



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2023-2024

Sicilia



**A cura di:**

Sebastiano Pollina Addario¹, Patrizia Miceli¹, Maria Paola Ferro¹.

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

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

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

Membri del Gruppo tecnico

- Nicoletta Bertozzi - dipartimento di Sanità pubblica Ausl Romagna, Cesena
- Stefano Campostrini - dipartimento di economia, Università Ca' Foscari, Venezia
- Giuliano Carrozzi - 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:

- Daniela Faraoni
(Assessore della Salute - Regione Sicilia)
- Giacomo Scalzo
(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	Rosa Maria Consagra (Coordinatrice ed Intervistatrice); Rosaria Riccobene (Intervistatrice)
ASP di Caltanissetta	Giuseppe Cammarata (Coordinatore ed Intervistatore); Martina Vancheri, Maria Antonietta Campo, Ida Beretta, (Intervistatrici).
ASP di Catania	Gabriele Giorgianni (Coordinatore); Adriana Formica, Adriana Gagliano, Elena Longhitano, Dario Sinatra, Eleonora Ricci, Irene Castiglia, Antonella Neri, Erika Barbagallo, Ilaria Lombardi, Giordana Corva, Giulia Fichera, Gaetano Zappalà, Giuseppina Sabella, Roberto Furnari, Rosario Vinci (Intervistatori/trici)
ASP di Enna	Franco Belbruno (Coordinatore ed Intervistatore); Clotilde Laura Caceci (Intervistatrice)
ASP di Messina	Patrizia Restuccia (Coordinatrice ed Intervistatrice); Francesca Lo Iacono, Francesco Muschio, Giuseppina Sorbera, Massimo Varvarà, Natalia Corio, Enrica Maria Gallo, Giuseppa Maiorana, Antonietta Di Nola, Patrizia Ingrassia, Jole Danzi, Pietro Magazzù, Rosa Anna Oliva, Vincenzo Merlina, Silvana Parisi, Stefano Puglisi, Salvatore Bilardo, Marilena Spadafora, Salvatore Nicolina, Antonella Casablanca, Caterina Alessi, Patricia Maria Camarda (Intervistatori/trici)

ASP di Palermo	Maria Angela Randazzo (Coordinatrice), Giuseppa Canzoneri, Viviana Gelsomino, Chiara Tanese, Rosario Asciutto, Sara Palmeri, Tiziana Francesca Fazio, Giovanna Parrino, Ferderica Cammarata (Intervistatori/trici)
ASP di Ragusa	Angelo Battaglia (Coordinatore); Maria Cristina Interlandi, Rossana Carbonaro, Federica Gilestro, Rossella Venga, Giovanni Flavio Brafà Misicoro, Calogero Claudio Pace (Intervistatori/trici)
ASP di Siracusa	Enza D'Antoni (Coordinatrice ed intervistatrice); Michele Assenza, Gessica Failla (intervistatore/trice)
ASP di Trapani	Ranieri Candura (Coordinatore ed Intervistatore); Adriana Marchingiglio, Anna Barbera, Arianna Conforto, Giovanna La Francesca

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 2023-2024

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 per il campionamento aziendale, 10 interviste per il campionamento regionale) 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 2023-2024, nel pool nazionale, sono state intervistate oltre 63 mila persone. Le procedure di campionamento utilizzate, la formazione del personale coinvolto e la collaborazione con i Medici di Medicina Generale hanno consentito di ottenere un tasso di rispondenti molto elevato, un elemento cruciale per assicurare l'affidabilità dei risultati.

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

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

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

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. Il numero minimo di interviste mensili previste, per ciascuna ASP, per aderire al campionamento aziendale è di 25 unità, per il campionamento regionale di 10 unità.

In Sicilia soltanto Messina ha aderito per il biennio 2023-2024 al campionamento aziendale con 25 interviste, le rimanenti otto ASP hanno aderito alla rilevazione con 10 interviste mensili.

In Sicilia il campione complessivo per il periodo 2023-2024 è costituito da 3.416 individui; il campione è risultato così suddiviso per ASP:

ASP	Persone di 18-69 anni
Agrigento	220
Caltanissetta	220
Catania	219
Enna	220
Messina	1099
Palermo	232
Ragusa	216
Siracusa	770
Trapani	220
Totale regionale	3416

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 25 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori che ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 10,8% 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

L'attività fisica è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come «qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede un dispendio energetico». Perché un individuo sia fisicamente attivo sono sufficienti le azioni e i movimenti che fanno parte della vita quotidiana, come camminare, ballare, andare in bicicletta e fare i lavori domestici.

Praticare una regolare attività fisica, preferibilmente di tipo aerobico e non necessariamente ad alta intensità, contribuisce infatti a migliorare la qualità della vita a ogni età in quanto influisce positivamente sia sullo stato di salute fisica (prevenendo e/o alleviando molte patologie croniche) sia sul grado di soddisfazione personale (supportando il benessere psichico e sociale). L'esercizio fisico, infatti, riduce la mortalità del 20-35%, aiuta a prevenire le malattie metaboliche e cardiovascolari (con una riduzione del rischio di incorrere in coronaropatia e ictus che va dal 20% al 35%) e neoplastiche (riduzione del rischio di cancro della mammella del 20% e di tumore del colon tra il 30% e 50%). L'attività fisica riduce inoltre il tessuto adiposo in eccesso, agisce come fattore protettivo sulla pressione arteriosa e modula positivamente il colesterolo nel sangue, controlla il livello di glicemia e riduce il rischio di diabete di tipo 2 del 35-50%. Uno stile di vita attivo comporta benefici evidenti per l'apparato muscolo-scheletrico prevenendo e/o attenuando le artrosi e contribuisce anche a ridurre il rischio di depressione del 20-30%, di ansia, stress e solitudine.

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.

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.

L'OMS raccomandava, prima del 2020, 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, in sessioni di almeno 10 minuti per ottenere benefici cardio-respiratori. 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.

In PASSI le informazioni sull'intensità e il tempo dedicato all'attività fisica, nel tempo libero e durante l'attività lavorativa, consentono di stimare i livelli complessivi di attività fisica delle persone adulte e classificarle in attive, parzialmente attive o sedentarie secondo le indicazioni internazionali in vigore.

Mobilità attiva

Per mobilità attiva si intende la scelta di usare la bicicletta o andare a piedi per i propri spostamenti abituali (lavoro, scuola ecc), in alternativa all'uso di veicoli a motore. Negli ultimi anni si è assistito ad un crescente utilizzo di altre modalità di mobilità attiva come ad esempio lo skateboard o i rollerblade.

È stato ripetutamente dimostrato che la mobilità attiva è associata a benefici multipli sulla salute: dalla riduzione del rischio cardiovascolare, di diabete e del peso corporeo al miglioramento dello stato di salute fisico e mentale. La letteratura scientifica indica anche che la mobilità attiva può determinare esiti di salute anche diffusi, come una percezione di maggiore supporto sociale e di minore stress, fino a una migliore salute soggettiva generale.

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 indipendentemente dall'attività fisica praticata nel tempo libero o durante l'attività lavorativa.

Per le persone che vanno in bicicletta o a piedi per almeno 150 minuti a settimana, il rischio di mortalità si riduce infatti del 10%. Si calcola che, nell'Unione europea, ogni anno più di 100.000 morti premature potrebbero essere evitate se ogni adulto andasse a piedi o in bicicletta per 15 minuti in più al giorno. Sebbene la mobilità attiva possa incrementare l'esposizione ad agenti inquinanti o al rischio di infortuni, i benefici eccedono i rischi in un rapporto di quasi nove a uno.

La promozione della mobilità attiva e sostenibile è entrata ormai da tempo nelle agende dei decisori a tutti i livelli, sia a livello globale – nell'ambito dei Sustainable Development Goals (Obiettivi di Sviluppo Sostenibile) – sia di singoli Paesi. Per questo motivo si investe affinché tramite politiche pubbliche concertate, afferenti a diversi settori (tra cui i principali, sanità, ambiente, trasporti), si possano incrementare i livelli di mobilità attiva

nella popolazione generale. Queste politiche mirano infatti non solo al raggiungimento di uno stato di salute pubblica migliore, ma anche a rendere i contesti di vita più salubri e sostenibili, ad esempio relativamente a una riduzione delle emissioni e quindi dei tassi di inquinamento. Tra l'altro, si è visto come l'efficacia effettiva dei programmi è maggiore se legati a interventi nel contesto di comunità rispetto a quelli condotti a livello individuale.

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

L'eccesso ponderale è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, in genere a causa di un'alimentazione scorretta e di una vita sedentaria. Abitudini alimentari ipercaloriche e sbilanciate determinano un eccesso di peso e, di conseguenza, un impatto considerevole sulla salute di una popolazione poiché favoriscono l'insorgenza di numerose patologie e/o aggravano quelle preesistenti, riducono la durata della vita e ne peggiorano la qualità. Essere in sovrappeso/obesi aumenta il rischio di molteplici patologie croniche, tra cui l'infarto del miocardio, l'ictus, l'ipertensione, il diabete mellito, l'osteoartrosi.

Inoltre sovrappeso e obesità sono i principali fattori di rischio oncologico: si stima che, globalmente, nel 2012 lo sviluppo di mezzo milione di nuovi tumori fosse attribuibile all'eccesso ponderale.

In Italia, un elevato Indice di massa corporea (Imc) si conferma il quinto dei primi dieci fattori di rischio per morte prematura e anni vissuti in disabilità con un incremento del 6,3% nell'intervallo temporale 2007-2017.

Gran parte dell'eccesso ponderale è dovuto alla disponibilità di alimenti di scarsa qualità e a basso costo la cui distribuzione commerciale è sostenuta da efficienti sistemi di marketing, le strategie di comprovata efficacia per contrastare il fenomeno risultano essere quelle riconducibili a interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti individuali agendo sugli aspetti regolamentativi e normativi, sulle questioni legate alle etichettature e sui prezzi dei cibi.

Nella sorveglianza di popolazione le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (IMC), calcolato dividendo il peso (autoriferito) in kg per la statura (autoriferita) in metri elevata al quadrato. Molti studi evidenziano che la prevalenza del sovrappeso e dell'obesità, basata su dati riferiti, è sottostimata rispetto a quella calcolata su dati misurati, ma è valida per valutare i trend temporali e le differenze territoriali. E' importante, inoltre, sottolineare che l'interpretazione delle associazioni, basate sui dati riferiti, tra sovrappeso/obesità e varie patologie, deve essere fatta con cautela.

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

Una nutrizione corretta costituisce uno degli elementi fondamentali per evitare l'insorgenza di numerose condizioni patologiche o di controllare l'evoluzione di malattie preesistenti: una dieta subottimale è riconosciuta infatti come un fattore correlato alle malattie croniche non trasmissibili (Mcnt), ma a tutt'oggi il suo impatto in termini di carico di malattia non è stato stimato in modo sistematico.

Pubblicato nell'aprile 2019, il “Global burden of disease study 2017” ha valutato l'impatto di un consumo subottimale dei principali alimenti e nutrienti in termini di mortalità e morbosità nelle popolazioni di 195 Paesi. Attraverso un approccio di valutazione comparativa del rischio, è stata calcolata la proporzione di carico specifico di malattia attribuibile a ciascun fattore di rischio alimentare (anche indicata come frazione di mortalità attribuibile) negli adulti di 25 anni o più. Complessivamente, nel 2017, 1 morte su 5 è stata dovuta a una dieta insufficiente: sono stati attribuiti a fattori di rischio legati all'alimentazione 11 milioni di morti e 255 milioni di Daly (Disability-adjusted life years; una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura). Gli elementi nutrizionali a maggiore impatto per mortalità e Daly sia a livello globale sia nella maggior parte dei Paesi sono: assunzione elevata di sodio (3 milioni di morti e 70 Daly), basso apporto di cereali integrali (3 milioni di morti e 82 Daly), consumo insufficiente di frutta (2 milioni di morti e 65 Daly).

L'adozione di uno stile alimentare corretto e salutare si conferma un fattore protettivo per lo sviluppo di patologie neoplastiche: il rischio di sviluppare tumori può essere ridotto di un terzo attraverso alimentazione e attività fisica.

Frutta e verdura sono alimenti privi di grassi e ricchi di vitamine, minerali e fibre; hanno un ruolo protettivo nella prevenzione delle malattie croniche che sono associate principalmente all'età adulta, quali ad esempio

patologie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie e 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.

L'Oms raccomanda un consumo giornaliero di 400 grammi di frutta e verdura, corrispondente a circa cinque porzioni (five a day). Un regime alimentare di tipo mediterraneo, ricco di frutta verdura, cereali, legumi e povero di sodio, di zuccheri complessi e di cibi di origine animale, è favorevole non solo a un buono stato di salute ma anche in linea con il rispetto dell'ambiente. Contrariamente alle raccomandazioni, i consumi giornalieri stimati a livello globale sono di gran lunga inferiori ai valori indicati: 94 grammi di frutta vs 200-300 g consigliati e 190 grammi di verdura vs 290-430 g considerati ottimali.

Pur essendo la "culla della dieta mediterranea", anche in Italia i consumi di frutta e verdura sono da considerarsi subottimali.

Consumo di sale

L'eccessivo consumo di sodio e l'insufficiente assunzione di iodio sono tra i principali determinanti nutrizionali che hanno un ruolo importante nell'insorgenza delle malattie croniche.

Assumere quantità elevate di sale attraverso la dieta aumenta infatti i rischi cardiovascolari correlati all'ipertensione arteriosa, ma anche ad altre malattie cronico-degenerative, come i tumori dell'apparato digerente (in particolare quelli dello stomaco), l'osteoporosi e le malattie renali: per questa ragione, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ne raccomanda un consumo giornaliero moderato, non superiore ai 5 grammi, corrispondenti a circa 2 grammi di sodio.

Di contro, l'assunzione di sale arricchito di iodio, sempre nei limiti raccomandati dall'OMS, è fortemente incoraggiata. La carenza di questo nutriente ha un impatto sullo sviluppo e sul funzionamento della ghiandola tiroidea, che a sua volta regola funzioni vitali, tra cui l'acutezza mentale e la parola, o le condizioni fisiche. La presenza di iodio svolge un ruolo importante nel regolare la produzione di energia dell'organismo, ne favorisce la crescita e lo sviluppo stimolando il metabolismo basale e assume particolare importanza in particolari fasi, come ad esempio la gravidanza e l'allattamento. Un apporto fortemente insufficiente di iodio nella vita fetale e neonatale può provocare infatti l'arresto della maturazione dell'encefalo con deficit intellettivi, sordomutismo e paralisi spastica, fino al cretinismo, ma anche la carenza lieve o moderata compromette le funzioni cognitive e motorie.

Lo iodio è introdotto nell'organismo esclusivamente con gli alimenti e viene eliminato soprattutto con le urine, per cui la ioduria fornisce un'accurata indicazione dell'introito di iodio. Una dieta seppure equilibrata garantisce solo il 50-60 % del fabbisogno giornaliero di iodio (90 µg nei bambini fino a 6 anni, 120 µg in età scolare, 150 µg negli adulti). Durante la gravidanza e l'allattamento il fabbisogno aumenta a 250 µg per garantire una corretta funzione tiroidea materna e fetale. È necessario quindi che l'assunzione quotidiana venga integrata.

La misura più efficace ed economica, raccomandata dall'OMS e dall'UNICEF (United Nations Children's Fund), per prevenire le malattie da carenza di iodio consiste nell'arricchimento con iodio del sale destinato al consumo umano, usato sia in cucina che dall'industria alimentare e del sale destinato all'alimentazione degli animali da allevamento. C'è generale consenso infatti nel raccomandare l'uso di sale iodato a tutta la popolazione, indistintamente per condizioni individuali e di contesto di vita in quanto, a fronte di un consumo moderato di sale, nei limiti indicati dall'OMS, le quantità di iodio raggiunte rientrano ampiamente nei livelli di assunzione appropriati, restando comunque molto al di sotto dei livelli massimi accettabili.

In Italia, con la Legge n. 55 del 21 marzo 2005, si è scelto di raccomandare "meno sale ma iodato", obbligando i rivenditori a offrire preferenzialmente il sale iodato, promuovendone quindi il consumo in alternativa a quello comune, rendendolo disponibile in tutti i punti vendita di generi alimentari e prevedendo la somministrazione del sale da cucina solo su specifica richiesta del consumatore.

In Italia i livelli di consumo di sale iodato sono ancora ben lontani dai valori raccomandati. Restano dunque fondamentali sia le azioni di sensibilizzazione e di informazione sull'importanza della riduzione del consumo alimentare di sale in favore di un utilizzo di sale iodato, sia il monitoraggio di quanto queste azioni siano efficaci nel migliorare la consapevolezza individuale 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).

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

Il consumo di prodotti alcolici (sostanze psicoattive che possono portare a dipendenza) è associato allo sviluppo di numerose malattie croniche non trasmissibili come cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari, tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, e può creare dipendenza; provoca, inoltre, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie che espongono a un aumentato rischio non solo chi lo assume ma anche il contesto sociale di riferimento. Bere alcolici, infatti, può condurre a maggiore incidentalità stradale e correlata

invalidità, nonché indurre comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, abbandoni e incapacità di costruire legami affettivi stabili.

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 variano in funzione di diversi fattori: la quantità di alcol bevuta abitualmente, la quantità assunta in una singola occasione, le modalità e il contesto di consumo, le caratteristiche individuali (quali ad esempio età, sesso, condizioni patologiche preesistenti che determinano una differente suscettibilità soggettiva). Gli effetti nocivi dell'alcol possono essere annullati completamente solo astenendosi dal consumo che non è tollerato/amMESSO in alcune circostanze (come alla guida o sul luogo di lavoro) o fasi della vita come ad esempio durante la gravidanza (la sindrome alcolico fetale - Fetal alcohol syndrome, Fas - è la più grave delle patologie del feto indotte dall'assunzione di alcol durante la gestazione).

In Italia, secondo i dati del Global Burden of Disease Study dell'Institute for health metrics and evaluation (IHME), pur se con un decremento del 18,8% nell'intervallo temporale 2007-2017, il consumo di alcol si conferma il sesto dei primi dieci fattori di rischio per morte prematura e anni vissuti in disabilità. Dalle stime dell'Istat e dell'Osservatorio nazionale alcol dell'Istituto superiore di sanità (ISS) emerge che circa 35 milioni di italiani sopra gli 11 anni di età consumino bevande alcoliche (78,1% di uomini e 53,5% di donne) e che, di questi, più di 8,6 milioni abbiano una modalità del bere a rischio. Il dato più allarmante riguarda i minori ai quali vendita e somministrazione di bevande alcoliche sono vietate fino ai 18 anni di età; ugualmente preoccupanti rimangono i valori di giovani sino ai 24 anni e gli anziani che consumano bevande alcoliche. Nel nostro Paese, l'esposizione all'alcol è causa di circa 39 mila accessi al Pronto soccorso, con diagnosi principale di abuso di alcol episodico.

Come anche indicato a livello internazionale (Obiettivo di sviluppo sostenibile al 2030, n.3.5: Rafforzamento della prevenzione e del trattamento di abuso di sostanze, comprese droghe e alcol; Piano di azione europeo sull'alcol 2014-2020 approvato dalla risoluzione Eur/rc61/r4), l'approccio prevalente per le strategie di contrasto al consumo di alcol è quello di mettere in campo un insieme integrato di politiche che da un lato mirano ad agire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari da parte dei cittadini e dall'altra intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto, la comunicazione e il marketing.

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.

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

L'abitudine al fumo di tabacco (tabagismo) rappresenta uno dei maggiori problemi di sanità pubblica nel mondo: l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ritiene che sia responsabile di 8 milioni di decessi l'anno fino al 2030. Oltre al tabacco, una sigaretta contiene molti componenti, più di 4000 sostanze chimiche che si sprigionano per effetto della combustione. Una delle più pericolose è il catrame che contiene sia sostanze cancerogene che si depositano nel polmone e nelle vie respiratorie, sia sostanze irritanti che favoriscono infezioni, bronchite cronica ed enfisema. La nicotina, inoltre, è un alcaloide che influenza i sistemi cardiovascolare e nervoso e induce dipendenza.

Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio per i tumori (è fortemente associato a quelli del polmone, del cavo orale e gola, esofago, pancreas, colon, vescica, prostata, rene, seno, ovaie e ad alcuni tipi di leucemie) e per le malattie respiratorie non neoplastiche, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco); è inoltre uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ictus e infarto). Il fumo ha un impatto negativo sul sistema riproduttivo sia dell'uomo che della donna in quanto riduce la fertilità e deve essere totalmente evitato in fasi della vita quale ad esempio la gravidanza, per i molti effetti nocivi sul feto, rischio di basso peso alla nascita, aborti spontanei e altre complicanze. I danni fisici dovuti al fumo di tabacco sono legati a diversi fattori: età di inizio, numero di sigarette fumate quotidianamente, numero di anni di fumo, inalazione più o meno profonda.

Dai risultati delle analisi comparative del "Global burden of disease study 2017", emerge che a livello mondiale, nel 2017, i maggiori fattori di rischio per una morte prematura e disabilità (in termini di *Daly*, (*Disability-adjusted life years*) una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura) sono stati: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, iperglicemia. In Italia, nell'intervallo temporale 2007-2017, pur con un decremento del 9,9%, l'abitudine tabagica si conferma il primo dei principali dieci fattori di rischio per morte prematura e anni vissuti in disabilità.

I programmi di prevenzione del fumo possono prevedere interventi diretti agli individui, alle comunità o misure regolatorie; essi mirano da una parte a ridurre l'iniziazione e l'esposizione passiva al fumo negli ambienti chiusi, e dall'altra ad aumentare la cessazione. Per tutti e tre i livelli indicati esistono programmi efficaci, ma i più solidi per evidenza scientifica si basano su misure regolatorie volte a ridurre la disponibilità dei prodotti del tabacco e gli stimoli a fumare. Si tratta di misure come i divieti di fumo nei locali aperti al pubblico e nei luoghi di lavoro, i limiti di vendita per età, orario e luoghi, gli aumenti dei prezzi tramite le accise, i divieti di pubblicità, la regolamentazione e auto-regolamentazione dei media, le *policy* scolastiche e aziendali.

Un insieme di misure coerente è incluso nella Convenzione quadro per il controllo del tabacco dell'Oms, il primo trattato internazionale per la tutela della salute pubblica che, riconoscendo i danni provocati dai prodotti del tabacco e dalle aziende che li fabbricano, stabilisce principi e obiettivi giuridicamente vincolanti che i firmatari sono tenuti a rispettare. Siglata da 192 Stati membri dell'Oms nel 2004, è stata ratificata anche dal nostro Paese, che nella lotta al fumo si è distinto per la messa a regime di disposizioni legislative che negli anni si stanno dimostrando efficaci.

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, ossia l'inalazione involontaria di fumo di tabacco disperso nell'ambiente, che comprende il fumo prodotto sia dalla combustione lenta della sigaretta o di altro prodotto del tabacco da fumo (come sigari, pipe e sigaretti) sia dall'espiazione del fumo dal fumatore, diluito con aria dell'ambiente, è a tutt'oggi una delle esposizioni più importanti e più diffuse nell'ambiente confinato. Le sostanze emesse vengono assorbite anche dagli arredi che le rilasciano lentamente (fenomeno detto "fumo di terza mano"), cosicché l'esposizione al fumo passivo dura per un tempo di gran lunga superiore rispetto a quando sono state esalate; non esiste un livello soglia al di sotto del quale il fumo di tabacco ambientale sia innocuo. L'esposizione al fumo passivo comporta l'inalazione involontaria di sostanze cancerogene e di altri componenti tossici e nocivi per la salute, aumentando il rischio di gravi patologie; i bambini con almeno un genitore fumatore incorrono in infezioni delle basse vie respiratorie, in asma bronchiale e otite media, mentre gli adulti esposti al fumo in casa e/o sul lavoro sono affetti da malattie ischemiche del cuore, cancro del polmone, esacerbazione di asma bronchiale e sintomi respiratori.

In Italia, il fumo passivo sarebbe responsabile di un migliaio di morti l'anno e il rischio cumulativo di morte per tumore polmonare è di un morto ogni 1000 persone esposte al fumo passivo, un valore comunque elevato anche se di molto inferiore a quello dei fumatori attivi (380 morti ogni 1000 fumatori).

Nello scenario europeo, il nostro Paese è sempre stato all'avanguardia in materia di tutela dei non fumatori: la prima norma è stata la Legge n. 584 dell'11 novembre 1975, che stabiliva il "Divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico", tra cui le corsie degli ospedali, le aule scolastiche, le sale d'attesa delle stazioni, i locali chiusi adibiti a pubblica riunione, i cinema, le sale da ballo. La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995, "Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici", ha poi esteso il divieto di fumo ai locali destinati al ricevimento del pubblico per l'erogazione di servizi pubblici e utilizzati dalla pubblica amministrazione, dalle aziende pubbliche e dai privati esercenti servizi pubblici.

Pur avendo contribuito alla progressiva riduzione della prevalenza dei fumatori, i limiti di queste normative sono stati superati con la Legge 3 del 16 gennaio 2003 (art. 51), "Tutela della salute dei non fumatori", che ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi (compresi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico, gli esercizi commerciali e di ristorazione, i luoghi di svago, palestre, centri sportivi), con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati (abitazioni civili). L'Italia è stata il primo grande Paese europeo a introdurre una normativa per regolamentare il fumo in tutti i luoghi chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità ed è stata considerata un modello di intervento efficace in sanità pubblica che molti Paesi in Europa e nel mondo hanno replicato introducendo legislazioni a tutela dal fumo passivo, in alcuni casi anche più restrittive (non prevedendo, ad esempio, la possibilità di attrezzare sale per fumatori). Un ulteriore passo in avanti è stato fatto infine con il Decreto lgs. n. 6 del 12 gennaio 2016 che recepisce la Direttiva 2014/40/UE sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati, che abroga la direttiva 2001/37/CE.

Uno dei principali esiti di salute con cui viene misurata l'efficacia dei divieti di fumo è l'andamento dei ricoveri ospedalieri per infarto acuto del miocardio: in Italia, si rileva una riduzione degli eventi coronarici acuti tra il 2004 e gli anni successivi all'introduzione della legge con valori che vanno dal -4% al -13% dei ricoveri per infarto tra le persone in età lavorativa (inferiore ai 70 anni). Tali risultati sono coerenti anche con quanto rilevato in altre parti del mondo.

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.

Smettere di fumare

Non fumare rappresenta un'importante scelta per uno stile di vita salutare di tutta la collettività: per chi fuma, smettere permette 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. A livello individuale, 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.

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).

Per i fumatori che vogliono smettere, sarebbe necessario ridurre le barriere che ostacolano l'accesso a un sostegno qualificato ed efficace, aumentando la capacità del sistema sanitario di fornire trattamenti di buona qualità, rendendo gratuiti (o semi-gratuiti) i trattamenti efficaci sia di tipo comportamentale che farmacologico, e aumentando la disponibilità del sostegno a distanza come il materiale di auto-aiuto, le quit-line telefoniche e i siti web dedicati. Gli ostacoli più frequenti all'interruzione dell'abitudine tabagica sono di natura psicologica e di solito vengono sopravvalutati, quali ad esempio la forza dell'associazione tra cessazione e aumento di peso, di fatto facilmente contenibile, o l'atto del fumare e la sensazione apparente di rilassamento che è provocata invece dall'effetto della nicotina sul cervello.

Programmi estensivi di supporto alla disassuefazione abbracciano interventi multicomponenti, quali ad esempio quelli realizzati nei contesti educativi attraverso il coinvolgimento congiunto di scuola e famiglia, luoghi privilegiati e più competenti per iniziare a educare alla salute e, nello specifico, a prevenire l'abitudine al fumo. Le stringenti azioni normative degli ultimi anni, come il divieto di fumo nei luoghi pubblici, dimostrano che si può intervenire su fattori sociali, culturali ed economici per mettere il singolo individuo nelle condizioni di rinunciare al fumo e di scegliere la salute.

Rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: 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). Notevole anche l'impatto economico complessivo stimato per l'Unione Europea, pari annualmente a circa 196 miliardi di euro.

Gran parte delle malattie del sistema circolatorio è imputabile alle malattie ischemiche del cuore (quali l'infarto del miocardio) e alle malattie cerebrovascolari (come l'ictus). Tra gli uomini conducono al decesso con maggior frequenza le cardiopatie ischemiche mentre, tra le donne, le malattie cerebrovascolari. Alla genesi 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.

I tassi di mortalità standardizzati delle malattie cardiovascolari sono progressivamente diminuiti negli ultimi decenni nei Paesi ad economia avanzata. Ciò è avvenuto in parte in seguito alla diffusione di cure più efficaci, ma principalmente per cambiamenti degli stili di vita, che hanno determinato una riduzione importante di fattori di rischio come fumo di tabacco, ipertensione, ipercolesterolemia. Questi miglioramenti si sono verificati

nonostante l'evoluzione negativa in molti Paesi di altre condizioni, come il sovrappeso/obesità e il diabete mellito.

Anche in Italia, caratterizzata da una situazione epidemiologica di partenza migliore rispetto a molte altre nazioni europee, si è verificato nello stesso periodo un calo sia della mortalità cardiovascolare sia di alcuni fattori di rischio. Tuttavia, la diffusione di questi fattori, ancora molto ampia, e l'invecchiamento progressivo della popolazione fanno prevedere che il carico di malattia attribuibile a queste patologie rimarrà a lungo elevato.

In PASSI nella sezione relativa ai fattori di rischio cardiovascolare vengono descritti gli indicatori relativi alla prevenzione e al controllo dell'ipertensione arteriosa, dell'ipercolesterolemia e del diabete. Viene trattato anche il tema dei profili di rischio multifattoriale, cioè delle persone che presentano più fattori associati, e viene descritto l'utilizzo, da parte dei medici curanti, degli strumenti per il calcolo del rischio cardiovascolare assoluto. L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica.

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

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

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.

Altri importanti fattori di rischio cardiovascolare indagati da Passi (fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, consumo di frutta e verdura) vengono trattati nelle sezioni del rapporto dedicate a questi argomenti.

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

- Le strategie di popolazione, promuovendo stili di vita salutari, possono ridurre la prevalenza e la gravità delle principali condizioni a rischio e aumentare la proporzione delle persone con un basso profilo di rischio. Queste strategie vengono attuate attraverso modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, ecc), atte a incidere sui comportamenti, oppure attraverso iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, ecc) per aumentare la consapevolezza dei portatori di interesse su questi temi di salute. In genere si sono dimostrati efficaci gli interventi multicomponente, che affrontano contemporaneamente diversi aspetti della prevenzione e del trattamento. Grande importanza hanno gli interventi in grado di ridurre le situazioni di disuguaglianza sociale, che hanno un peso rilevante nel determinare l'insorgenza di queste patologie. Molti interventi di promozione della salute richiedono iniziative che vanno al di là del raggio d'azione del Servizio sanitario. Secondo le indicazioni della strategia europea "Gaining Health", recepite dal programma "Guadagnare Salute" del ministero della salute italiano, è necessario attivare strategie intersettoriali, per costruire un insieme integrato di politiche, che mirino a intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari dei cittadini. Da parte dei Ministeri e delle Amministrazioni pubbliche sono necessarie azioni sinergiche, che coinvolgano parti diversi della società e delle istituzioni, con il contributo dei professionisti dell'area sanitaria, dell'opinione pubblica e dei singoli individui, adeguatamente informati e motivati.
- L'approccio individuale, invece, riguarda le persone a maggior rischio, a cui vanno rivolti appropriati interventi assistenziali per diagnosticare, monitorare e trattare appropriatamente le principali condizioni a rischio; è importante soprattutto valutare il rischio complessivo che deriva dalla combinazione dei diversi fattori, come sottolinea il Piano nazionale della prevenzione. A tal fine, va promosso l'uso generalizzato e sistematico, da parte dei medici curanti, del calcolo del rischio cardiovascolare assoluto, che consente di identificare i soggetti con i profili di rischio più sfavorevoli, su cui concentrare gli interventi, secondo quanto prevede il Progetto Cuore, coordinato dall'Iss.

Diabete

Il diabete è una malattia frequente ed è in aumento in tutto il mondo esercitando un notevole impatto socio-economico sui vari sistemi nazionali per l'entità della sua diffusione e la gravità delle sue complicanze. 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, per cui è indispensabile sia la promozione di stili di vita sani sia che i pazienti acquisiscano un atteggiamento favorevole verso tali stili che prevedano movimento e corretta alimentazione. E' altresì

importante disporre di strumenti di sorveglianza della diffusione del diabete e dei fattori associati nella popolazione in modo da poter fornire informazioni ai decisori in modo tempestivo.

Applicando la definizione dell'Oms, circa una persona su tre affetta da diabete è inconsapevole della propria condizione. La diagnosi viene effettuata all'esordio di sintomi o complicanze o nel corso di controlli routinari. Per questi motivi, l'indicatore Passi sottostima la prevalenza di diabete effettivamente presente nella popolazione:

In conclusione, la prevalenza di diabete basata su dati riferiti sottostima la prevalenza di diabete diagnosticato, e ancora di più quella di diabete misurato con l'esame della glicemia, ma la sottostima non varia sostanzialmente nel tempo, nello spazio e tra sottogruppi della popolazione, per cui può essere ed è utilizzato nella sorveglianza del diabete e del controllo del diabete nella popolazione. Dal 2011, Passi ha incluso nell'intervista un nuovo modulo che mira a fornire informazioni dettagliate sul controllo del diabete nella popolazione adulta assistita dalle Asl.

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.

Nonostante questi miglioramenti, gli incidenti stradali rappresentano ancora la prima causa di morte e disabilità tra i giovani, una causa ampiamente prevenibile.

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. Tra questi ultimi, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato di essere efficaci nel mitigare le conseguenze degli incidenti: si stima che, in Italia, 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.

In Italia, la popolazione è protetta dalle leggi che regolano i 5 principali rischi monitorati dall'Oms: limiti di velocità, limiti di alcolemia, obbligo di casco, cinture e seggiolini di sicurezza per i più piccoli e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli.

Purtroppo però l'uso della cintura anteriore è ancora meno frequente in area urbana (rispetto alle strade extra-urbane) e nell'Italia meridionale. Anche il casco, nelle Regioni del Sud non è sempre indossato. Ma sono soprattutto i bambini (che devono viaggiare assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini o adattatori) e gli occupanti i sedili posteriori delle auto quelli più frequentemente non assicurati con sistemi di ritenuta. Questi fatti, e la mancata osservazione di miglioramenti rilevabili negli ultimi anni, ci dicono sia che la legge dell'obbligo da sola può non essere sufficiente a generalizzare l'uso dei dispositivi di sicurezza sia che i sistemi di controllo e sanzione non sono adeguati e che la comunicazione non è stata efficace nell'aumentare la consapevolezza di conducenti e viaggiatori, e neanche dei genitori. Pertanto per far rispettare la legge, è necessario da parte delle forze dell'ordine aumentare il numero di postazioni, di pattuglie, di controlli specifici e contravvenzioni ma è anche necessario che vengano fatte ulteriori campagne informative volte ad indurre un cambiamento di consapevolezza nei conducenti, nei viaggiatori, e soprattutto nei genitori di minori delle sanzioni previste e dei rischi di incidenti.

Passi misura l'abitudine di usare i dispositivi di sicurezza, in auto e moto, in base alle dichiarazioni degli intervistati. Durante l'intervista si chiede a coloro che hanno viaggiato in auto, in città e fuori, il comportamento abituale per quanto riguarda l'uso della cintura di sicurezza anteriore e posteriore, e a coloro che sono stati in moto negli ultimi 12 mesi, se hanno usato il casco. Infine a coloro che convivono con minori di 7 anni, si chiede se hanno difficoltà a farli stare nel seggiolino, quando li trasportano in auto. Inoltre, a partire dal 2011, la sorveglianza Passi, 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.

Coloro che rispondono "sempre" sono classificati come persone con un comportamento abituale sicuro, nonché aderente al codice della strada. In base alle risposte sono calcolati gli indicatori sull'abitudine ad indossare sempre le cinture di sicurezza in auto e il casco in moto, nonché quelli sull'attitudine ad utilizzare i sistemi di ritenuta per i bambini sotto i 7 anni.

I dati riferiti relativi all'abitudine a indossare le cinture, quando interpretati per valutare il rispetto dell'obbligo di usare i dispositivi, forniscono in genere un quadro più favorevole di quello registrato con dati derivati dall'osservazione diretta, anche se è stato mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure.

Fornendo indicazioni su due dei pilastri della sicurezza stradale: uso dei dispositivi di sicurezza e guida sotto l'effetto dell'alcol, Passi rappresenta una risorsa per coloro che gestiscono la sicurezza stradale in Italia.

