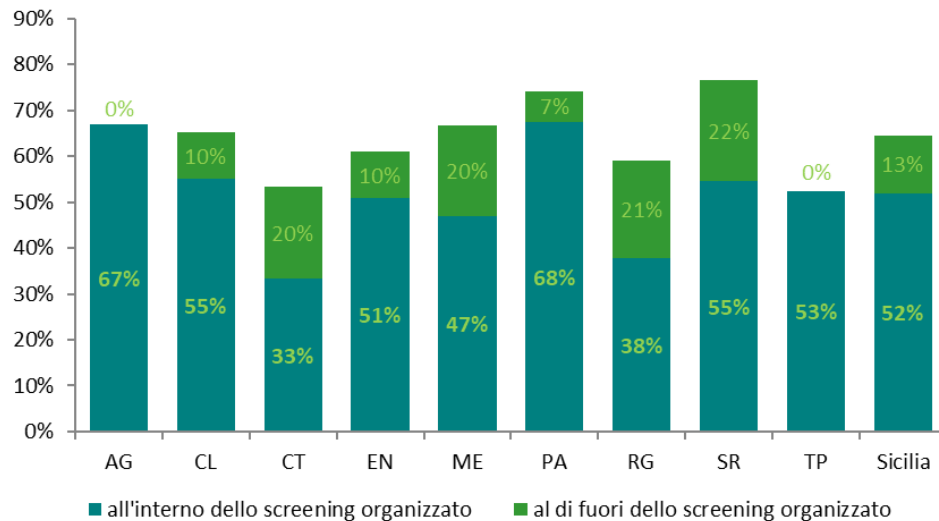
Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata,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

In Sicilia, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 52% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato (range dal 33% di Catania al 68% di Palermo), mentre il 13% l'ha eseguita come prevenzione individuale (range dal 0% di Agrigento e Trapani al 22% di Siracusa).

In Italia il 51% delle 50-69enni ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 20% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

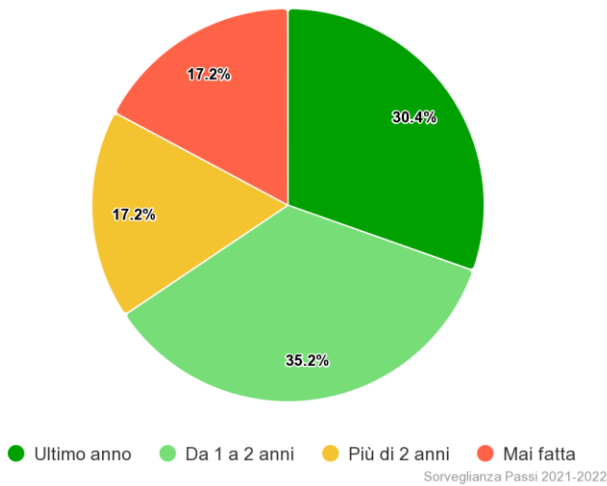
**Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato**  
**Donne 50-69 anni**

Prevalenze per ASP di residenza *Sicilia 2021-22*

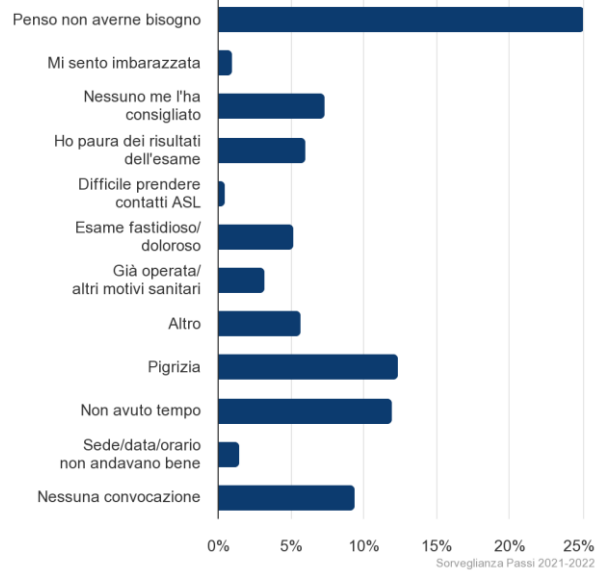


Il 34% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (17%) o l'ha eseguita da oltre due anni (17%). La non esecuzione dell'esame viene giustificata da diverse motivazioni, tra cui il ritenere di non averne bisogno rappresenta la principale.

Periodicità di esecuzione della mammografia - Sicilia



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



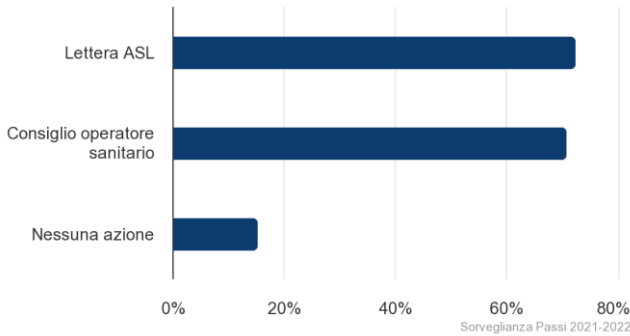
In Sicilia il 71% delle 50-69enni ha ricevuto da un medico il consiglio di sottoporsi alla mammografia (range dal 51% di Trapani al 94% di Agrigento).

Il 72% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL (range dal 47% di Messina al 93% di Ragusa).

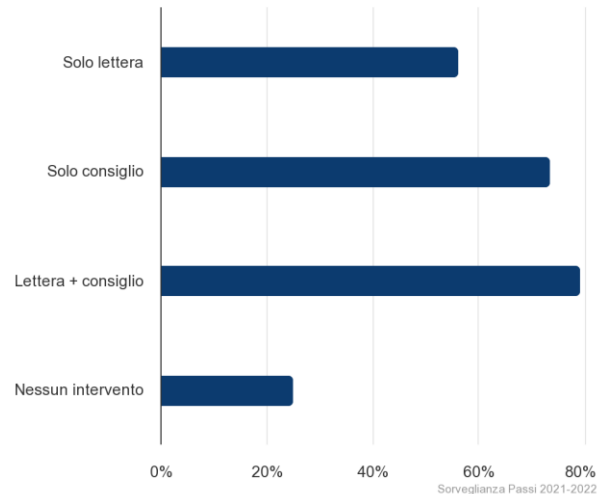
Il 15% delle donne intervistate non ha ricevuto nessun tipo di intervento.

Il 79% delle donne che ha ricevuto sia la lettera che il consiglio da parte del medico ha effettuato la mammografia, mentre lo screening mammografico è stato effettuato solo dal 25% delle donne che non hanno ricevuto nessun intervento, questo conferma l'efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della mammografia.

Interventi di promozione della mammografia - Sicilia



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



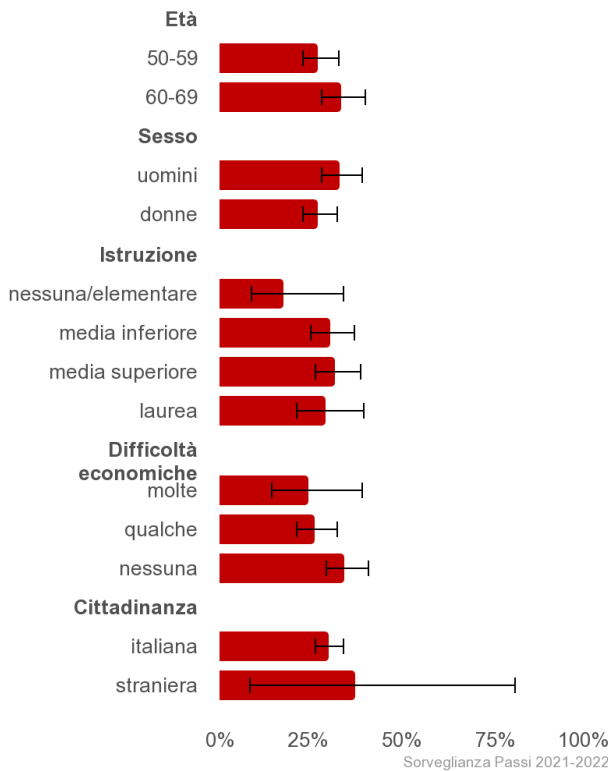
## Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

In Sicilia il 29% dei 50-69enni ha eseguito la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) negli ultimi due anni e l'11% ha effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni, come indicato dalle linee guida. La ricerca del SOF nei tempi raccomandati è stata eseguita più frequentemente dagli uomini, dai 60-69enni, da coloro che hanno un livello medio d'istruzione e da coloro che non hanno nessuna difficoltà economica, fra le persone con un basso livello di istruzione.

