



ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE

Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico

Profilo di equità della Regione Sicilia



**Aggiornamento con dati disponibili al
31 dicembre 2025**

A cura di:

**Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico
Servizio 9 “Sorveglianza ed Epidemiologia Valutativa”.
Riferimenti: antonello.marras@regione.sicilia.it**

Indice

Introduzione	4
Parte Prima: Il contesto sociodemografico	5
1.1 La popolazione residente	6
1.2 L'istruzione	11
1.3 Le famiglie	15
1.4 Il lavoro.....	16
1.5 La povertà	18
Parte Seconda: Stili di vita e disuguaglianze di salute	21
2.1 L'impatto delle disuguaglianze nei fattori di rischio comportamentali.....	22
2.2 Stato di salute percepito.....	23
2.3 Sintomi di depressione	23
2.4 Attività fisica	24
2.5 Abitudine al fumo	24
2.6 Stato nutrizionale.....	25
2.7 Abitudini alimentari.....	25
2.8 Consumo di alcol a maggior rischio.....	26
2.9 Ricorso allo screening.....	26
Parte Terza: Disuguaglianze ed esiti di salute	28
3.1 Disuguaglianze socioeconomiche ed esiti di salute	29
3.2 Disuguaglianze socioeconomiche e mortalità in Sicilia.....	31
3.3 Disuguaglianze socioeconomiche nell'accesso ai ricoveri in Sicilia	35
Conclusioni	41
Bibliografia.....	42
Sitografia	43

Introduzione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'equità è l'assenza di disuguaglianze evitabili o rimediabili tra gruppi di persone, definiti in base a caratteristiche sociali, economiche, demografiche o geografiche. La disuguaglianza nella salute riguarda le differenze nelle condizioni determinanti, nell'accesso alle risorse ed ai servizi, nella possibilità di mantenere la salute o di raggiungere determinati esiti.

Le caratteristiche delle persone o dei gruppi, che possono produrre disuguaglianze nell'accoglienza e nel trattamento da parte dei servizi sanitari sono molteplici, tra queste rientrano: genere, età, provenienza geografica, gruppo etnico e cittadinanza, status giuridico, status socioeconomico, abilità fisica e psichica, orientamento sessuale, fede e appartenenza religiosa, comportamenti e convinzioni personali, conoscenza della lingua.

L'impatto che questi aspetti hanno sull'organizzazione dei servizi sanitari comporta la necessità di mettere a punto strategie e strumenti in grado di garantire che il principio di equità sia calato a tutti i livelli e a tutte le articolazioni aziendali.

Un Profilo di Equità è una raccolta di informazioni su stato di salute, utilizzo di servizi sociosanitari e distribuzione dei determinanti sociali di salute, che tiene conto di variabili socioeconomiche e sociodemografiche per individuare iniquità tra gruppi distinti di popolazione.

La costruzione del Profilo è utile pertanto a definire quanto pesi il problema che si vuole affrontare, su chi gravi maggiormente e come si sia prodotto in quel dato territorio o gruppo di popolazione. Queste informazioni, insieme alla revisione degli interventi di dimostrata efficacia, serviranno per stabilire gli obiettivi e le azioni di contrasto alle iniquità rilevate.

Il presente report contiene una selezione di un set di indicatori di monitoraggio e di valutazione delle disuguaglianze che concorrono a definire il Profilo di Equità della Regione Sicilia.

La popolazione siciliana è distribuita in modo disomogeneo sul territorio e tende all'invecchiamento. I flussi migratori tendono a compensare la riduzione delle nascite e ad aumentare la proporzione di giovani e di donne in età fertile. Nel tempo si è ridotta la proporzione di famiglie numerose a favore di quelle monocomponente, aumentano le sacche di popolazione con bassa istruzione, con disoccupazione e povertà, e aumenta conseguentemente la forbice di reddito. A partire dai primi mille giorni di vita, proseguendo nelle altre fasce della popolazione, si identifica una diversa distribuzione dei fattori di rischio per la salute in funzione dei vari livelli di deprivazione, che si accompagna a una diversa distribuzione degli esiti indagati.

L'obiettivo principale quello di valutare l'impatto delle disuguaglianze sociali in Sicilia su una serie di determinanti prossimali (fattori comportamentali quali fumo, abuso di alcol, corretta alimentazione, sedentarietà e ricorso allo screening) e su alcuni esiti di salute quali il ricorso all'ospedalizzazione e la mortalità.