Tuttavia, i pianificatori e i decisori hanno l'esigenza di disporre di un monitoraggio più completo che comprenda gli esiti (incidentalità, ospedalizzazioni, mortalità, disabilità, costi, con l'individuazione dei punti critici della rete viaria e dei rischi specifici) e l'adozione di misure tese a rendere più sicuri la rete viaria, i veicoli e la guida.

Guida sotto l'effetto dell'alcol

All'incirca il 25% degli incidenti stradali fatali in Europa è associato al consumo di alcol, nonostante la prevalenza di veicoli guidati da conducenti sotto l'effetto dell'alcol sia relativamente bassa. Il fatto è che, per un guidatore, il rischio di incidenti stradali, e ancora di più quello di un incidente grave, aumenta di pari passo all'aumento della concentrazione di alcol nel sangue (*Blood Alcohol Concentration* - BAC): con un BAC di 0,8 gr/litro, il rischio aumenta di 2,7 volte rispetto a quello di un conducente sobrio; con BAC di 1,5 gr/l aumenta di 22 volte, mentre quello di incidenti mortali aumenta di ben 200 volte.

Ciò accade perché il consumo di alcol compromette le capacità di guida a vari livelli, a partire dalle abilità di base necessarie a tenere la velocità appropriata o compiere azioni come sterzare, accelerare, frenare, che richiedono buoni tempi di reazione, abilità di riconoscimento visivo ed altre capacità operative che cominciano a essere compromesse già quando il BAC è ancora sotto 0,5 gr/l. A un livello superiore, come quello di prendere decisioni nelle concrete situazioni del traffico (ad esempio, se e quando superare un altro veicolo o dare la precedenza) sono necessarie capacità di attenzione e di elaborare le informazioni, che sono compromesse con un BAC superiore al livello soglia. Infine, le capacità di livello più elevato, soprattutto quella di decidere se si è in grado di mettersi alla guida o no, sono ridotte dal consumo di alcol che provoca perdita dell'auto-controllo. Bisogna precisare che questi effetti possono essere apprezzati anche con un BAC pari a 0,2 gr/l.

Passi misura la guida sotto l'effetto dell'alcol con due indicatori basati sulle dichiarazioni degli intervistati:

- La guida sotto l'effetto dell'alcol riferita dai conducenti, è la percentuale di persone che negli ultimi 30 giorni, almeno una volta, si sono messe alla guida dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche, nell'ultima ora.
- La guida sotto l'effetto dell'alcol riferita da passeggeri è la percentuale di persone che, negli ultimi 30 giorni, hanno viaggiato in un veicolo guidato da un conducente che, nell'ultima ora, aveva bevuto almeno 2 unità alcoliche.

Questi indicatori sono basati su una valutazione soggettiva da parte dei rispondenti e, non essendo stata studiata la relazione tra guida sotto effetto dell'alcol auto-dichiarata e livello di alcolemia, non se ne conosce bene la validità. I rispondenti potrebbero sottostimare la frequenza di questo comportamento che è soggetto a riprovazione sociale. La possibilità di una sottostima è suggerita anche dal fatto che il comportamento di guida sotto effetto dell'alcol auto-riferito risulti associato ai comportamenti dichiarati di *binge-drinking*, indicando che, quando rispondono alla domanda se hanno guidato sotto effetto dell'alcol nel mese precedente, gli intervistati utilizzano un livello del limite più elevato rispetto a quello legale.

Passi misura anche la frequenza dei controlli delle forze dell'ordine, attraverso l'indicatore del controllo con etilotest:

- Il controllo con etilotest è calcolato sulle persone che negli ultimi 12 mesi hanno guidato auto o moto, come la percentuale che riferisce di essere stato fermato dalle forze dell'ordine per un controllo che includeva l'etilotest.

Il Piano della prevenzione 2014-2018 sottolinea l'importanza in termini di sanità pubblica di fornire indicazioni tratte dalla sorveglianza sui fattori che alterano lo stato psicofisico alla guida tra cui l'uso di alcol e sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza sia nei bambini sia negli adulti. La diffusione dei risultati è una parte essenziale dell'attività di advocacy presso le istituzioni coinvolte a favore di una motilità sostenibile e sicura.

La riduzione della prevalenza di guida sotto l'effetto dell'alcol può avvenire grazie a campagne di comunicazione e programmi educativi per tutte le età e tramite controlli da parte della polizia, con accertamento del livello alcolemico e tramite sanzioni per chi guida sotto l'effetto dell'alcol.

In Italia, guidare un veicolo con un tasso alcolemico superiore a 0,5 grammi per litro è considerato un reato. Tale infrazione comporta la decurtazione di punti dalla patente e l'applicazione delle sanzioni previste dal codice della strada. Le pene variano in base al livello di alcol nel sangue, e un aumento del tasso alcolemico può portare anche alla sospensione della patente.

Inoltre, a partire da un tasso superiore a 0,8 gr/litro è previsto l'arresto e, a partire da un tasso superiore a 1,5 gr/litro, il sequestro del veicolo fino alla sua confisca.

Le pene sono raddoppiate se la guida sotto l'effetto dell'alcol provoca un incidente stradale.

La misura del tasso alcolemico è effettuata dagli organi di polizia con un etilometro che misura la quantità di alcol contenuta nell'aria espirata, con due misurazioni a distanza di 5 minuti l'una dall'altra. Dal 2010, la Legge n.120 "Disposizioni in materia di sicurezza stradale" ha introdotto:

- il divieto di consumo assoluto di guidare dopo aver consumato alcol (limite legale del BAC = 0) per conducenti con meno di 21 anni, neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose, con sanzioni molto severe;
- il divieto di somministrazione e vendita per asporto di bevande superalcoliche dalle ore 22 alle ore 6 (e il divieto di somministrazione di tutte le bevande alcoliche dalle ore 2 alle ore 6) nelle aree di servizio situate lungo le autostrade;

- il divieto di vendita e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche nei locali notturni dalla ore 3 alle ore 6;
- l'obbligo, per bar, ristoranti, alberghi aperti oltre le ore 24, di dotarsi di un etilometro per la rilevazione volontaria del tasso alcolemico da parte dei clienti prima dell'uscita dal locale.

Sicurezza domestica

La casa è ritenuta il luogo sicuro per eccellenza, eppure gli infortuni domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata.

Il rischio di infortunio domestico dipende dai pericoli presenti in casa e dalle caratteristiche delle persone. All'interno dell'abitazione esistono oggetti, materiali, utensili apparentemente innocui, che possono rivelarsi pericolosi, sia per la sicurezza che per la salute soprattutto quando usati in modo non appropriato.

Tra i rischi per la sicurezza bisogna considerare quelli strutturali, meccanici, elettrici, da esplosione che sono, a seconda dei casi, rappresentati da pavimenti irregolari, scale, arredi, strumenti da taglio, attrezzature usate per cucinare, riparare, costruire, lavorare il giardino o nel tempo libero, cavi elettrici scoperti, prese non protette, collegamenti non idonei, presenza di gas, vapori e liquidi infiammabili, polveri, combustibili.

Quando in una casa ci sono molti pericoli, come quelli descritti, il rischio di incidente aumenta significativamente, soprattutto se si verificano comportamenti o movimenti inappropriati, frequenti nei bambini, per la loro insufficiente competenza e negli anziani per problemi connessi alla forza muscolare, alla presenza di malattie o a deficit di attenzione.

Per ridurre i pericoli in casa e i comportamenti inappropriati è indispensabile che le abitazioni siano rese strutturalmente più sicure e che si diffonda la consapevolezza dei rischi e la competenza nell'individuare i pericoli, in particolare tra i genitori, le persone anziane, le persone che fanno lavoro domestico. Passi sostiene le attività di prevenzione e comunicazione, rilevando sistematicamente la prevalenza a 12 mesi di incidenti domestici e la percezione del rischio, nella popolazione di 18-69 anni, ma anche l'esposizione a interventi di prevenzione e informazione.

Gli indicatori usati da Passi per descrivere gli incidenti domestici, tra gli adulti 18-69 anni, sono:

- prevalenza di infortuni a 12 mesi, cioè la frequenza di persone che dichiarano di aver avuto, nei 12 mesi precedenti, un infortunio domestico per il quale è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale
- consapevolezza del rischio, cioè la frequenza di persone che dichiarano che il rischio di infortunio in ambiente domestico, per sé o i propri familiari è alto o molto alto
- aver ricevuto informazioni su come prevenire gli incidenti domestici e l'aver adottato delle contromisure, a seguito di queste informazioni.

La legge n. 493 del 3 dicembre 1999, "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici", oltre a prevedere l'assicurazione obbligatoria per questo tipo di rischio, affida al Servizio sanitario nazionale il compito di promuovere la sicurezza domestica, attraverso azioni di informazione ed educazione volte a rimuovere le cause di nocività e infortuni negli ambienti di civile abitazione. Le Asl dovrebbero individuare e valutare i rischi per la sicurezza domestica e fornire assistenza per eliminare i pericoli presenti nelle abitazioni, collaborando con altri organi preposti alla sicurezza, come ad esempio i vigili del fuoco.

Gli interventi per la sicurezza domestica 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.

D'altro canto, l'attività di prevenzione degli infortuni domestici si basa anche sul miglioramento delle condizioni di salute, della forma fisica e degli stili di vita soprattutto per coloro che trascorrono più tempo in casa: gli anziani e le donne, per cui tutti gli interventi volti a contrastare la sedentarietà e aumentare l'attività fisica, ottengono l'effetto di prevenire una delle cause di cadute e incidente.

Programmi di prevenzione individuale

Screening cervicale

Secondo i dati dei registri tumori, tra il 1998 e il 2002, in Italia, sono stati diagnosticati in media, ogni anno, 9,8 casi di tumore della cervice uterina ogni 100.000 donne, ovvero circa 3400 nuovi casi l'anno. Al 2006 si stima un numero di casi prevalenti pari a circa 53.360, che rappresentano il 2% di tutti i tumori maligni femminili. 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.

Incidenza e mortalità mostrano una tendenza alla riduzione nel tempo, lenta ma continua. Migliora lentamente anche la sopravvivenza: si stima infatti che a 5 anni dalla diagnosi sopravviva il 68% delle donne colpite (dato 2002-2004). Tuttavia, nel 2008 ci sono stati ancora 377 decessi per cancro della cervice uterina, ovvero 1,2

decessi ogni 100.000 donne. Eppure la mortalità per cancro del collo dell'utero sarebbe del tutto evitabile grazie alla diagnosi precoce con Pap test, la cui esecuzione è raccomandata ogni tre anni, tra i 25 e i 64 anni. Lo screening per il carcinoma della cervice uterina, è un intervento sanitario che ha lo scopo di diagnosticare le lesioni pre-tumorali o il tumore in fase precoce, cioè prima che compaiano sintomi, in modo da prevenire lo sviluppo del tumore e migliorarne la prognosi.

In Italia lo screening è raccomandato e previsto all'interno dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) garantiti dal Servizio sanitario nazionale.

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.

Il Papilloma Virus (HPV) è la causa necessaria del carcinoma della cervice uterina (è il primo tumore riconosciuto dall'OMS come totalmente riconducibile a un'infezione). Per questa ragione le linee guida europee riguardanti lo screening della cervice uterina, già nel 2015, raccomandavano a tutti gli Stati membri l'introduzione dell'HPV-test come test primario nelle donne di età superiore ai 30 anni e la prevenzione primaria con la vaccinazione anti-HPV nelle adolescenti. Queste indicazioni sono state recepite in Italia; già il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019 prevedeva che tutte le Regioni si adeguassero a queste nuove raccomandazioni entro il 2019, peraltro le campagne vaccinali contro l'HPV sono state avviate ed estese anche alle giovani coorti di maschi. Così, se fino a qualche anno fa il programma di screening organizzato prevedeva l'offerta attiva e gratuita del Pap-test ogni 3 anni a tutte le donne di 25-64 anni di età, oggi il programma è stato rimodulato e tiene conto delle indicazioni a livello internazionale sull'introduzione dell'HPV-test come test di primo livello e della campagna vaccinale contro l'HPV, che in Italia è avviata a partire dal 2008, con offerta attiva e gratuita alle coorti di adolescenti nate dal 1997 in poi. Dal 1° gennaio 2023 l'offerta attiva e gratuita di screening è così rimodulata:

- **Pap-test, ogni tre anni, alle donne 25-29enni non vaccinate** contro l'HPV (o vaccinate con una sola dose di vaccino o con una seconda dose somministrata dopo i 15 anni di età);
- **HPV-test, ogni 5 anni a tutte le donne 30-64enni.**
- Alle **donne 25-29enni, vaccinate contro l'HPV** (con almeno 2 dosi somministrate entro i 15 anni), il primo invito viene **posticipato a 30 anni di età** offrendo l'**HPV-test, ogni 5 anni**; la ricerca scientifica ha dimostrato che le donne vaccinate contro l'HPV prima dei 15 anni (con almeno 2 dosi) hanno un bassissimo rischio di sviluppare lesioni precancerose o cancerose della cervice uterina prima dei 30 anni, per questa ragione entrano nei programmi di screening più tardi.

La scelta di differenti test di screening in funzione dell'età è determinata dal fatto che l'HPV è un'infezione a trasmissione sessuale e nelle fasce di età più giovani la prevalenza dell'infezione è maggiore, tuttavia le infezioni sono spesso transitorie e guariscono da sole nel giro di qualche mese; quindi fra le donne più giovani ci sono molte infezioni da HPV ma solo poche diventano persistenti esponendo a un aumentato rischio di lesioni, per questa ragione il test di screening in questa fascia d'età resta il Pap-test che individua iniziali alterazioni delle cellule. Infine va ricordato che l'HPV-test identifica con molto anticipo il rischio di avere una lesione rispetto al Pap-test, così nei programmi di screening organizzati l'HPV-test è offerto con cadenza quinquennale mentre il Pap-test con cadenza triennale.

Passi effettua la stima della copertura dello screening, distinguendo la partecipazione dentro e fuori i programmi delle Asl, individua i fattori predittivi della pratica del test, e la penetrazione delle azioni di promozione, fornendo ai pianificatori informazioni essenziali per il monitoraggio del livello di protezione della popolazione a rischio e indirettamente della performance dei programmi di screening.

Il sistema Passi rileva, chiedendolo direttamente alle donne, se e quando è stato effettuato lo screening cervicale e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl oppure su iniziativa personale.

La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante l'indicatore proxy dell'eventuale pagamento per l'esame.

Dal 2011, la sezione dedicata allo screening cervicale del questionario Passi, è stata integrata con alcune domande sul test con Hpv, effettuato in alternativa o in aggiunta al Pap test.

Screening mammografico

Secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità, basate sui dati raccolti dai Registri Tumori, il tumore della mammella è, tra le donne, la neoplasia di gran lunga più frequente, con oltre il 40% di tutti i tumori maligni delle donne, nel 2010. Il rischio di sviluppare il tumore della mammella nel corso della vita non è trascurabile e si stima che circa 1 donna su 11 ne verrà colpita. Le stime di incidenza parlano di 39.781 nuove diagnosi nel 2010 e ben 488.200 casi prevalenti, donne che ne sono affette.

Tuttavia, grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle cure, la sopravvivenza delle donne affette da tumore della mammella è migliorata sensibilmente, la mortalità per cancro alla mammella si è ridotta notevolmente e la

sopravvivenza stimata a 5 anni è pari all'87%. La variabilità territoriale nella sopravvivenza al tumore della mammella rispecchia la variabilità degli interventi di prevenzione.

Infatti, la mortalità per cancro della mammella si riduce sensibilmente tra le donne che praticano la mammografia ogni due anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età. Per questa ragione, in Italia, il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, cioè un programma organizzato che ogni due anni inviti regolarmente le donne tra 50 e 69 anni a eseguire la mammografia.

La mammografia 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.

Indipendentemente da questi programmi, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti. L'Osservatorio nazionale screening, che ha il compito di seguire l'andamento di questi programmi, stima che nel 2010 sono state circa 2,5 milioni (87% della popolazione target) le donne italiane di 50-69 anni, residenti in aree dove era attivo un programma di screening organizzato.

Il sistema Passi rileva informazioni sulla copertura dello screening, l'effettuazione dentro i programmi di screening delle Asl oppure su iniziativa personale e a pagamento parziale o totale dell'esame, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In tal modo fornisce ai pianificatori dati chiave per il monitoraggio della prevenzione del cancro della mammella femminile.

Come Passi misura la copertura dello screening per la diagnosi precoce della cervice uterina

Con Passi la rilevazione è effettuata, richiedendo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando è stata effettuata la mammografia e se è stata eseguita all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl oppure su iniziativa personale.

Screening coloretale

Secondo le stime dell'Istituto superiore di sanità, basate sui dati raccolti dai Registri tumori, con circa 51.200 nuovi casi stimati nel 2010 (30.900 uomini e 20.300 donne), 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. Abbastanza rara prima dei 40 anni, questa neoplasia colpisce più frequentemente dopo i 60 anni di età. Fortunatamente migliora la sopravvivenza dei pazienti che ne sono colpiti e a 5 anni dalla diagnosi la sopravvivenza stimata è pari al 64%, grazie alla diagnosi precoce e ai miglioramenti terapeutici.

I principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci (Sof) e la endoscopia digestiva (colonscopia e retto-sigmoidoscopia). Questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione. Per questa ragione, in Italia, il ministero della Salute raccomanda alle Asl di organizzare programmi di screening rivolti alla popolazione in età 50-69 anni, praticando la ricerca del sangue occulto nelle feci con frequenza biennale o l'esecuzione della retto-sigmoidoscopia o colonscopia, con una cadenza che non è stata definita in modo univoco. Attualmente, il programma di screening coloretale più diffuso sul territorio nazionale è quello a due stadi, costituito da ricerca di sangue occulto nelle feci e successiva colonscopia per i positivi; mentre in un numero limitato di Asl si utilizza la retto-sigmoidoscopia eseguita a partire dai 58 anni, una volta nella vita.

Il sistema Passi rileva informazioni sulla copertura dello screening coloretale, l'effettuazione dentro i programmi di screening delle Asl oppure su iniziativa personale e a pagamento parziale o totale dell'esame, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In tal modo fornisce ai pianificatori dati chiave per il monitoraggio della prevenzione del cancro del colon retto.

Con Passi si richiede direttamente alle persone di 50-69 anni se e quando è stato effettuato un test di screening colo rettale, che sia sangue occulto nelle feci oppure un esame endoscopico (colonscopia o retto-sigmoidoscopia) e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl oppure su iniziativa personale, a pagamento parziale o totale.

In tal modo si possono calcolare indicatori per stimare la copertura dello screening, distinguendo il contributo della quota effettuata all'interno e della quota effettuata su iniziativa personale, caso in cui il rispondente ha sostenuto una spesa per l'esame.

In pochi anni l'offerta dello screening del cancro del colon-retto è stata estesa fino al punto che più di 1 italiano su 3 nella fascia target (50-69 anni) ha eseguito un esame per la diagnosi precoce nei tempi raccomandati. L'offerta non è però ancora presente su tutto il territorio nazionale né tantomeno omogenea.

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 (visita medica, pronto soccorso, ricovero ospedaliero). 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.

Le raccomandazioni per la stagione influenzale che il ministero della Salute pubblica ogni anno sono basate su dati ed evidenze scientifiche osservate al livello nazionale e internazionale, e includono sia l'applicazione delle principali norme igienico-sanitarie per evitare il contagio sia l'offerta attiva del vaccino stagionale alle fasce di popolazione a rischio. Il vaccino è raccomandato ogni anno ai soggetti a rischio, tra cui in particolare: persone di età compresa fra 6 mesi e 64 anni affette da specifiche malattie croniche, coloro che se ne prendono cura (per esempio, operatori sanitari e familiari) 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.

Le anagrafi vaccinali delle Asl, collegabili ai registri degli esenti ticket, potrebbero rappresentare un valido strumento di supporto alla gestione della vaccinazione alle persone affette da malattie croniche.

Le coperture vaccinali tra le persone con più di 64 anni sono facilmente desumibili per la presenza di dati affidabili sul numero di persone residenti in questa fascia di età, mentre non sono disponibili dati altrettanto solidi sulla copertura vaccinale delle persone di età compresa tra i 6 mesi e i 64 anni affette da malattie croniche, per le difficoltà nella stima del numero complessivo di chi rientra nella definizione. Attualmente, nel nostro Paese, Passi rappresenta il solo sistema informativo in grado di fornire dati sulla copertura vaccinale tra gli adulti 18-64enni con senza malattie croniche.

Benessere

Qualità della vita relativa alla salute

La "qualità della vita relativa alla salute" è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale, e diversi fattori ad esso correlati tra cui: le condizioni e i comportamenti associati alla salute (come ipertensione, fumo, sedentarietà), lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale. La qualità della vita dipende anche da aspetti difficili da rilevare oggettivamente, come per esempio le risorse psicologiche e fisiologiche di una persona o la sua capacità di reagire all'eventuale presenza di malattie. Dal punto di vista cognitivo, è stato messo in evidenza che i rispondenti giudicano il proprio stato di salute, in modo relativo, in base alle circostanze e alle aspettative proprie e dei pari.

Gli indicatori che misurano la qualità della vita sono risultati associati con la mortalità, la morbilità (diabete, cancro del seno, artrite), al declino funzionale e al ricorso ai servizi sanitari, ma anche al lavoro, la casa, il quartiere, le scuole.

Utilizzando il concetto della "qualità della vita", ci si scosta dalla definizione di salute come assenza di malattia, per utilizzarne una più ampia di stato di benessere fisico, mentale, funzionale e sociale.

A livello della comunità, le misure della qualità della vita forniscono indicazioni relative alle disuguaglianze sociali nella salute perché tali misure non dipendono solo dalla presenza e dal tipo di malattia, ma anche dalle risorse economiche, sociali ed altre condizioni pratiche. Incorporando gli indicatori della qualità della vita nella sorveglianza, è possibile ottenere dati che mettono le Aziende sanitarie in condizione di descrivere la salute della popolazione da una prospettiva più ampia, che tiene conto anche delle politiche non strettamente sanitarie, come quelle del lavoro, dell'istruzione, della casa. Si tratta di aree in cui le Asl possono ricercare la cooperazione con vari soggetti sociali, come i Comuni e altre agenzie territoriali, organizzazioni non governative o aziende private, organismi rappresentativi, e concorrere a indirizzare piani strategici e monitorarne l'impatto sulla comunità.

Nella maggior parte dei Paesi europei sono condotte regolarmente indagini in cui è presente una domanda sulla salute percepita, che è una delle misure della qualità della vita. Sebbene i confronti tra Paesi possano risultare di difficile interpretazione per l'influenza di fattori socio-culturali e altri limiti, è stato rilevato che la maggioranza della popolazione adulta in Europa si sente in buona salute, con le performance migliori in Irlanda, Svezia e Svizzera (~80%), performance vicine alla media europea (67%) per Paesi come Francia, Germania e Italia, e valori inferiori al 60% nei Paesi dell'Europa orientale e in Portogallo. In tutta Europa, gli uomini hanno un migliore stato di salute percepito rispetto alle donne, i giovani migliore delle persone in età più avanzata, gli occupati uno stato di salute migliore delle persone senza lavoro. Così pure un elevato livello di istruzione e di reddito influenzano positivamente in tutta Europa la percezione dello stato di salute.

Nel sistema di sorveglianza Passi, la qualità della vita viene misurata col metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), che si basa su quattro domande: lo stato di salute 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 e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Dalle risposte vengono calcolati diversi indicatori, tra cui i principali sono:

- la prevalenza di persone che si dichiarano in buona salute

- la prevalenza di persone che si dichiarano in cattiva salute
- la media dei Giorni NON in buona salute fisica
- la media dei Giorni NON in buona salute mentale
- la media dei Giorni NON in buona salute fisica o psicologica
- la media dei Giorni con limitazioni funzionali.

La principale strategia messa a punto a livello europeo per migliorare le condizioni strutturali che influenzano la qualità della vita relativa alla salute è "Health in all policies (Hiap)" - Salute in tutte le politiche, che è dedicata ai principali determinanti sociali della salute e chiama in causa diversi settori politici ed economici, con l'obiettivo finale di ottenere l'equità, o più equità, nella salute. Si tratta di un approccio basato, come Guadagnare Salute, sui concetti di un'azione intersettoriale per la salute. Ciò comporta la responsabilizzazione di un'ampia gamma di settori, innanzitutto quelli dell'occupazione, dell'istruzione e della politica sociale, ma risultano coinvolti anche altri settori e i diversi livelli di governo (europeo, nazionale, regionale e locale).

Avvicinandoci dalle strategie sovranazionali alla vita delle nostre comunità, è necessario andare più sul pratico e rispondere a domande quali «si sa che le classi sociali medio basse fumano di più, ma le misure di prevenzione stanno facendo diminuire questo gap?» oppure «si sa che le persone con una minore scolarizzazione hanno maggiori difficoltà di accesso alla prevenzione; gli screening sono capaci di rivolgersi a queste fasce di popolazione più bisognose?». Queste domande possono aver risposta dai dati offerti dai sistemi di sorveglianza.

Sintomi di depressione

Il disturbo depressivo maggiore è un disturbo che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo 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. I sintomi più frequenti sono: stato d'animo di tristezza, abbattimento; perdita di piacere e interesse; cambiamenti nell'appetito; disturbi del sonno; agitazione, irrequietezza o al contrario rallentamento; riduzione dell'energia, facile stanchezza e spossatezza; senso di valere poco, senso di colpa eccessivo; difficoltà di concentrazione, incapacità di pensare lucidamente; pensieri ricorrenti che non vale la pena di vivere o pensieri di morte e di suicidio.

Esistono trattamenti farmacologici e psicoterapici efficaci per la depressione e le persone affette da questo disturbo dovrebbero ricevere una diagnosi specialistica tempestiva e un trattamento appropriato, ma nel nostro ed in altri paesi il disturbo depressivo maggiore resta spesso non riconosciuto e non trattato.

La maggior parte dei casi di depressione è causata da una combinazione di fattori genetici, biologici, ambientali, sociali e psicologici. Il disturbo risulta associato ad altri problemi di salute mentale (come il disturbo d'ansia e quello da stress post traumatico), malattie (come le cardiovascolari, l'ictus, il morbo di Parkinson), a comportamenti nocivi (come la sedentarietà e l'abuso di alcol), a fattori socio-demografici (come la povertà, la mancanza di lavoro, il genere femminile), a fattori ambientali (come i disastri naturali o causati dall'uomo).

La frequenza di disturbo depressivo maggiore è in aumento e, secondo i dati Oms, esso affligge più di 350 milioni di persone in tutto il mondo, rappresentando uno dei principali responsabili del carico globale di malattia, la prima nei Paesi ad alto reddito. Secondo stime effettuate con dati 2010, dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (Ihme), la depressione ha provocato in Italia il 4,2% di anni di vita persi per disabilità e morte prematura, rappresentando così la quarta causa principale di Daly.

A livello della popolazione, è necessario mettere sotto sorveglianza sia la prevalenza di disturbi depressivi, che può modificarsi a seguito di crisi economiche, disastri e aumento della disuguaglianza sociale, sia la percentuale di diagnosi tempestive e trattamenti appropriati. La sorveglianza infine dovrebbe consentire di monitorare i disturbi depressivi nei segmenti della popolazione più vulnerabili.

In Europa, come in Italia i dati disponibili di prevalenza dei disturbi mentali comuni sono stati raccolti nell'ambito del progetto europeo Esemmed (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders). In Italia, la stima della prevalenza di depressione maggiore, a 12 mesi, tra le persone da 18 anni in su è pari al 3%. In I risultati dello studio Esemmed, relativi al nostro Paese indicano che circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita. In particolare, la depressione maggiore, le fobie specifiche e la distimia sono risultati i disturbi più comuni, con percentuali di prevalenza nel corso della vita rispettivamente pari al 10,1%, al 5,7% e al 3,4%. Il disturbo post traumatico da stress, la fobia sociale e il disturbo d'ansia generalizzata sono invece stati riscontrati nel 2% circa dei soggetti intervistati. Le donne sono risultate molto più a rischio di soffrire di un disturbo mentale, con l'eccezione dei disturbi correlati all'uso di alcool. I dati Esemmed confermano anche che l'essere disoccupati, casalinghe o disabili aumenta il rischio di soffrire di disturbi psichici.

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 > 90, una validità che si ottiene anche con una versione a 8 domande (PHQ-8).

Passi utilizza una versione ridotta, 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.

La Persona con sintomi di depressione è una persona che, nelle due settimane prima dell'intervista, ha sperimentato questi due sintomi in modo duraturo.

Nella sorveglianza di popolazione, il PHQ-2 è più accettabile e sostenibile rispetto ad altri test e, sebbene sovrastimi la prevalenza di depressione, è in grado di apprezzare le differenze tra gruppi a maggior rischio, le differenze territoriali e i trend temporali.

A livello internazionale, la depressione è riconosciuta quale una delle cinque aree prioritarie del Patto europeo per la salute e il benessere mentale, varato nel 2008 dalla Commissione europea.

Poiché, inoltre, affrontare il problema con qualcuno rappresenta ancora una difficoltà, qualora i servizi Asl per persone con sintomi di depressione siano presenti e accessibili è raccomandato che medici di famiglia e altri operatori sanitari ricerchino la presenza di sintomi depressivi, tanto più se l'assistito presenta malattie croniche o condizioni disagiate. In questo senso, sarebbe necessario promuovere e sostenere l'attenzione degli operatori e della comunità su questi temi perché chi è affetto da depressione possa giovare delle informazioni e del supporto utili a risolvere il problema.

Il recente Mental Health Action Plan 2013-20 dell'Oms auspica azioni più incisive per la prevenzione dei disturbi mentali e la promozione della salute mentale. Secondo il Piano è di vitale importanza che nell'ambito delle politiche sanitarie, programmi e interventi siano focalizzati non solo su come affrontare quelli considerati gravi (in particolare depressione maggiore, disturbi bipolari e schizofrenia) ma anche su come proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti i cittadini. È particolarmente importante mettere in campo programmi di promozione della salute mentale rivolta alla popolazione giovanile considerato che circa il 50% dei disturbi mentali esordisce prima dei 14 anni.

Sempre secondo il Piano è molto importante inoltre disporre di informazioni aggiornate sulla prevalenza e sui fattori di rischio e protettivi dei disturbi mentali nella popolazione generale, sul numero di persone che non ricevono trattamenti e servizi appropriati, sugli esiti sfavorevoli (incluso suicidio e morte prematura) e sulle condizioni socio-economiche delle persone affette. I dati dovrebbero essere raccolti mediante indagini periodiche ad hoc oltre che attraverso i flussi informativi di routine.

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 2023 - 2024

I risultati a colpo d'occhio

Determinanti di salute socio-anagrafici	%	IC95% inf	IC95% sup
Basso livello di istruzione	27.2	25.2	29.3
Molte difficoltà economiche	10.4	9.0	12.1
Cittadinanza straniera	1.9	1.3	2.6
Vive solo	12.4	10.8	14.1
Coniugato	57.3	55.2	59.4
Occupato lavorativamente	65.3	62.9	67.6

Guadagnare Salute

Attività fisica secondo le raccomandazioni dell' OMS	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo	40.2	37.9	42.6
Parzialmente attivo	21.5	19.5	23.7
Sedentario	38.3	35.9	40.7
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica	31.2	28.6	33.9
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	46.8	40.1	53.5
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	36.8	33.0	40.8

Mobilità attiva	%	IC95% inf	IC95% sup
Uso della bicicletta negli ultimi 30 giorni per gli spostamenti abituali	5.3	4.3	6.6
Tragitti a piedi negli ultimi 30 giorni per gli spostamenti abituali	30.1	27.8	32.5
Mobilità attiva complessiva negli ultimi 30 giorni per gli spostamenti abituali	30.5	28.2	32.8

Categorie di mobilità attiva in base alle raccomandazioni OMS sull'attività fisica	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivi	12.5	11.0	14.2
Parzialmente attivi	17.8	15.9	19.9
Non attivi	69.7	67.4	72.0

Sovrappeso e obesità	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	11.3	9.8	13.1
Sovrappeso	34.6	32.3	37.0
Normo/sottopeso	54.0	51.6	56.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	64.5	57.1	71.2
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	33.2	28.8	38.0
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	46.3	38.5	54.2
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	33.2	28.8	38.0

Consumi di frutta e verdura	%	IC95% inf	IC95% sup
0 porzioni	4.1	3.2	5.3
1/2 porzioni	48.7	46.3	51.1
3/4 porzioni	38.0	35.7	40.4
5+ porzioni	9.2	7.8	10.8

Consumo di sale	%	IC95% inf	IC95% sup
Adulti che fanno attenzione al consumo di sale	43.5	41.0	46.0
Adulti che hanno iniziato a fare attenzione al consumo di sale negli ultimi 12 mesi	11.7	10.2	13.4

Consiglio dei medici*	%	IC95% inf	IC95% sup
Consiglio di fare attenzione o di ridurre il consumo di sale a:			
Popolazione generale	27.4	25.0	29.8
Coloro che dichiarano ipertensione o malattia renale	60.2	53.7	66.3

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

Consumo di sale iodato	%	IC95% inf	IC95% sup
Adulti che usano sale iodato (sempre/spesso/a volte)	72.6	70.3	74.9
Adulti che consumano sale iodato abitualmente (sempre/spesso)	52.1	49.6	54.7

Consumo di alcol	%	IC95% inf	IC95% sup
Consumo alcol	47.1	44.7	49.6
Consumo fuori pasto	9.7	8.3	11.4
Consumo abituale elevato	0.6	0.4	1.1
Consumo binge	3.6	2.7	4.6
Consumo a maggior rischio	12.5	10.9	14.3
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	5.7	2.8	11.5

Abitudine al fumo	%	IC95% inf	IC95% sup
Non fumatori	64.4	62.1	66.7
Fumatori	23.5	21.5	25.7
in astensione	0.3	0.2	0.7
occasionali	1.0	0.6	1.9
quotidiani	21.8	19.8	23.9
Ex-fumatori	12.1	10.6	13.8
Numero medio di sigarette fumate	12.1	11.5	12.8
Chiesto se fuma	35.0	32.4	37.7
Consiglio smettere	52.3	46.4	58.2

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

Fumo passivo	%	IC95% inf	IC95% sup
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro	93.9	92.1	95.4
Astensione dal fumare nella propria abitazione	83.7	81.7	85.5
Astensione dal fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	85.2	80.9	88.6

Smettere di fumare	%	IC95% inf	IC95% sup
Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*	24.3	20.3	28.9
Esito del tentativo tra coloro che hanno tentato di smettere			
Tentativo fallito	76.2	67.0	83.4
Tentativo in corso (astinenti da meno di 6 mesi)	5.8	2.8	11.4
Tentativo riuscito (astinenti da 6 mesi o più)	18.1	12.0	26.3

* 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

Rischio cardiovascolare	%	IC95% inf	IC95% sup
Iperensione riferita	18.2	16.5	20.1
Ipercolesterolemia riferita	15.1	13.5	16.9
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare	98.4	97.8	98.9

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.