La colonscopia/rettosigmoidoscopia, a scopo preventivo negli ultimi 5 anni, è stata fatta prevalentemente dai 60-69enni, dagli uomini, dai laureati e da coloro che hanno molte difficoltà economiche.

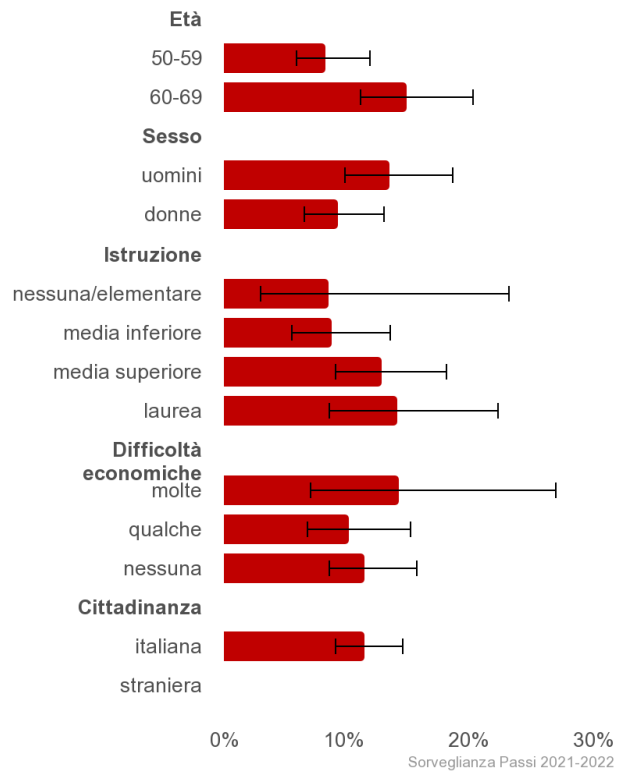
**Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia**

Totale: 29.4% (IC95%: 25.9-33.2%)



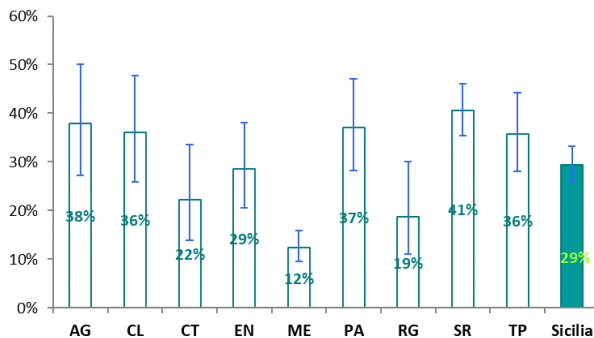
**Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia**

Totale: 11.2% (IC95%: 8.9-14.1%)

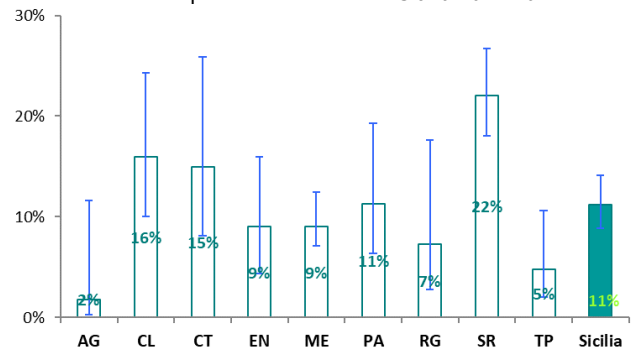


Fra le ASP regionali si osservano differenze significative nell'aderenza agli screening colo rettali, in particolare le percentuali 50-69enni che hanno effettuato la ricerca del SOF nei tempi raccomandati variano dal 12% di Messina al 41% di Siracusa; per l'effettuazione della colonscopia negli ultimi 5 anni, ad Agrigento si registra la quota più bassa (2%) di persone che si sono sottoposte a questo esame, a Siracusa quella più alta (22%).

**Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni**  
Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2021-2022



**Colonscopia negli ultimi cinque anni**  
Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2021-2022



**Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per regione di residenza**  
Passi 2021-2022



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

Sorveglianza Passi

**Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni per regione di residenza**  
Passi 2021-2022

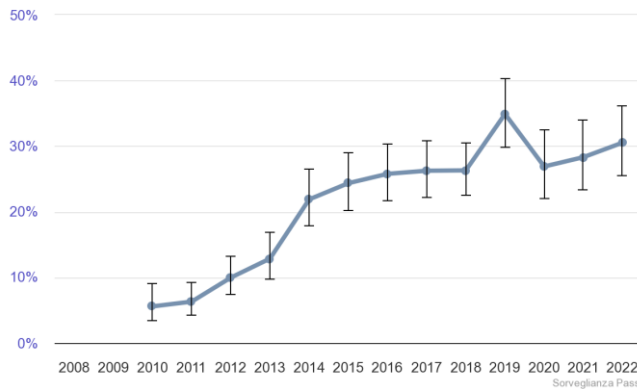


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

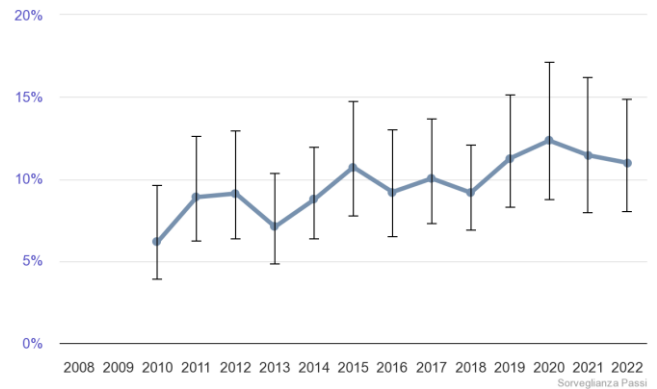
Sorveglianza Passi

In Italia, il 38% dei 50-69enni ha effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni, il 15% ha effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni. Per entrambi gli screening si evidenzia una grande variabilità territoriale a sfavore delle Regioni meridionali.

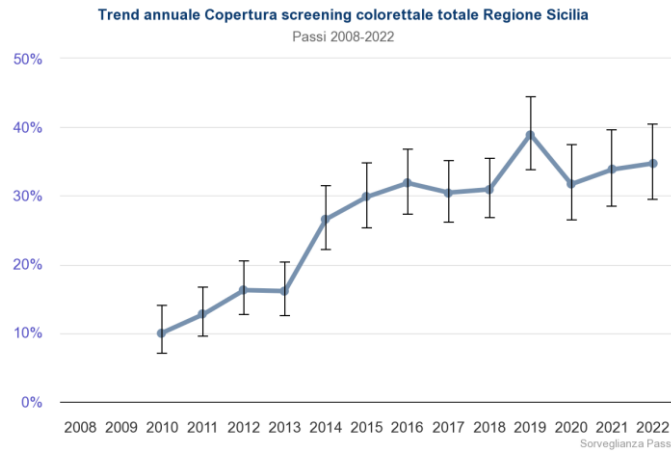
**Trend annuale Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni Regione Sicilia**  
Passi 2008-2022



**Trend annuale Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni Regione Sicilia**  
Passi 2008-2022

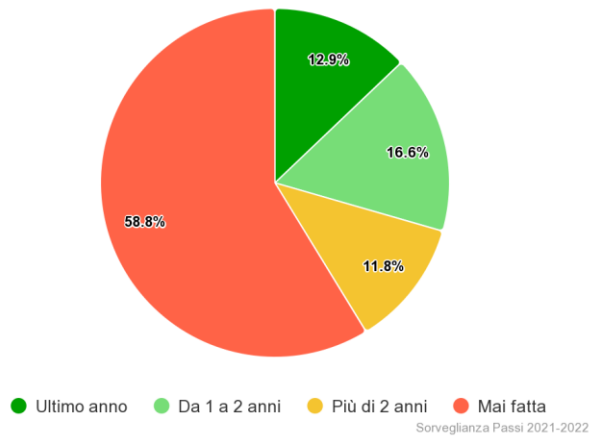


E' aumentata negli anni la quota di persone che si sono sottoposte al SOF test, è aumentata anche la quota di coloro che hanno effettuato la colonscopia, anche se non in maniera lineare, in particolare si evidenzia una leggera riduzione dal 2020.