I dati raccolti attraverso gli indicatori verranno presentati tramite tabelle e grafici riassuntivi che avranno la duplice finalità di fornire informazioni e descrivere il processo attraverso cui si è giunti a raccoglierle, mantenendo le finalità informative insite in questo lavoro. Gli indicatori sono stati selezionati sulla base della disponibilità di serie temporali nelle principali fonti informative rappresentative a livello regionale.

Al fine di integrare e agevolare l'interpretazione dei dati presentati, il profilo di Equità viene preceduto da una introduzione descrittiva delle caratteristiche demografiche e delle risorse sociali ed economiche che caratterizzano il territorio siciliano.

Parte prima

Il contesto sociodemografico

1.1 La popolazione residente

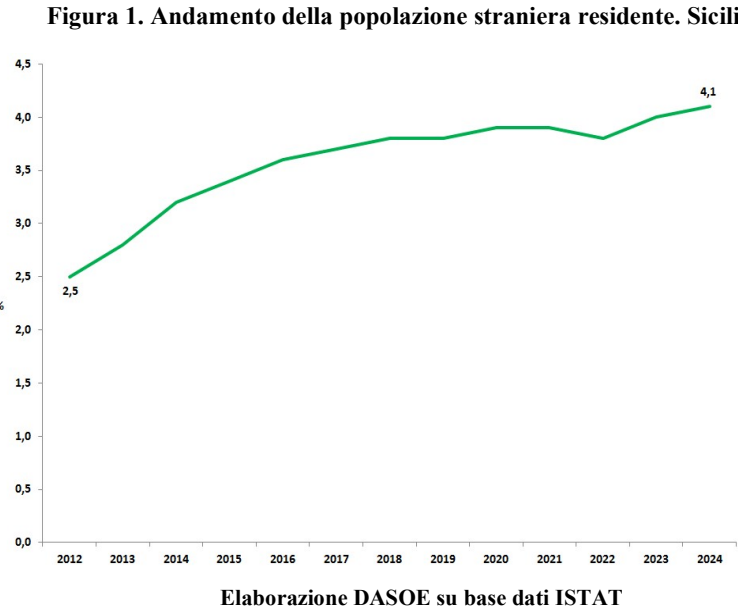
La popolazione regionale residente al 1 Gennaio 2025 risulta di 4.779.371 unità, di cui 2.333.921 uomini (48,8%) e 2.445.450 donne (51,2%). La Sicilia, con una estensione territoriale di 25.832 km², risulta essere la regione più vasta del Paese.

L’insediamento della popolazione è di tipo accentrato specie nei capoluoghi, con maggiore densità di popolazione lungo le aree costiere a causa delle correnti migratorie dalle aree montuose e collinari dell'interno verso i centri più grandi.

Nei tre principali comuni della Sicilia (Palermo, Catania e Messina) si concentra quasi un quarto dell’intera popolazione regionale (1.140.391 abitanti pari al 23,9% del totale) (tabella 1). La densità abitativa presenta valori compresi tra i 59 ab./kmq della provincia di Enna e i 299 ab./kmq della provincia di Catania. Il dato medio regionale, pari a 185 ab./kmq si colloca al decimo posto tra le venti regioni italiane e risulta inferiore al dato medio nazionale (195 ab./kmq).

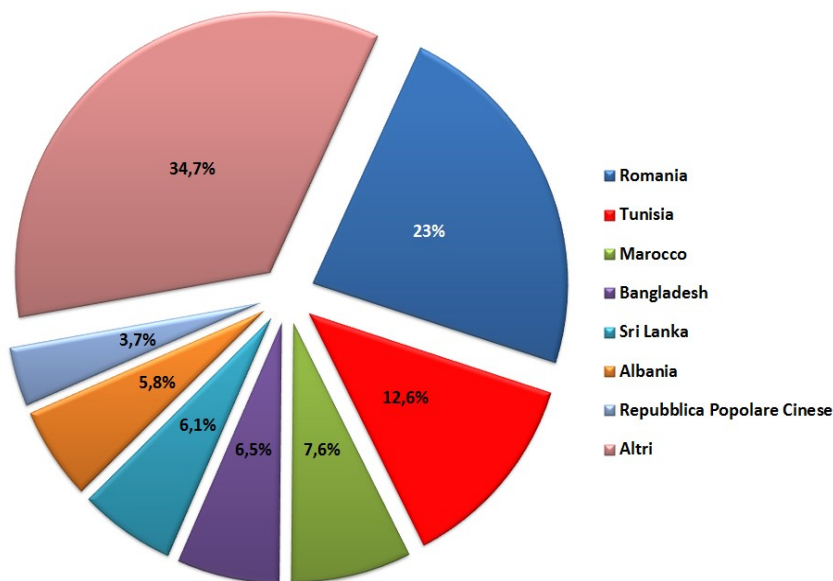
Tabella 1. Popolazione residente in Sicilia e superficie territoriale (al 1 gennaio 2025)