Diabete	%	IC95% inf	IC95% sup
Diabete	6.37	5.45	7.43

Sicurezza

Dispositivi per la sicurezza stradale	%	IC95% inf	IC95% sup
Uso cintura posteriore sempre	15.8	13.9	17.8
Uso casco sempre	92.6	89.4	94.8
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni	20.7	15.0	27.9

Guida sotto l'effetto dell'alcol	%	IC95% inf	IC95% sup
Guida sotto effetto dell'alcol	3.1	2.1	4.8
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	2.7	1.9	4.0
Controlli forze dell'ordine	17.9	16.1	20.0
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	9.0	5.8	13.8

Sicurezza domestica	%	IC95% inf	IC95% sup
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	7.5	6.2	9.1
negli ultra-64enni	6.9	3.7	12.8
in chi convive con ultra-64enni	7.6	3.9	14.1
nelle donne	9.7	7.6	12.3
in chi vive con bambini fino ai 14 anni	11.7	8.4	16.0
Infortunio domestico che ha richiesto cure	1.7	1.1	2.6

Programmi di prevenzione individuale

Screening cervicale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening cervicale totale	66.9	63.1	70.6
Copertura screening cervicale organizzato	39.9	36.4	43.6
Copertura screening cervicale spontaneo	26.2	22.6	30.1

Screening mammografico	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening mammografico totale	60.5	55.1	65.7
Copertura screening mammografico organizzato	47.2	41.8	52.7
Copertura screening mammografico spontaneo	11.5	8.6	15.2

Screening coloretale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening coloretale totale	31.8	28.2	35.7
Copertura screening coloretale organizzato	26.7	23.2	30.5
Copertura screening coloretale spontaneo	3.8	2.8	5.2
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	28.4	24.9	32.1
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	8.8	7.0	11.2

Vaccinazione per l'influenza stagionale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura vaccinale nei 18-64enni	12.7	10.7	15.0
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	29.6	22.0	38.4
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	9.6	7.8	11.9

Benessere

Qualità della vita relativa alla salute	%	IC95% inf	IC95% sup
Stato di salute percepito positivamente	72.6	70.4	74.6
Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	3.8	3.4	4.2
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	2.1	1.9	2.4
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	2.2	1.9	2.4
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

Patologie croniche	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche *	83.6	81.8	85.2
Persone con almeno 1 patologia cronica *	16.4	14.8	18.2
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità) *	4.8	3.8	5.9

Depressione	%	IC95% inf	IC95% sup
Sintomi di depressione	4.4	3.4	5.6
Richiesta di aiuto da qualcuno	64.8	51.5	76.2
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	13.3	10.3	16.3
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	17.0	14.8	19.2
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane*	12.7	10.2	15.2

* Tra le persone con sintomi di depressione

Ambiente

Percezione dei rischi ambientali	%	IC95% inf	IC95% sup
Percezione di influenza negativa dell'ambiente sulla salute	21.3	19.3	23.5
Percezione aria cattiva	22.1	20.1	24.2
Rifiuti abbandonati spesso	15.9	14.1	17.9
Percezione traffico intenso	45.4	43.0	47.7
Abitazione servita da acqua di rete	95.6	94.4	96.5

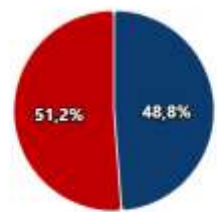
Caratteristiche socio-anagrafiche

La popolazione in studio è costituita da poco più 3.200.000 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 9 ASP della Sicilia. Da gennaio 2023 a dicembre 2024, sono state intervistate 3.416 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.

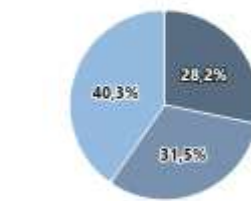
Distribuzione del campione per sesso
Distribuzione percentuale
Sicilia



● uomini ● donne

Sorveglianza Passi 2023-2024

Distribuzione del campione per età
Distribuzione percentuale
Sicilia



● 18-34 ● 35-49 ● 50-69

Sorveglianza Passi 2023-2024

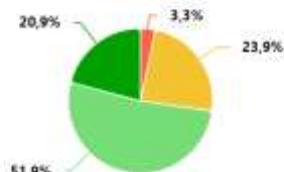
Il titolo di studio

In Sicilia il 27% dei 18-69enni siciliani ha un basso livello di istruzione (nessun titolo/licenza elementare o diploma di scuola media inferiore). Il 24% degli intervistati è laureato.

Dal 2008 al 2022 si evidenzia, complessivamente, una riduzione, seppur non costante della quota di persone con basso livello di istruzione. Negli ultimi 3 anni si osserva un trend in crescita della quota di adulti con basso livello di istruzione.

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

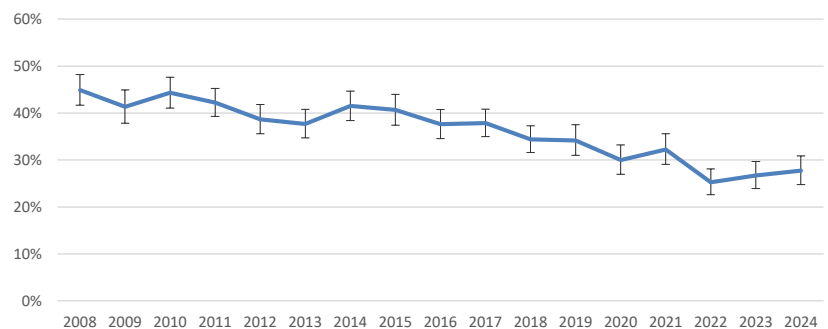
Distribuzione del livello di istruzione
Distribuzione percentuale
Sicilia

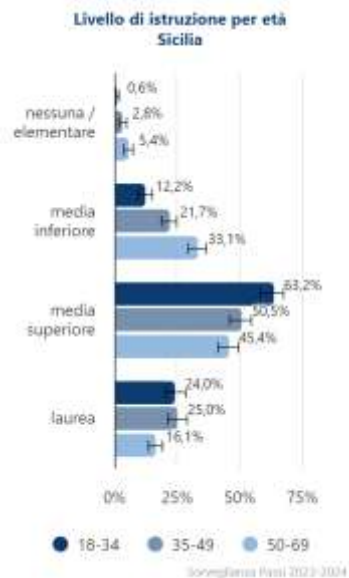


● nessuna / elementare
● media inferiore
● media superiore
● laurea

Sorveglianza Passi 2023-2024

Trend annuale Basso livello di istruzione
Regione Sicilia
Passi 2008-2024



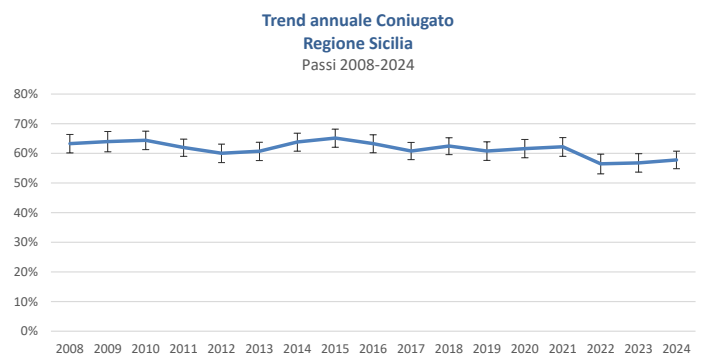
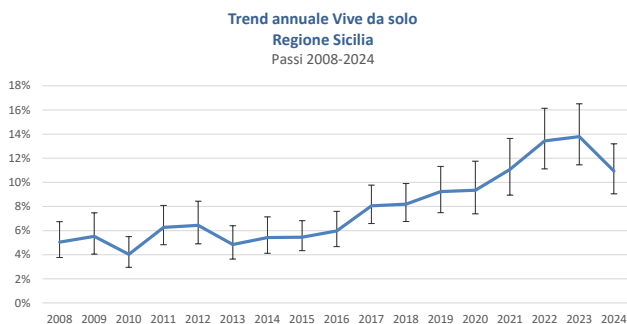
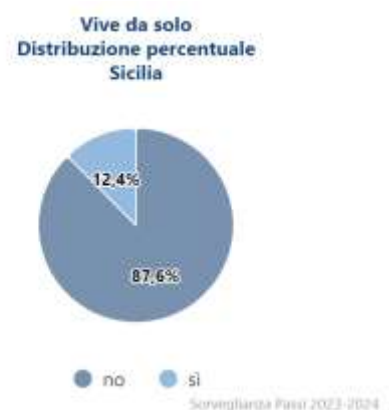
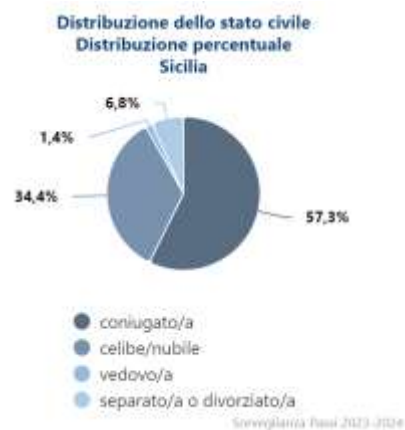


Lo stato civile

In Sicilia i coniugati/conviventi rappresentano il 57% del campione, i celibi/nubili il 34%. I vedovi o separati o divorziati costituiscono poco più dell'8% dei 18-69enni siciliani.

La quota di coniugati rimane pressoché stabile nel tempo, è aumentata invece complessivamente, la quota delle persone che vivono sole.

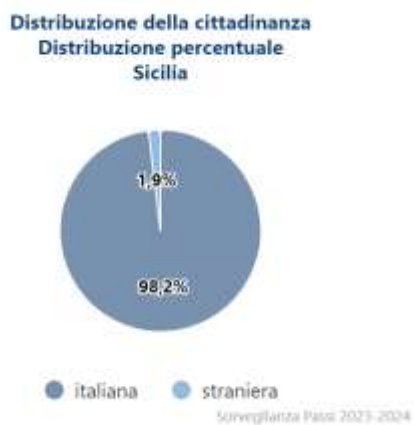
In Sicilia il 12% dei 18-69enni vive da solo, vivono da soli principalmente gli uomini (15%) e i 18-34enni (15%).





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 6%.

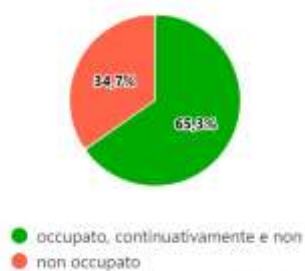


Il lavoro

In Sicilia il 65% (73% dato nazionale) della popolazione riferisce di avere un'occupazione lavorativa, continuativa o meno.

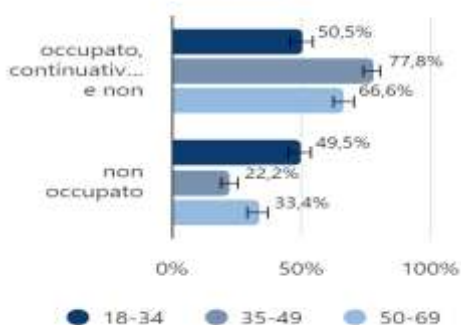
Risultano occupati lavorativamente soprattutto gli uomini (77% vs 54% delle donne) e i 35-49enni.

Distribuzione del lavoro
Distribuzione percentuale
Sicilia



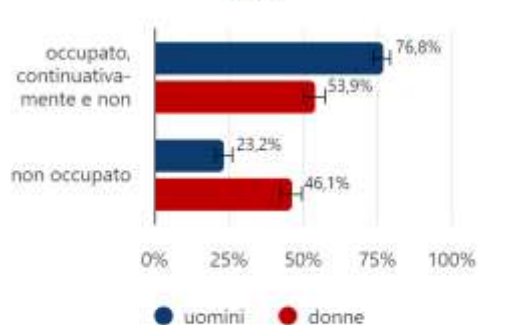
Sorveglianza Passi 2023-2024

Lavoro per età
Sicilia



Sorveglianza Passi 2023-2024

Lavoro per sesso
Sicilia



Sorveglianza Passi 2023-2024

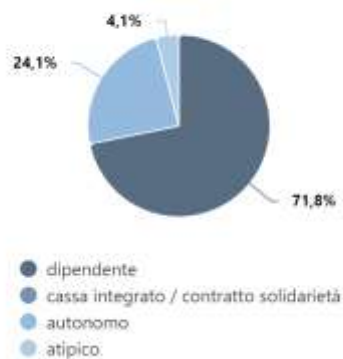
Al momento dell'intervista l'11% degli intervistati è risultato in cerca di occupazione, il 27% inattivo, cioè non lavora e non sta cercando un impiego. Tra coloro che lavorano il 72% ha un lavoro dipendente. Sono lavoratori dipendenti soprattutto le donne (78%) e le persone di età compresa tra 50 e 69 anni (75%).

Distribuzione dello stato lavorativo
Distribuzione percentuale
Sicilia

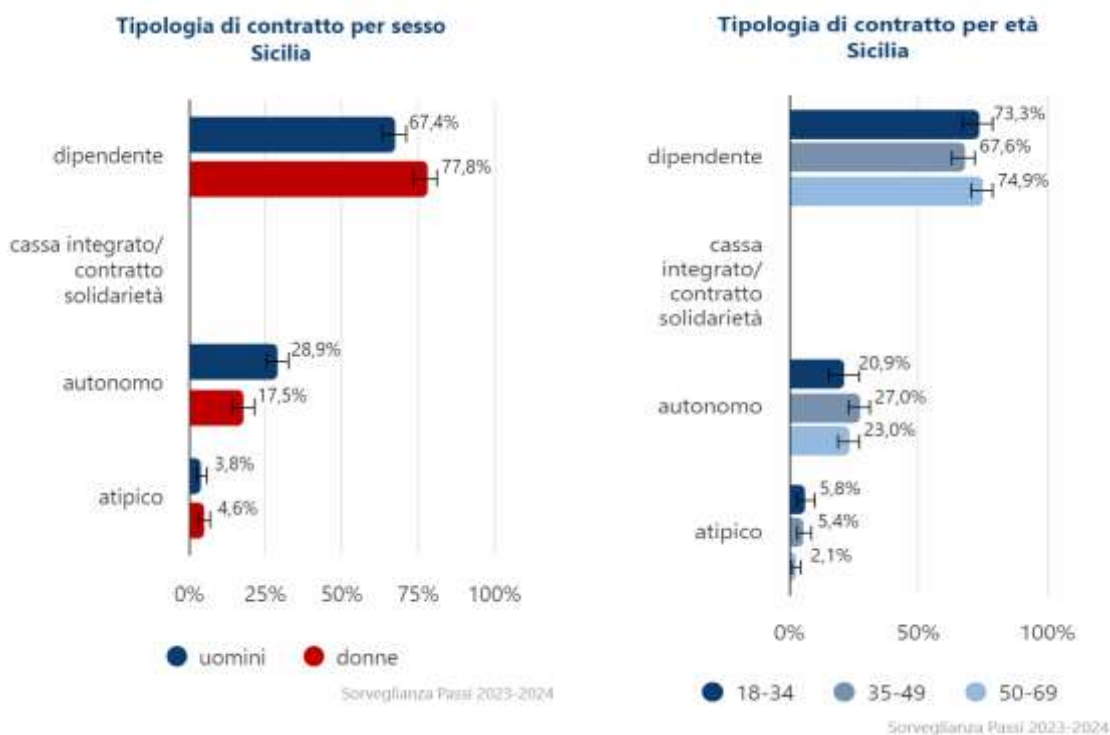


Sorveglianza Passi 2023-2024

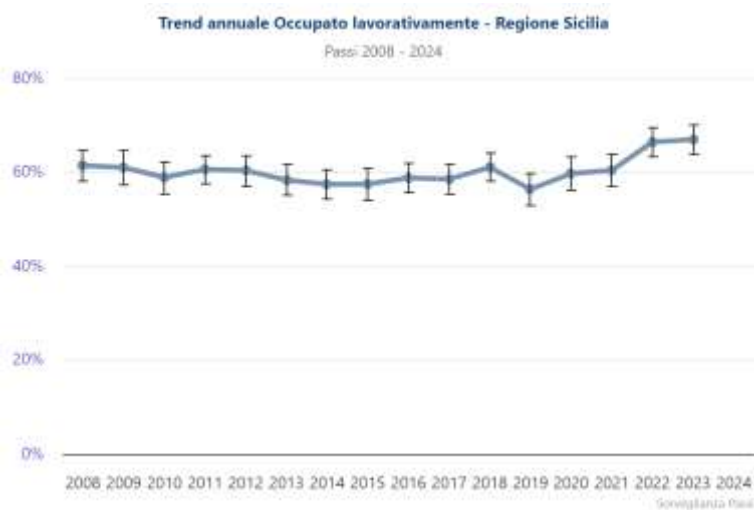
Distribuzione della tipologia di contratto
Distribuzione percentuale
Sicilia



Sorveglianza Passi 2023-2024



Il trend temporale evidenzia che la quota di persone con un lavoro (continuativo o non) è rimasta pressoché costante fino al 2018, dal 2019 si osserva un andamento in leggera crescita.





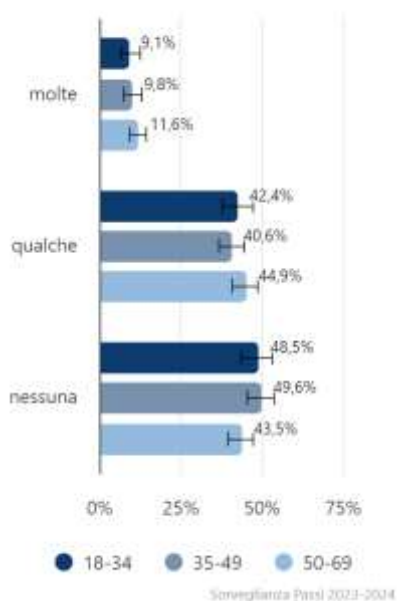
Difficoltà economiche

In Sicilia il 10% (6% a livello nazionale) del campione regionale dichiara di avere molte difficoltà economiche. Il 47% afferma di non aver alcuna difficoltà economica.

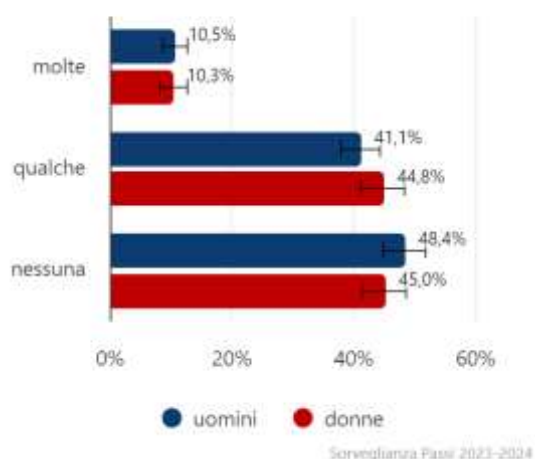
Distribuzione delle difficoltà economiche
Distribuzione percentuale
Sicilia



Difficoltà economiche per età
Sicilia

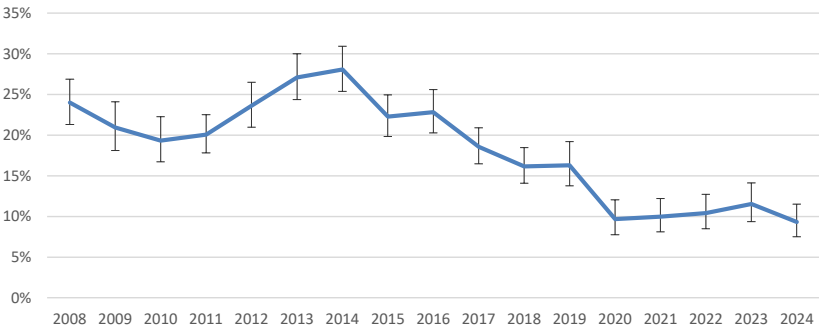


Difficoltà economiche per sesso
Sicilia



La quota di persone con molte difficoltà economiche si riduce complessivamente nel tempo, sebbene non in modo lineare

Trend annuale Molte difficoltà economiche
Regione Sicilia
Passi 2008-2024



Molte difficoltà economiche
per regione di residenza
Passi 2023-2024



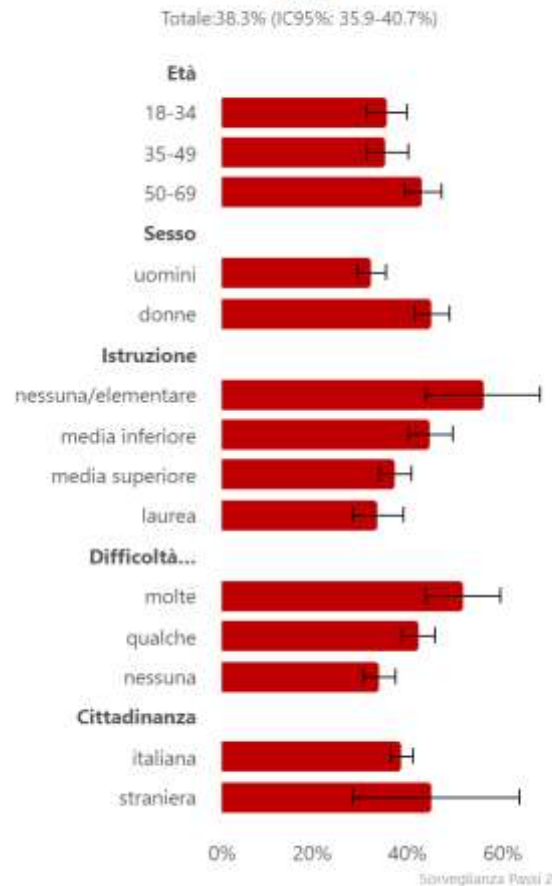
Attività fisica secondo le raccomandazioni dell'OMS

Secondo la definizione basata sui correnti standard OMS, tra gli adulti residenti in Sicilia i "fisicamente attivi" sono il 40% della popolazione, i "parzialmente attivi" il 22% e i "sedentari" il 38% (27% dato nazionale).

La sedentarietà è più frequente all'avanzare dell'età, raggiungendo il 43% fra i 50-69enni, fra le donne (45% vs 32% uomini) e fra le persone con molte difficoltà economiche (51% vs 34% fra chi non ha nessuna difficoltà) e fra coloro che hanno al massimo la licenza elementare (56% vs 33% fra i laureati).

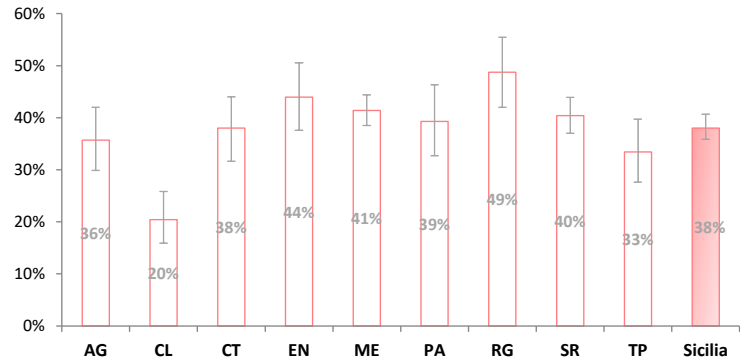
In Sicilia, nell'ASP di Caltanissetta si registra la percentuale più bassa di sedentari, nell' ASP di Ragusa invece poco meno di un 18-69enne su due è sedentario.

Sedentari per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Sedentari

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2023-2024



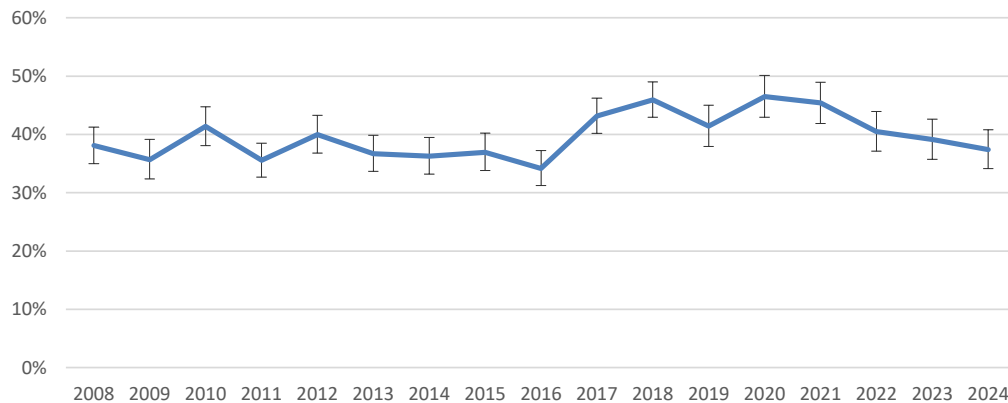
Sedentario per regione di residenza
Passi 2023-2024



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

Sorveglianza Passi

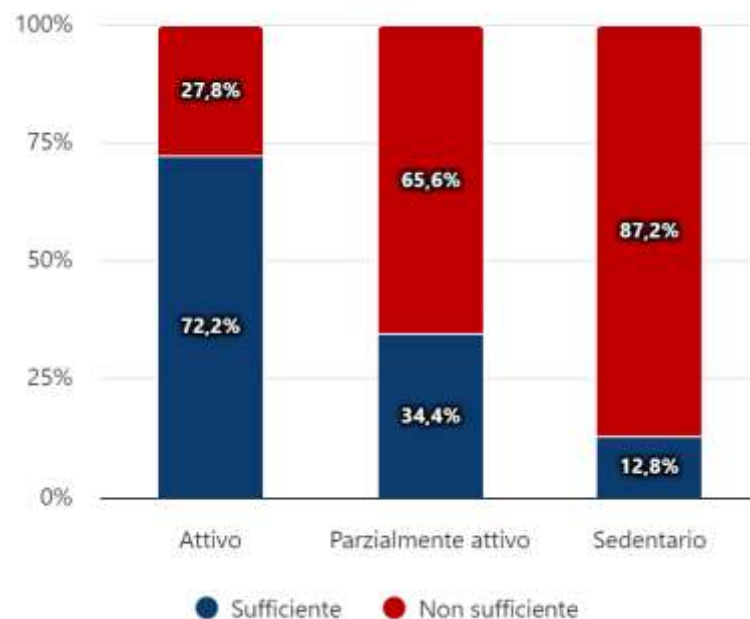
Trend annuale Sedentari
Regione Sicilia
 Passi 2008-2024



L'analisi temporale delle prevalenze di sedentari in Sicilia evidenzia che nel 2016 si è registrata la quota di sedentari minore (34%) dell'intero periodo osservato, mentre nel 2018 (46%) e nel 2020 (47%) si sono raggiunte le percentuali più alte rispettivamente del 46% e del 47%. Dal 2020 si osserva una lieve ma costante riduzione della quota di persone sedentarie.

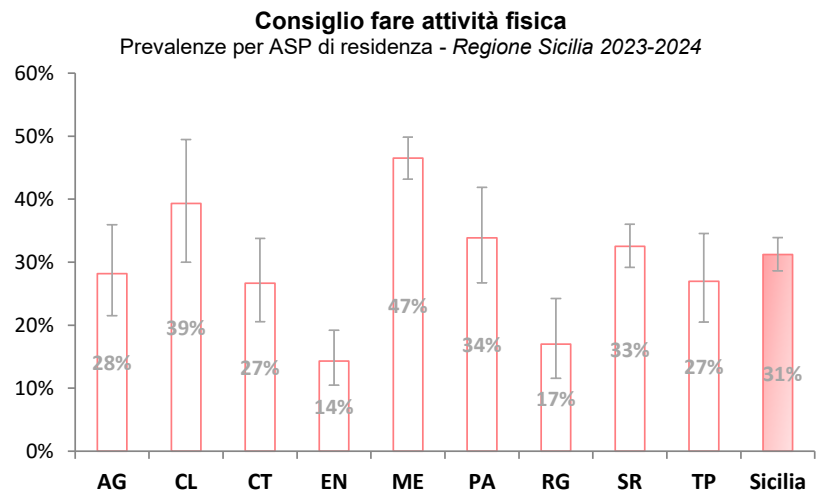
Il 34% dei parzialmente attivi e il 13% dei sedentari percepiscono come sufficiente il proprio livello di attività fisica.

Autopercezione del livello di attività fisica
Sicilia



Sorveglianza Passi 2023-2024

Il 31% del campione regionale ha ricevuto il consiglio, dal medico o da un operatore sanitario, di fare regolare attività fisica, tale percentuale aumenta fra coloro che sono in eccesso ponderale (37%) e fra le persone con patologie croniche (45%). La quota di persone che hanno ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica, da un medico/operatore sanitario, varia dal 14% di Enna al 47% di Messina.



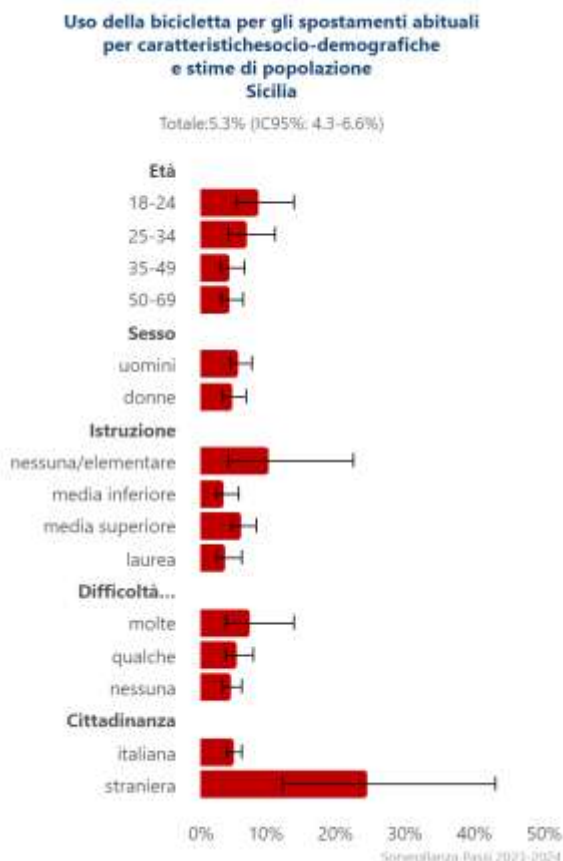
Mobilità attiva

In Sicilia il 5% degli adulti utilizza la bicicletta per andare a lavoro, a scuola o per gli spostamenti quotidiani. È un'abitudine più frequente fra i 18-24enni (9%), fra gli uomini (6% vs 5% fra le donne), fra coloro che hanno al massimo la licenza elementare come titolo di studio (10%) e fra coloro che hanno molte difficoltà economiche (7%).

Chi si muove in bicicletta lo fa per quasi 4 giorni alla settimana e complessivamente per 164 minuti a settimana.

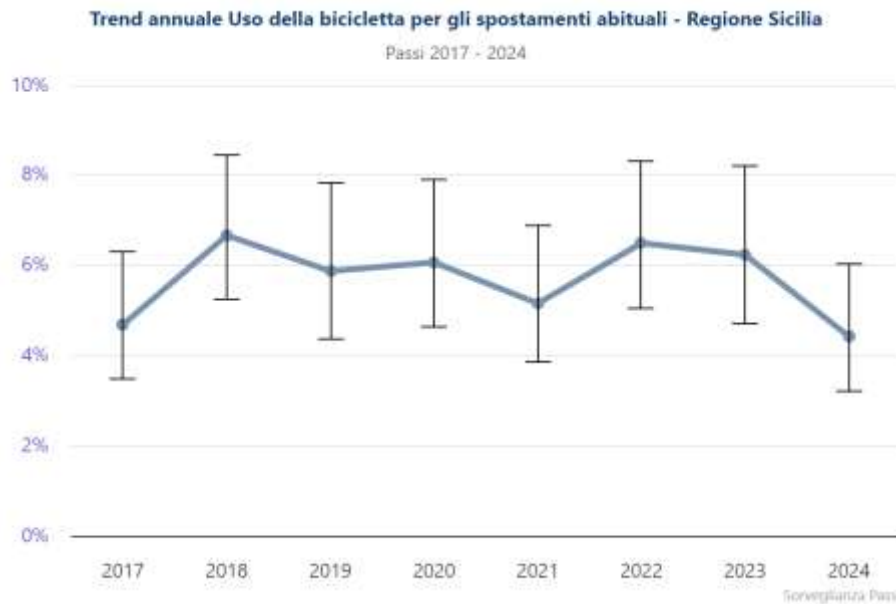
In Italia il 10% degli intervistati dichiara di utilizzare la bicicletta per gli spostamenti abituali, si osserva che questa pratica è più diffusa nelle Regioni del Nord Italia e meno in quelle del Centro-Sud.

Nella nostra regione, negli anni, si evidenzia un andamento altalenante delle quote di 18-69enni che utilizzano la bicicletta per gli spostamenti quotidiani.



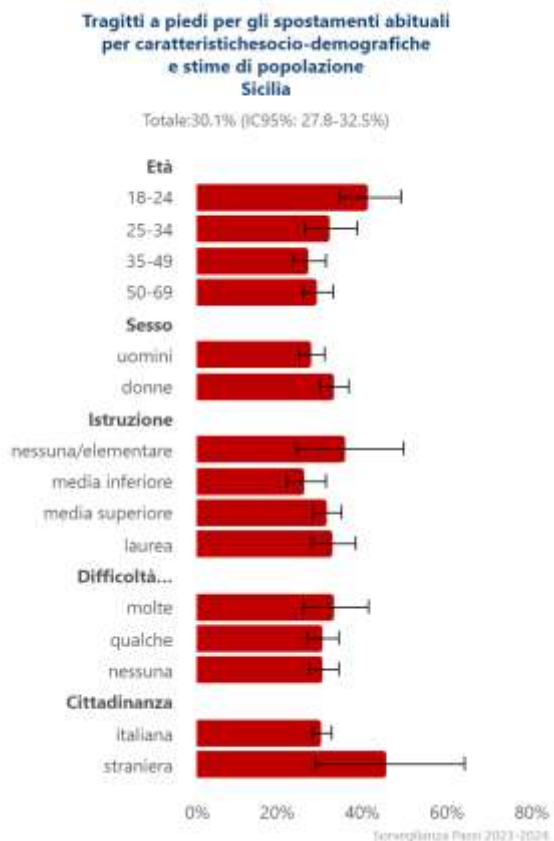
Uso della bicicletta per gli spostamenti abituali per regione di residenza
Passi 2023-2024

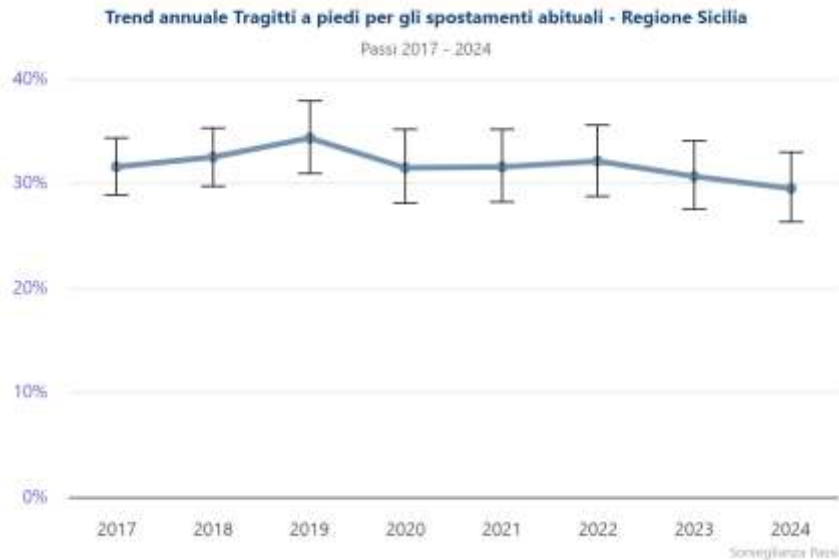




Il 30% (39% dato nazionale) dei 18-69enni ha percorso, nell'ultimo mese, tragitti a piedi per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali. Sono principalmente i 18-34enni (41%), le donne (33%), le persone con molte difficoltà economiche (33%) e le meno istruite (36%) a muoversi a piedi per i propri spostamenti abituali. Chi si muove a piedi per gli spostamenti abituali lo fa mediamente per 4 giorni alla settimana, complessivamente per 146 minuti settimanali.

Negli anni analizzati, non si evidenziano variazioni significative delle quote di adulti che usano spostarsi abitualmente a piedi.