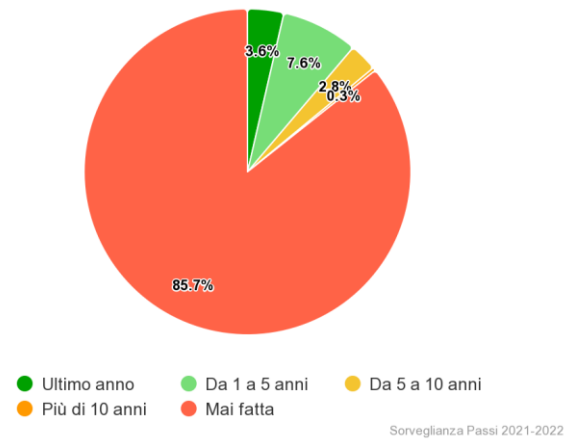


La copertura dello screening totale è aumentata negli anni. In Sicilia, il 12% dei 50-69enni ha effettuato la ricerca di sangue oltre i 2 anni precedenti l'intervista, e il 3% la colonscopia oltre i 5 anni precedenti.

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

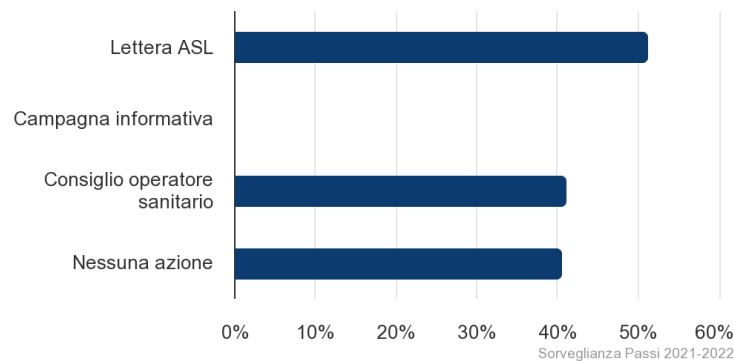


**Periodicità di esecuzione della colonscopia/rettosigmoidoscopia Sicilia**



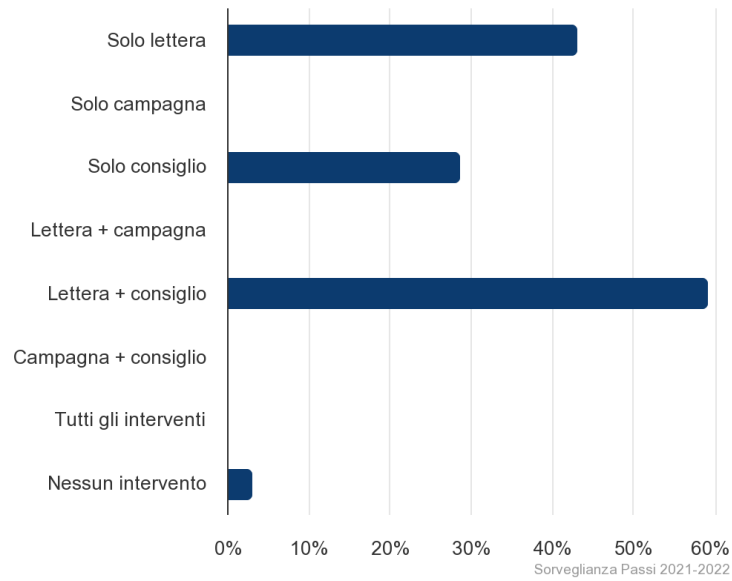
Tra gli interventi di promozione della ricerca di sangue occulto fecale, quello che ha raggiunto una percentuale maggiore di intervistati è la lettera dell'ASP (51%) con valori che variano dal 19% di Messina al 71% di Ragusa. Il 41% degli intervistati ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (range dal 17% di Enna al 58% di Agrigento). Il 40% degli intervistati non è stato raggiunto da nessun intervento.

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



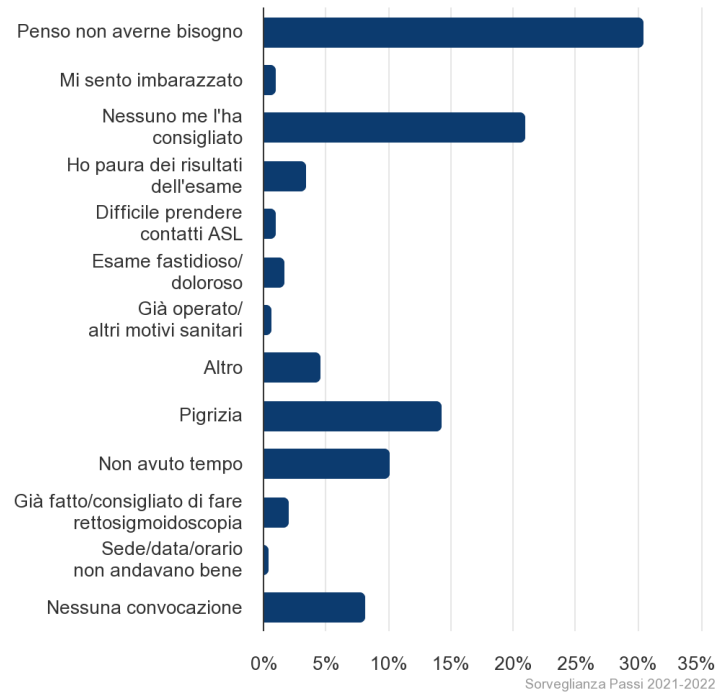
Il 59% dei 50-69enni che ha ricevuto sia la lettera che il consiglio, da parte di un medico/operatore sanitario, di eseguire la ricerca del SOF ha aderito allo screening.

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



Le motivazioni per la mancata esecuzione dello screening sono state prevalentemente il ritenere di non averne bisogno (30%) e il non aver ricevuto consigli in merito (21%).

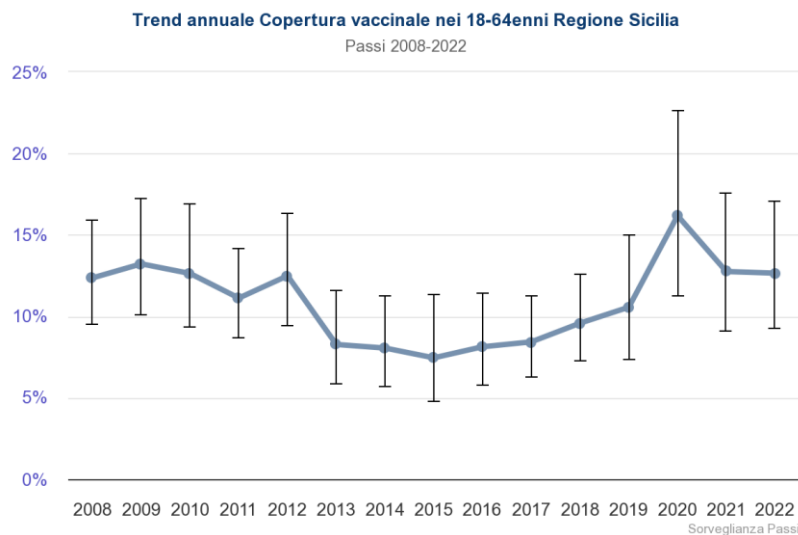
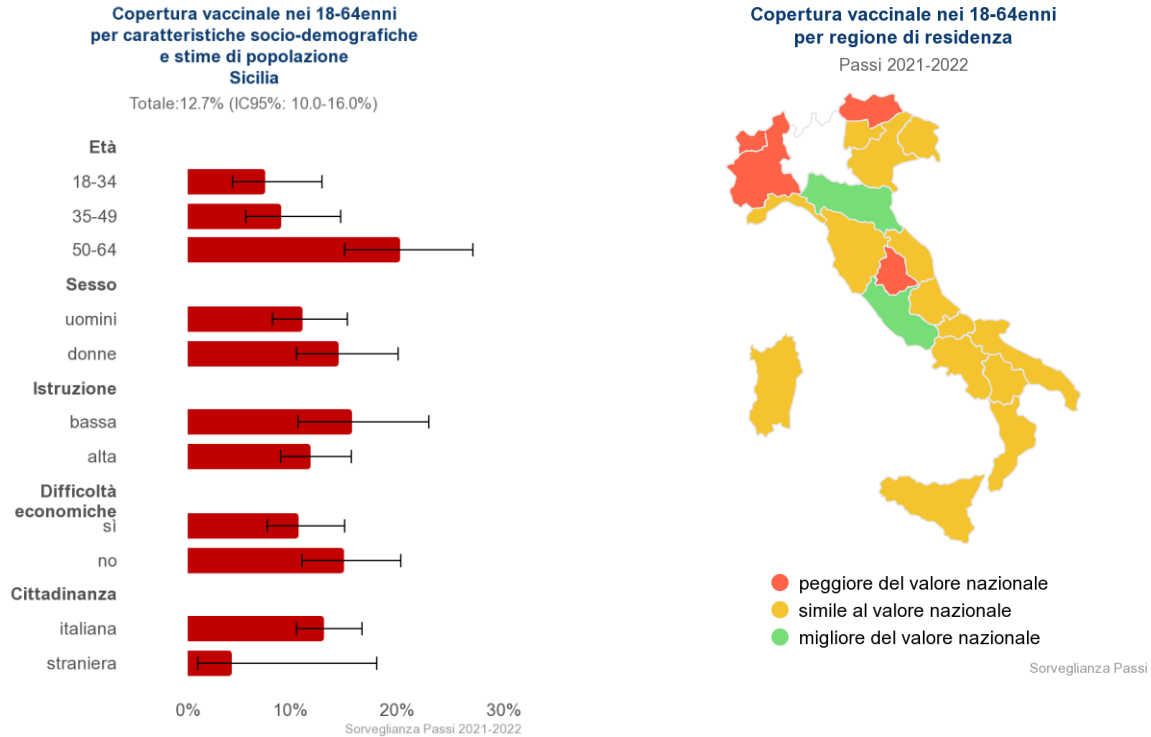
**Motivo della non esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni - Sicilia**