Provincia di residenza	Numero comuni	popolazione residente	superficie in Km ^q	densità abitanti per Km ^q
Agrigento	43	408.059	3.053	134
Caltanissetta	22	244.913	2.138	115
Catania	58	1.068.563	3.574	299
Enna	20	152.387	2.575	59
Messina	108	595.948	3.266	182
Palermo	82	1.194.439	5.009	238
Ragusa	12	320.976	1.624	198
Siracusa	21	382.690	2.124	180
Trapani	25	411.396	2.470	167
REGIONE SICILIA	391	4.779.371	25.832	185



Dal 2012 il numero dei residenti stranieri in Sicilia è andato progressivamente aumentando (fig. 1). Al 1 gennaio 2024 gli stranieri residenti in Sicilia sono 196.919 (4,1% della popolazione residente), facendo registrare un incremento pari allo 2,9% rispetto all’anno precedente. Rispetto alla composizione di genere, la quota femminile rappresenta il 46,3%, pari a 91.227 unità.

Figura 2. Distribuzione per area geografica di cittadinanza. Anno 2024



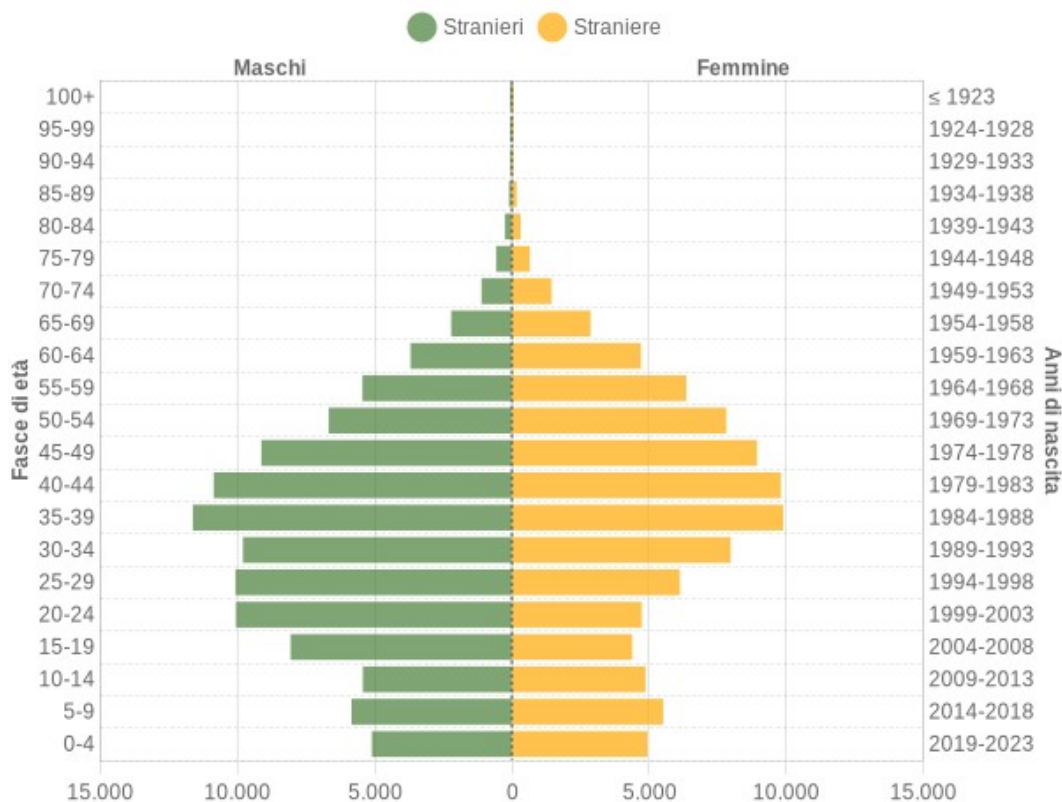
La comunità straniera più numerosa è quella rumena con il 23% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Tunisia (12,6%), dal Marocco (7,6%) e dal Bangladesh (6,5%).

La maggior parte degli stranieri risiede nelle tre principali province (Palermo, Catania e Messina) e nel Ragusano, raggiungendo circa il 70% del totale degli stranieri residenti in Sicilia (fig.2).