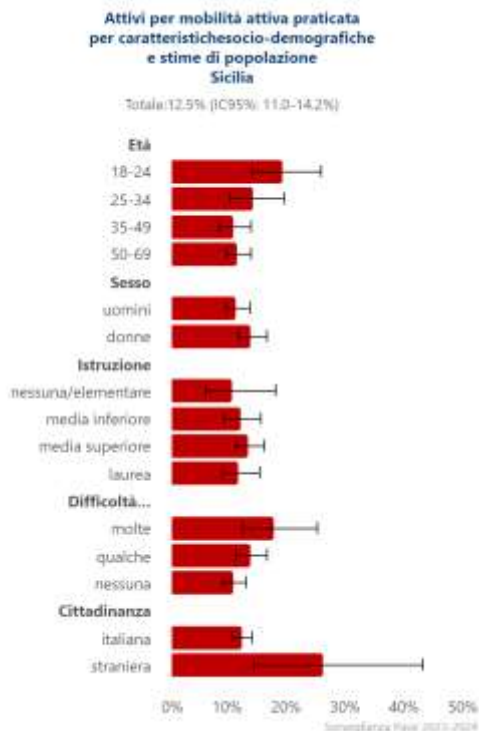


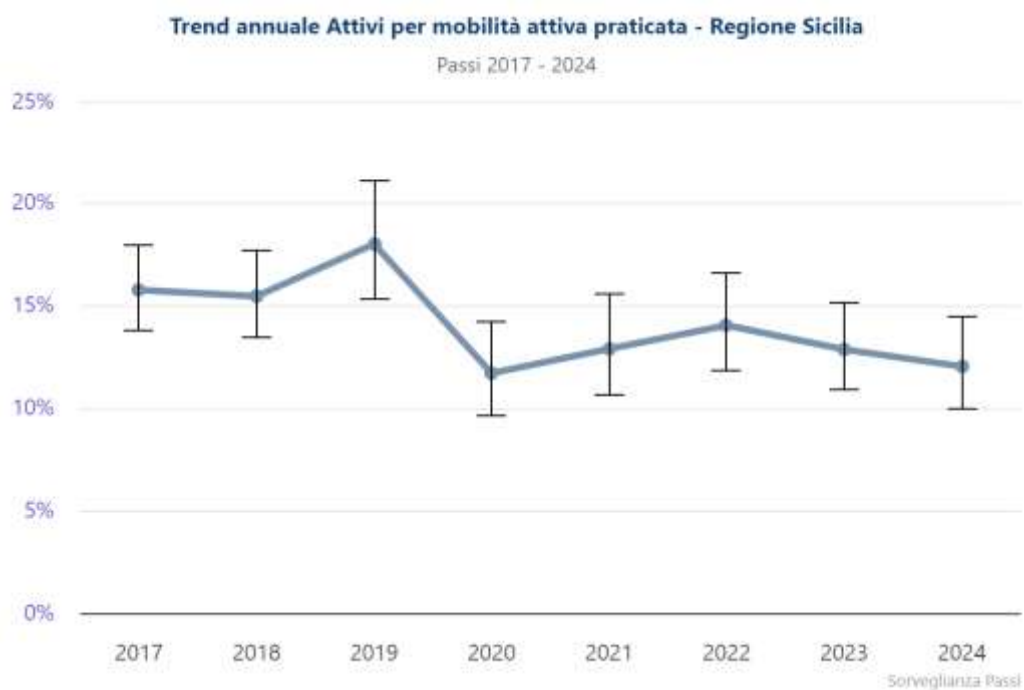


In Sicilia il 12% degli intervistati risulta fisicamente attivo con la pratica della mobilità attiva perché per i propri spostamenti abituali in bicicletta o a piedi raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS di almeno 150 minuti a settimana di attività moderata (con sessioni non inferiori ai 10 minuti continuativi); il 18% 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 70% della popolazione si sposta con veicoli a motore (privati o pubblici) senza o con trascurabili tragitti a piedi o in bicicletta.

Raggiungono i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS attraverso la mobilità attiva principalmente i 18-24enni (19%), le donne (14%), chi ha il diploma di scuola media superiore (13%) e coloro che hanno molte difficoltà economiche (18%).

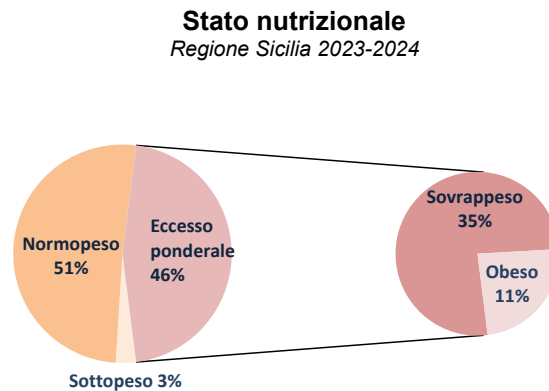
L'analisi annuale delle percentuali di persone fisicamente attive grazie alla mobilità attiva mostra che nel 2019 si è raggiunto il valore più elevato (18%) di tutto il periodo considerato, nel 2020 invece il valore più basso (12%).



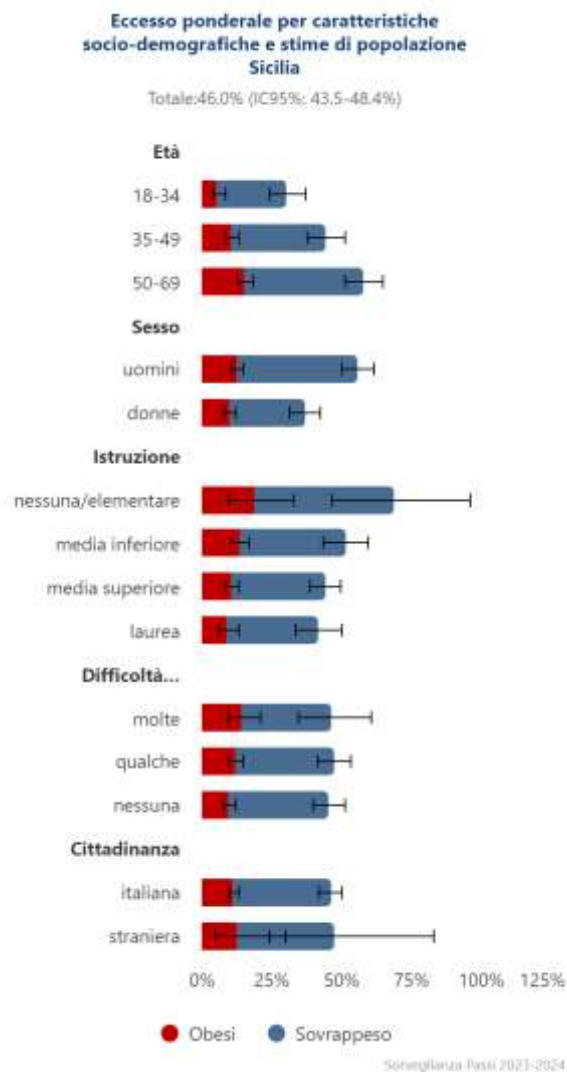


Sovrappeso e obesità

In Sicilia il 46% (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.

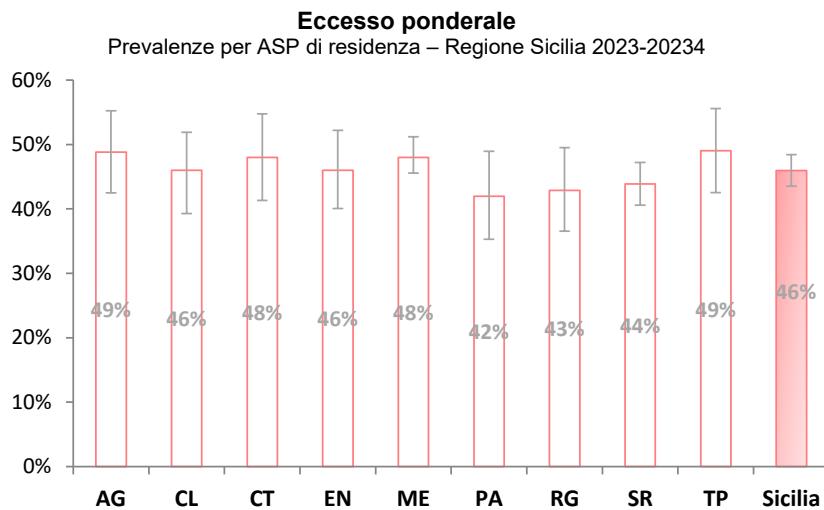


La prevalenza di persone in eccesso ponderale cresce al crescere dell'età, è più frequente fra gli uomini, fra le persone con basso titolo di studio e fra quelle con qualche difficoltà economica.



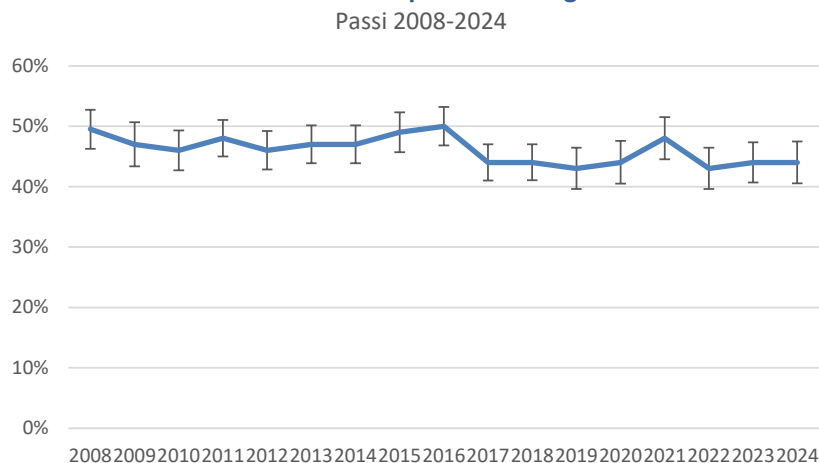
Nelle ASP di Agrigento e Trapani, poco meno di un adulto su due è in eccesso ponderale.

A Palermo, fra le ASP regionali, si registra la quota più bassa di persone in sovrappeso e/o obese (42%).



L'analisi annuale delle prevalenze di persone in eccesso ponderale mostra un andamento in leggera, e non significativa, riduzione nel tempo.

Trend annuale Eccesso ponderale Regione Sicilia



In Sicilia, il 42% 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 33% (35% dato nazionale) delle persone in sovrappeso e il 65% (67% 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 29% di Ragusa al 57% di Palermo.

Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale per regione di residenza

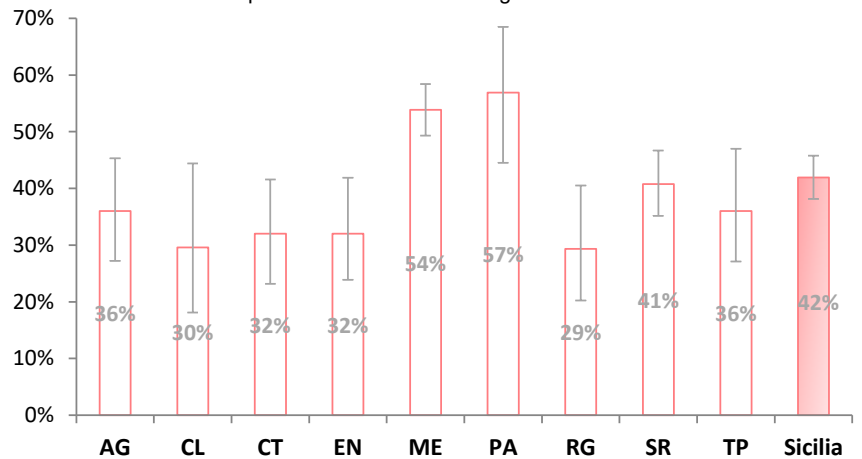
PASSI 2023-2024



Sorveglianza PASSI

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2023-2024



Fra le persone in eccesso ponderale la dieta viene eseguita principalmente dalle donne (38% vs 24% negli uomini), dagli obesi (37% vs 27% dei sovrappeso) e da coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (53% vs 17%).

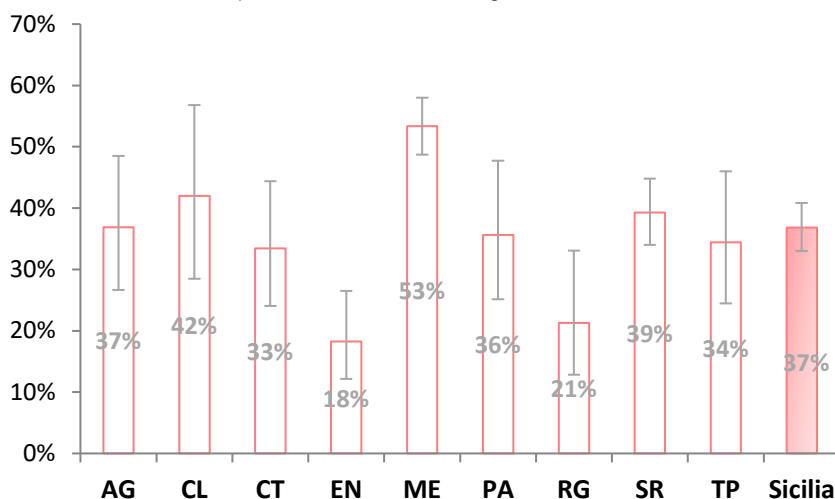
Il 45% delle persone in sovrappeso e il 61% degli obesi è sedentario. Il 37% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 33% delle persone in sovrappeso e il 46% di quelle obese.

Fra le persone in eccesso ponderale, che hanno ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica, il 50% pratica attività fisica.

In Sicilia, le percentuali di persone, in eccesso ponderale, che hanno ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica variano dal 18% di Enna al 53% di Messina.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2023-2024

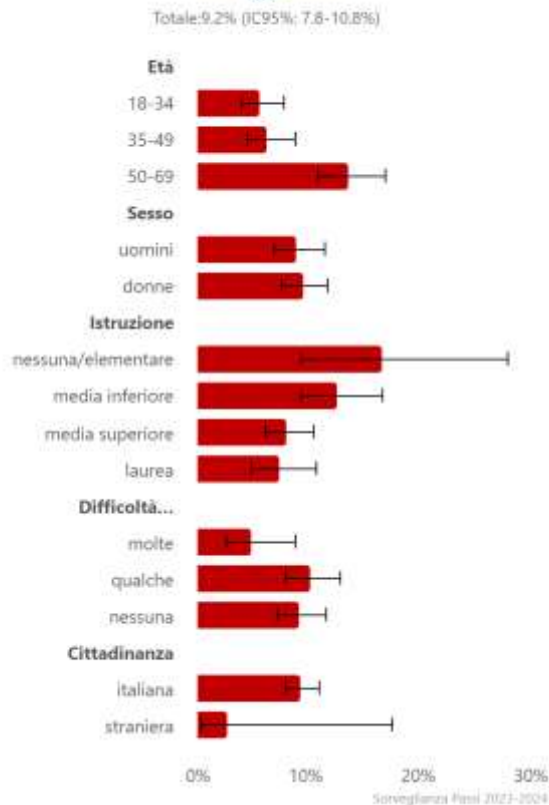


Consumi di frutta e verdura

In Sicilia il 49% dei 18-69enni consuma 1-2 porzioni di frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 38% 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 6% fra i 18-34enni al 14% fra i 50-69enni, e si riduce al crescere del titolo di studio passando dal 17% fra coloro che hanno al massimo la licenza elementare al 7% fra i laureati. Tra le ASP regionali si osserva un'elevata variabilità nell'adesione al *five-a-day* (dal 2% di Messina al 33% di Agrigento).

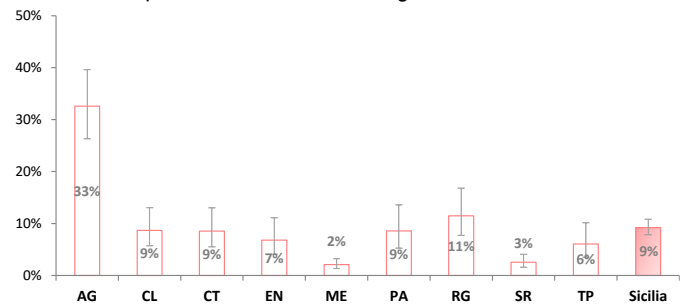
L'analisi annuale delle prevalenze di adesione al programma 'five-a-day' evidenzia un trend crescente, seppur non lineare, fino al 2017, anno in cui si registra il valore più alto dell'intero periodo (13%), mentre dal 2018 al 2024 si osserva un andamento altalenante.

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



Adesione al *five-a-day*

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2023-2024



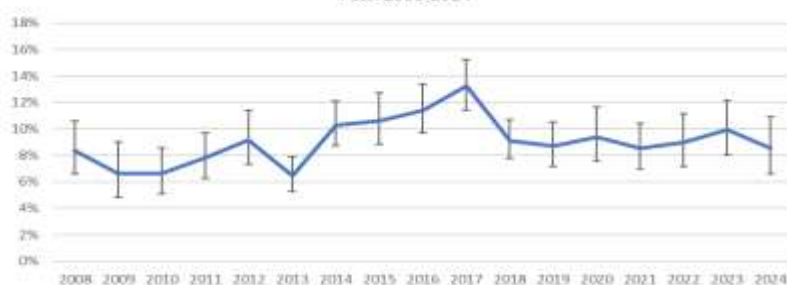
Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura per regione di residenza Passi 2022-2023



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

Sorveglianza Passi

Trend annuale Consumo quotidiano di 5 porzioni di frutta e verdura Regione Sicilia Passi 2008-2024



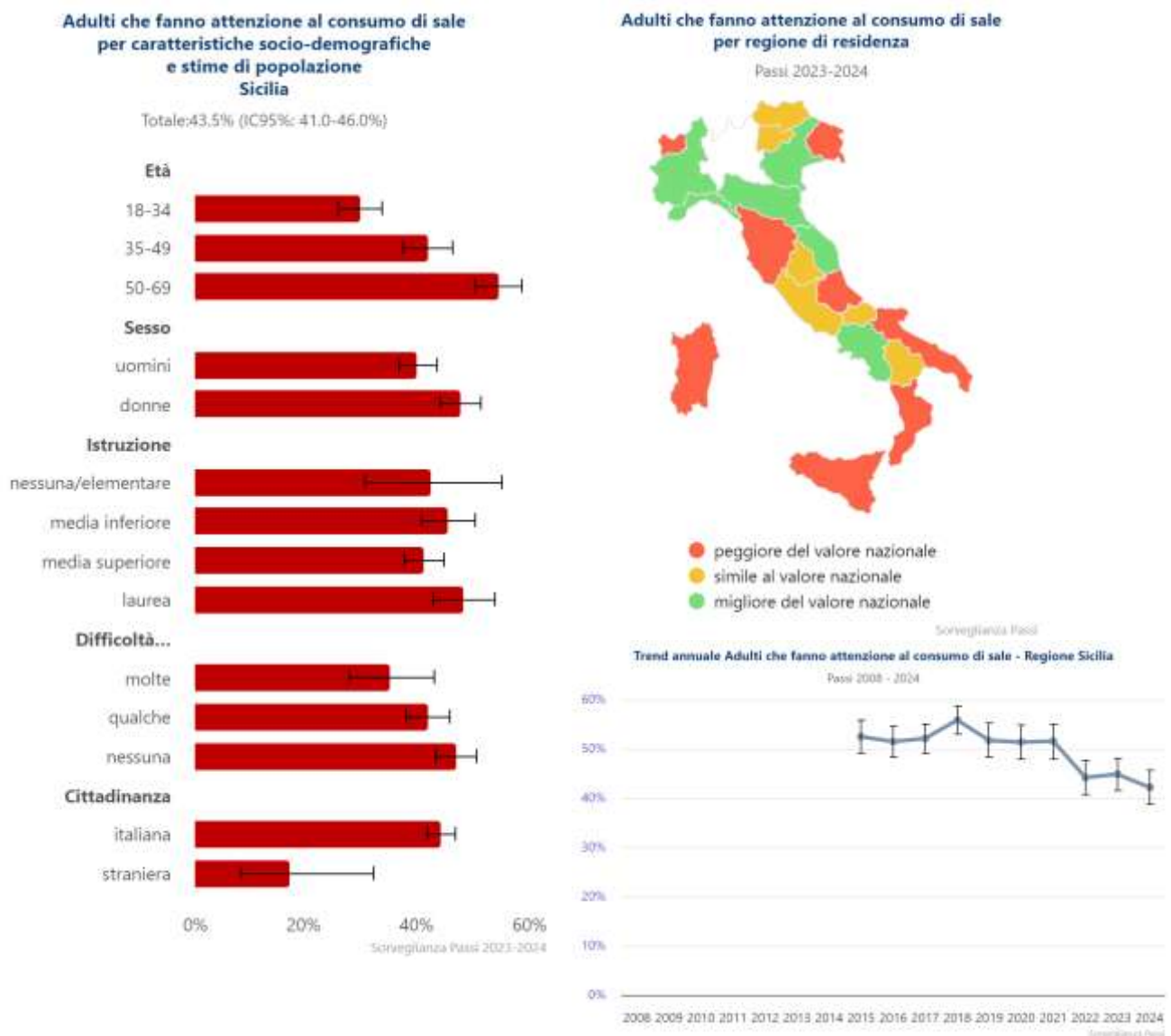
Consumo di sale

Il 44% degli adulti della nostra regione (57% valore nazionale) fa attenzione o cerca di ridurre la quantità di sale assunta a tavola, nella preparazione dei cibi e nel consumo di quelli conservati; il 12% 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 passando dal 30% fra i 18-34enni al 54% nei 50-69enni, è più frequente fra le donne (47% vs 40%), nei laureati (48%) e in chi non ha difficoltà economiche (47%).

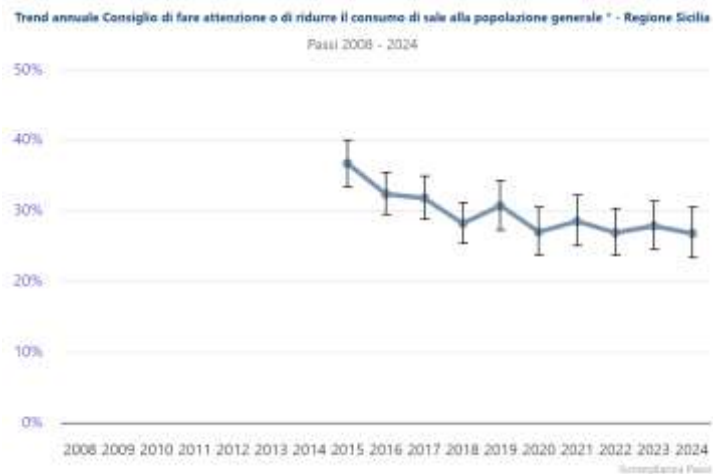
L'analisi temporale evidenzia nel periodo 2014-2020 un andamento stabile, ad eccezione di un picco positivo nel 2018, delle percentuali di adulti che prestano attenzione al consumo di sale, seguito però da un trend in diminuzione.

L'uso consapevole del sale è più frequente fra coloro che sono affetti da almeno una patologia cronica (62%); in particolare il 68% degli ipertesi e il 60% di coloro che hanno una diagnosi di insufficienza renale, patologie per le quali la riduzione del consumo di sale diventa strumento di controllo della malattia, fanno un uso del sale in maniera oculata.



Fra coloro che hanno avuto un contatto con un medico o altro operatore sanitario nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 27% degli intervistati ed in particolare il 60% fra le persone con ipertensione o insufficienza renale, riferisce di aver ricevuto il consiglio su un utilizzo appropriato del sale nella dieta.

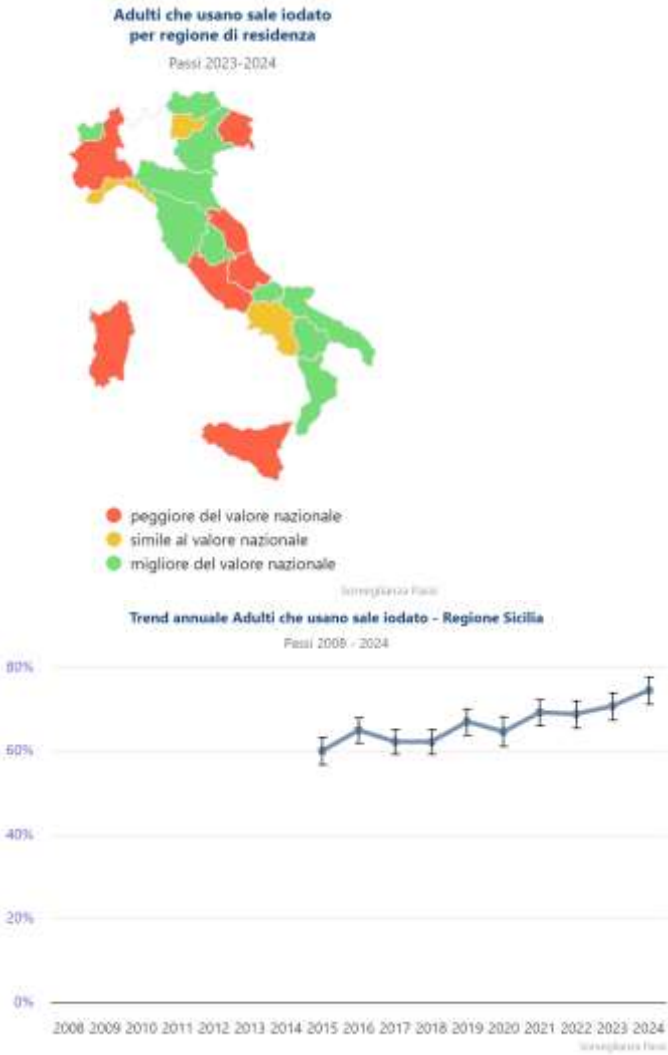
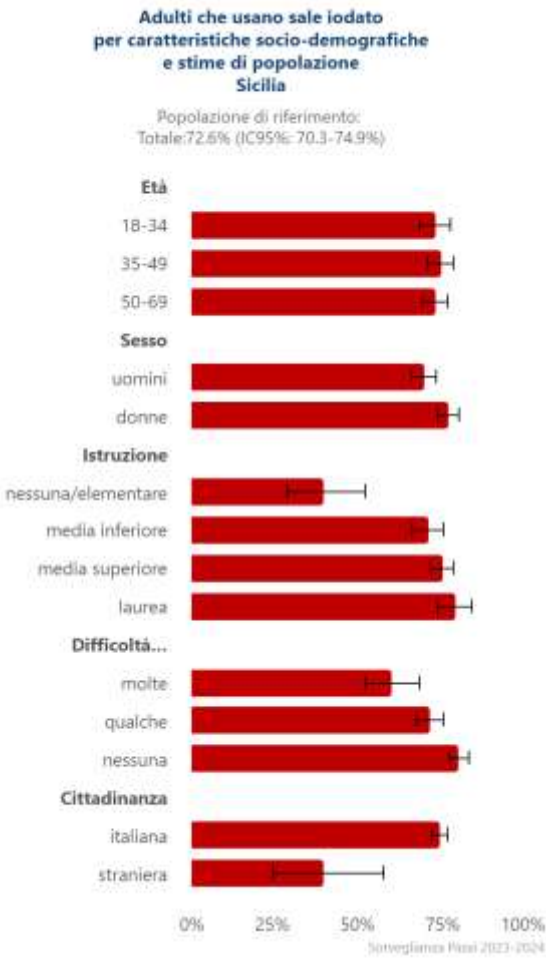
Nel periodo 2016-2024 si osserva una riduzione, seppur non costante, delle percentuali di persone che hanno ricevuto il consiglio di fare attenzione o di ridurre il consumo di sale (dal 37% nel 2015 al 27% nel 2024).



In Sicilia il 73% (78% dato nazionale) delle persone intervistate sceglie di utilizzare il sale iodato, il 35% lo usa sempre, il 20% qualche volta e il 17% spesso. Il 4% degli intervistati non sa cosa sia il sale iodato.

L'uso del sale iodato è un'abitudine più diffusa al migliorare dello status socio economico, passando dal 59% fra chi ha molte difficoltà economiche al 79% di chi non ne ha, fra chi non ha difficoltà economiche (79%) e dal 39% fra chi ha al massimo la licenza elementare al 78% fra i laureati. Il consumo del sale iodato cresce, in maniera leggermente altalenante, nel tempo (dal 65% nel 2016 al 74% nel 2024).





Consumo di alcol

In Sicilia nel biennio 2023-2024, il 47% (58% dato nazionale) dei 18-69enni ha consumato almeno una bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni, il 10% (stesso valore del dato nazionale) di coloro che consumano alcol lo beve esclusivamente o prevalentemente fuori pasto, l'1% (2% dato nazionale) dei bevitori è un consumatore abituale elevato, il 4% (9% dato nazionale) degli intervistati è un consumatore binge.

Consumo a maggior rischio

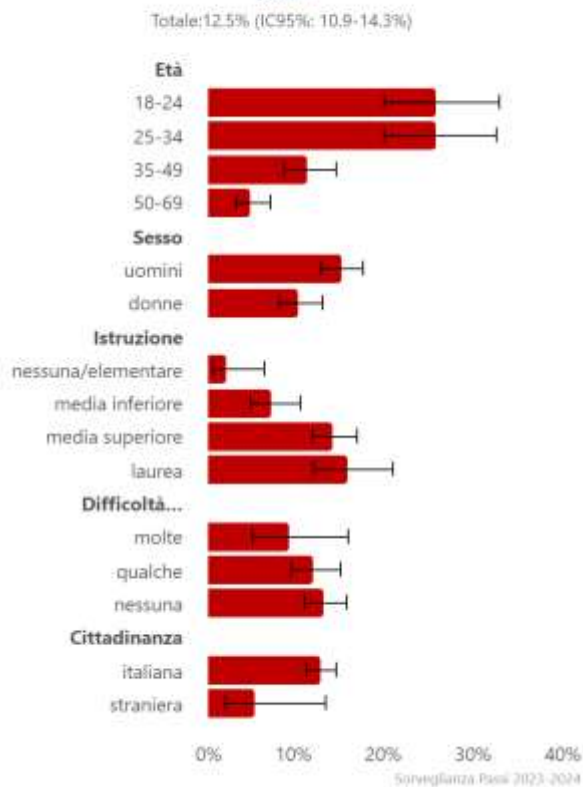
In Sicilia il 13% (18% dato nazionale) dei 18-69enni è un consumatore di alcol a "maggior rischio", perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.

Il consumo di alcol a maggior rischio è un comportamento più frequente nei 18-34enni (26% vs 5% fra i 50-69enni), tra gli uomini (15% vs 10%), tra chi non ha nessuna difficoltà economiche (13% vs 9% di chi ne ha molte) e tra fra i laureati (16% vs 2% di chi non ha nessun titolo di studio o ha soltanto la licenza di scuola elementare).

Tra le ASP regionali le percentuali di consumatori di alcool a maggior rischio varia dal 2% di Caltanissetta e Siracusa al 20% di Trapani.

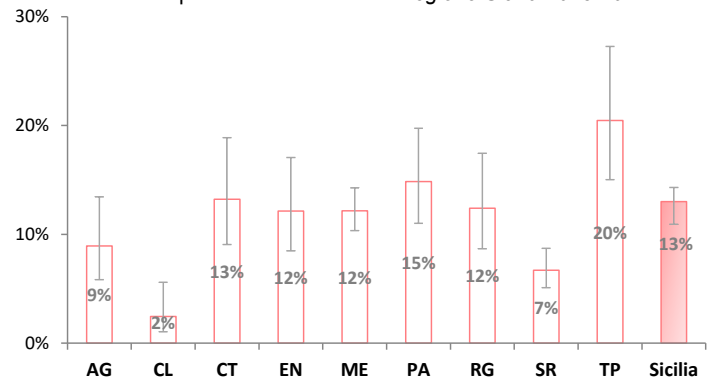
L'analisi annuale, delle percentuali di consumatori a maggior rischio, evidenzia un andamento in crescita, seppur non lineare. Nel 2022 si è registrata la percentuale di consumatori a maggior rischio più alta del periodo analizzato (18%).

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 2023-2024



Consumo a maggior rischio per regione di residenza
Passi 2023-2024

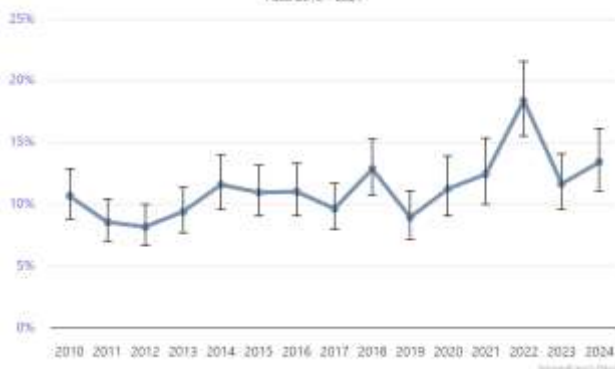


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza PASSI

Trend annuale Consumo a maggior rischio - Regione Sicilia

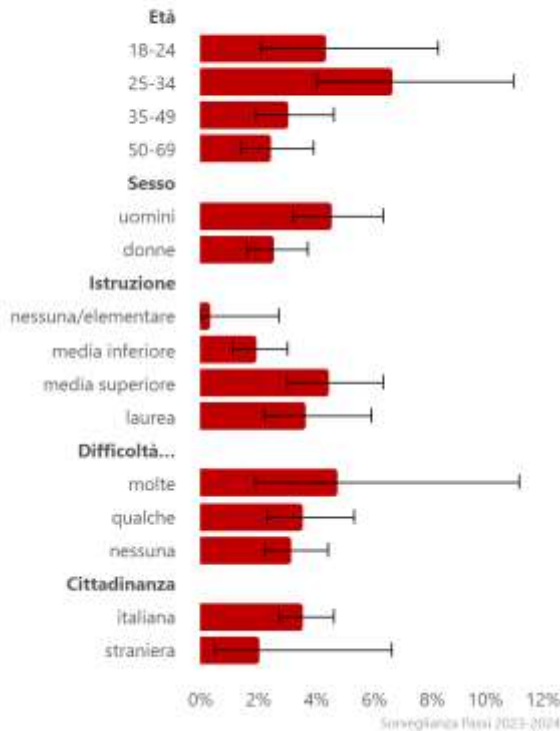
Passi 2010 - 2024



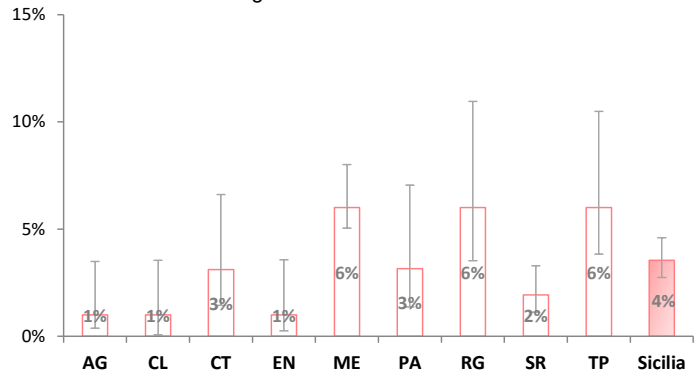
L'analisi per anno delle prevalenze di consumo binge in Sicilia negli anni 2010-2024 mostra un andamento variabile. Nel 2012 si è registrata la quota più bassa (2%) di *bringe drinker*, mentre nel 2018 e nel 2022 si sono registrate le quote più alte (l'8%).

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

Totale: 3.6% (IC95%: 2.7-4.6%)



Consumo binge Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2023-2024

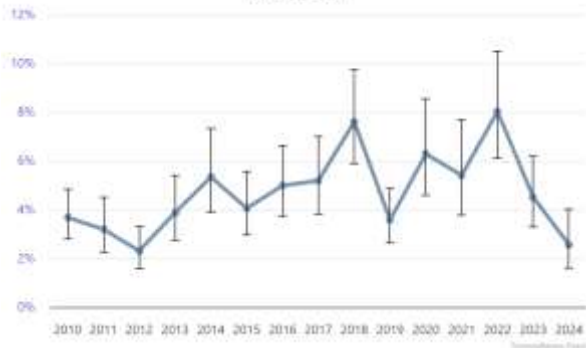


Consumo binge per regione di residenza Passi 2023-2024



Trend annuale Consumo binge - Regione Sicilia

Passi 2010 - 2024



Abitudine al fumo

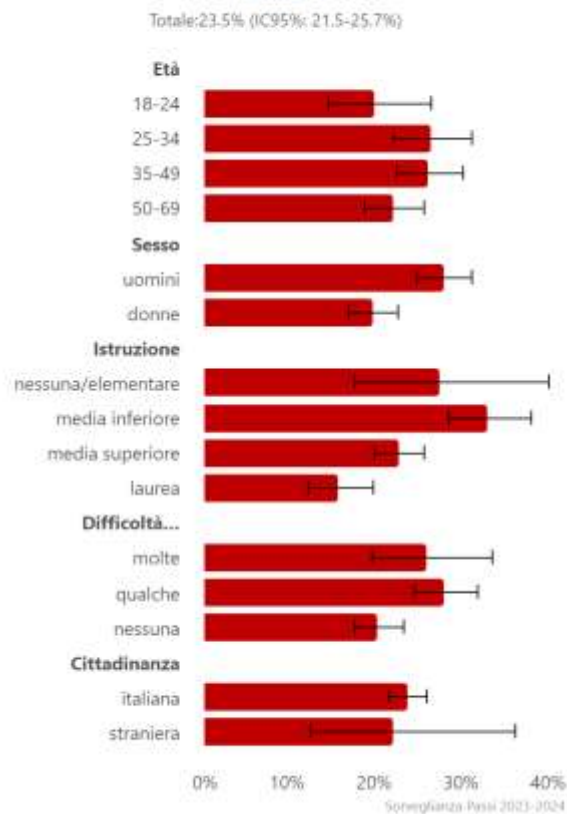
Il fumo di tabacco, oggi in Italia, costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. I fumatori in Sicilia sono il 24% (uguale al dato nazionale), tra questi il 22% è un *fumatore quotidiano* in quanto fuma ogni giorno. In media un fumatore abituale fuma 12 sigarette al giorno. Il 64% dei 18-69enni siciliani non fuma.

Fumatori

L'abitudine al fumo è maggiore fra i 25-49enni, fra gli uomini (28% vs 20% fra le donne) fra coloro che hanno la licenza di scuola media inferiore (33%), e in chi ha qualche difficoltà economica (28%).