## Vaccinazione per l'influenza stagionale

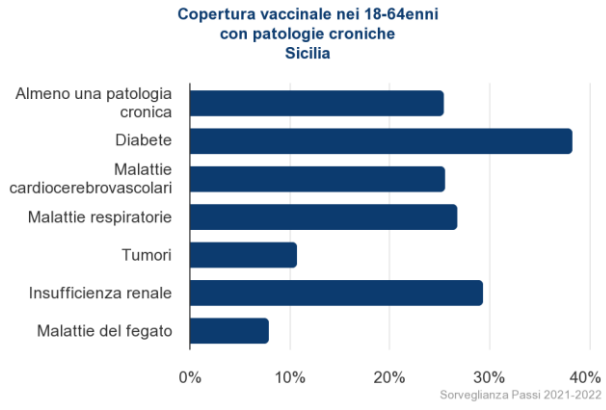
Nel biennio 2021-2022 il 13% (14% dato nazionale) dei 18-64enni siciliani ha eseguito la vaccinazione per l'influenza.

La copertura vaccinale risulta più elevata nei 50-64enni (20%), nelle donne (14%), in coloro che hanno un livello di istruzione basso (16%) e negli adulti senza difficoltà economiche (15%).



Il ricorso alla vaccinazione antiinfluenzale è diminuito nei primi anni del periodo osservato, dalla campagna vaccinale 2015-2016 si registra un trend in leggera crescita della quota di 18-69enni vaccinati, fino a raggiungere il valore massimo del 16% nel 2020-2021, in piena pandemia di COVID-19, per poi diminuire nuovamente con la campagna successiva del 2021-2022 e attestarsi al 13%.

Il 25% (29% dato nazionale) dei 18-64enni affetti da almeno una patologia cronica ha eseguito la vaccinazione, in particolare, si osservano percentuali più alte di coperture vaccinali fra coloro che soffrono di malattie cardiocerebrovascolari (38%) e insufficienza renale (29%).



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

Passi 2020-2021



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

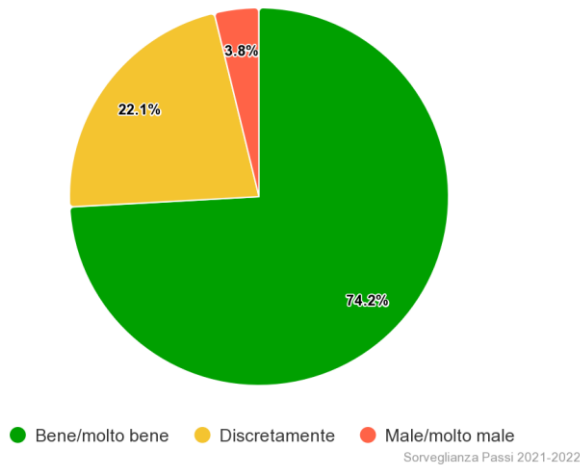
Sorveglianza Passi



## Qualità della vita relativa alla salute

In Sicilia il 74% (75% valore nazionale) degli intervistati percepisce positivamente il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene, il 4% riferisce di sentirsi male o molto male.

Distribuzione dello stato di salute percepito - Sicilia

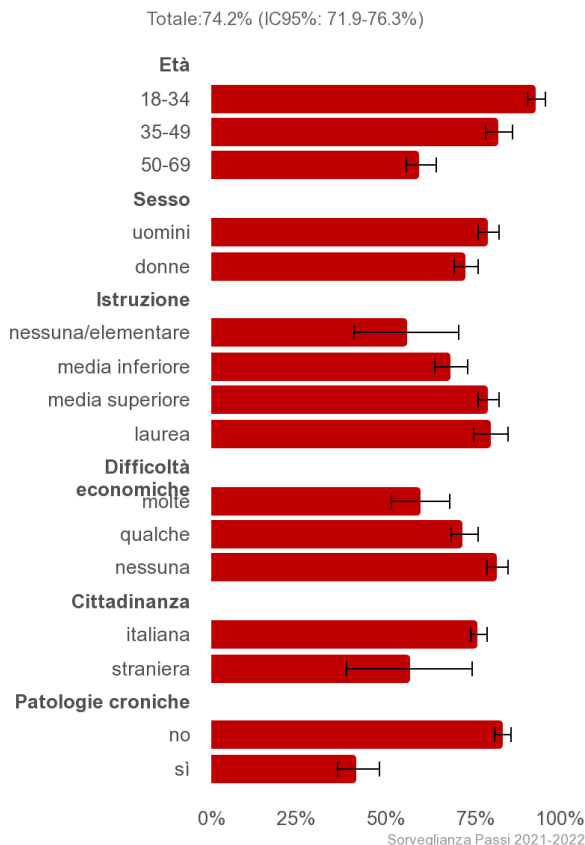


La percezione positiva dello stato di salute diminuisce al crescere dell'età passando dal 91% nei 18-34 anni al 59% dei 50-69enni, aumenta con il miglioramento delle condizioni socioeconomiche, è più frequente negli uomini (77% vs 71%), nelle persone socio-economicamente più avvantaggiate, e in quelle senza patologie croniche (82% vs 41% di chi soffre di patologie croniche).

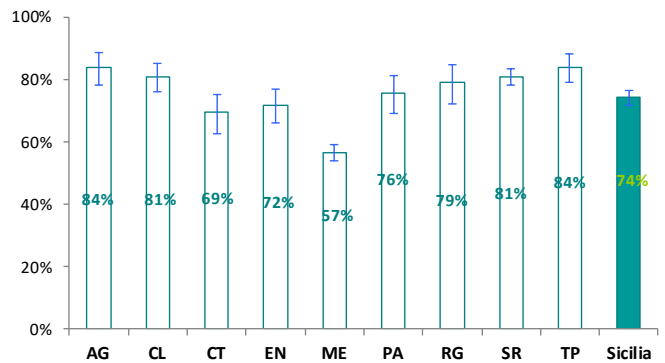
Nel confronto fra ASP emergono differenze significative fra le quote di persone che hanno dichiarato una percezione positiva del proprio stato di salute con valori compresi tra il 57% di Messina e l'84% di Agrigento e Trapani.

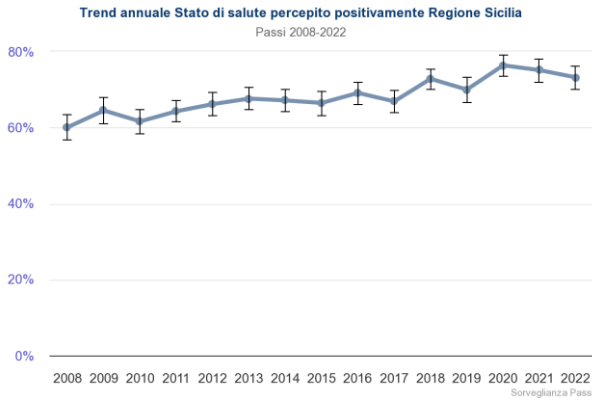
Negli anni si osserva un trend in crescita, seppur non costante, della quota di persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute.