La piramide per età degli stranieri residenti ha una forma “allargata” nelle classi centrali di età per l’evidente motivo che il loro insediamento in Italia privilegia la partecipazione al mercato del lavoro, ma c’è anche una rilevante incidenza di bambini nelle fasce 0-4 anni (4,8% maschi, 5,4% femmine) che è indice della fertilità di questa popolazione.

Complessivamente, il 62,6% è di età compresa tra i 20 e i 55 anni, a fronte della ridotta percentuale di stranieri oltre i 60 anni (9,1%). La classe quinquennale più numerosa (10,9% del totale degli stranieri residenti) è quella dei 35-39enni (21.477 di cui il 54% maschi e il 46% femmine).

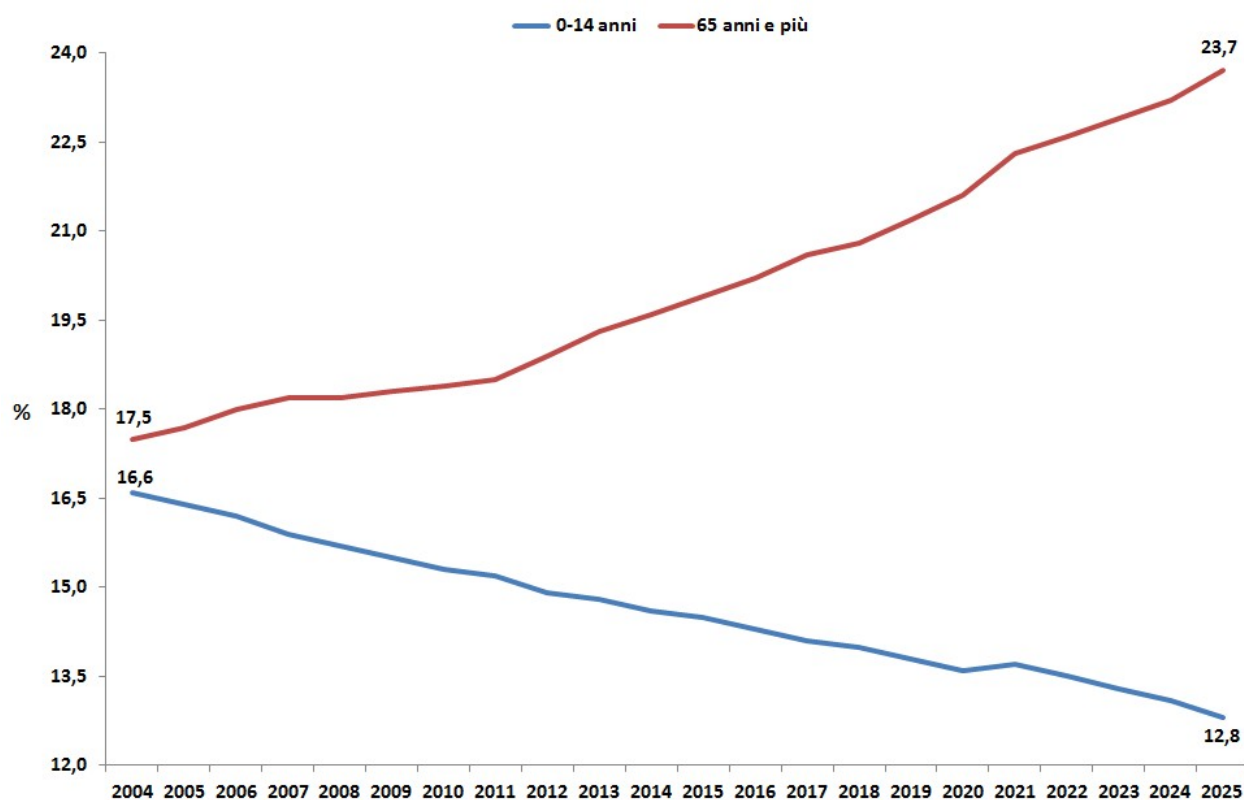
Figura 3. Popolazione per cittadinanza straniera per età e sesso. Sicilia 2024



Nel complesso la presenza di stranieri residenti è in Sicilia molto meno diffusa che a livello nazionale (4,1 contro 8,9 per cento della popolazione residente). La loro distribuzione per genere e per provincia è indotta dalla forma prevalente di domanda di lavoro immigrato, mentre la struttura per età si concentra nelle classi centrali e la mobilità geografica è negativa verso altre regioni d'Italia. Anche se la nazionalità più diffusa è quella romena, alcune altre (es. Tunisia, Sri Lanka, Bangladesh) mostrano una maggiore dinamica, preannunciando in futuro presenze extra comunitarie più consistenti.