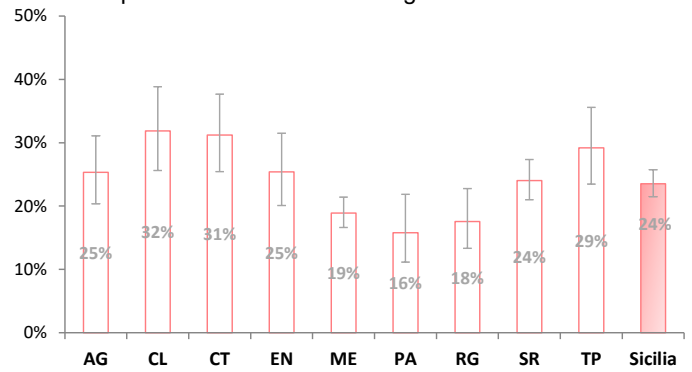
Fra le ASP regionali la quota di fumatori più bassa si osserva a Palermo, mentre la quota più alta a Caltanissetta. Il trend annuale delle prevalenze dei fumatori è complessivamente in decrescita anche se non in modo lineare, in particolare gli ultimi 3 anni si osservano valori in leggera crescita, ma, comunque, più bassi rispetto ai valori registrati negli anni precedenti.

Fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Fumatori

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2023-2024

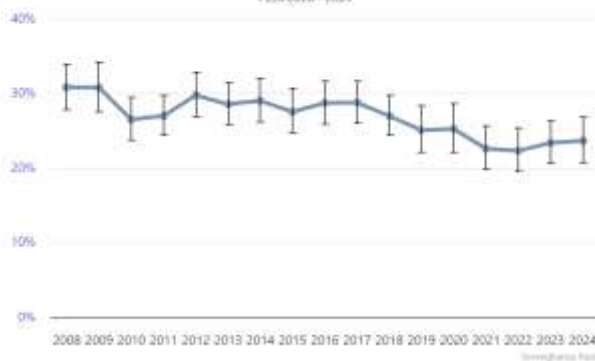


Fumatori per regione di residenza Passi 2023-2024



Trend annuale Fumatore - Regione Sicilia

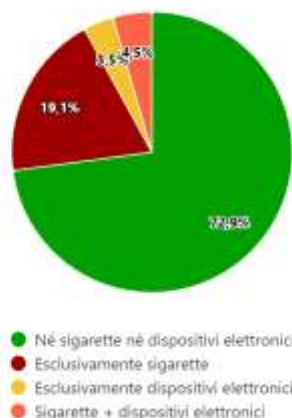
Passi 2006 - 2024



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

Nel biennio 2023-2024, il 19% 18-69enni intervistati riferisce un uso esclusivo di sigarette tradizionali, circa il 5% dichiara sia di fumare sigarette tradizionali che di utilizzare un dispositivo elettronico (fra e-cig e/o HTP) e circa il 4% 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



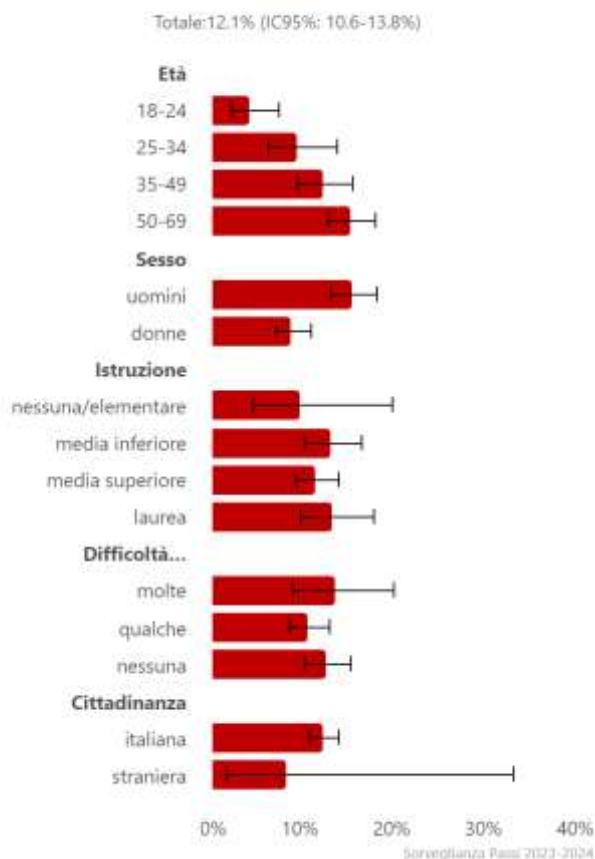
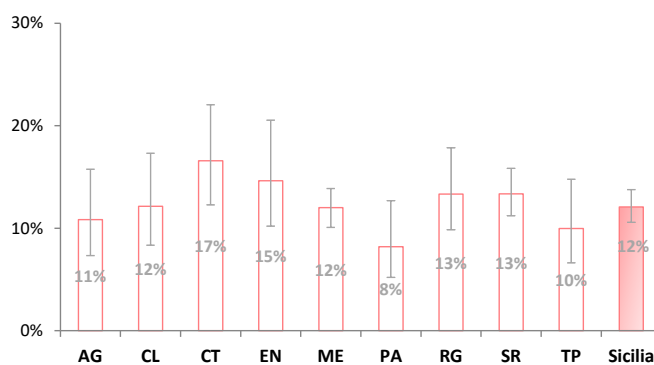
Sorveglianza Passi 2023-2024

Ex- fumatori

In Sicilia il 12% del campione intervistato ha smesso di fumare. La percentuale di ex-fumatori aumenta al crescere dell'età (dal 4% nei 18-24enni al 15% nei 50-69enni), ed è più elevata negli uomini (15% vs 9%), in coloro che hanno la licenza media (13%) e in coloro che hanno molte difficoltà economiche (14%).

In Sicilia le percentuali di ex fumatori variano dall'8% di Palermo al 17% di Catania.

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
SiciliaEx-Fumatori
Prevalenze per ASP di residenza –
Regione Sicilia 2023-2024Ex Fumatori
per regione di residenza
Passi 2023-2024

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

Sorveglianza Passi

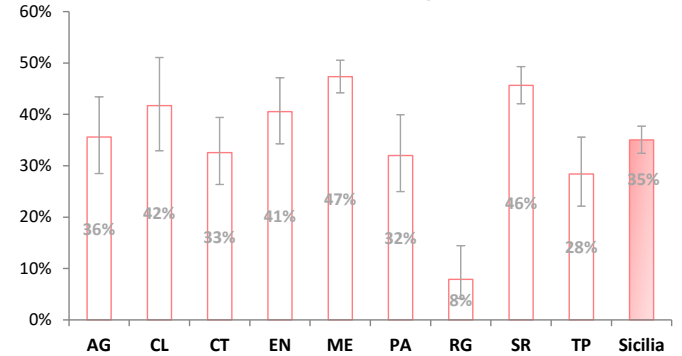
Il 35% (37% valore nazionale) degli intervistati ha ricevuto domande sull'abitudine al fumo da parte di un medico operatore sanitario, in particolare, hanno ricevuto tale domanda il 58% dei fumatori, il 39% degli ex fumatori e il 26% dei non fumatori.

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 dall' 8% di Ragusa al 47% di Messina.



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

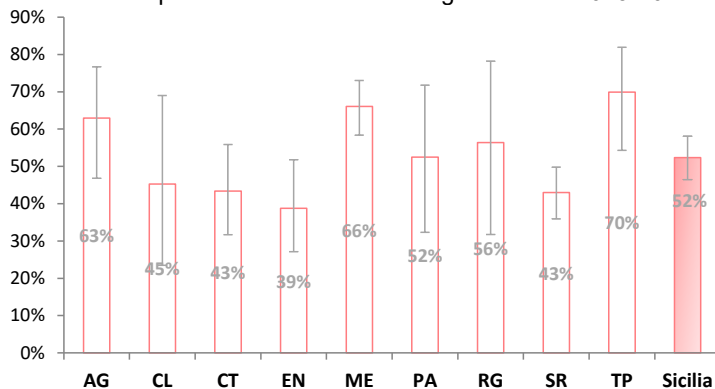
Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2023-2024



In Sicilia al 52% (51% dato nazionale), dei fumatori è stato consigliato di smettere di fumare, sia a scopo preventivo che per motivi di salute. Fra le ASP siciliane, ad Enna si registra la percentuale più bassa (39%), di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare, a Trapani la percentuale più alta (70%).

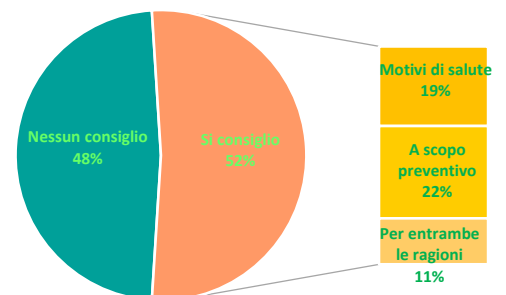
Consiglio smettere di fumare

Prevalenze per ASP di residenza – Regione Sicilia 2023-2024



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

Regione Sicilia - Passi 2023-20234



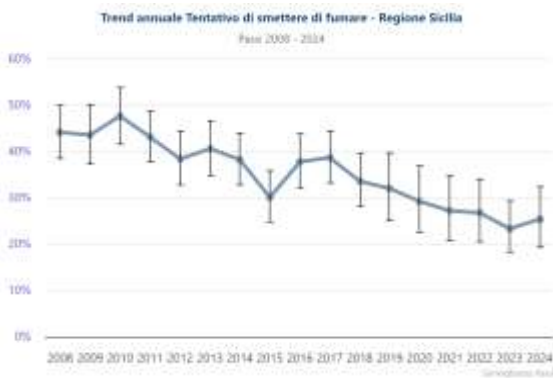
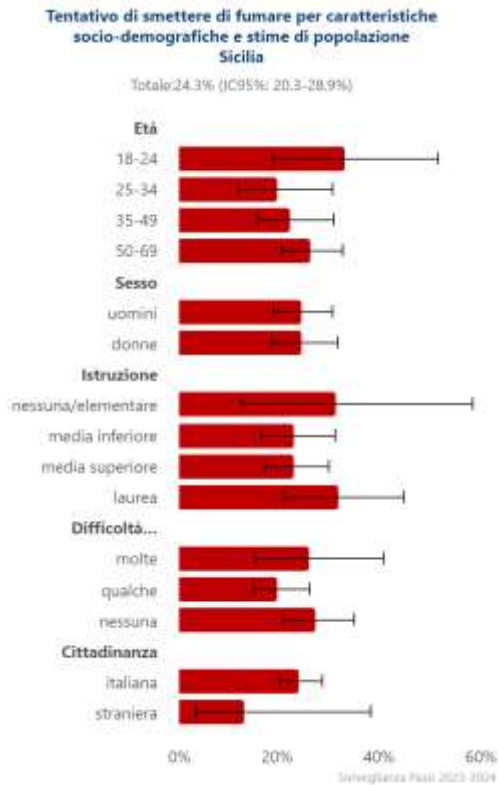
* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

Smettere di fumare

Nel biennio 2023-24 il 24% (31% media nazionale) dei fumatori ha tentato di smettere di fumare nei dodici mesi precedenti l'intervista, di questi il 18% è riuscito a smettere (ha smesso di fumare da 6 mesi o più), il 76% ha fallito il tentativo e il 6% sta ancora tentando (astinenti da meno di 6 mesi). Il 76% di coloro che hanno smesso di fumare ha riferito di esserci riuscito da solo senza nessun ausilio, il 19% ha fatto ricorso all'utilizzo della sigaretta elettronica.

Sono stati soprattutto i 18-24enni a tentare di smettere di fumare.

In Sicilia, si sono ridotti nel tempo coloro che hanno tentano di smettere di fumare, ma nel tempo si è ridotta anche la quota di fumatori.



Fumo passivo

Rispetto del divieto sul luogo di lavoro

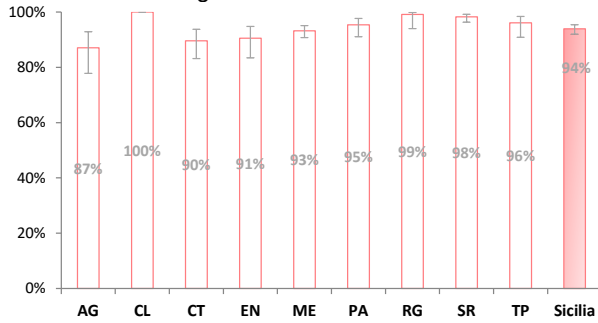
Il 94% (95% dato nazionale) dei lavoratori intervistati nel biennio 2023-2024 afferma che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre, l'1% riferisce, invece, che non è mai rispettato.

Tra le ASP siciliane, nell'ASP di Agrigento si osserva la quota minore di lavoratori che considera rispettato, sempre o quasi sempre, il divieto di fumo nei luoghi di lavoro.

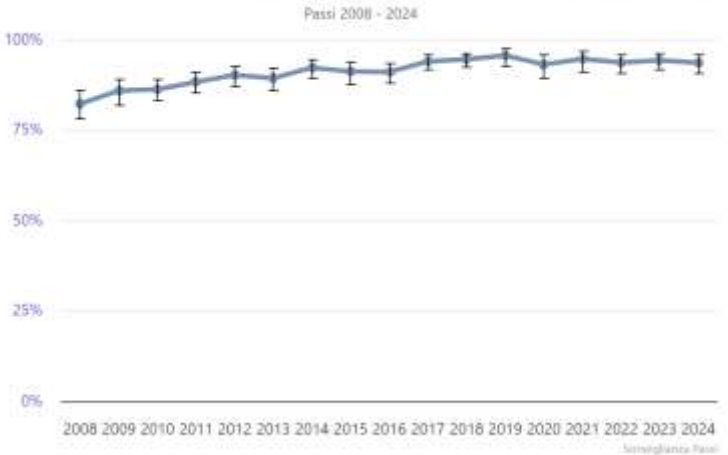
La quota di persone che rispettano il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è aumentata nel tempo.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per ASP di residenza –
Regione Sicilia 2023-2024



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



Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro per regione di residenza

Passi 2023-2024



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

Sorveglianza Passi

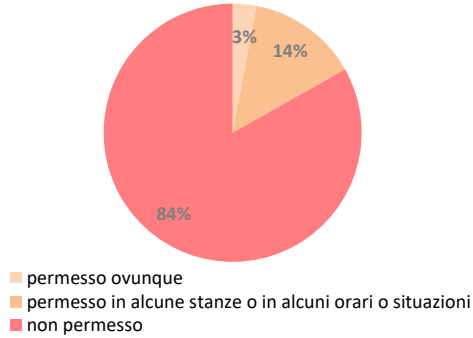
Astensione fumo in casa

In Sicilia, l'84% degli intervistati (86% valore nazionale) riferisce che non si fuma in casa.

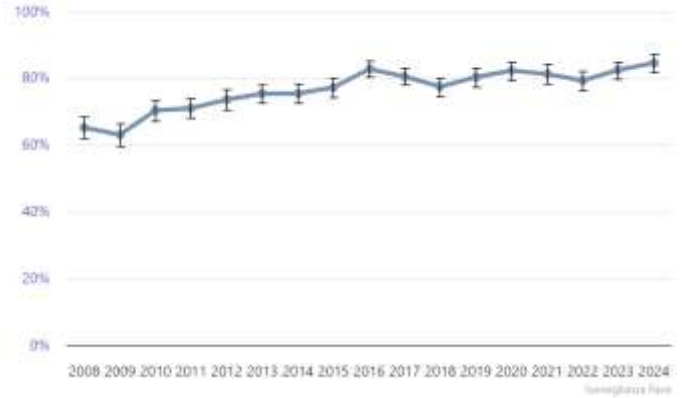
Il divieto di fumo in casa risulta leggermente più frequente (85%) fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 0-14 anni di età.

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 2023-2024



Trend annuale Astensione dal fumo in casa - Regione Sicilia Passi 2008 - 2024



Astensione dal fumo in casa per regione di residenza Passi 2023-2024

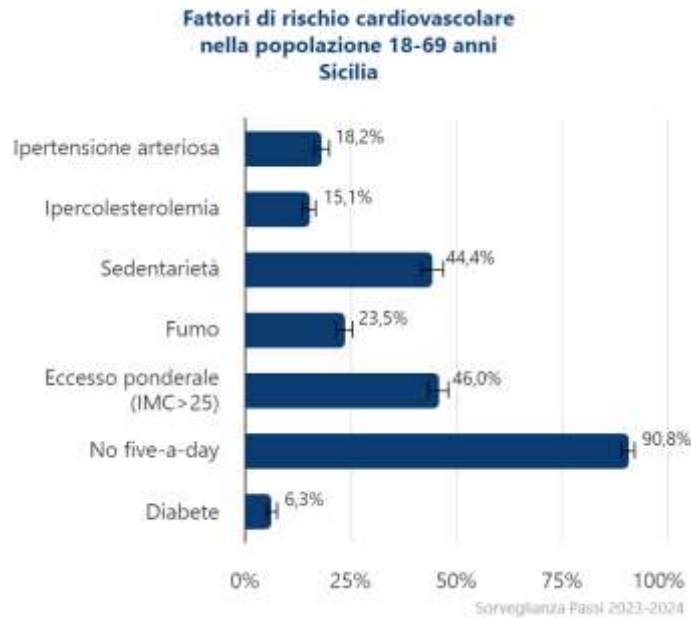


Rischio cardiovascolare

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).

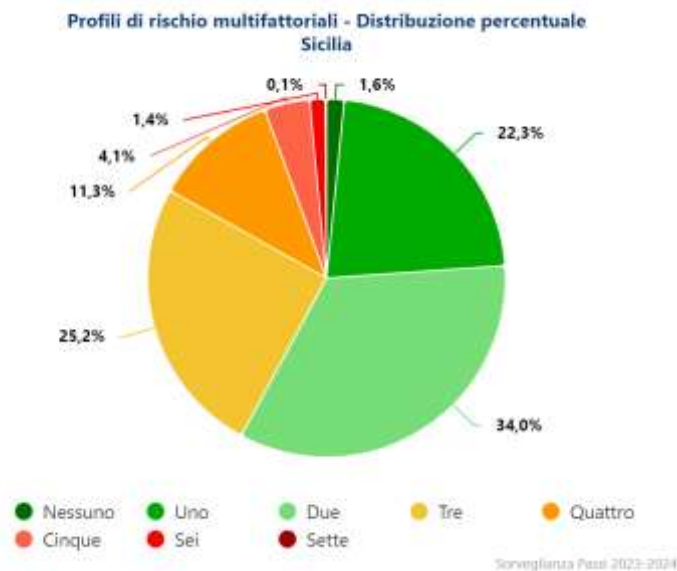
I fattori di rischio maggiormente rilevanti, in Sicilia, sono il non mangiare frutta e/o verdura 5 volte al giorno (91%), la sedentarietà (44%) e l'eccesso ponderale (46%).

Complessivamente il 42% degli intervistati presenta almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare. Solo il 2% risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.



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.



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

Ipertensione arteriosa

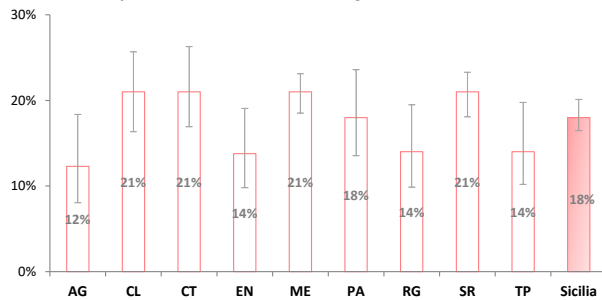
In Sicilia il 18% (dato uguale al dato nazionale) dei 18-69enni soffre di ipertensione arteriosa.

Percentuali più elevate di ipertesi si osservano al crescere dell'età (2% nei 18-34enni vs 36% nei 50-69enni), negli uomini (20% vs 17%), nelle persone con nessun titolo di studio o licenza elementare (34% vs 14% nei laureati), in coloro che hanno molte difficoltà economiche (24%) e nelle persone con eccesso ponderale (27% vs 11%).

Le percentuali di ipertesi, fra le province regionali, variano dal 12% di Agrigento al 21% di Caltanissetta, Catania, Messina e Siracusa.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa

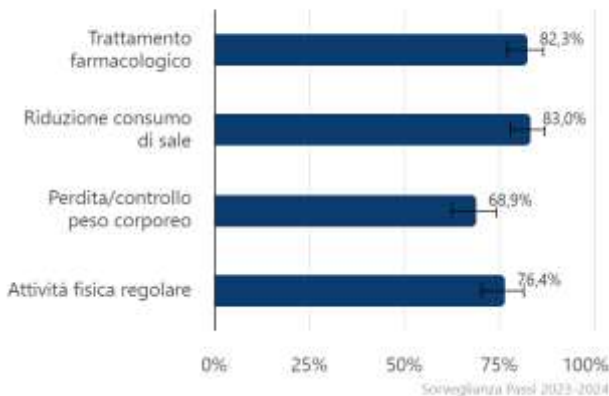
Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2023-2024



In Sicilia l'82% (80% valore nazionale) degli ipertesi utilizza farmaci antipertensivi (range dal 74% di Siracusa al 94% di Messina).

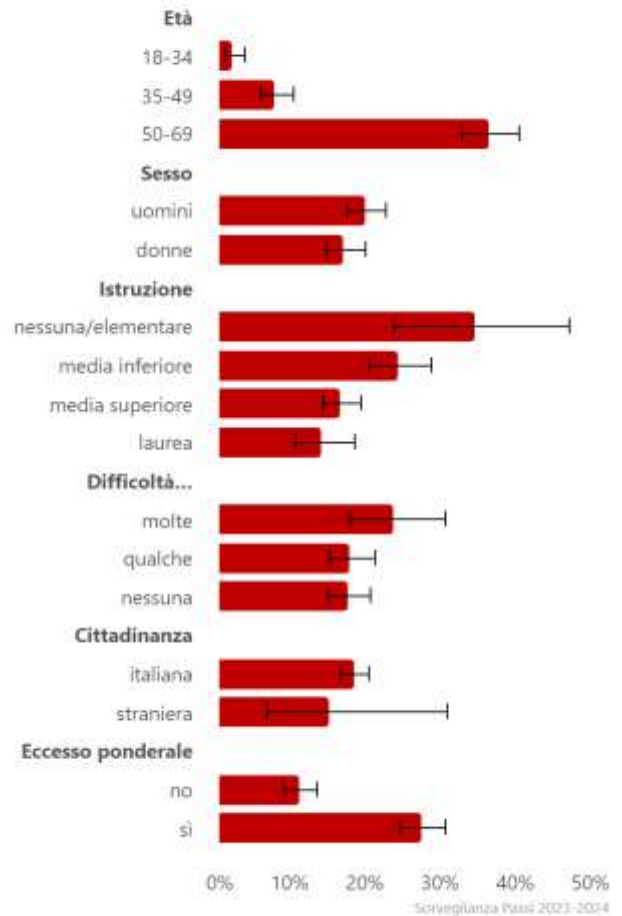
L'83% degli ipertesi ha ricevuto il consiglio dal proprio medico di ridurre il consumo di sale, il 69% di ridurre o mantenere il peso corporeo e il 76% di svolgere regolare attività fisica.

Trattamento dell'ipertensione Percentuali per trattamento/coniglio ricevuto Sicilia



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

Totale: 18,2% (IC95%: 16,5-20,1%)



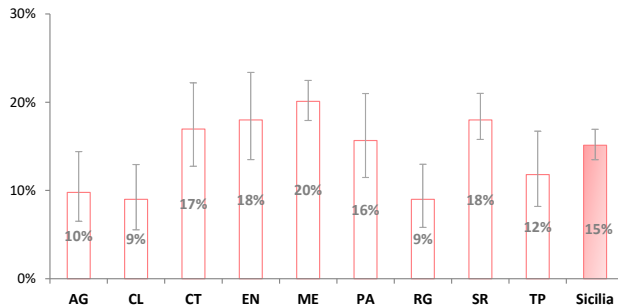
Sorveglianza Passi 2023-2024

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 (2% nei 18-34enni vs 27% nei 50-69enni), negli uomini (16% vs 14%) nelle persone socio-economicamente svantaggiate per istruzione (29% fra chi ha al massimo la licenza elementare) e/o condizioni economiche (17% fra chi ha molte difficoltà economiche), e nelle persone in eccesso ponderale (22% vs 10%). Le percentuali di ipercolesterolemici in Sicilia variano dal 9% di Caltanissetta e Ragusa al 20% di Messina.

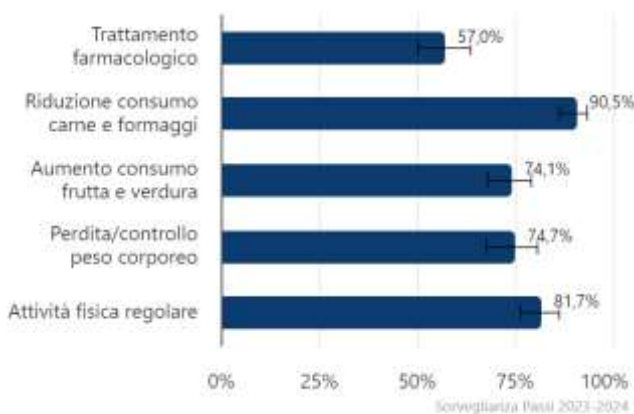
Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia
Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2023-2024



Il 57% (45% dato nazionale) delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue è in trattamento farmacologico (range dal 45% di Palermo all'82% di Agrigento).

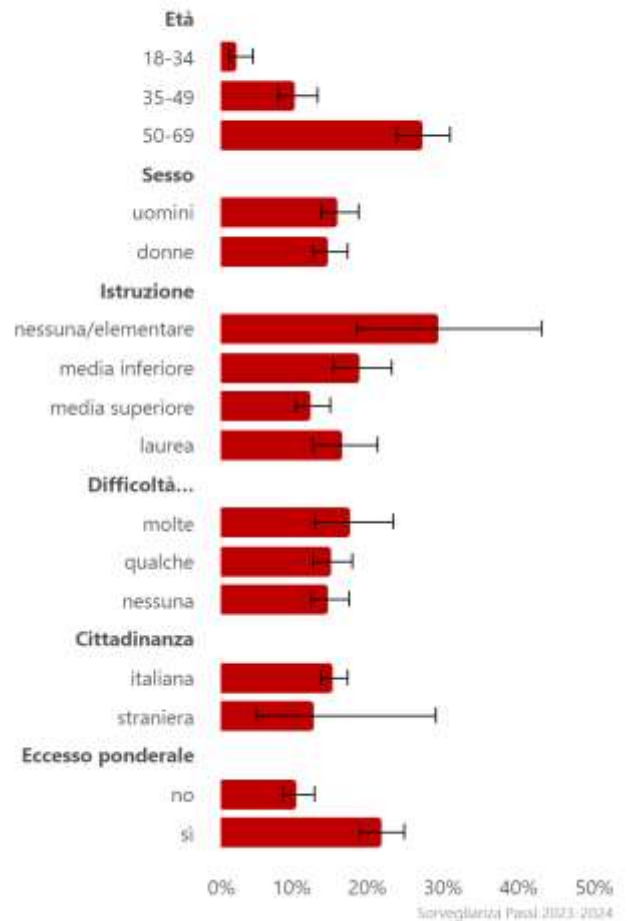
Gli ipercolesterolemici hanno ricevuto da parte del medico il consiglio di ridurre il consumo di carne e formaggi (91%), di aumentare il consumo di frutta e verdura (74%), di ridurre o controllare il proprio peso (75%) e di svolgere regolare attività fisica (82%).

Trattamento dell'ipercolesterolemia
Percentuali per trattamento/consiglio ricevuto Sicilia



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

Totale: 15.1% (IC95%: 13.5-16.9%)



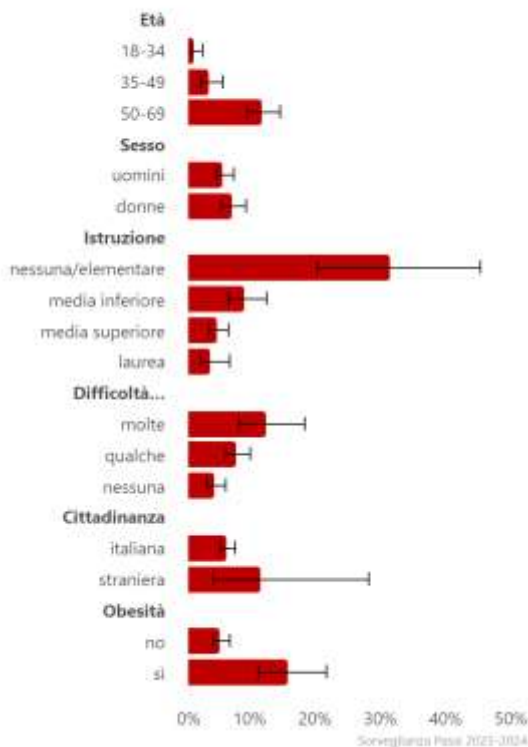
Diabete

Il 6% (5% valore nazionale) dei 18-69enni intervistati ha riferito una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici è più frequente nelle persone obese (16% vs 5% nei non obesi), cresce con l'età (1% nelle persone di 18-34 anni vs 12% fra quelle di 50-69 anni), si riduce al migliorare delle condizioni socioeconomiche per difficoltà economiche passando dal 12% fra coloro che hanno molte difficoltà al 5% di chi non ne ha, e per livello d'istruzione passando dal 28% fra coloro che hanno al massimo la licenza elementare al 3% fra i laureati. Fra le province siciliane le prevalenze di adulti diabetici variano dal 3% di Caltanissetta e Trapani all'11% di Messina.

L'analisi annuale della prevalenza del diabete mostra un andamento non lineare con periodi di incremento che si alternano a periodi di riduzione dei casi.

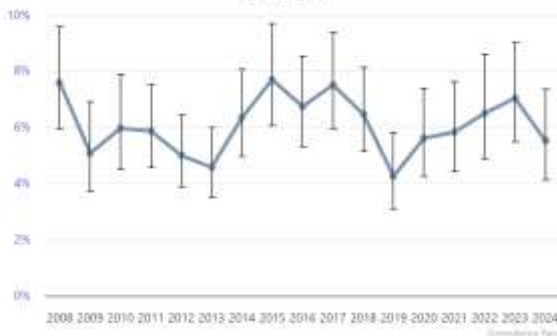
Diabete per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 6,3% (IC95%: 5,2-7,6%)



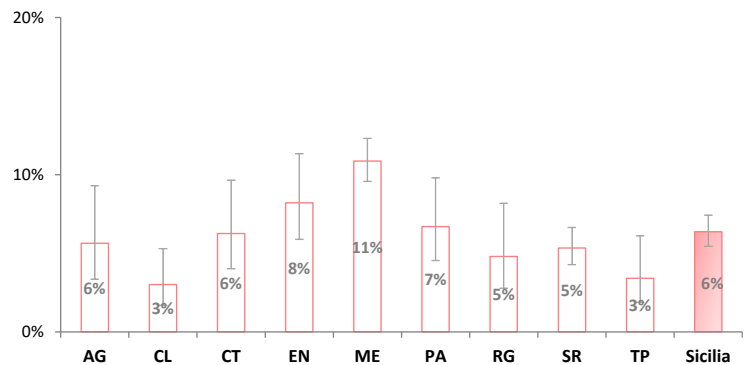
Trend annuale Diabete - Regione Sicilia

Passi 2008 - 2024



Diabete

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2023-2024



Diabete per regione di residenza

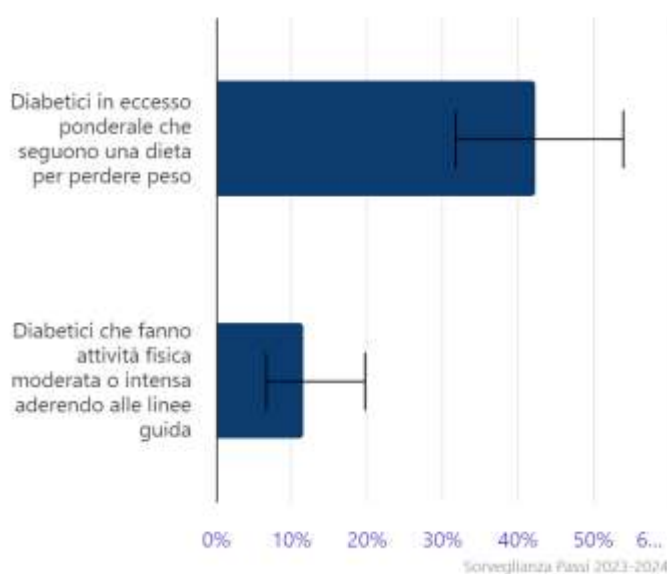
Passi 2023-2024



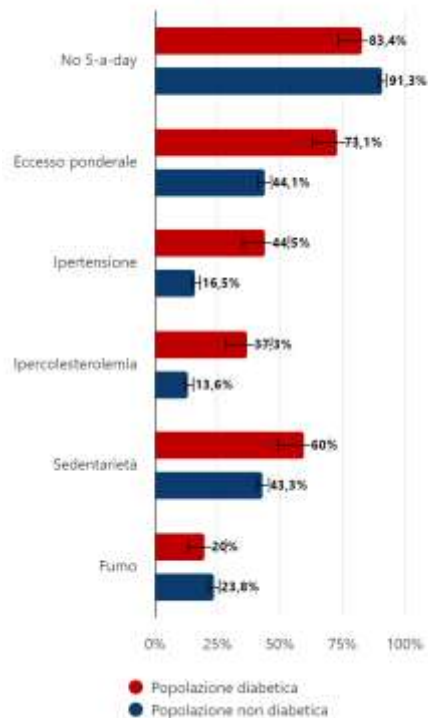
Il diabete si associa molto spesso ad altre condizioni fra le quali, ipertensione, ipercolesterolemia, eccesso ponderale e sedentarietà, condizioni che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto a quelle che non ne soffrono.

Seguire un regime alimentare controllato e svolgere regolare attività fisica rappresentano azioni efficaci per contrastare il diabete. In Sicilia, il 43% dei diabetici in eccesso ponderale segue una dieta e il 12% dei diabetici svolge un'attività fisica moderata o intensa.

Contrasto all'eccesso ponderale e alla sedentarietà Sicilia

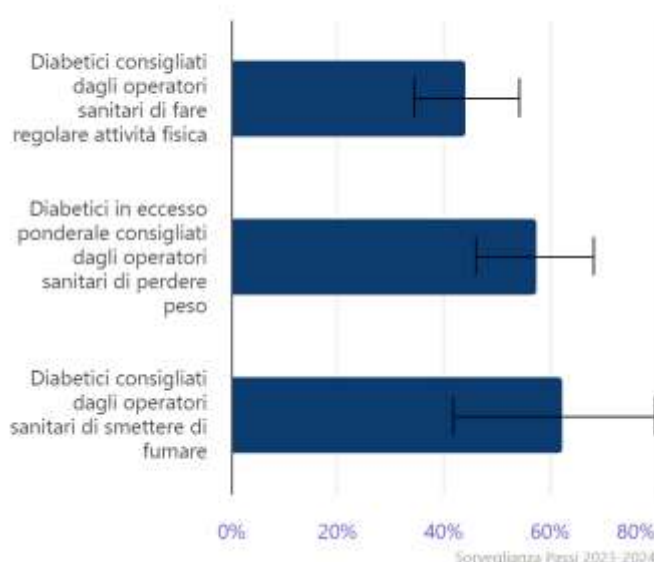


Fattori di rischio associati al diabete Sicilia



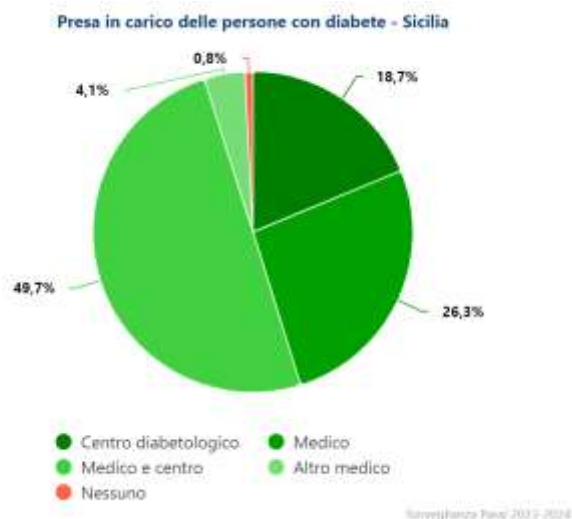
Negli ultimi 12 mesi, il 44% dei diabetici ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di praticare regolare attività fisica, il 58% dei diabetici in eccesso ponderale ha ricevuto il suggerimento di perdere peso mentre il 63% dei diabetici fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.