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



Stato di salute percepito positivamente Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2021-2022



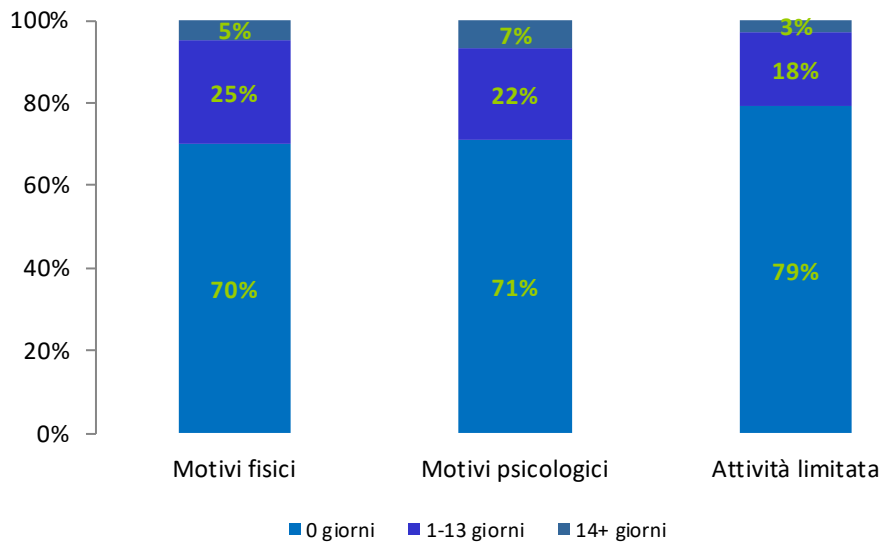


**Stato di salute percepito positivamente per regione di residenza**  
Passi 2021-2022



In Sicilia la maggior parte dei 18-69enni intervistati ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (70% in buona salute fisica, 71% in buona salute psicologica e 79% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Sono stati male per 14 giorni o più nell'ultimo mese, il 5% degli intervistati, per condizioni fisiche, il 7% per motivi psicologici e il 3% ha avuto limitazioni nello svolgimento delle attività abituali.

**Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività**  
Regione Sicilia - PASSI 2021-22



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

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

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

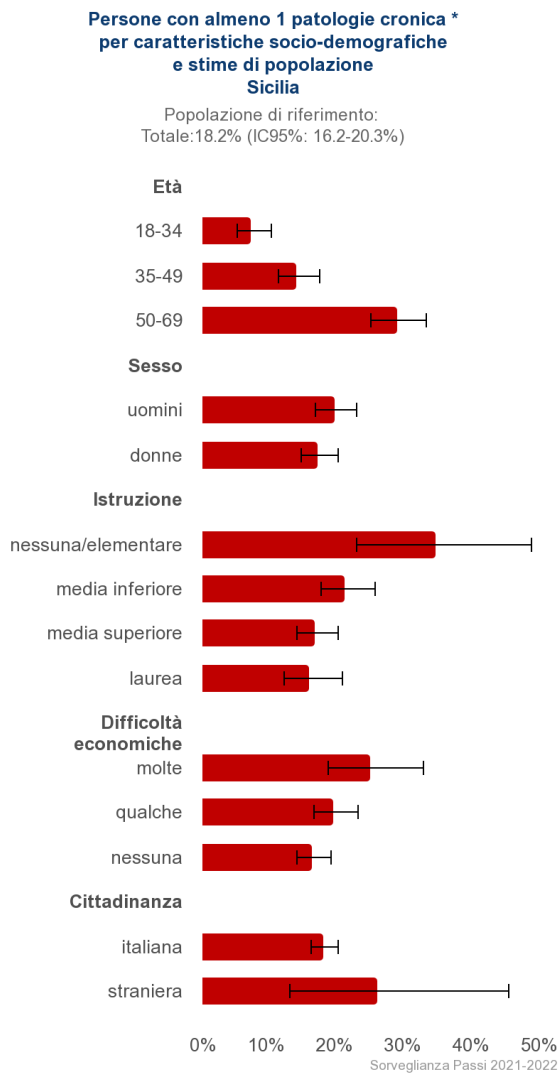
		Sicilia			
		giorni totali *	motivi fisici	motivi psicologici	attività limitata
	Totale	4.0	2.0	2.4	1.4
Età	18-34	2.7	0.9	2.0	0.8
	35-49	3.5	1.5	2.1	0.9
	50-69	5.4	3.2	2.9	2.2
Sesso	uomini	3.0	1.6	1.6	1.0
	donne	5.1	2.4	3.2	1.8
Istruzione	nessuna / elementare	5.8	3.0	3.3	2.6
	media inferiore	4.7	2.7	2.6	2.3
	media superiore	3.3	1.7	2.1	1.2
	laurea	4.5	1.8	2.8	0.8
Difficoltà economiche	molte	5.7	3.3	3.2	2.7
	qualche	3.9	2.1	2.4	1.6
	nessuna	3.7	1.7	2.2	1.1
Cittadinanza	italiana	4.0	2.0	2.4	1.4
	straniera	3.4	1.1	2.8	0.9
Patologie croniche	no	3.1	1.4	1.9	0.9
	sì	8.3	4.8	4.8	3.6

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

## Patologie croniche

In Sicilia, al 18% (19% valore nazionale) dei 18-69enni intervistati, nel corso della vita, è stato diagnosticato una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi. La condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età passando dal 7% fra i 18-34enni al 29% fra i 50-69enni; tra gli uomini (20%) e tra chi ha molte difficoltà economiche (25%) e fra coloro che hanno un basso titolo d'istruzione (34%).

L'analisi annuale, delle quote di persone con almeno una patologia cronica, evidenzia una certa variabilità nel periodo osservato.