Per quanto riguarda invece la composizione per classi di età dei residenti siciliani, nel 2025 il 12,8% della popolazione è concentrato nella classe 0-14 anni, il 63,5% in quella 15-64 e il 23,7% ha 65 anni e oltre. Nell'ultimo decennio si è registrato un progressivo decremento nella popolazione di età 0-14 anni (-3,8% rispetto al 2004) e un incremento proporzionale di quella di età avanzata (+6,2%) (fig. 4). È diminuita, anche se in maniera minore, la popolazione residente in età lavorativa (-2,4%).

Figura 4. Andamento della popolazione per fasce di età. Sicilia 2004-2025

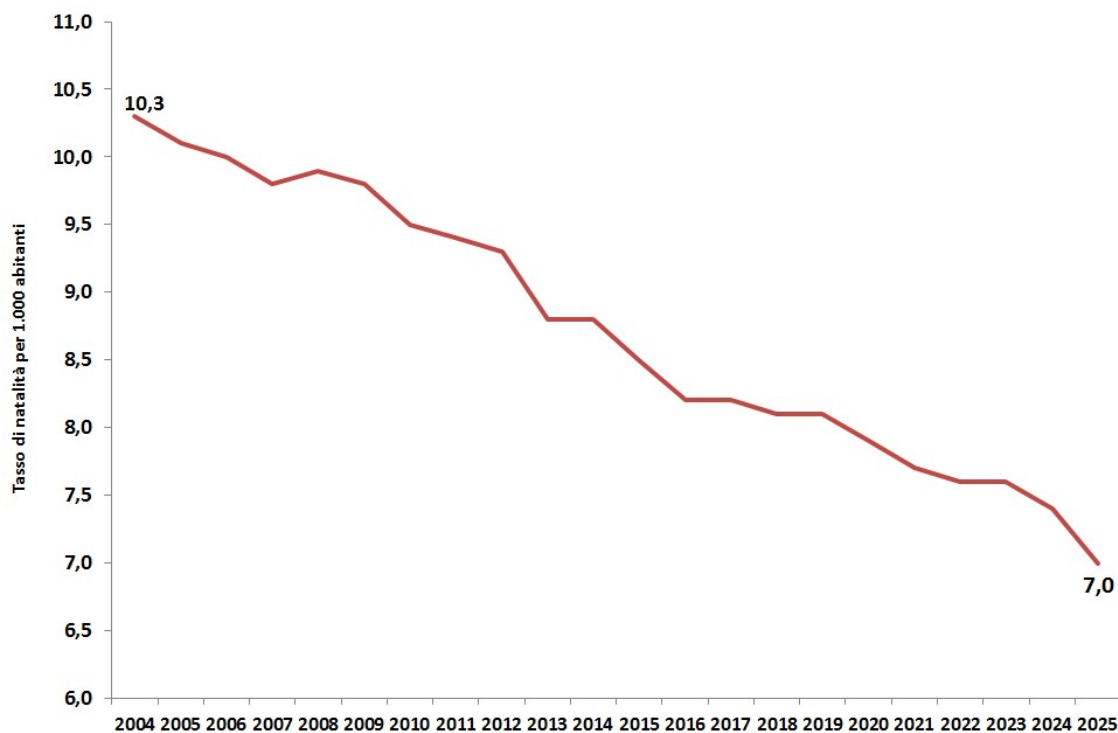


Elaborazione DASOE su base dati ISTAT

Nell'ultimo ventennio in Sicilia si registra un tasso di natalità in costante decremento. Nel 2025 il tasso di natalità è pari a 7 nati per mille abitanti (-3,3% di nati per 1.000 ab. rispetto all'anno 2004) contro la media nazionale di 6,3 nati ogni mille abitanti (fig. 5).

In particolare, il tasso decresce più velocemente a partire dal 2008 a causa di alcune motivazioni di carattere economico e strutturale: la crisi economica che ha duramente colpito le regioni del sud Italia e la Sicilia in particolare, e la diminuzione della popolazione femminile tra i 15 e i 49 anni (circa 900mila donne in meno rispetto all'anno 2000).