Attenzione degli operatori sanitari Sicilia



Tra i diabetici ipertesi l'83% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre il 74% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

In Sicilia, il 19% dei diabetici è seguito dal centro diabetologico, il 26% 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 34% tra i 4 e i 12 mesi prima dell'intervista. Il 13% dei diabetici non conosce l'esame.



L'82% delle persone con diabete utilizza gli ipoglicemizzanti orali come trattamento farmacologico per il controllo del diabete, il 30% adopera invece l'insulina.

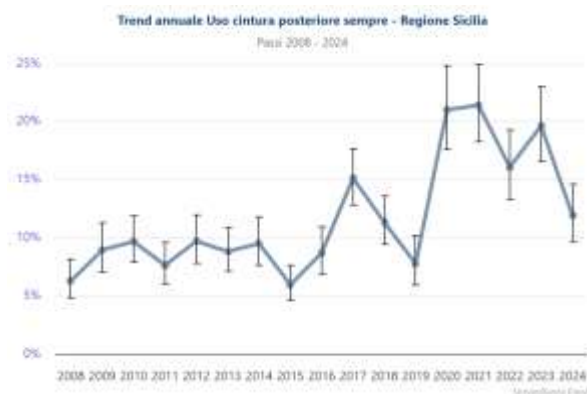
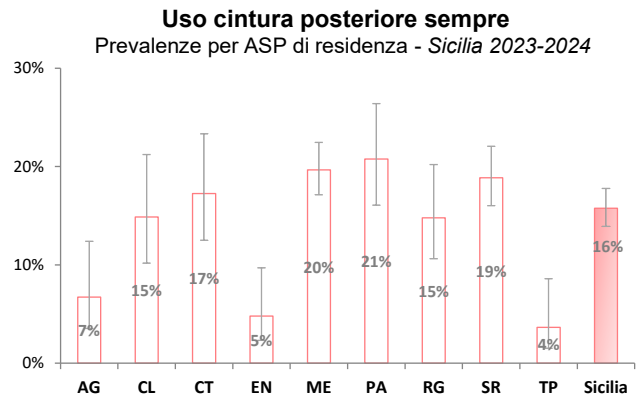
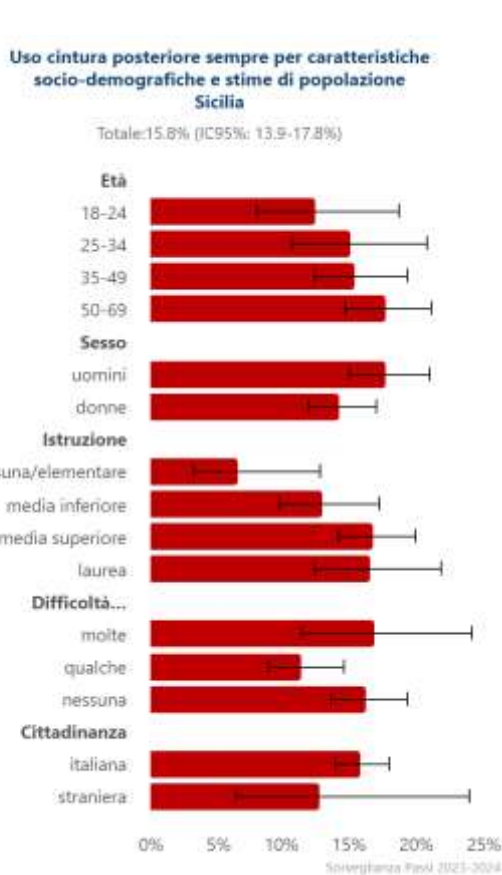
Dispositivi per la sicurezza stradale

In Sicilia, nel biennio 2023-2024, solo il 16% dei 18-69enni (34% dato nazionale) dei ha usato sempre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

L'uso della cintura posteriore aumenta al crescere dell'età passando dal 12% fra i 18-24enni al 18% fra i 50-69enni, negli uomini (18% vs 14% nelle donne), in coloro che hanno il diploma di scuola media superiore (17%) e in coloro che hanno molte difficoltà economiche (17%).

Tra le province siciliane, il range di persone che utilizza la cintura posteriore sempre varia dall'4% di Trapani al 21% di Palermo.

Si osserva un andamento altalenante, dell'uso della cintura posteriore negli anni 2008-2024.



Nel biennio 2023-2024, il 93% (96% dato nazionale) di coloro che hanno utilizzato la moto hanno indossato sempre il casco.

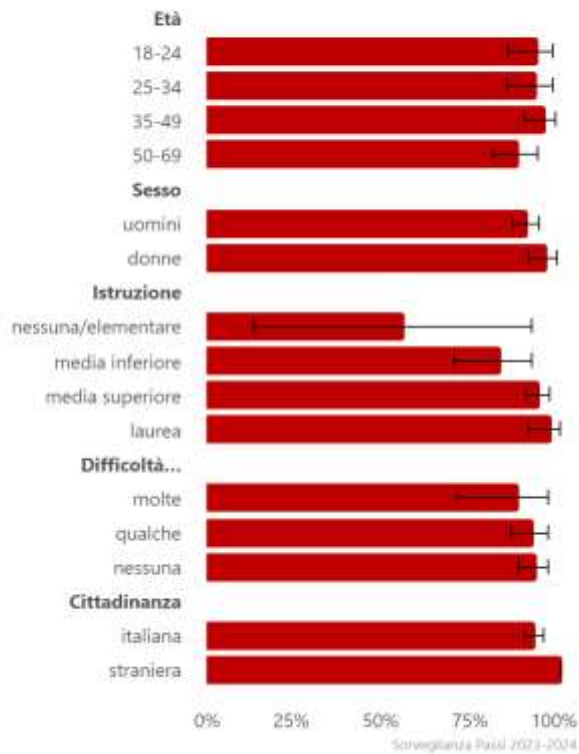
Non si osservano differenze significative nell'uso del casco per nessuna caratteristica socio-demografica analizzata.

Fra le province siciliane l'utilizzo del casco tra i motociclisti varia dall' 81% di Catania al 100% di Agrigento e di Caltanissetta.

L'analisi per anno delle prevalenze di 18-69enni che utilizzano il casco sempre evidenzia un trend sostanzialmente costante.

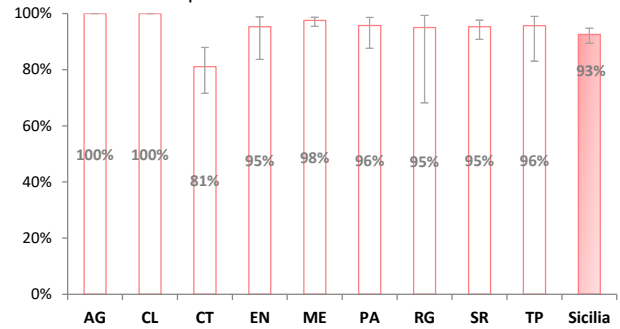
Uso casco sempre per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 92.6% (IC95%: 89.4-94.8%)



Uso casco sempre

Prevalenze per ASP di residenza - Sicilia 2023-2024



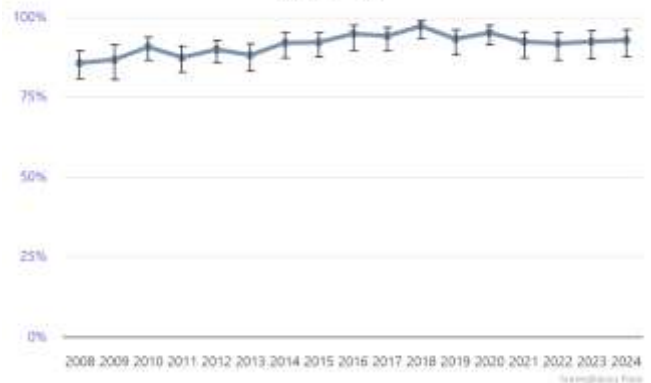
Uso casco sempre per regione di residenza

Passi 2023-2024



Trend annuale Uso casco sempre - Regione Sicilia

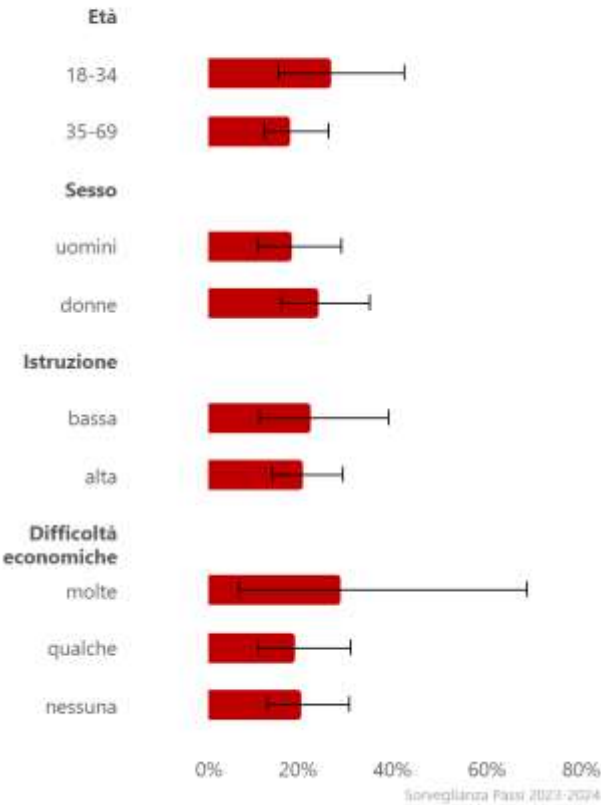
Passi 2008 - 2024



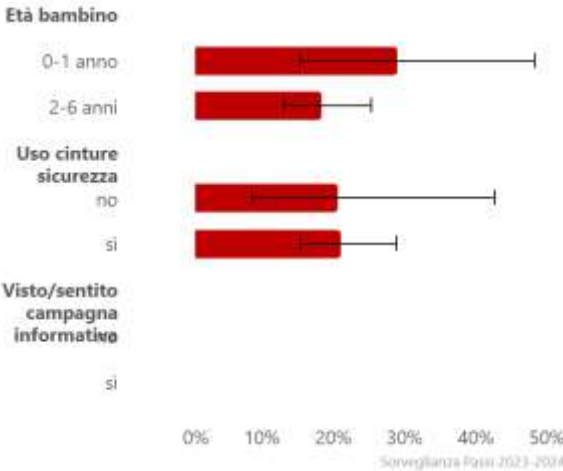
In Sicilia, il 21% (17% in Italia) di coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, dichiara o di avere difficoltà o di non utilizzare o addirittura di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino.

Il non utilizzo o l'utilizzo "inadeguato" dei seggiolini/adattatori per il trasporto dei bambini in auto è più frequente fra i 18-34enni (27% vs 18% fra i 35-69enni), fra le donne (24% vs 18% fra gli uomini), fra chi ha un livello d'istruzione basso (22% vs 20% fra chi ha un livello alto d'istruzione), fra coloro che hanno molte difficoltà economiche (28%) e fra coloro che viaggiano con bimbi di 0-1 anno (29%) rispetto a quelli che hanno bambini di 2-6 anni (18%)

Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione
Sicilia
Totale:20,7% (IC95%: 15,0-27,9%)



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:20,7% (IC95%: 15,0-27,9%)



Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni per regione di residenza
Passi 2023-2024



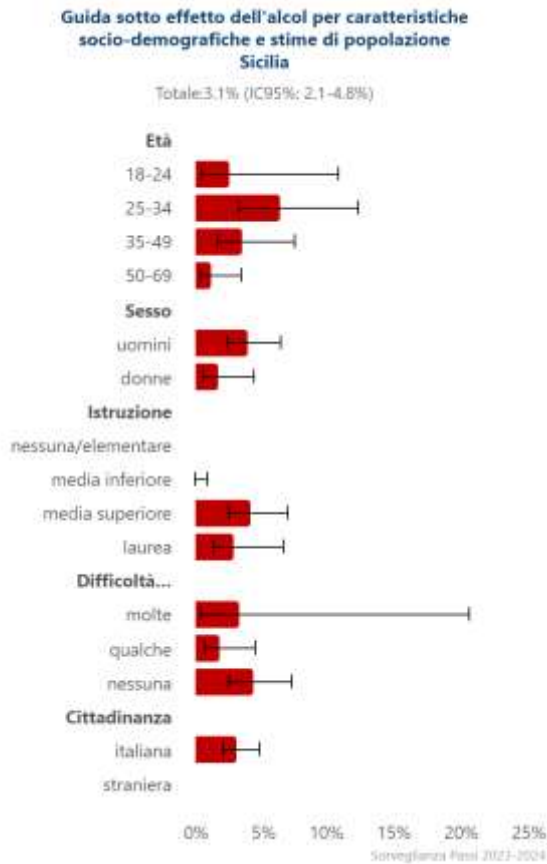
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Guida sotto l'effetto dell'alcol

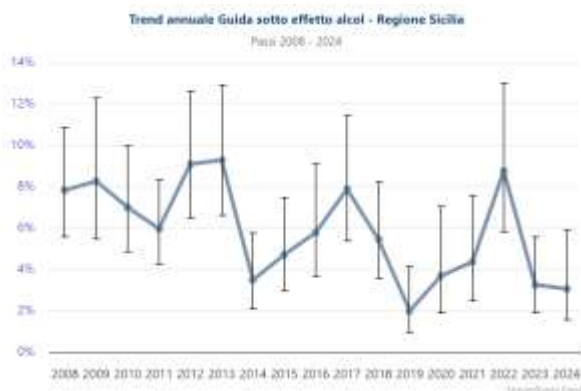
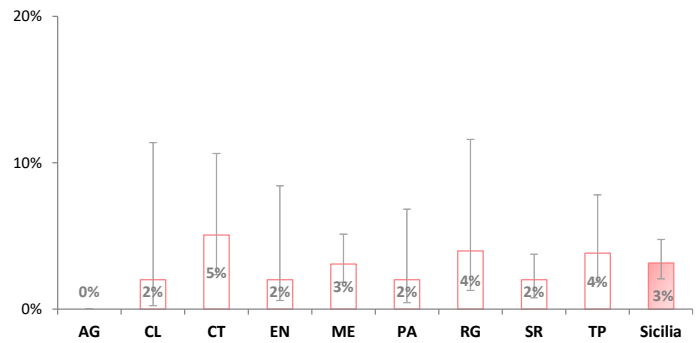
In Sicilia il 3% (6% dato nazionale) dei conducenti ha guidato sotto l'effetto dell'alcol nei 30 giorni prima dell'intervista avendo assunto due o più unità alcoliche un'ora prima di essersi messi alla guida.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è maggiore nei 25-34enni (6%), negli uomini (4% vs 2% nelle donne), in coloro che hanno un diploma di scuola media superiore (4%) e nelle persone senza difficoltà economiche (4%). Fra le ASP regionali le prevalenze di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol variano dallo 0% di Agrigento, al 5% di Catania.

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



Guida sotto l'effetto dell'alcol
Prevalenze per ASP di residenza – Sicilia 2023-2024

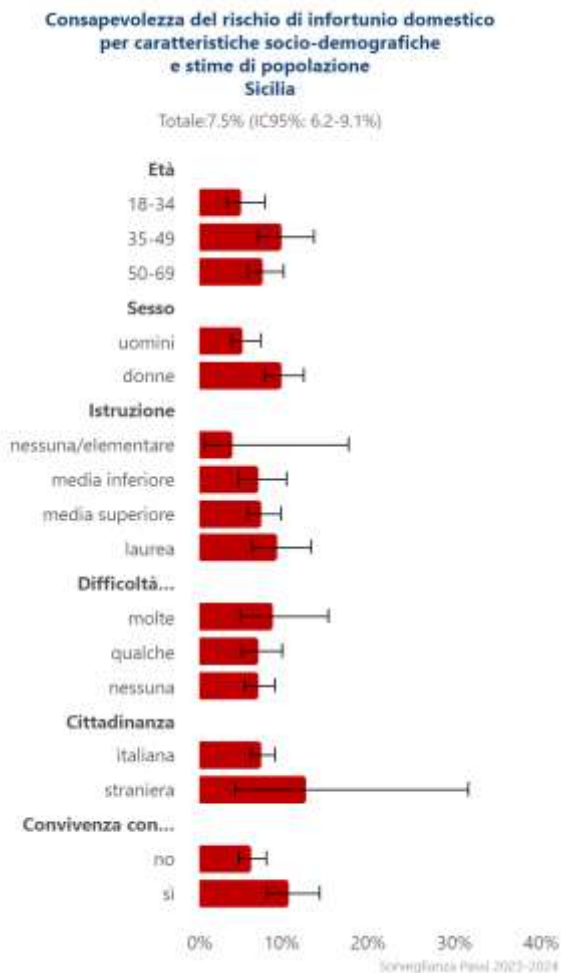


I controlli da parte delle forze dell'ordine con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, nel biennio 2023-2024 il 18% dei 18-65enni siciliani riferisce di essere stata fermato dalle forze dell'ordine nei 12 mesi precedenti l'intervista mentre era alla guida di un'auto o una moto, fra di loro il 9% è stato sottoposto a etilotest.

Sicurezza domestica

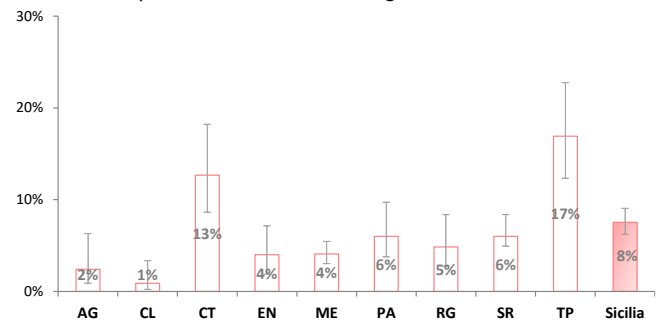
In Sicilia l'8% (7% dato nazionale) degli intervistati considera il rischio di infortunio domestico alto o molto alto. La consapevolezza del rischio di infortunio domestico aumenta al crescere del livello d'istruzione (4% fra coloro che hanno al massimo la licenza elementare vs 9% fra chi è laureato), è più frequente nelle donne (10% vs 5%), nei 35-49enni (10%) in chi ha molte difficoltà economiche (9%) e in coloro che convivono con anziani e/o bambini (11% vs 6%). Si osserva un'elevata variabilità fra le ASP regionali (range dal 1% di Caltanissetta al 17% di Trapani).

L'analisi annuale della prevalenza della consapevolezza del rischio di infortunio domestico evidenzia un andamento non lineare, con una diminuzione nel periodo iniziale e negli ultimi due anni, e un incremento marcato tra il 2018 e il 2022.



Consapevolezza del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2023-2024



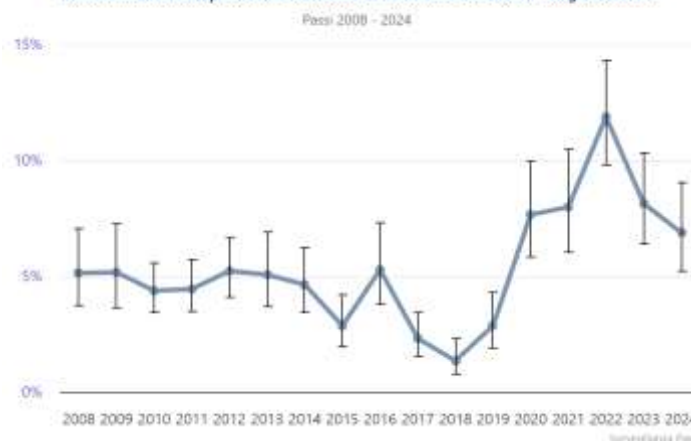
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza

Passi 2023-2024



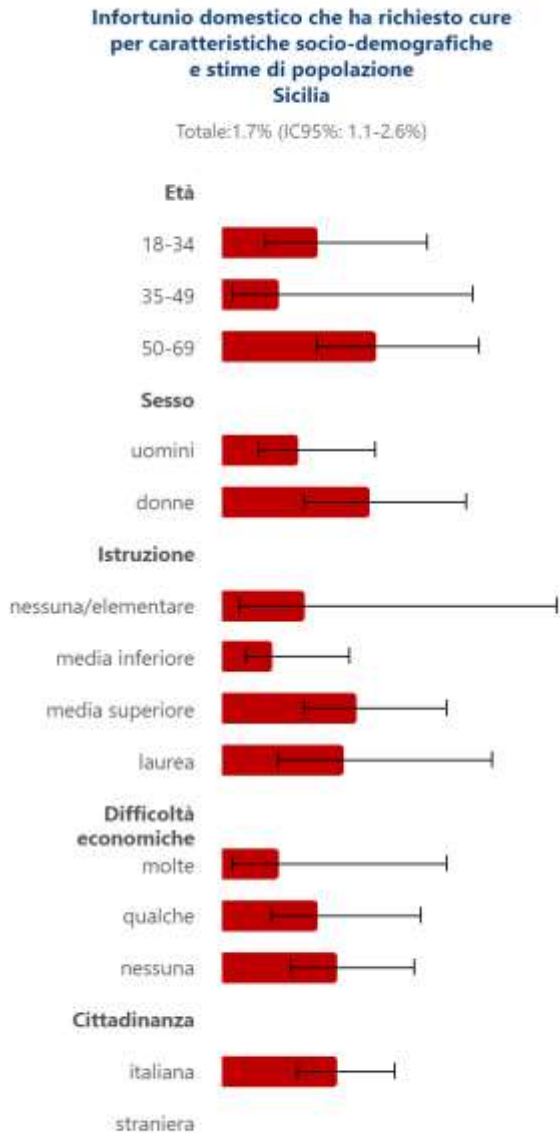
Trend annuale Consapevolezza del rischio di infortunio domestico - Regione Sicilia

Passi 2008 - 2024

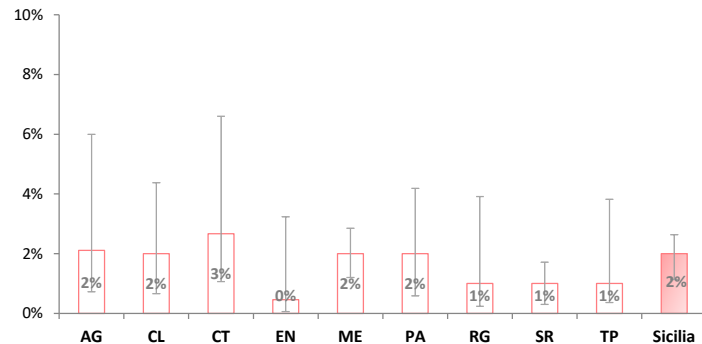


Nei 12 mesi precedenti all'intervista, il 2% (3% valore nazionale) degli intervistati ha avuto un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione. L'infortunio domestico, che ha richiesto cure è stato più frequente fra i 50-69enni, fra le donne, fra coloro che hanno il diploma di scuola media superiore e fra coloro che non hanno alcuna difficoltà economica. Tra le ASP regionali, a Catania si evidenzia la percentuale più alta (3%) di 18-65enni che hanno richiesto cure in seguito ad infortunio domestico.

Le frequenze, di infortuni domestici, che hanno richiesto cure, variano di poco e in modo altalenante negli anni considerati.



Infortunio domestico che ha richiesto cure
Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2023-2024



Infortunio domestico che ha richiesto cure per regione di residenza
Passi 2023-2024

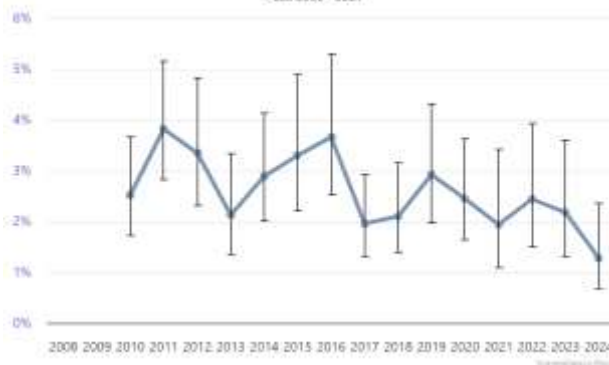


● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

0% 2% 4% 6%
Sorveglianza Passi 2023-2024

Trend annuale infortunio domestico che ha richiesto cure - Regione Sicilia
Passi 2009 - 2024



Screening cervicale

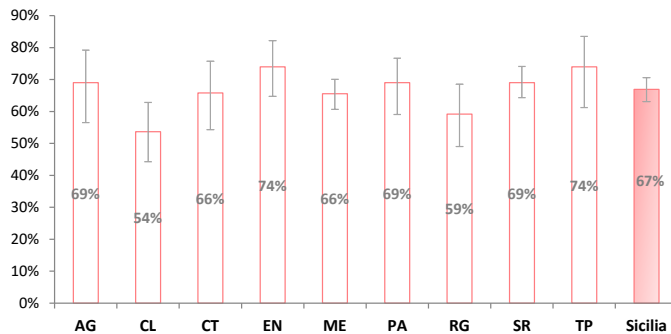
In Sicilia, il 67% delle 25-64enni ha eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida nazionali.

L'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle 35-49enni, nelle donne coniugate, 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 54% di Caltanissetta al 74% di Enna e Trapani.

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

Prevalenze per ASP di residenza Regione Sicilia 2023-2024



Copertura screening cervicale totale per regione di residenza

Passi 2023-2024

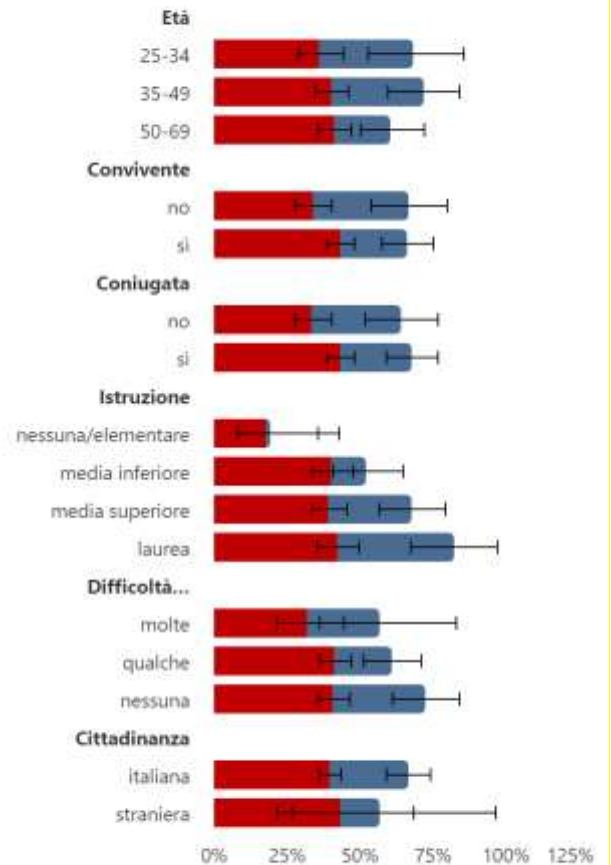


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

Totale: 66.9% (IC95%: 63.1-70.6%)

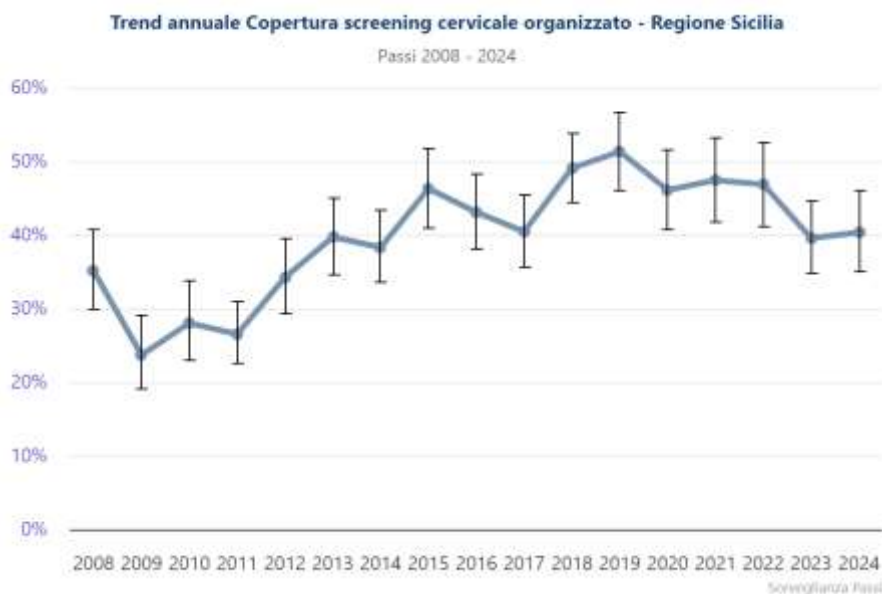


- Copertura screening cervicale organizzato
- Copertura screening cervicale spontaneo

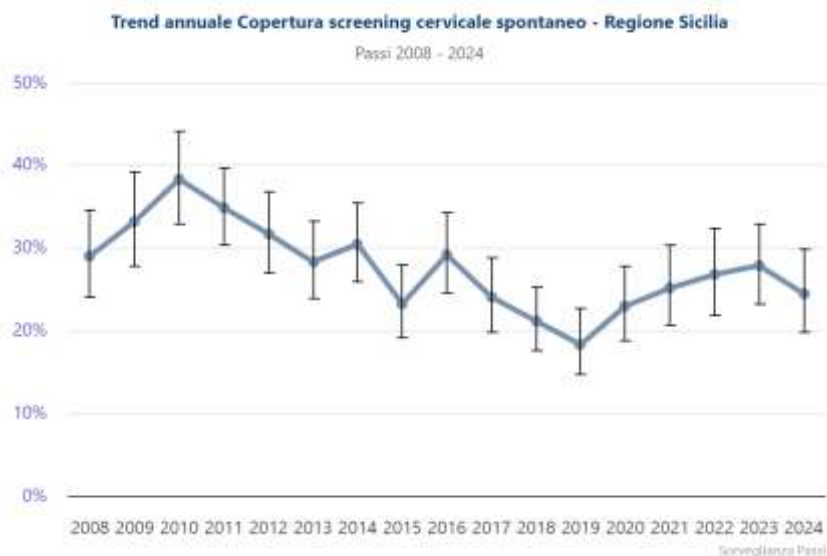
Sorveglianza Passi 2023-2024

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

L'analisi annuale delle prevalenze di adesione allo screening organizzato mostra un trend in crescita, seppur non lineare, nel periodo 2009-2019, seguito da un andamento decrescente, anch'esso non lineare, a partire dal 2019.



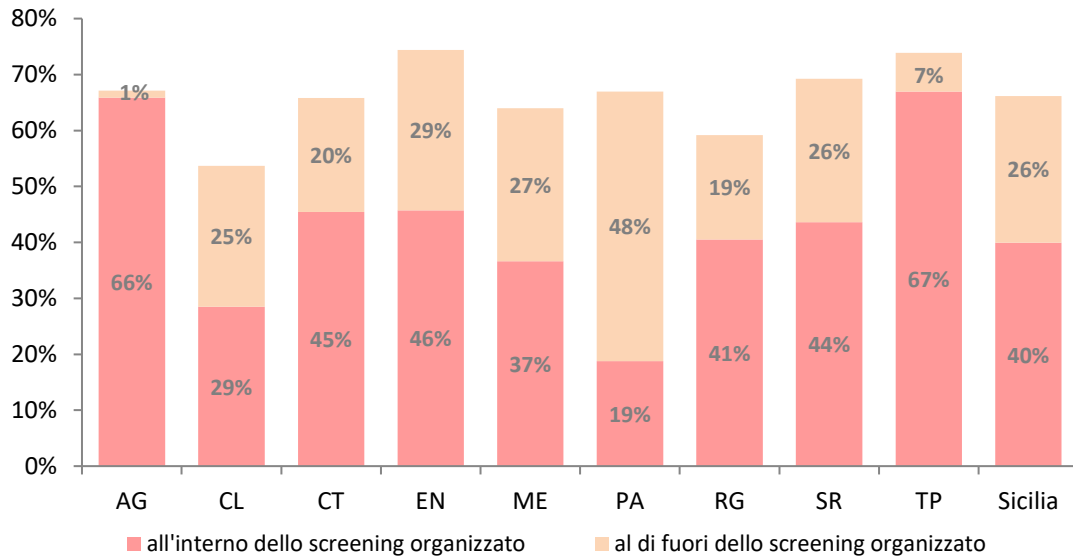
L'analisi annuale, delle prevalenze di donne che si sottopongono allo screening per iniziativa personale, evidenzia un andamento in decrescita, seppur non lineare, fino al 2019 a cui segue un andamento in crescita fino all'anno 2023.



In Sicilia, il 40% (47% dato nazionale) delle 25-64enni intervistate, ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato (range dal 19% di Palermo al 67% di Trapani), mentre il 26% (31% dato nazionale) l'ha eseguito come prevenzione individuale (range dall'1% di Agrigento al 48% di Palermo).

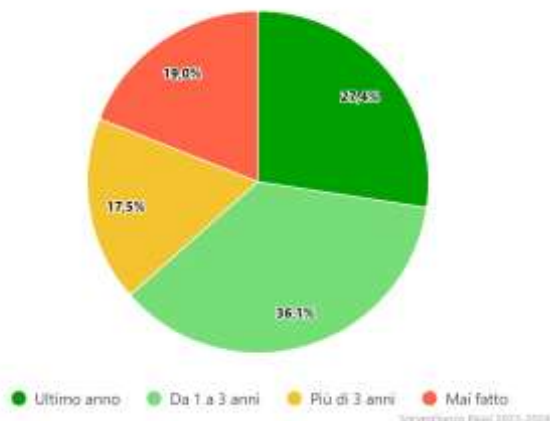
**Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni
all'interno o al di fuori di un programma organizzato
Donne 25-64 anni**

Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2023-2024

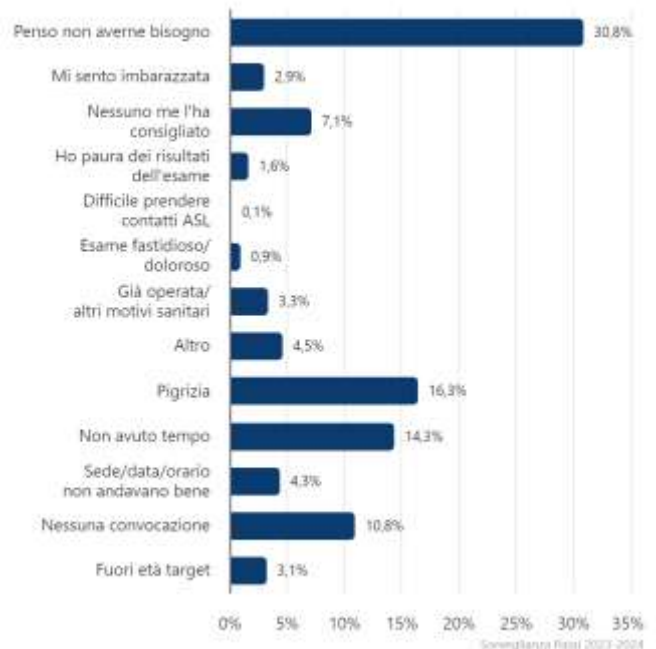


Il 19% delle donne non si è mai sottoposta allo screening cervicale, il 18% l'ha eseguita da oltre tre anni. Fra le donne che non hanno eseguito il test, il 31% riferisce che non l'ha eseguito perché ritiene di non averne bisogno.