### Persone con almeno 1 patologie cronica per regione di residenza

Passi 2021-2022

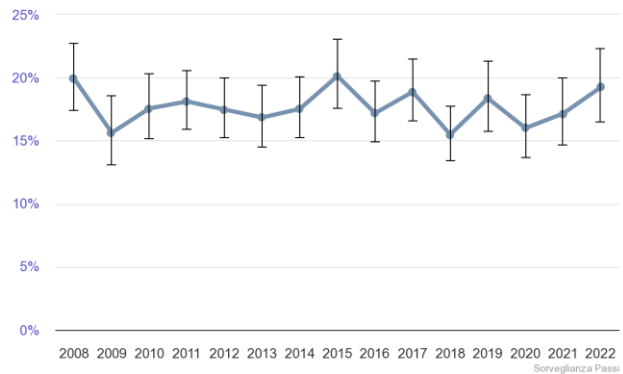


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

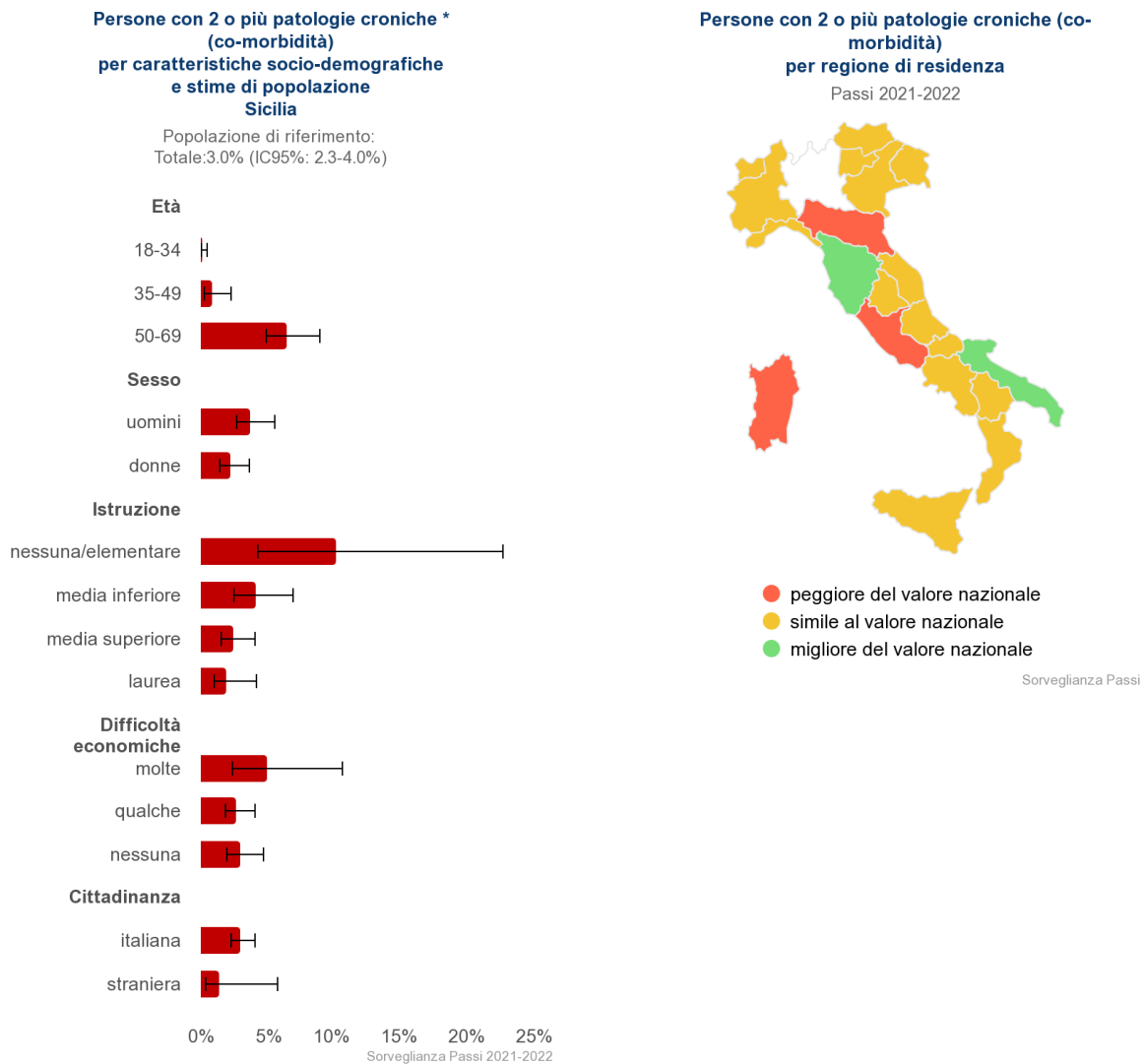
Sorveglianza Passi

### Trend annuale Persone con almeno 1 patologie cronica Regione Sicilia

Passi 2008-2022



In Sicilia il 3% (4% dato nazionale) dei 18-69enni convive con due o più patologie croniche (fra quelle indagate), la policronicità cresce all'aumentare dell'età arrivando al 7% fra i 50-69enni, e più frequente tra gli uomini (4%), fra le chi ha molte difficoltà economiche (5%) e tra chi ha un livello d'istruzione basso (10%).



Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 69 anni, sono il diabete e le malattie respiratorie croniche. Le malattie croniche del fegato e l'insufficienza renale sono le patologie croniche meno frequenti.

Sicilia n = 3319	%	IC95% inf	IC95% sup
Tumori	3.6	2.7	4.8
Malattie respiratorie croniche	5.6	4.5	7.0
Diabete	6.2	5.1	7.4
Malattie croniche del fegato e/o cirrosi	0.4	0.2	0.6
Insufficienza renale	1.0	0.6	1.7

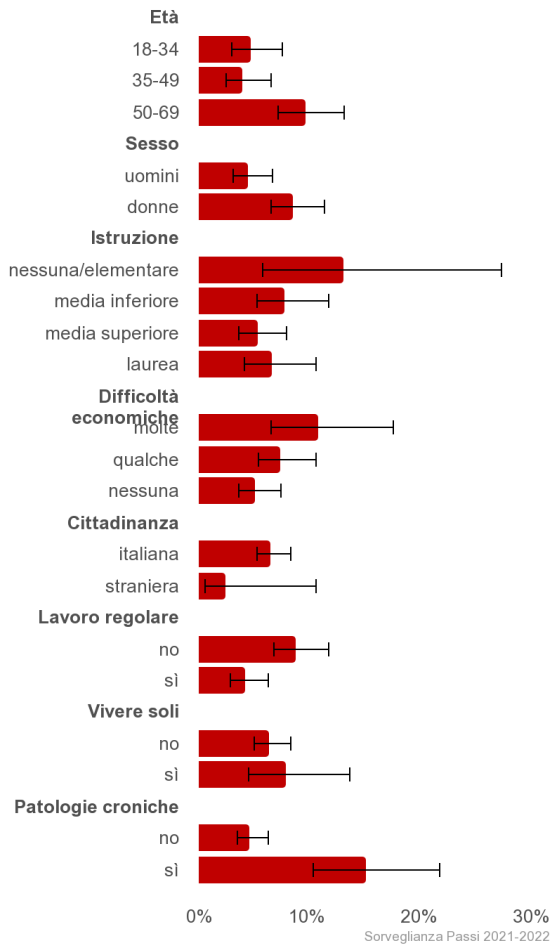
## Depressione

In Sicilia il 7% (6% valore nazionale) delle persone intervistate ha riferito sintomi depressivi; questi sintomi sono più diffusi fra i 50-69enni (10%), fra le donne (9%), fra coloro che hanno un basso livello d'istruzione (13%), fra chi ha molte difficoltà economiche (11%), fra le persone senza un lavoro regolare (8%), fra coloro che vivono soli (8%) e fra le persone affette da patologie croniche (15%).

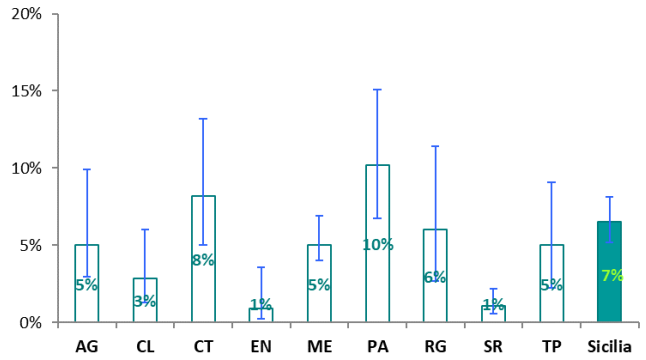
In Sicilia le prevalenze di persone con sintomi depressivi variano dall'1% di Enna e Siracusa al 10% di Palermo. Si osserva una variabilità annuale delle prevalenze di persone che riferiscono sintomi depressivi.

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

Totale: 6.5% (IC95%: 5.2-8.2%)



**Sintomi di depressione**  
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2021-22



**Sintomi di depressione per regione di residenza**  
Passi 2021-2022

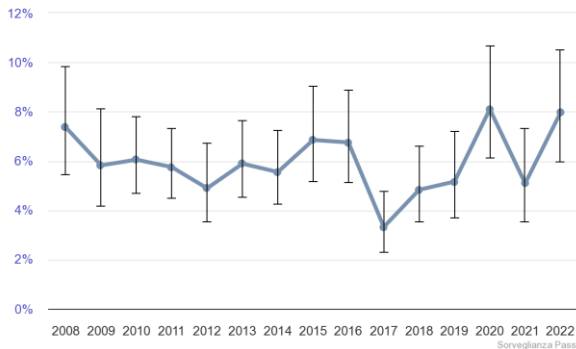


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

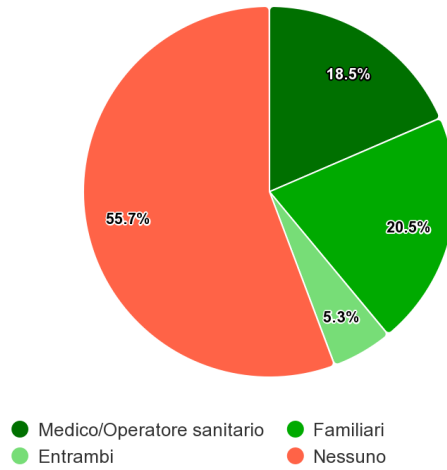
**Trend annuale Sintomi di depressione Regione Sicilia**

Passi 2008-2022



I familiari sono le figure a cui si rivolgono prevalentemente i soggetti con sintomi depressivi. Il 56% dei soggetti colpiti da sintomi depressivi dichiara di non chiedere alcun tipo di aiuto.