Figura 5. Andamento del tasso di natalità. Sicilia 2004-2023

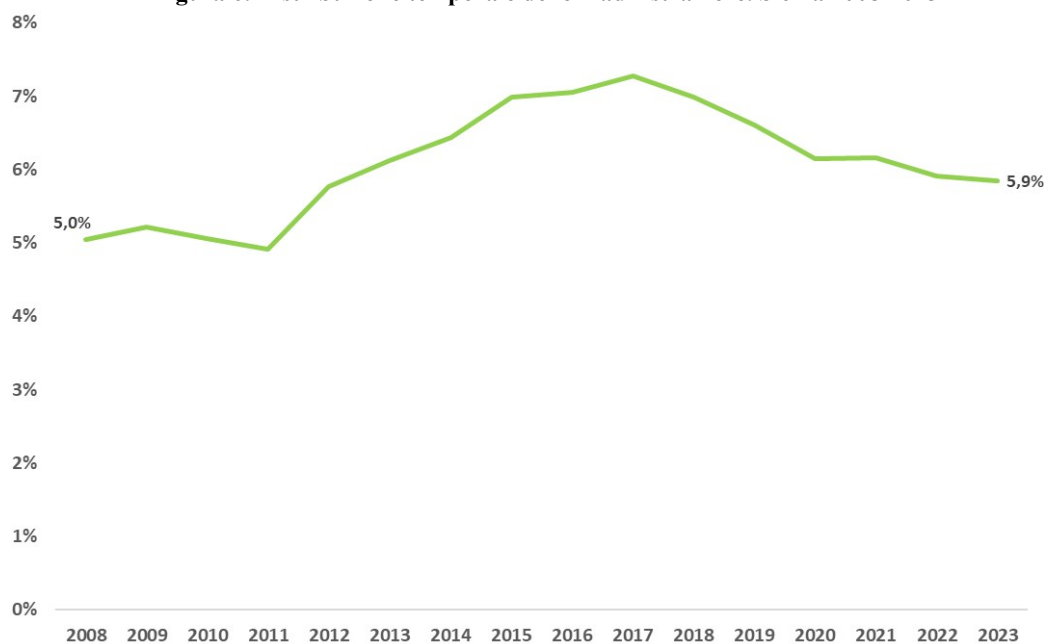


Elaborazione DASOE su base dati ISTAT

Per contro, negli ultimi anni tra la popolazione immigrata si osserva un trend opposto: si registrano elevati livelli di natalità, con effetti ben visibili nelle classi più giovani della popolazione. Le madri con cittadinanza straniera che partoriscono in Sicilia sono passate da una quota del 5% nel 2008 al 7% nel 2018 (fig.6), per poi subire un sensibile decremento nell'ultimo anno in osservazione (5,9% nel 2023).

L'età media della mamma al momento del parto è pari a 31 anni, dato che si è mostrato in crescita nel periodo considerato, con una sensibile differenza tra le donne italiane (età media 31) e quelle straniere (età media 29).

Figura 6. Distribuzione temporale delle madri straniere. Sicilia 2008-2023



Elaborazione DASOE su base dati CedAP 2008-2023

L'analisi delle nascite per titolo di studio della madre evidenzia un aumento dell'alta e della media scolarità nel decennio in studio.

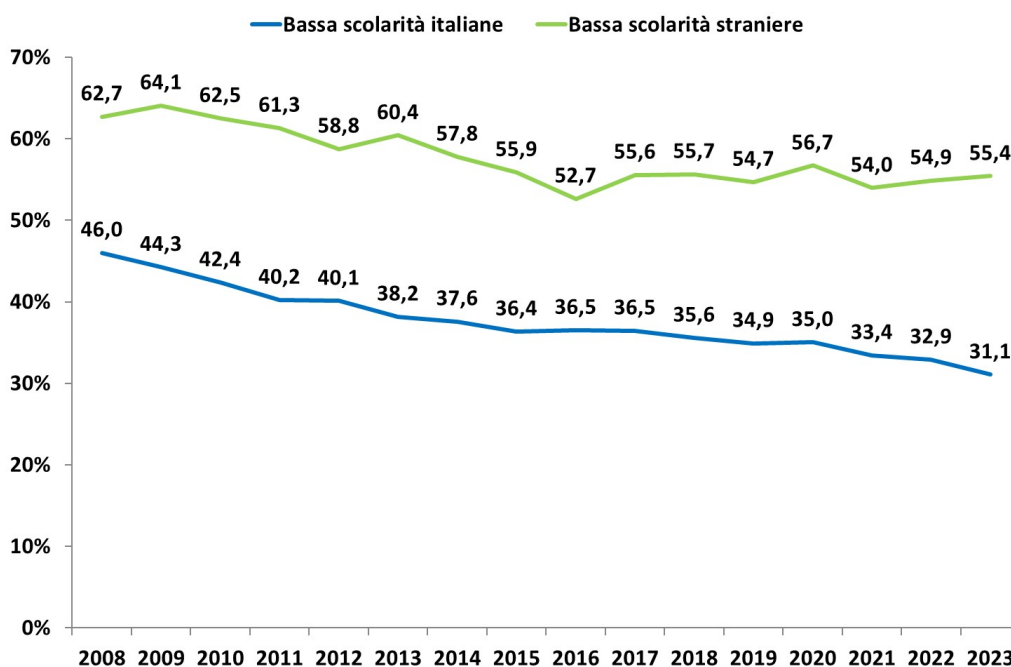
In particolare:

- tra le mamme italiane l'alta scolarità pari a 13,8% nel 2008 è progressivamente aumentata fino ad arrivare al 24,9% nel 2023. Un andamento analogo si osserva tra le mamme straniere: dal 7,1% del 2008 si passa al 15,5% del 2023.
- anche la media scolarità tra le mamme italiane è aumentata: dal 2008, anno in cui era pari al 40,1%, si è attestata al 44% nel 2023. Tra le madri straniere, invece, l'incremento risulta essere più contenuto (30% nel 2008; 32% nel 2023).

Si evidenzia la diminuzione della “bassa scolarità” per entrambe le cittadinanze, sebbene il basso livello di istruzione sia più marcato per le mamme straniere (figura 7).

Nel corso del 2008, infatti, la quota di mamme straniere con bassa scolarità era pari al 62,7% per poi ridursi al 55,4% nel 2023. Le mamme italiane, invece, passano dal 46% del 2008 al 31,1% del 2023.

Figura 7. Distribuzione delle nascite per “bassa scolarità” della mamma e cittadinanza Sicilia 2008-2023



Elaborazione DASOE su base dati CedAP 2008-2023

1.2 L'istruzione

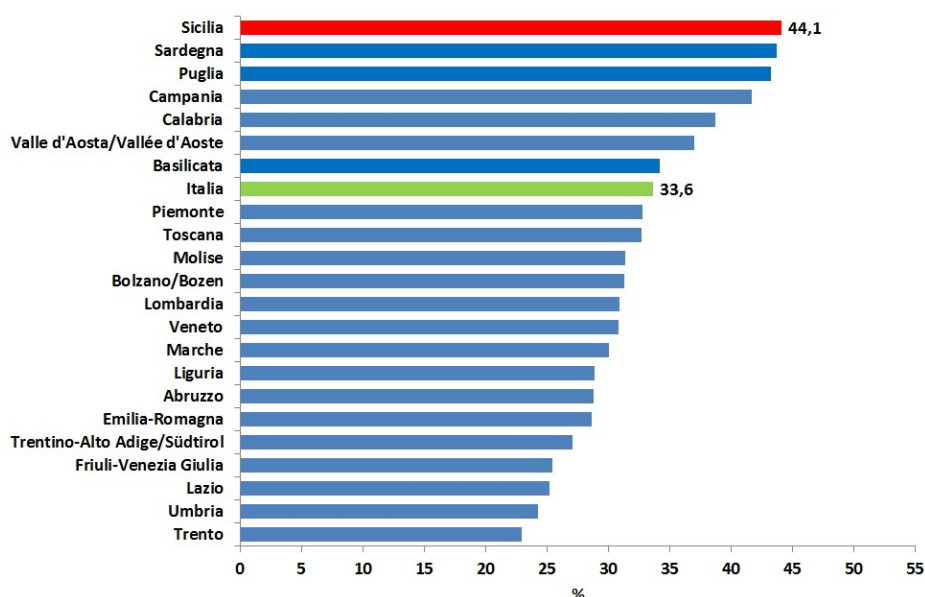
Fra le caratteristiche individuali legate alle disuguaglianze nello stato di salute della popolazione, una delle più investigate è il titolo di studio della popolazione.

Il livello di istruzione rappresenta, infatti, un importante determinante sociale della salute delle persone, in quanto utile non solo per la propria promozione sociale ma anche per la valorizzazione delle proprie opportunità di benessere e salute.