Periodicità di esecuzione del test di screening cervicale - Sicilia

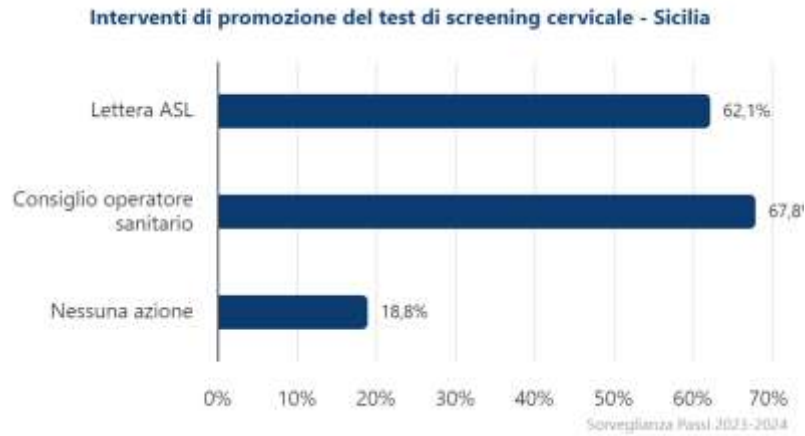


Motivi della non effettuazione del test di screening cervicale negli ultimi tre anni - Sicilia

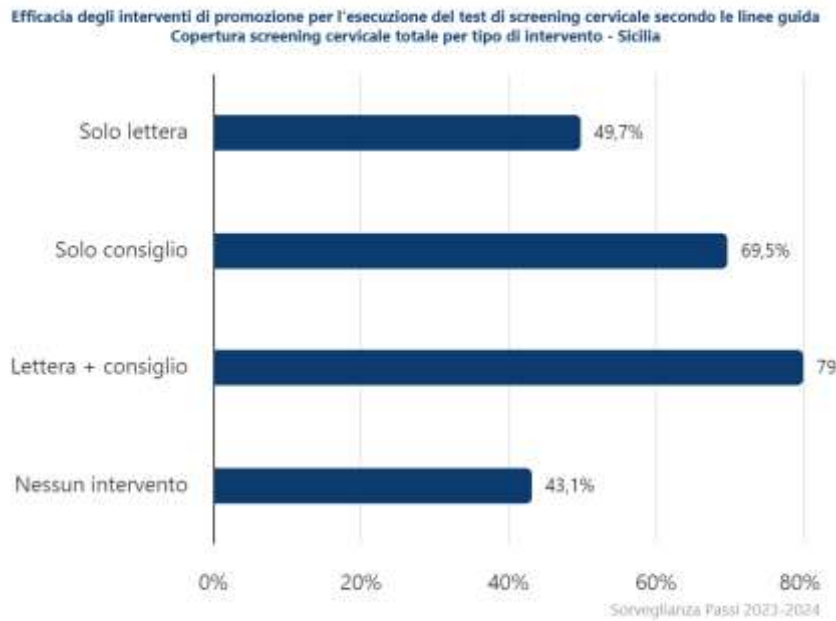


Il 62% delle donne di 25-64 anni ha ricevuto una lettera di invito dall'ASP (range dal 47% di Messina all'84% di Agrigento), il 68% ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening (range dal 50% di Palermo all'89% di Trapani).

Il 19% delle donne intervistate non è stato raggiunto da nessun intervento di promozione.



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 (79%).



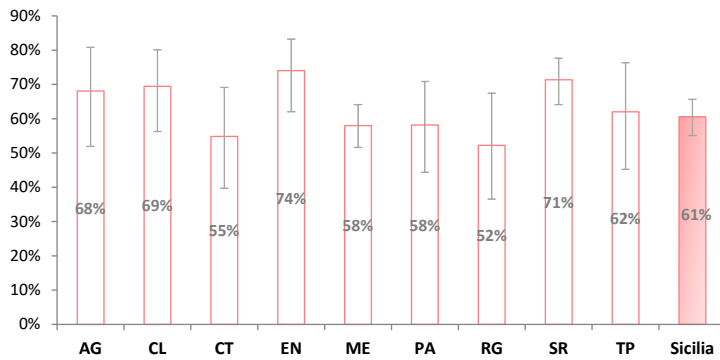
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

In Sicilia il 61% (75% 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 leggermente maggiore fra le 50-59enni e fra le donne coniugate. Sono, inoltre, le donne laureate e quelle con nessuna difficoltà economica a sottoporsi allo screening maggiormente rispetto chi ha un livello d'istruzione basso e/o molte difficoltà economiche.

Fra le Asp regionali si osservano differenze significative delle coperture dello screening mammografico, in particolare a Ragusa (52%) si osserva la quota più bassa di donne che hanno eseguito la mammografia nei tempi raccomandati, ad Enna (74%) la quota più alta.

Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Donne 50-69 anni
 Prevalenze per ASP di residenza *Sicilia 2023-2024*



Copertura screening mammografico totale
per regione di residenza
 Passi 2023-2024

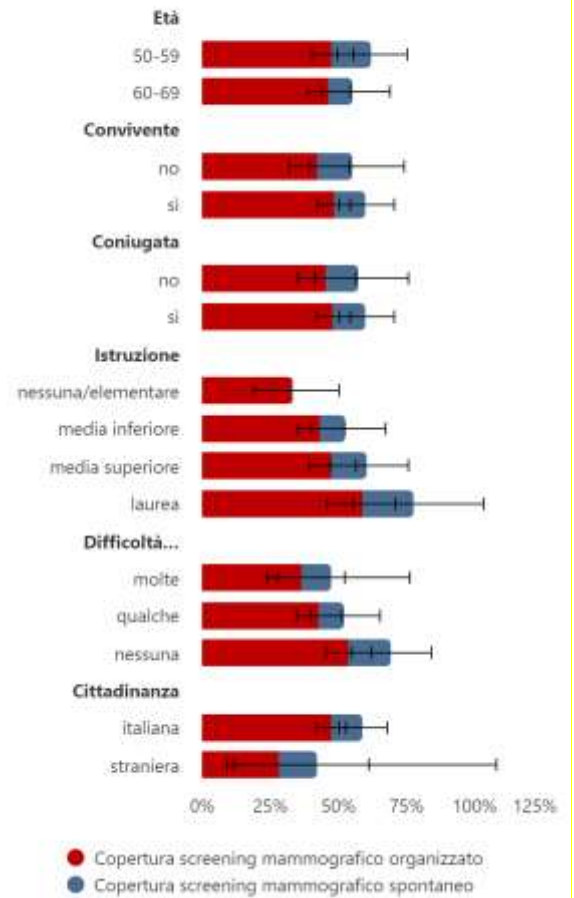


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

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

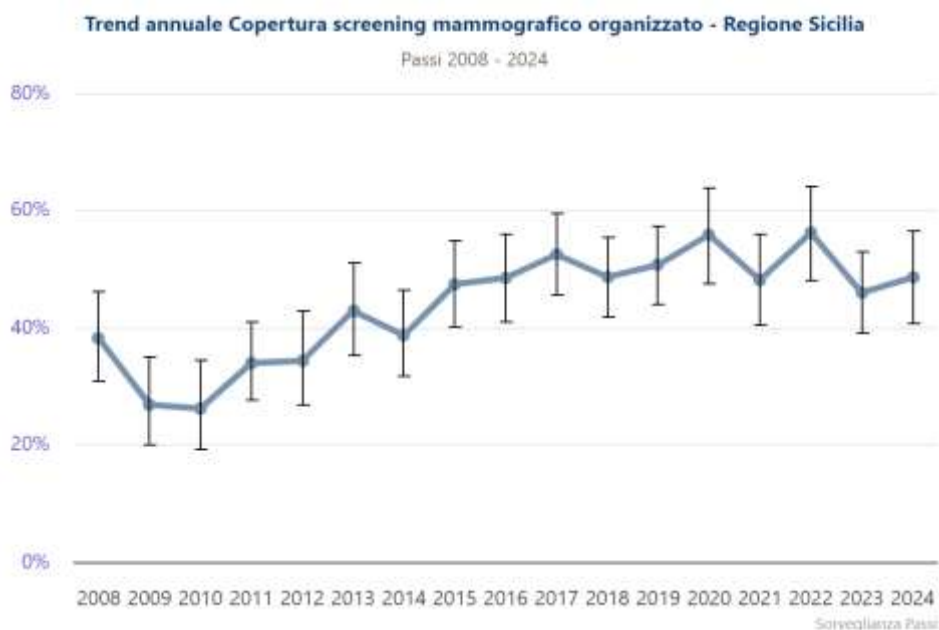
Totale: 60.5% (IC95%: 55.1-65.7%)



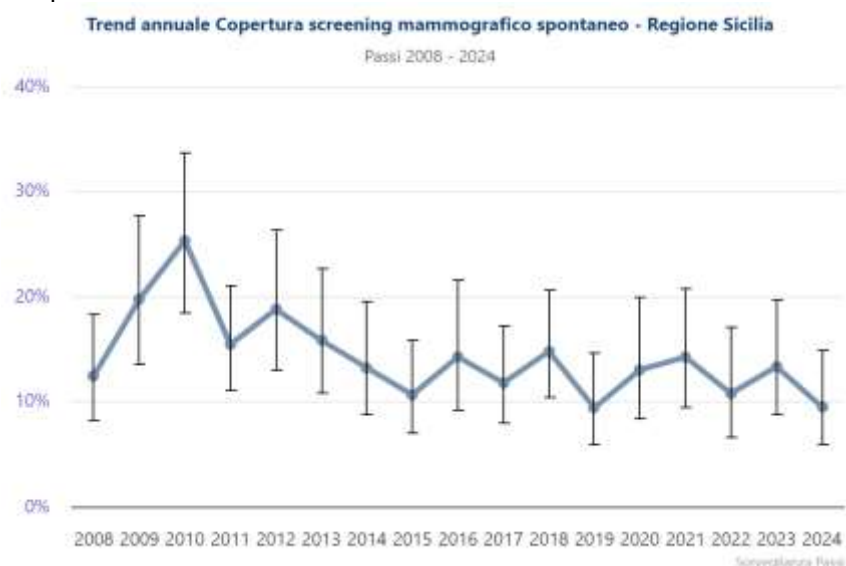
Sorveglianza Passi 2023-2024

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.

L'analisi per anno, delle prevalenze di donne che si sottopongono a una mammografia preventiva nell'ambito di programmi organizzati, mostra un andamento in crescita sebbene non in modo lineare.



Negli anni si osserva un andamento in decrescita, seppur con in maniera costante, nell'adesione allo screening mammografico per iniziativa personale.

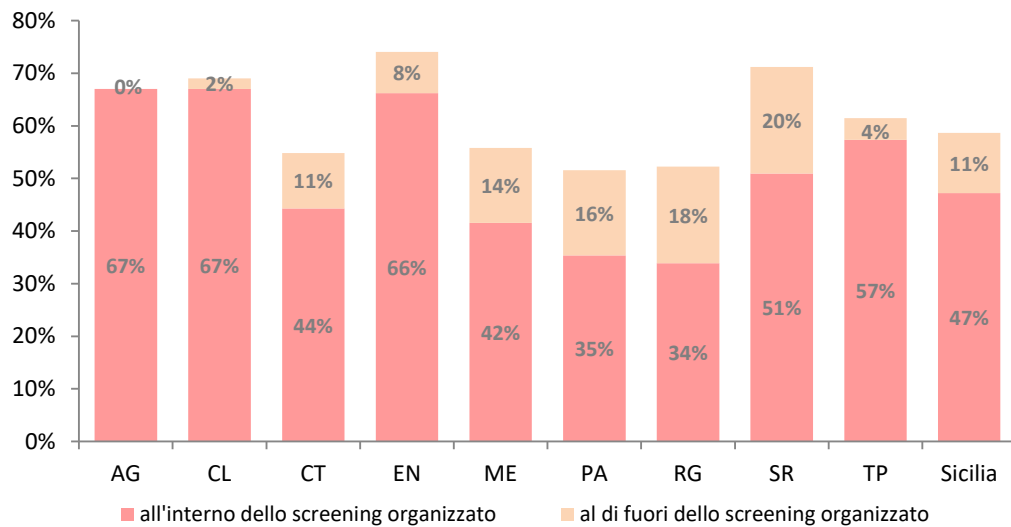


In Sicilia, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 47% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato (range dal 34% di Ragusa al 67% di Agrigento e di Caltanissetta), mentre l'11% l'ha eseguita come prevenzione individuale (range dal 0% di Agrigento al 20% di Siracusa).

In Italia il 55% 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 2023-2024



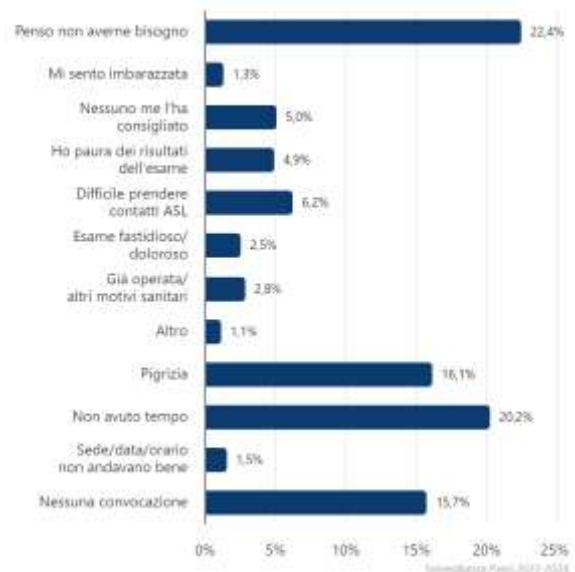
Quasi il 40% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (19%) o l'ha eseguita da oltre due anni (20%).

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



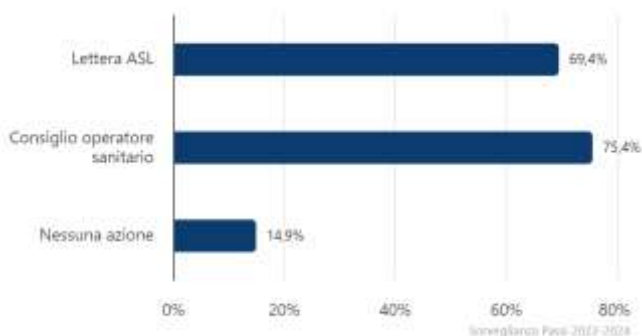
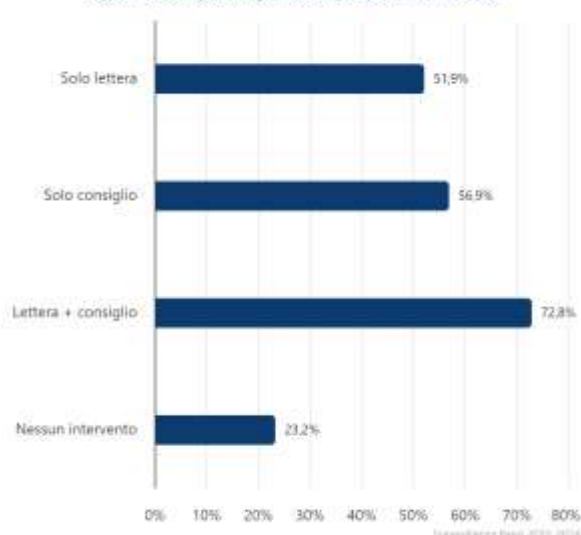
In Sicilia il 75% delle 50-69enni ha ricevuto da un medico il consiglio di sottoporsi alla mammografia (range dal 61% di Palermo all' 88% di Ragusa).

Il 69% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL (range dal 51% di Messina al 94% di Agrigento).

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

Il 73% 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 23% 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

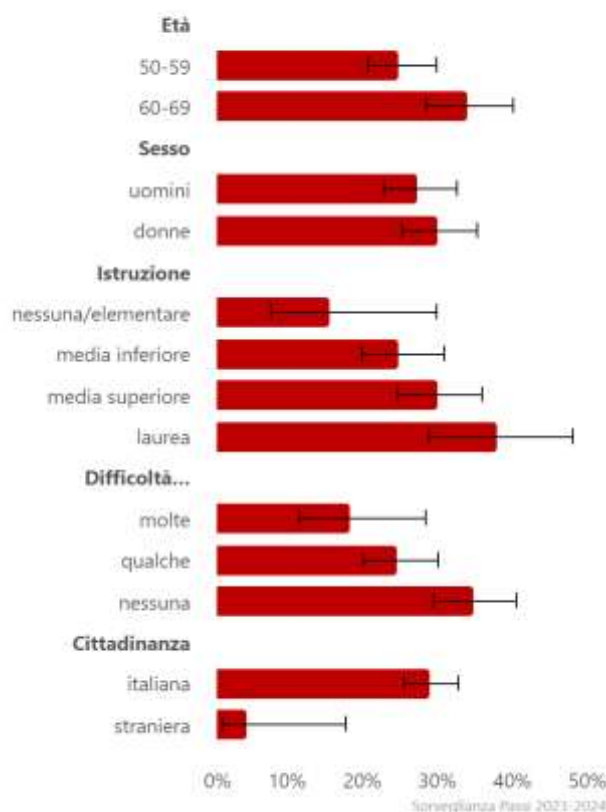
In Sicilia il 28% dei 50-69enni ha eseguito la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) negli ultimi due anni e il 9% ha effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni, come indicato dalle linee guida.

La ricerca del SOF nei tempi raccomandati è stata eseguita più frequentemente dalle donne (30%), dai 60-69enni (34%), dai laureati (38%) e da coloro che non hanno nessuna difficoltà economica (34%).

La colonscopia/rettosigmoidoscopia, a scopo preventivo negli ultimi 5 anni, è stata fatta prevalentemente dai 60-69enni (14%), dagli uomini (12%), dai laureati (13%) e da coloro che non hanno difficoltà economiche (10%).

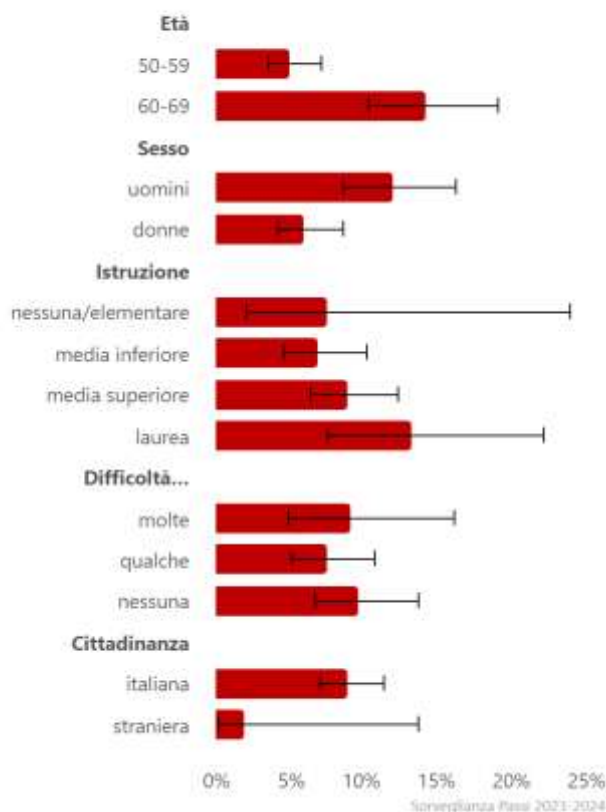
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 28,4% (IC95%: 24,9-32,1%)



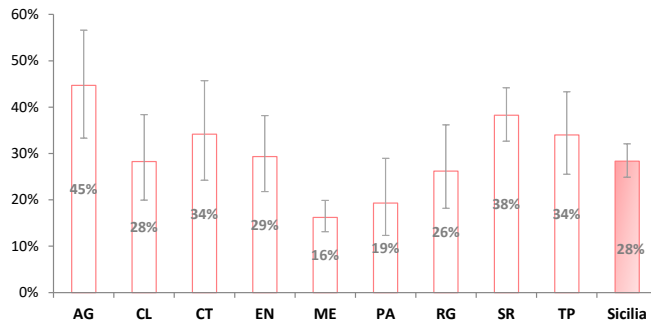
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 8,8% (IC95%: 7,0-11,2%)

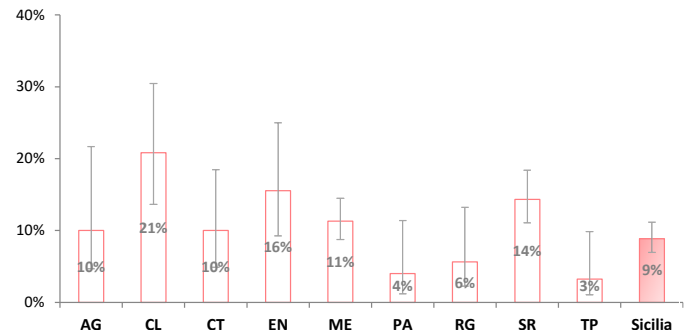


Fra le ASP regionali si osservano differenze significative nell'aderenza agli screening colo rettili, in particolare le percentuali 50-69enni che hanno effettuato la ricerca del SOF nei tempi raccomandati variano dal 16% di Messina al 45% di Agrigento; per l'effettuazione della colonscopia negli ultimi 5 anni, le percentuali di 50-69enni che hanno effettuato questo esame vanno dal 4% di Palermo al 21% di Caltanissetta.

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni
Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2023-2024



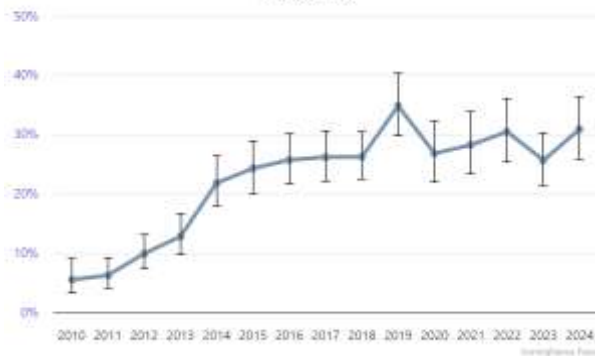
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni
Prevalenze per ASP di residenza Sicilia 2023-2024



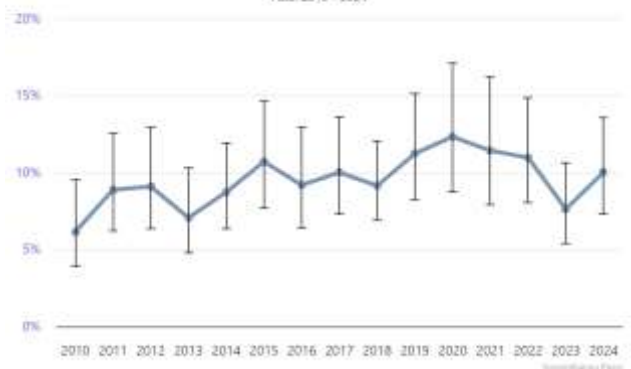
In Italia, il 41% dei 50-69enni ha effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni, il 15% ha effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni.

In Sicilia è aumentata negli anni la quota di persone che si sono sottoposte al SOF test, mentre si osserva un andamento altalenante delle quote di persone che si sono sottoposte alla colonscopia.

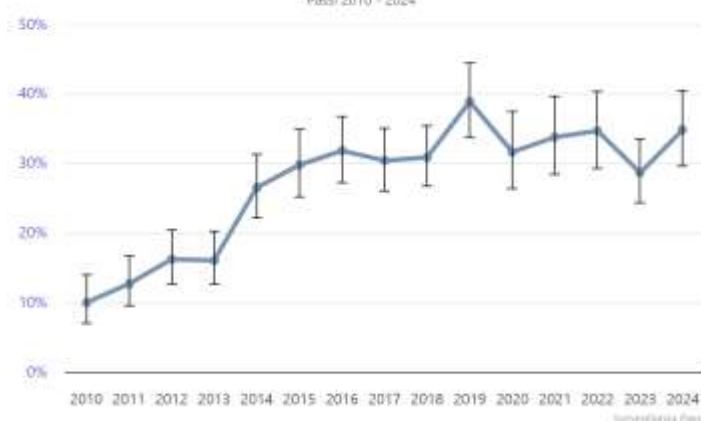
Trend annuale Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni - Regione Sicilia
Passi 2010 - 2024



Trend annuale Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni - Regione Sicilia
Passi 2010 - 2024

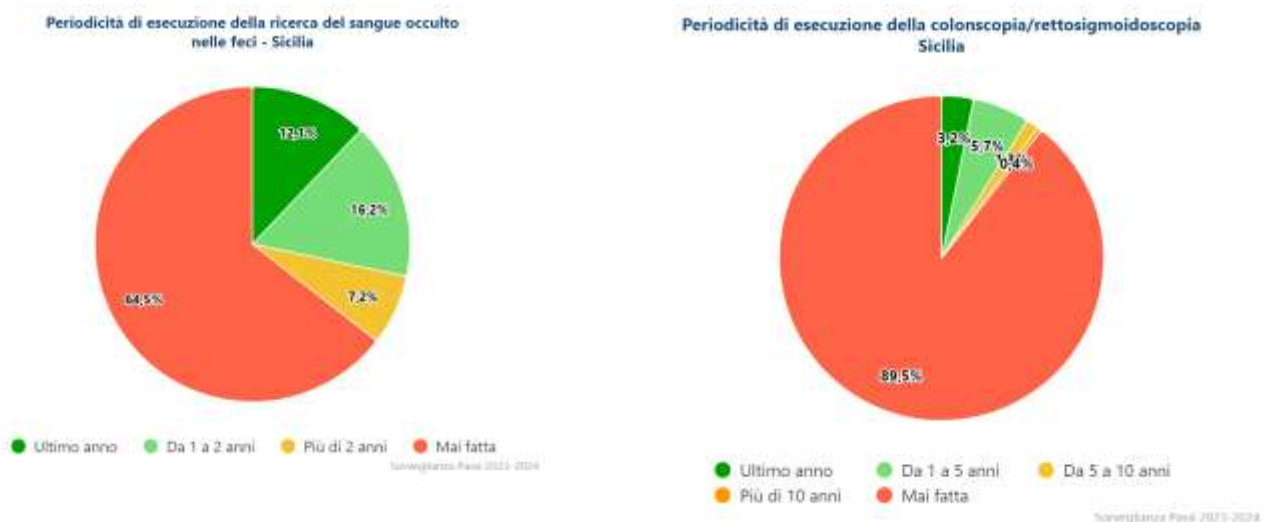


Trend annuale Copertura screening coloretale totale - Regione Sicilia
Passi 2010 - 2024



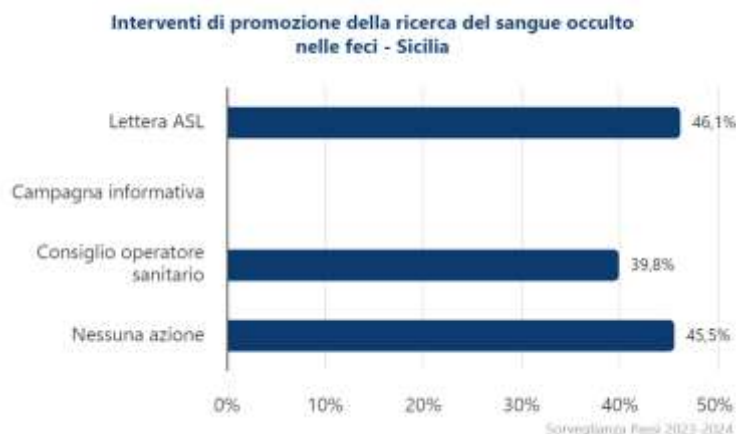
La copertura dello screening totale è aumentata negli anni, anche se non in modo costante.

In Sicilia, il 7% dei 50-69enni ha effettuato la ricerca di sangue oltre i 2 anni precedenti l'intervista, e quasi il 2% la colonscopia oltre i 5 anni precedenti.

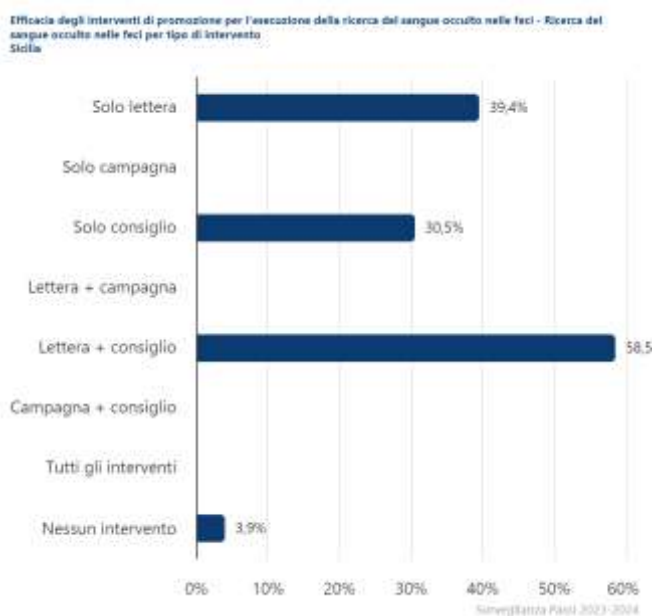


Il 46% dei 50-69enni intervistati ha ricevuto la lettera dell'ASP per effettuare la ricerca di sangue occulto fecale, (range dal 27% di Messina al 67% di Trapani), Il 40 % ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (range dal 24% di Palermo al 74% di Trapani).

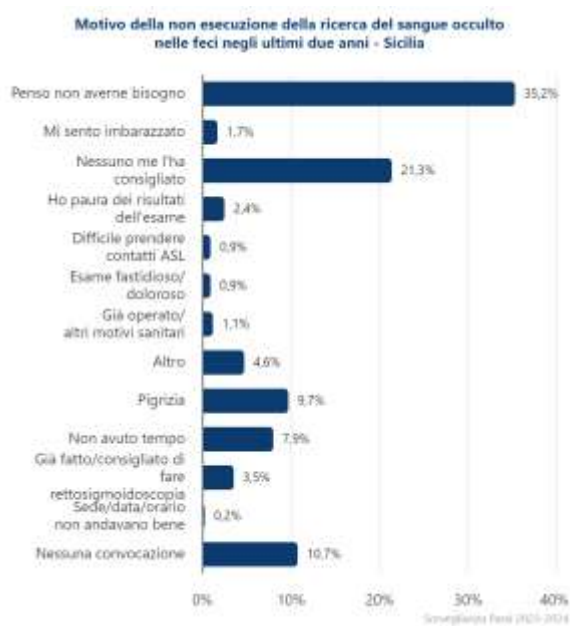
Il 46% degli intervistati non è stato raggiunto da nessun intervento di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci.



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.



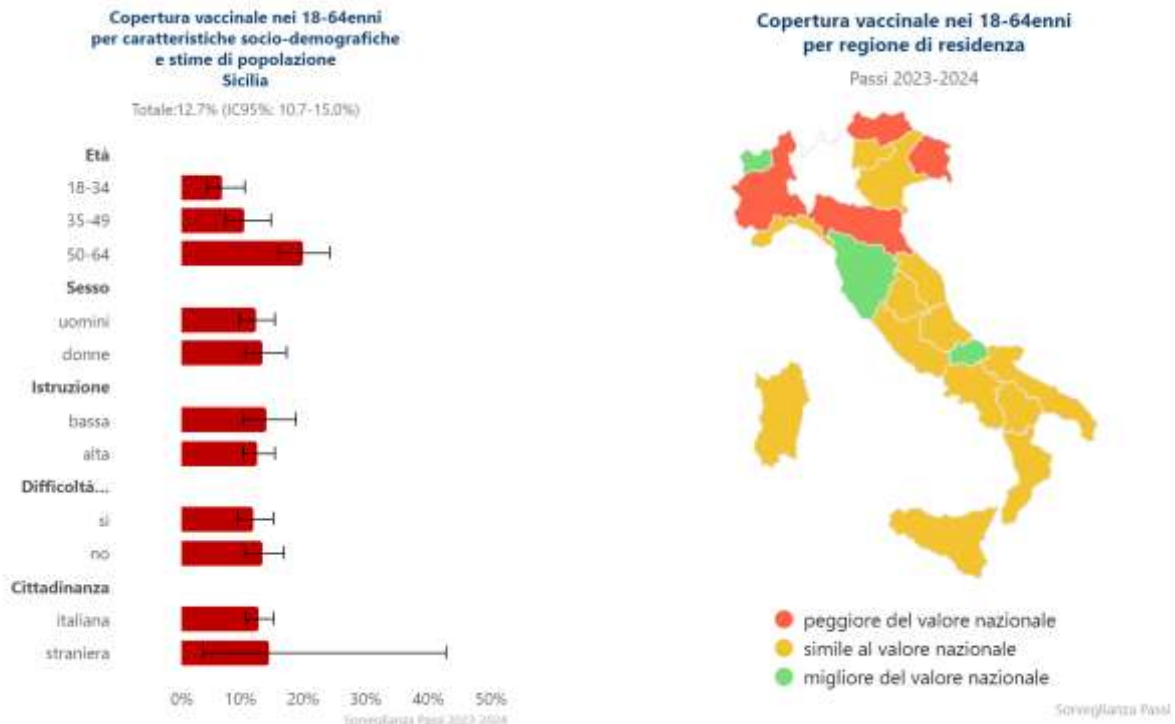
Le motivazioni per la mancata esecuzione dello screening sono state prevalentemente il ritenere di non averne bisogno (35%) e il non aver ricevuto consigli in merito (21%).



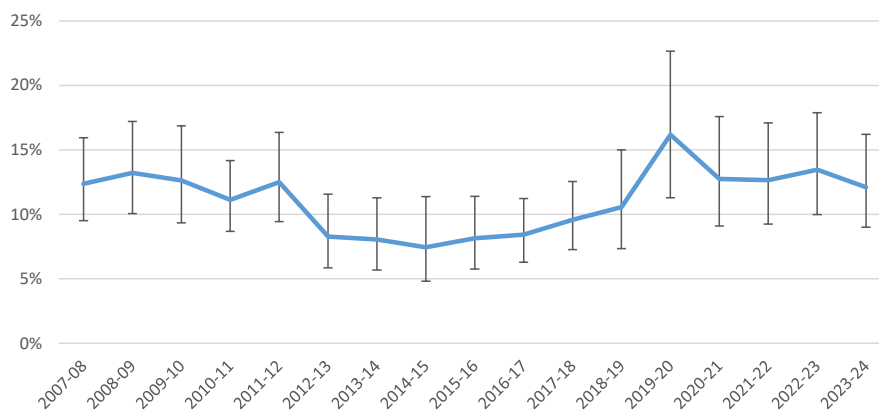
Vaccinazione per l'influenza stagionale

Nel biennio 2023-2024 il 13% (12% dato nazionale) dei 18-64enni siciliani ha eseguito la vaccinazione per l'influenza.

La copertura vaccinale aumenta all'aumentare dell'età passando dal 7% fra i 18-34enni al 20% fra i 50-64enni, risulta leggermente più elevata nelle donne (13%), in coloro che hanno un livello di istruzione basso (14%) e in chi riferisce di non avere difficoltà economiche (13%).

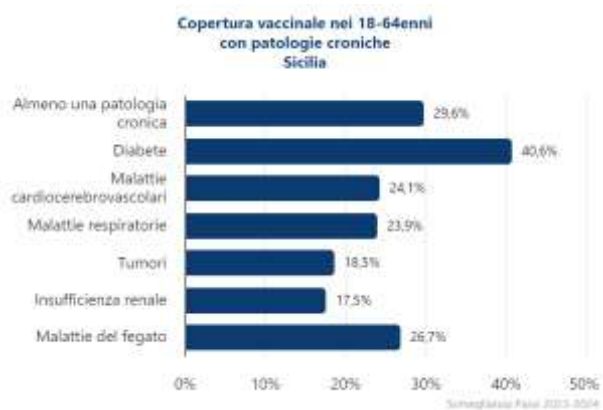


Trend Copertura vaccinale per campagne vaccinali nei 18-69enni
Regione Sicilia



L'andamento delle quote di 18-69enni vaccinati è abbastanza altalenante, si evidenzia il valore più alto del periodo (16%) nel 2019-2020, in piena pandemia di COVID-19.

Il 30% (25% 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 diabete (41%) e malattie del fegato (27%).



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

Passi 2023-2024



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

Sorveglianza Passi

Qualità della vita relativa alla salute

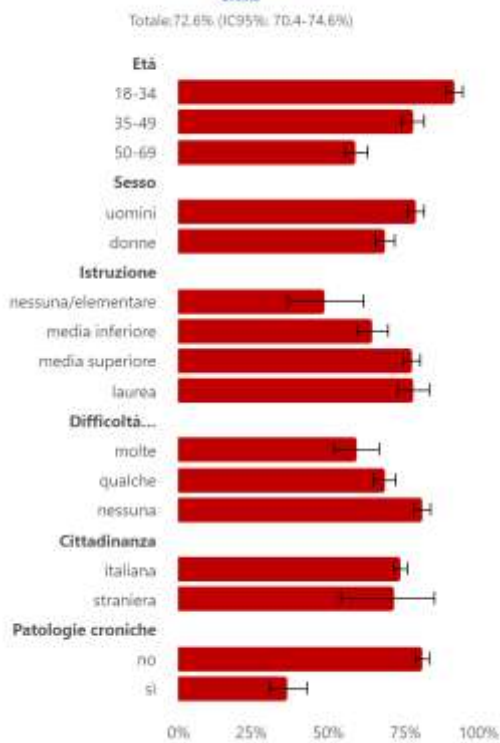
In Sicilia il 73% (74% valore nazionale) degli intervistati percepisce positivamente il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene, il 4% riferisce di sentirsi male o molto male.

La percezione positiva dello stato di salute diminuisce al crescere dell'età passando dal 90% nei 18-34 anni al 58% dei 50-69enni, aumenta con il miglioramento delle condizioni socioeconomiche, è più frequente negli uomini (78% vs 68%), e coloro che non soffrono di patologie croniche (80% vs 36% di chi ha patologie croniche).