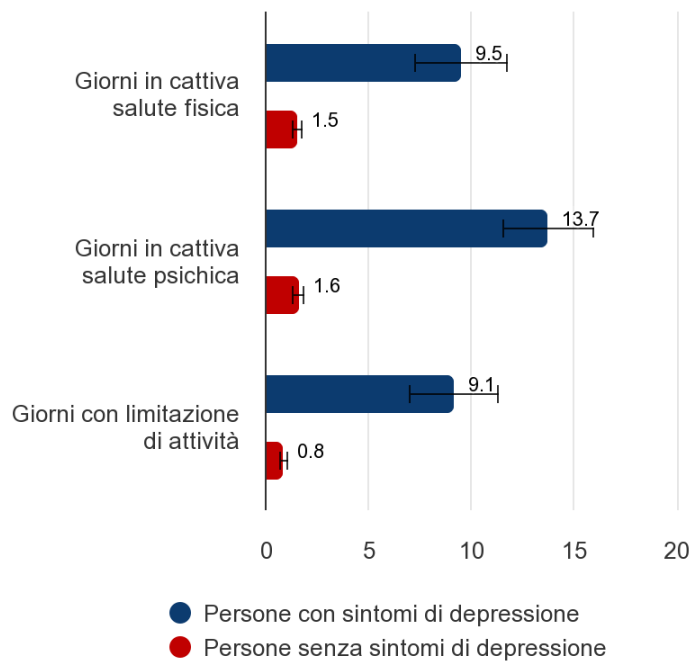
Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto - Sicilia



Sorveglianza Passi 2021-2022

Il numero di giorni in cattiva salute fisica, psichica e con limitazioni delle attività abituali risultano maggiori fra le persone con sintomi depressivi, in particolare, quest'ultime dichiarano di aver trascorso, nel corso del mese antecedente l'intervista, più di 9 giorni in cattiva salute fisica, quasi 14 giorni in cattiva salute psichica e 9 con limitazioni delle attività.

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

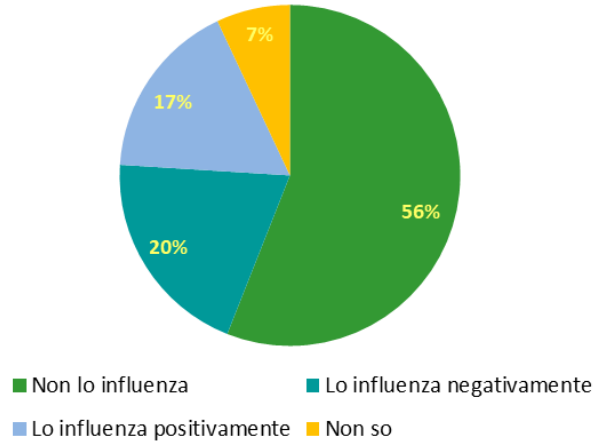


Sorveglianza Passi 2021-2022

## La percezione dei rischi ambientali

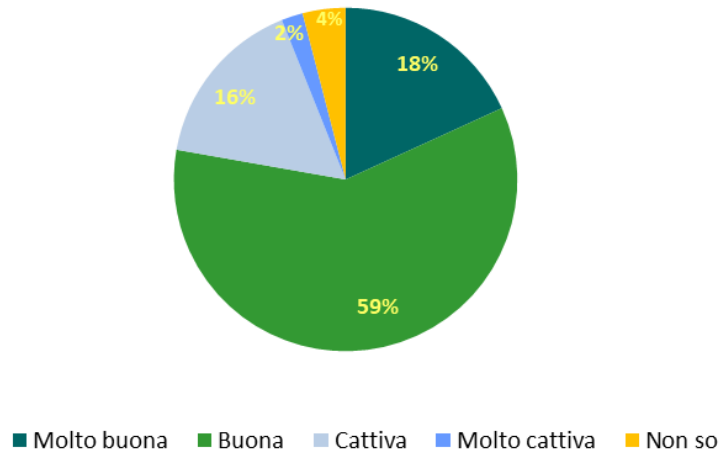
Il 17% dei siciliani dichiara che l'ambiente in cui vive influisce positivamente sulla propria salute, mentre il 20% pensa che la influenzi negativamente. Il 56% non gli attribuisce alcuna influenza.

Percezione dell'influenza dell'ambiente sullo stato di salute  
Sicilia  
2021-2022



Il 18% dei 18-69enni intervistati ha una percezione negativa (16% cattiva, 2% molto cattiva) della qualità dell'aria della zona in cui abita. Il 77% degli intervistati considera la qualità dell'aria in cui abita buona o molto buona.

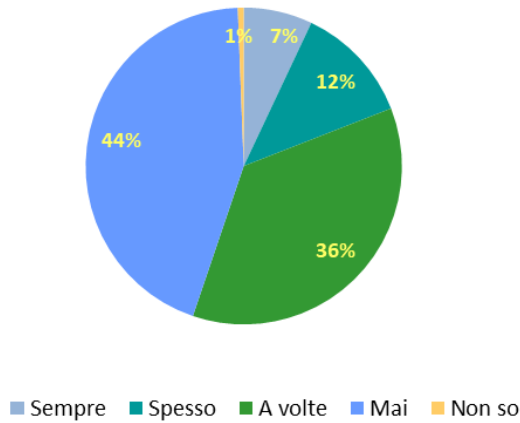
Percezione della qualità dell'aria  
Sicilia  
2021-2022



Il 19% dei 18-69enni siciliani dichiara che nella zona in cui abita ci sono spesso o sempre rifiuti abbandonati o fuori dai cassonetti.

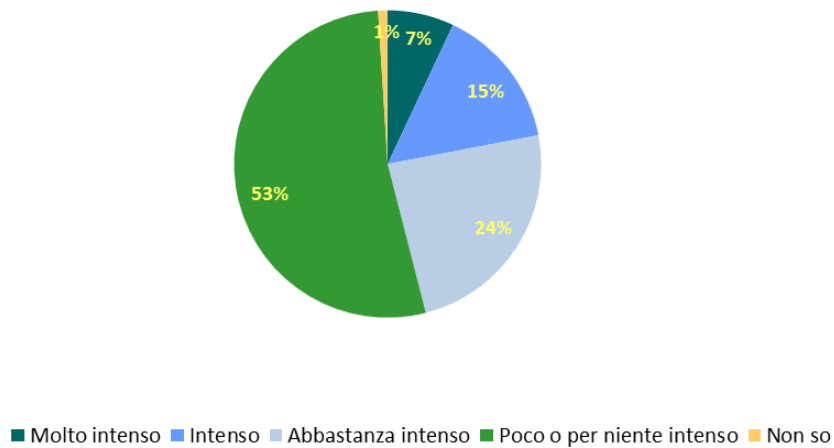


**Presenza rifiuti abbandonati  
Sicilia  
2021-2022**

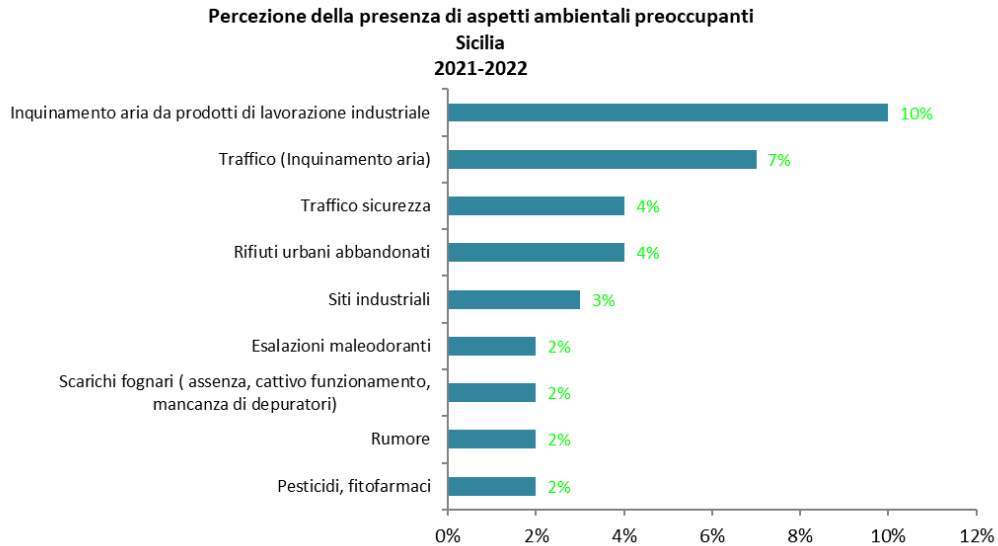


Il 46% degli intervistati riferisce una percezione del traffico, nel quartiere in cui vive, da abbastanza a molto intenso.

**Percezione dell'intensità del traffico  
Sicilia  
2021-2022**

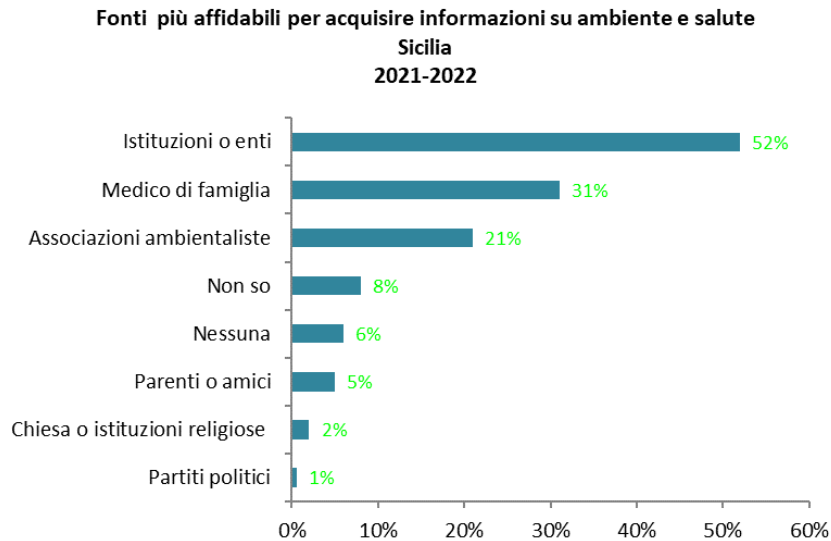


Il 17% degli intervistati ritiene che nella zona in cui abita siano presenti fattori di rischio per la salute. Nella tabella sottostante vengono riportati i principali fattori ambientali, del quartiere/zona dove si abita, ritenuti pericolosi per la propria salute e per quella dei propri familiari. L'inquinamento dell'aria dai prodotti di lavorazione industriale e l'inquinamento dell'aria a causa del traffico sono gli aspetti principalmente temuti.

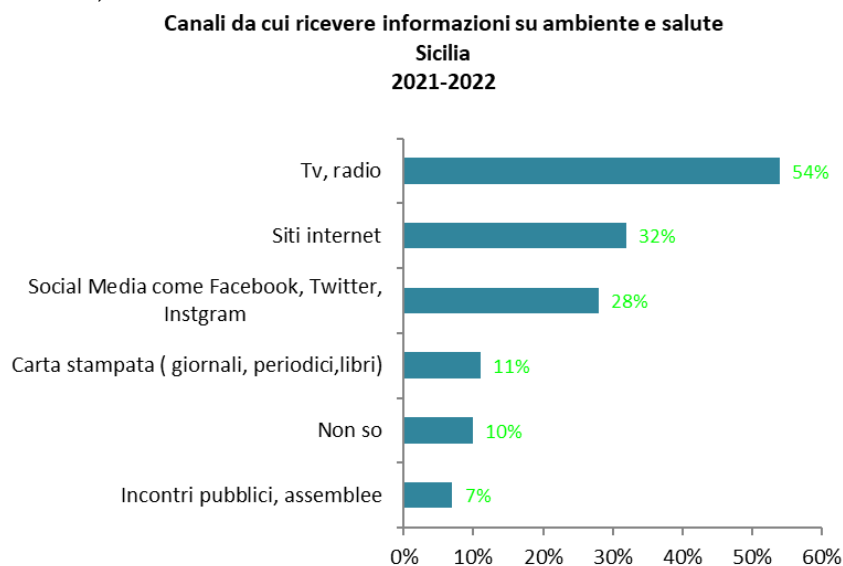


Il 41% degli intervistati ha poca o nessuna fiducia nelle istituzioni nelle capacità di tutelare l'ambiente che la circonda.

In Sicilia le istituzioni o enti (Ministeri, Regioni, ARPA, ASP etc) e il medico di famiglia sono considerate le fonti più attendibili per acquisire informazioni su ambiente e salute.

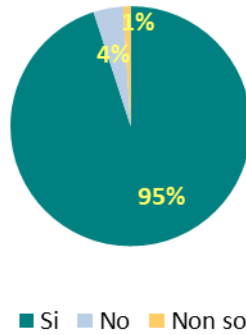


Più di un 18-69enne su due, desidererebbe avere informazioni su ambiente e salute attraverso TV e radio.



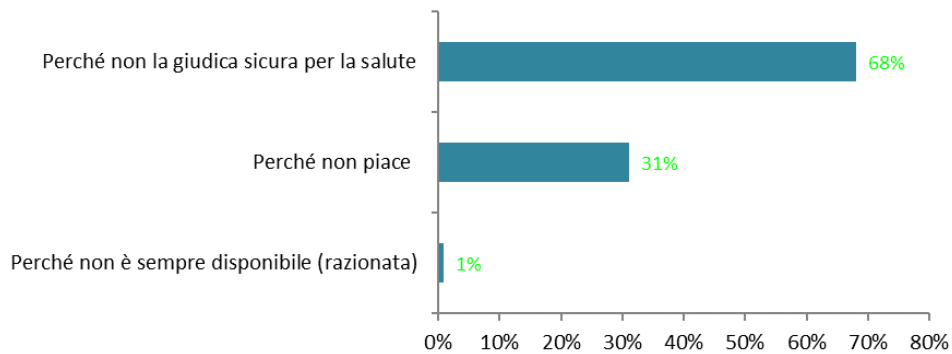
Il 95% dei 18-69enni riferisce che la propria abitazione è servita da acqua di rete (condotta idrica comunale,acquedotto), tra questi il 15% consuma l'acqua del rubinetto della propria abitazione.

**Abitazione servita da acqua di rete**  
Sicilia  
2021-2022



L'85% degli intervistati preferisce non bere acqua di rubinetto della propria abitazione, soprattutto perché non la ritiene sicura per la propria salute.

**Motivi per cui non viene bevuta l'acqua del rubinetto della propria abitazione**  
Sicilia  
2021-2022



## 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](http://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 2021	PASSI 2022
Numerosità	1648	1671
Tasso di risposta	92.9	90.4
Tasso di rifiuto	7.0	9.4
Tasso di sostituzione	7.1	9.6
Tasso di non reperibilità	0.1	0.2
Tasso di eleggibilità	91.7	95.2

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

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

- Tasso di risposta

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

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

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

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

- Tasso di sostituzione

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

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

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

- Tasso di rifiuto

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

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

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

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

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

- Tasso di non reperibilità

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

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

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

- Tasso di eleggibilità "e"

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

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

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

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

<b>Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità</b>		
	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>E' senza telefono</b>	89%	81%
<b>Residente o domiciliato stabilmente altrove</b>	5%	12%
<b>Istituzionalizzato (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)</b>	1%	0
<b>Deceduto</b>	2%	0
<b>Non conoscenza lingua italiana</b>	2%	4%
<b>Grave disabilità psico/fisica</b>	1%	3%

- **Modalità di reperimento del numero telefonico**

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

<b>Modalità di reperimento del numero telefonico</b>		
	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>Già presente (anagrafe sanitaria)</b>	46%	63%
<b>Pagine Bianche</b>	2%	0%
<b>MMG</b>	23%	22%
<b>Anagrafe comunale</b>	2%	0%
<b>Altre fonti aziendali</b>	17%	13%
<b>Parenti, vicini, ecc.</b>	5%	1%
<b>Riferito dall'intervistato stesso</b>	5%	1%

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

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

<b>Distribuzione delle interviste per orari</b>		
	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>7-13</b>	29%	34%
<b>13-15</b>	9%	5%
<b>15-19</b>	58%	55%
<b>19-20</b>	3%	4%
<b>20 e oltre</b>	1%	2%

<b>Distribuzione settimanale delle interviste</b>		
	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>feriale</b>	85%	76%
<b>sabato</b>	10%	19%
<b>festivo</b>	5%	5%

## APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$${}_i \hat{p}_k = \frac{\text{pop\_strato}_k\_ASL_i}{\text{pop\_strato}_k\_Reg}$$

e

$${}_i \hat{p}_k = \frac{\text{numero\_int\_strato}_k\_ASL_i}{\text{numero\_int\_strato}_k\_Reg}$$

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

$${}_i \text{Peso2}_k = \frac{\text{pop\_strato}_k\_ASL_i}{\text{numero\_int\_strato}_k\_ASL_i}$$

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

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