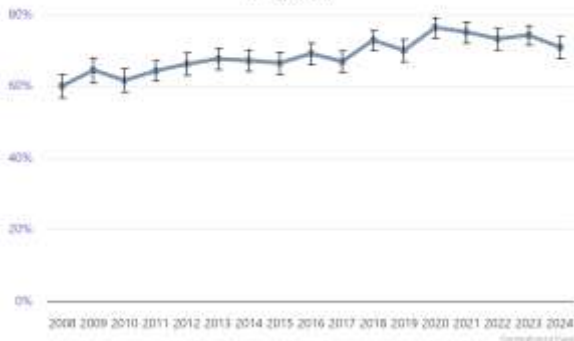
Nel confronto fra ASP, emergono differenze significative, fra le quote di persone che hanno dichiarato una percezione positiva del proprio stato di salute, con valori compresi tra il 56% di Messina all'89% di Caltanissetta.

Negli anni si osserva un trend altalenante 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

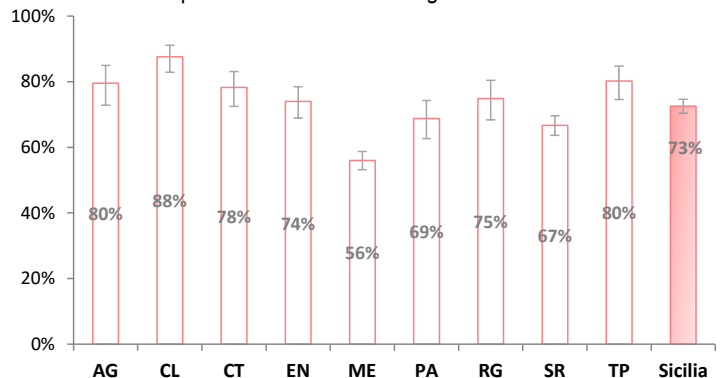


Trend annuale Stato di salute percepito positivamente - Regione Sicilia
Passi 2009 - 2024



Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2023-2024



Stato di salute percepito positivamente
per regione di residenza

Passi 2023-2024

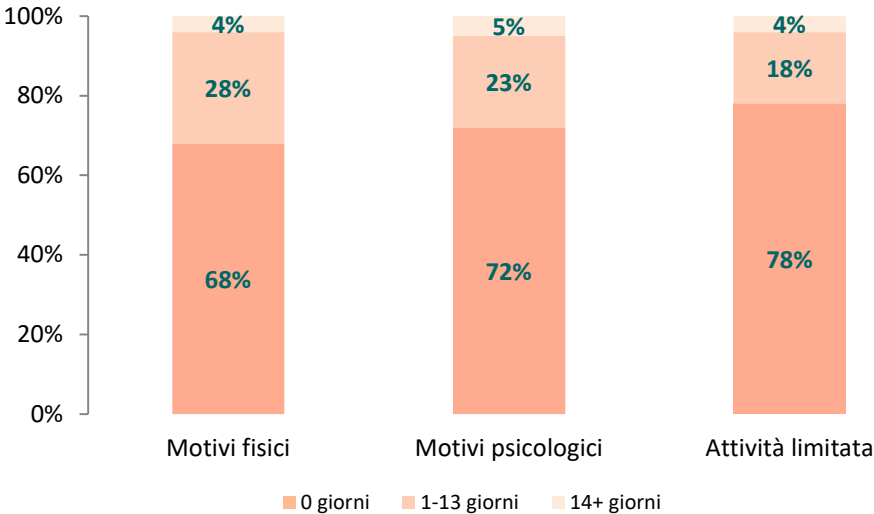


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

In Sicilia la maggior parte dei 18-69enni intervistati ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (68% in buona salute fisica, 72% in buona salute psicologica e 78% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Sono stati male per 14 giorni o più nell'ultimo mese, il 4% degli intervistati, per condizioni fisiche, il 5% per motivi psicologici e il 4% ha avuto limitazioni nello svolgimento delle attività abituali.

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Regione Sicilia - PASSI 2023-2024



La media dei giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici e per motivi psicologici è 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	3.8	2.1	2.2	1.4
Età	18-34	2.3	1.1	1.4	0.7
	35-49	3.3	1.8	2.1	1.2
	50-69	5.1	3.1	2.7	2.1
Sesso	uomini	3.0	1.7	1.7	1.1
	donne	4.6	2.5	2.6	1.8
Istruzione	nessuna / elementare	5.9	4.1	2.7	3.9
	media inferiore	4.7	3.1	2.5	2.4
	media superiore	3.2	1.6	1.8	1.1
	laurea	4.2	1.9	2.5	0.9
Difficoltà economiche	molte	5.4	3.1	3.4	2.6
	qualche	4.1	2.4	2.2	1.6
	nessuna	3.1	1.6	1.7	1.0
Cittadinanza	italiana	3.8	2.1	2.1	1.4
	straniera	4.9	2.7	2.5	2.5
Patologie croniche	no	3.0	1.5	1.7	1.0
	sì	8.2	5.1	4.5	3.5

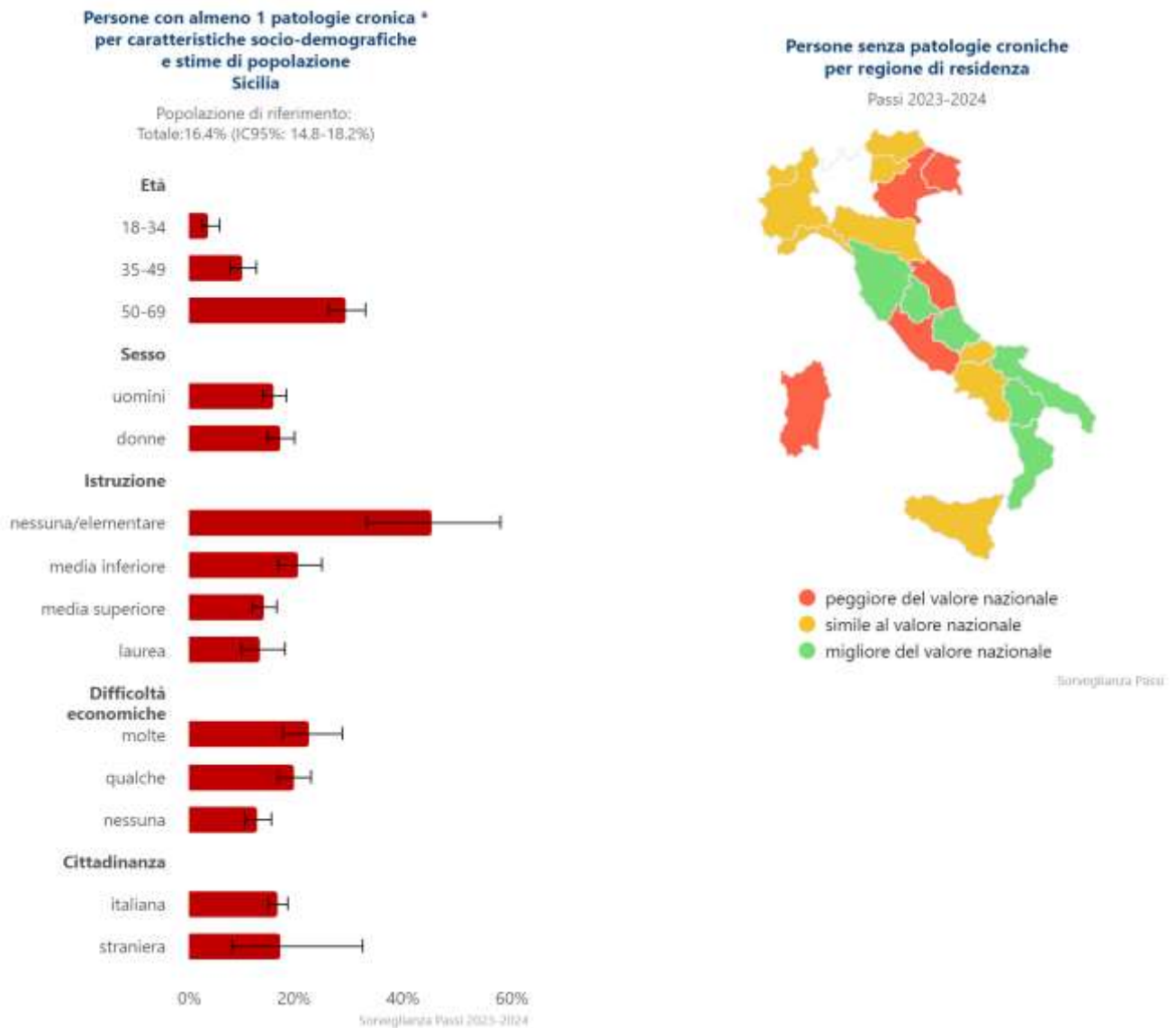
* Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato

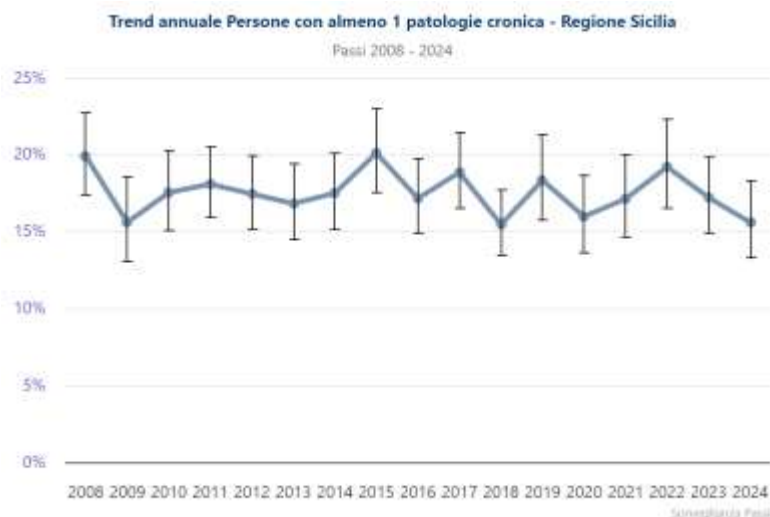
Patologie croniche

In Sicilia, al 16% (18% dato 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.

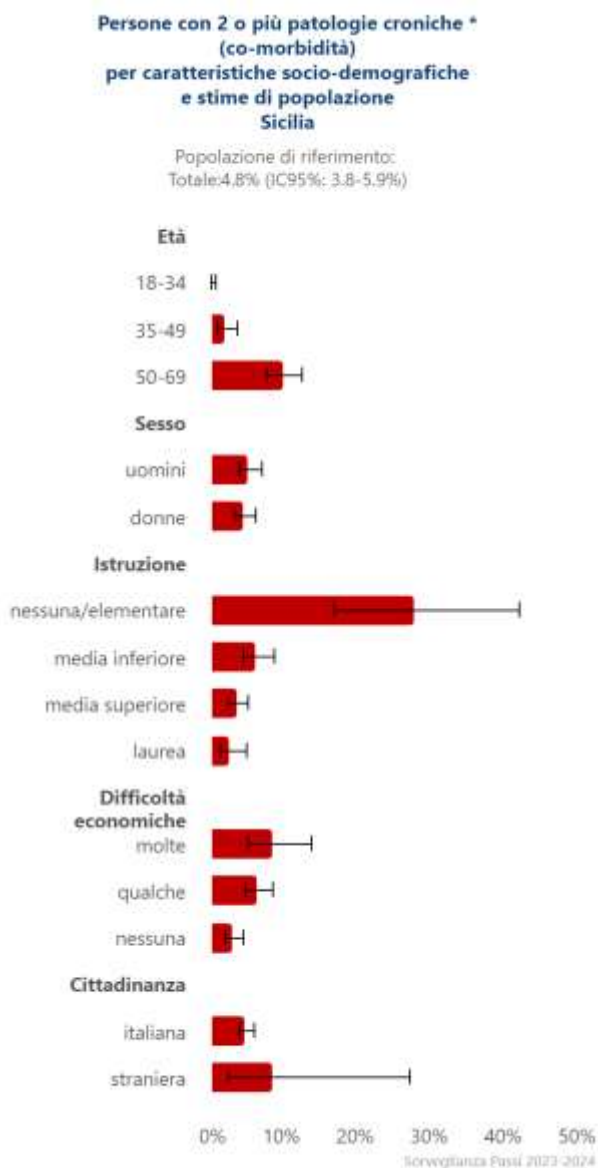
La condizione di cronicità aumenta al crescere dell'età passando dal 4% fra i 18-34enni al 29% fra i 50-69enni, e si riduce al migliorare delle condizioni socio economiche, passando dal 45% fra coloro che hanno al massimo la licenza elementare al 13% fra i laureati e dal 22% fra chi ha molte difficoltà economiche al 12% di chi non ne ha.

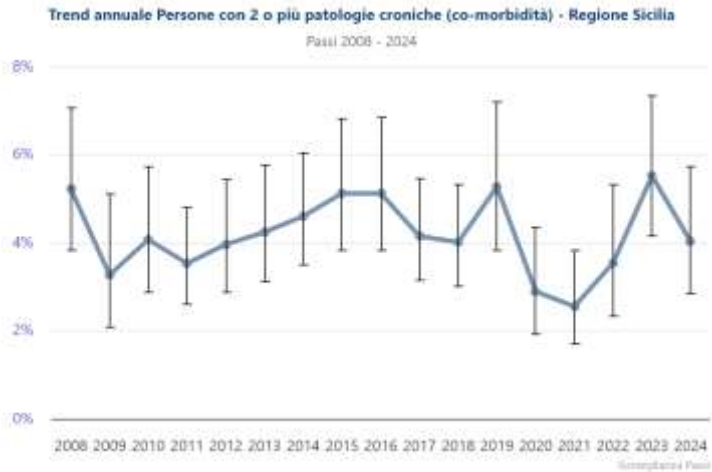
L'analisi annuale sia delle quote di persone con almeno una patologia cronica che di quella di persone con 2 o più patologie croniche, evidenzia una certa variabilità nel periodo osservato.





In Sicilia il 5% (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 10% fra i 50-69enni, è leggermente più frequente tra gli uomini (5% vs 4%), e si riduce al migliorare delle condizioni socioeconomiche per istruzione (28% fra chi ha al massimo la licenza elementare al 3% fra chi è laureato) e per difficoltà economiche (8% fra chi ha molte difficoltà economiche vs 3% di chi non ne ha).





Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 69 anni, sono il diabete e le cardiopatie.

Sicilia n = 3416	%	IC95% inf	IC95% sup
Cardiopatie	6.3	5.2	7.7
Ictus o ischemia cerebrale	0.5	0.4	0.8
Tumori	3.1	2.3	4.1
Malattie respiratorie croniche	4.0	3.1	5.1
Diabete	6.3	5.2	7.6
Malattie croniche del fegato e/o cirrosi	0.6	0.3	0.9
Insufficienza renale	0.6	0.3	1.1

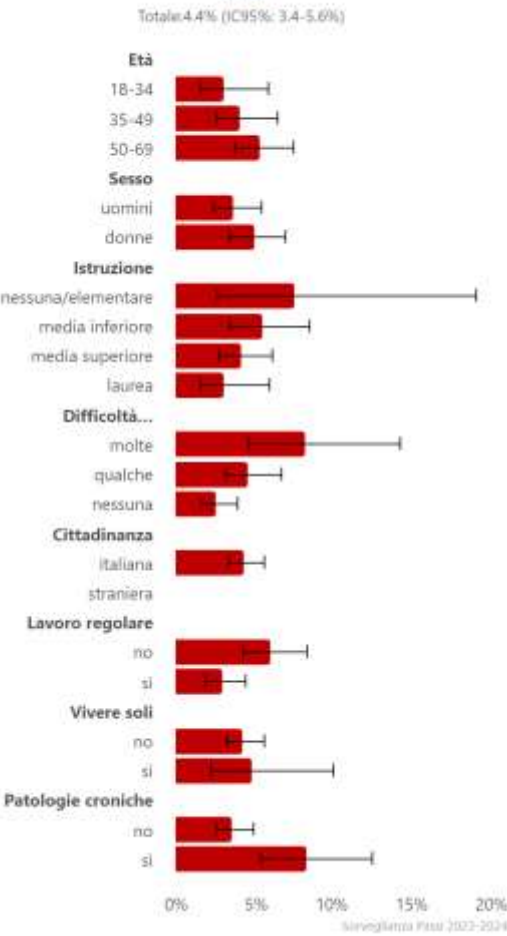
Depressione

In Sicilia il 4% (6% valore nazionale) delle persone intervistate ha riferito sintomi depressivi. Tali sintomi aumentano all'avanzare dell'età (3% fra i 18-34enni vs 5% fra i 50-69enni), sono più frequenti fra le donne (5% vs 4%), fra le persone senza un lavoro regolare (6% vs 3%), fra le persone affette da patologie croniche (8% vs 4%) e si riducono al migliorare delle condizioni socioeconomiche, per istruzione (8% fra chi ha al massimo la licenza elementare vs 3% fra i laureati) e per difficoltà economiche (8% fra chi ha molte difficoltà economiche vs 3% fra chi non ne ha).

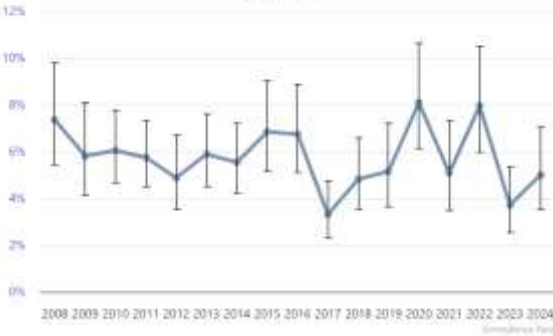
In Sicilia le prevalenze di persone con sintomi depressivi variano dall'1% di Caltanissetta, Catania,Enna e Trapani all'11% di Agrigento.

L'analisi annuale delle prevalenze di sintomi depressivi mostra un andamento piuttosto variabile. I valori più bassi si sono registrati nel 2017 (3%) e nel 2023 (4%), mentre le percentuali più elevate si osservano nel 2020 e nel 2022, (8% in entrambi gli anni).

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

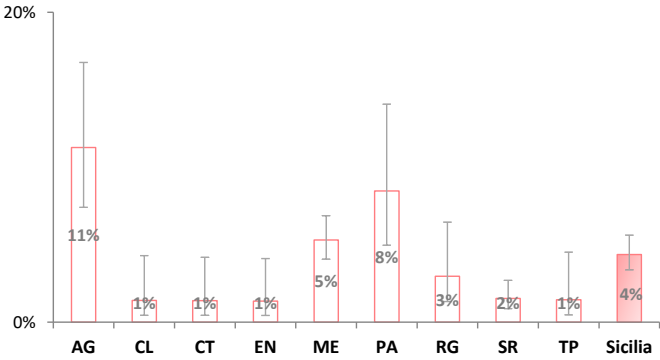


Trend annuale Sintomi di depressione - Regione Sicilia
Passi 2008 - 2024



Sintomi di depressione

Prevalenze per ASP di residenza - Regione Sicilia 2023-2024



Sintomi di depressione per regione di residenza

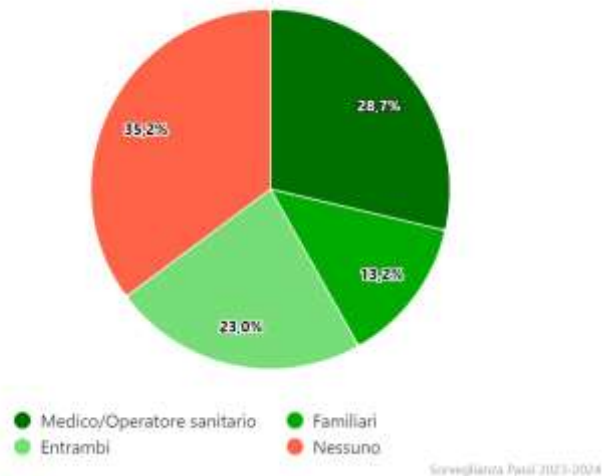
Passi 2023-2024



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

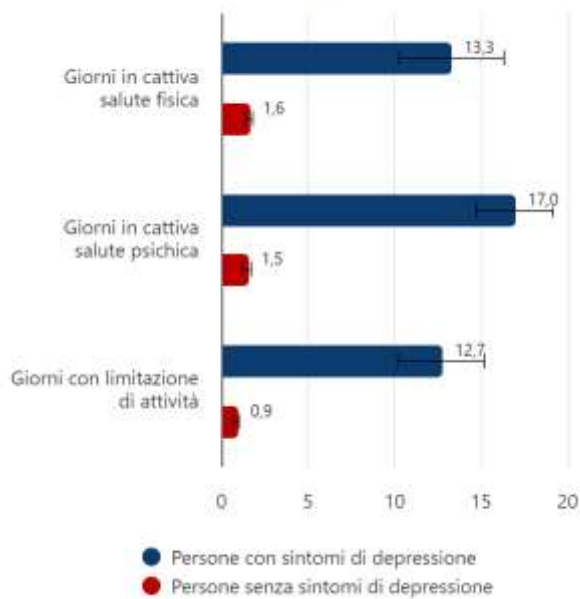
Sorveglianza Passi

Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto - Sicilia



Più di un soggetto, colpito da sintomi depressivi, su 3 dichiara di non chiedere alcun tipo di aiuto. Chi invece chiede aiuto, lo chiede al medico (29%), ai propri familiari (13%) o ad entrambi (23%).

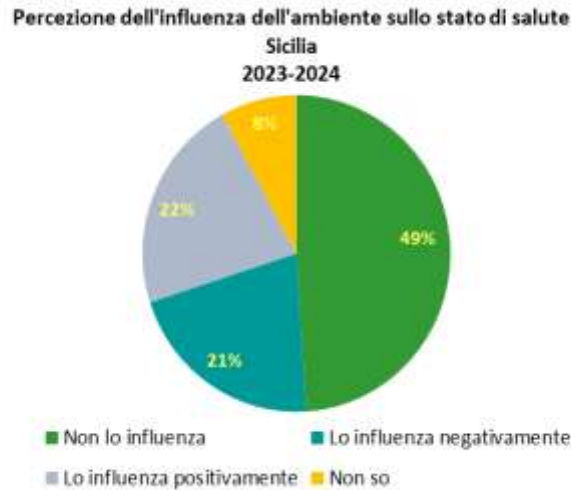
Il numero di giorni in cattiva salute fisica, psichica e con limitazioni delle attività abituali risultano maggiori fra le persone con sintomi depressivi, in particolare, quest'ultime dichiarano di aver trascorso, nel corso del mese antecedente l'intervista, più di 13 giorni in cattiva salute fisica, 17 giorni in cattiva salute psichica e 13 giorni con limitazioni delle attività.

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

La percezione dei rischi ambientali

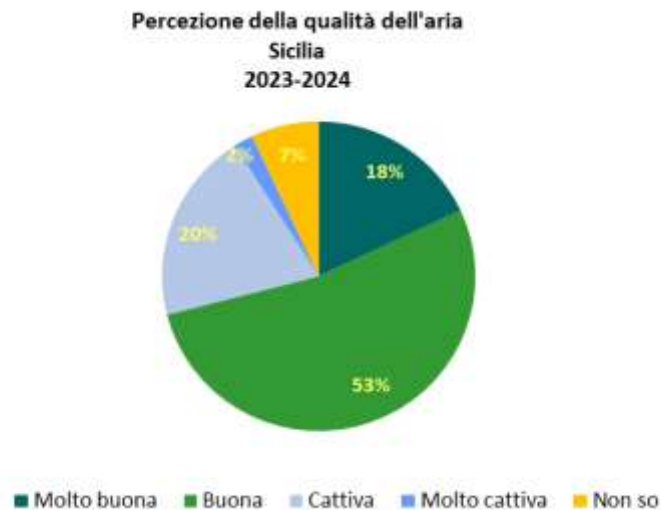
Il 49% dei siciliani non attribuisce alcuna influenza dell'ambiente sul proprio stato di salute, il 22% invece dichiara che l'ambiente in cui vive influisce positivamente sulla propria salute.

Il 21% del campione intervistato pensa che l'ambiente in cui vive influenzi negativamente (range fra le ASP regionali: dal 2% di Trapani al 45% di Siracusa).



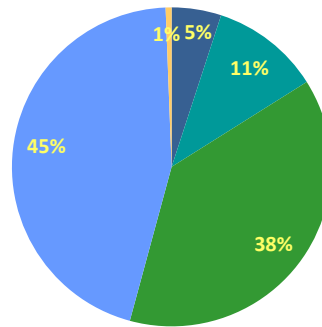
Il 22% dei 18-69enni intervistati ha una percezione negativa (20% cattiva, 2% molto cattiva) della qualità dell'aria della zona in cui abita (range fra le ASP regionali: dall'1% di Trapani al 47% di Siracusa).

Il 71% degli intervistati considera la qualità dell'aria in cui abita buona o molto buona.



Il 16% dei 18-69enni siciliani dichiara che nella zona in cui abita ci sono spesso o sempre rifiuti abbandonati o fuori dai cassonetti (range fra le ASP regionali: dall'1% di Enna al 32% di Palermo).

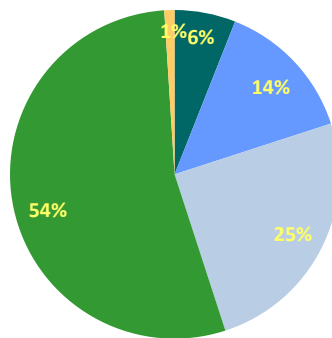
Presenza rifiuti abbandonati
Sicilia
2023-2024



■ Sempre ■ Spesso ■ A volte ■ Mai ■ Non so

Il 45% degli intervistati riferisce una percezione del traffico, nel quartiere in cui vive, da abbastanza intenso a molto intenso (range fra le ASP regionali: dall'13% di Enna al 60% di Palermo).

Percezione dell'intensità del traffico
Sicilia
2023-2024

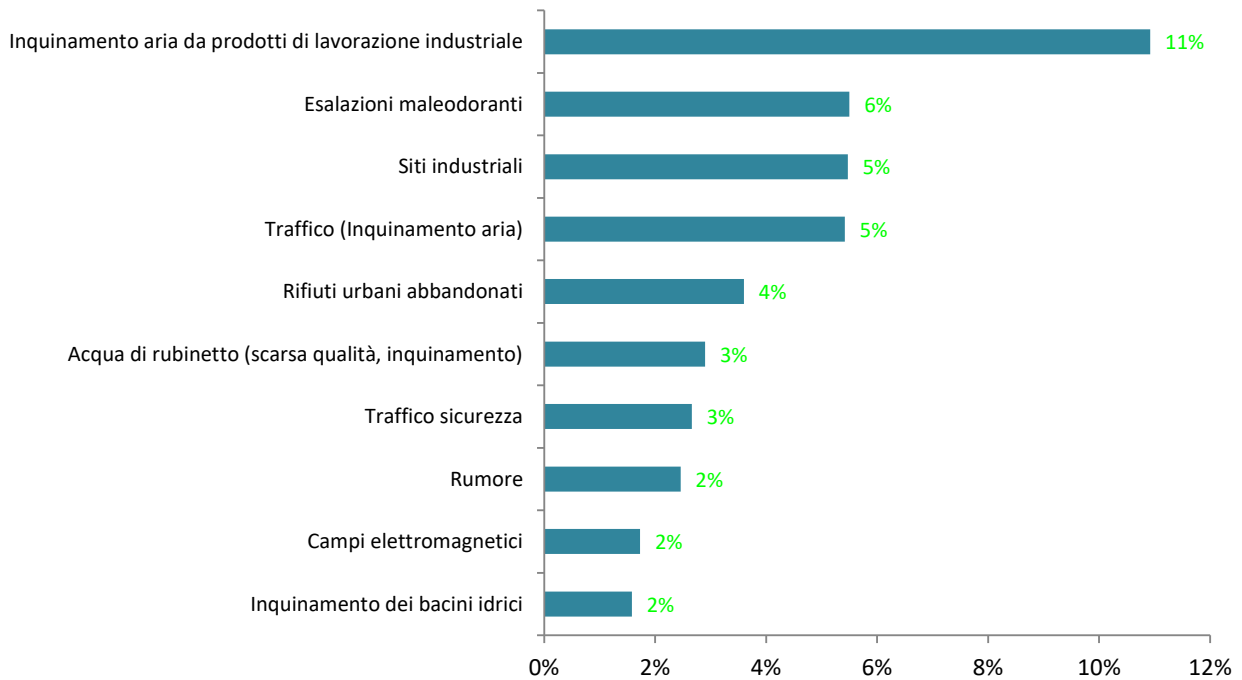


■ Molto intenso ■ Intenso ■ Abbastanza intenso ■ Poco o per niente intenso ■ Non so

Il 19% degli intervistati ritiene che nella zona in cui abita siano presenti fattori di rischio per la propria salute e per quella dei propri familiari.

In particolare gli aspetti che preoccupano di più sono: l'inquinamento dell'aria da prodotti di lavorazione industriale (11%), le esalazioni maleodoranti (6%), l'inquinamento dell'aria a causa del traffico (5%) e i siti industriali (5%).

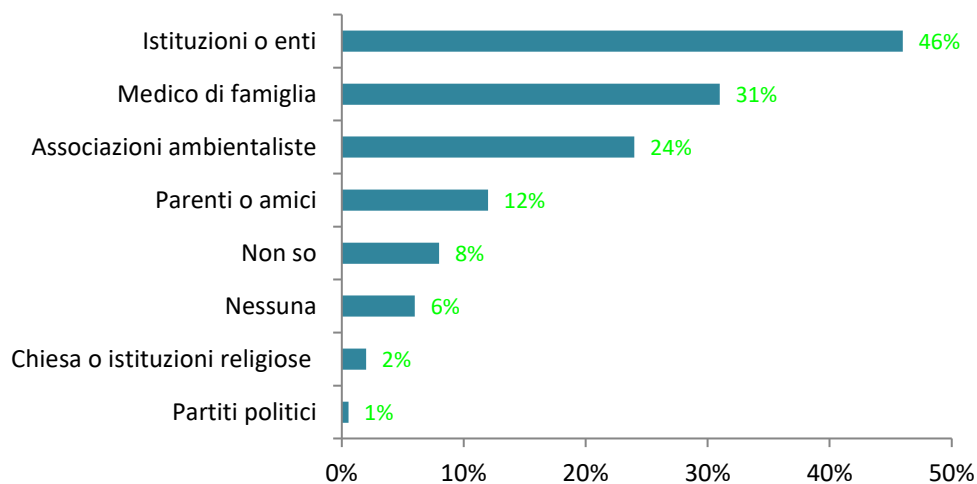
Percezione della presenza di aspetti ambientali preoccupanti
Sicilia
2023-2024



Il 45% degli intervistati ha poca o nessuna fiducia nelle istituzioni nelle capacità di tutelare l'ambiente che la circonda.

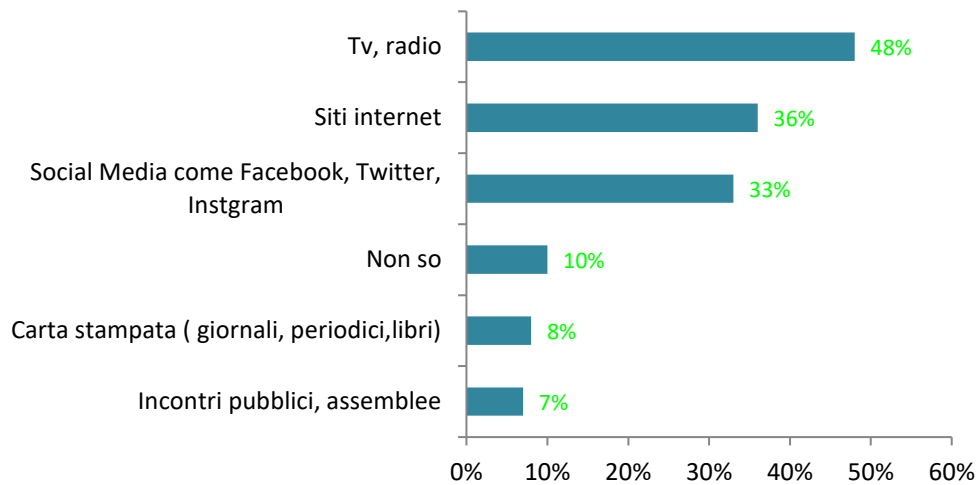
In Sicilia le istituzioni o enti (Ministeri, Regioni, ARPA, ASP etc) e il medico di famiglia sono considerate le fonti più attendibili per acquisire informazioni su ambiente e salute.

Fonti più affidabili per acquisire informazioni su ambiente e salute
Sicilia
2023-2024



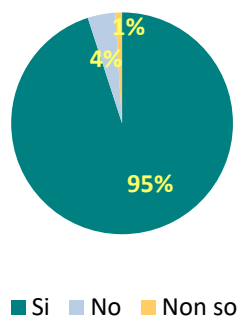
I canali da cui i 18-69enni siciliani desidererebbero avere informazioni su ambiente e salute sono principalmente TV e radio ma anche i siti Internet e i social

Canali da cui ricevere informazioni su ambiente e salute
Sicilia
2023-2024



Il 95% dei 18-69enni riferisce che la propria abitazione è servita da acqua di rete (condotta idrica comunale, acquedotto), tra questi l'11% consuma l'acqua del rubinetto della propria abitazione.

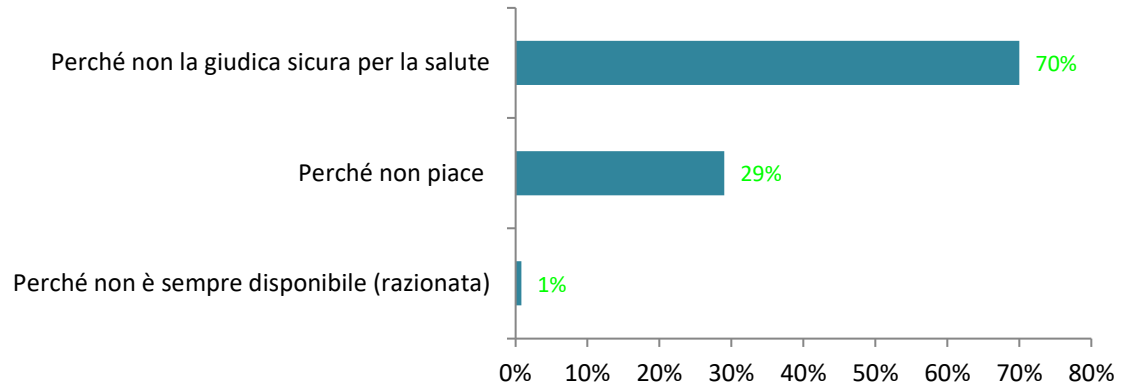
Abitazione servita da acqua di rete
Sicilia
2023-2024



L'89% 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
2023-2024**



APPENDICE 1. Monitoraggio

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

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

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2023	PASSI 2024
Numerosità	1710	1706
Tasso di risposta	89.5	89.2
Tasso di rifiuto	8.7	8.7
Tasso di sostituzione	10.6	10.2
Tasso di non reperibilità	1.9	2.1
Tasso di eleggibilità	92.6	94.5

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:

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

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

- Tasso di rifiuto

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

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

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:

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

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:

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

- 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.

Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità		
	2023	2024
E' senza telefono	91%	84%
Residente o domiciliato stabilmente altrove	6%	9%
Istituzionalizzato (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)	1%	1%
Deceduto	0%	4%
Non conoscenza lingua italiana	1%	0%
Grave disabilità psico/fisica	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.

Modalità di reperimento del numero telefonico		
	2023	2024
Già presente (anagrafe sanitaria)	47%	60%
MMG	33%	12%
Anagrafe comunale	1%	0%
Altre fonti aziendali	15%	19%
Parenti, vicini, ecc.	1%	2%
Riferito dall'intervistato stesso	3%	7%

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

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

Distribuzione delle interviste per orari		
	2023	2024
7-13	36%	41%
13-15	7%	6%
15-19	50%	49%
19-20	5%	3%
20 e oltre	2%	1%

Distribuzione settimanale delle interviste		
	2023	2024
feriale	67%	60%
sabato	23%	30%
festivo	9%	10%

APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

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

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

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

Il "Peso1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione ${}_iP_k$ (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:

$${}_iPesol_k = \frac{{}_iP_k}{{}_i\hat{p}_k}$$

$${}_i\hat{p}_k = \frac{pop_strato_k_ASL_i}{pop_strato_k_Reg}$$

e

$${}_i\hat{p}_k = \frac{numero_int_strato_k_ASL_i}{numero_int_strato_k_Reg}$$

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 :

$${}_iPeso2_k = \frac{pop_strato_k_ASL_i}{numero_int_strato_k_ASL_i}$$

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.