Un più elevato grado di scolarizzazione incide sullo stile di vita degli individui poiché facilitando l'accesso al mondo del lavoro e a salari più elevati, apre opportunità altrimenti precluse ed eleva il tenore di vita. Le persone più istruite, inoltre, godono più frequentemente di un migliore stato di salute perché più consapevoli dei benefici della prevenzione e di abitudini più salutari. Da un punto di vista operativo, inoltre, è più facile da rilevare rispetto ad altri indicatori di posizione socioeconomica perché meno intrusivo, ad esempio, del reddito o della dichiarazione di proprietà di beni durevoli e misura in modo stabile, da una certa età in avanti, le credenziali educative di chi lo detiene. Il livello di istruzione gioca pertanto un ruolo particolarmente rilevante nell'associazione con lo stato di salute e nei meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute come determinante di tipo distale che modula i fattori di rischio per la salute. In particolare, tale associazione sembrerebbe appunto mediata dal legame individuato dalla letteratura scientifica tra livello di istruzione e stili di vita, quali l'abitudine al fumo, i regimi alimentari non equilibrati e la sedentarietà. Gli individui con basso titolo di studio non solo hanno più frequentemente stili di vita che influiscono negativamente sullo stato di salute generale di cui godono, ma anche una minore propensione a ricorrere a visite specialistiche, particolarmente utili per la diagnosi precoce di alcune patologie; inoltre, risultano più esposti a fattori di rischio ambientali, anche legati all'esperienza lavorativa. In Italia, il livello di istruzione della popolazione adulta mostra un progressivo, seppur contenuto, miglioramento nel corso del tempo. In particolare, nel 2024 il miglioramento del livello di istruzione degli adulti (25-64enni), è dovuto all'ingresso di una quota più consistente di giovani mediamente più istruiti e l'uscita di anziani in genere meno istruiti.

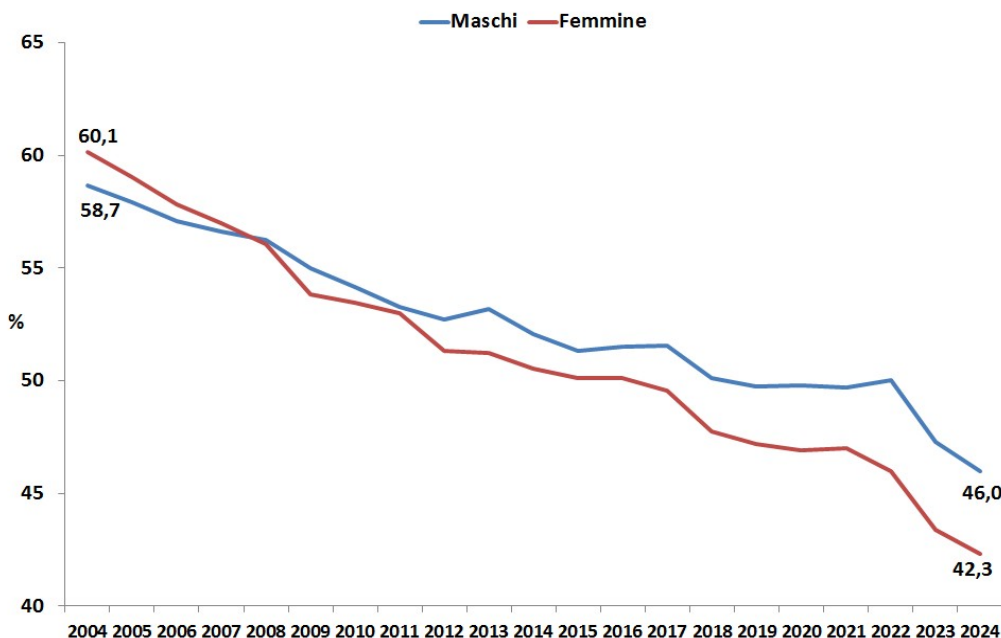
La percentuale di coloro che hanno conseguito al massimo la licenza media è scesa al 33,6%, anche se rimane ancora elevata nel Mezzogiorno (41,3%) mentre risulta essere pari al 29,6% nel Centro-nord. La Sicilia (fig.8) si colloca al primo posto tra le Regioni italiane con il 44,1%.

Figura 8. Popolazione 25-64enni al più con istruzione secondaria inferiore per regione- Anno 2024



Le differenze di genere sono più elevate per tutti i livelli di istruzione a favore delle femmine, le quali conseguono risultati nettamente migliori rispetto ai maschi, soprattutto tra le generazioni più giovani. Nel 2024, la quota di donne siciliane di 25-64 anni che hanno conseguito la sola licenza media è di quasi 4 punti percentuali inferiore a quella dei coetanei maschi (fig. 9).

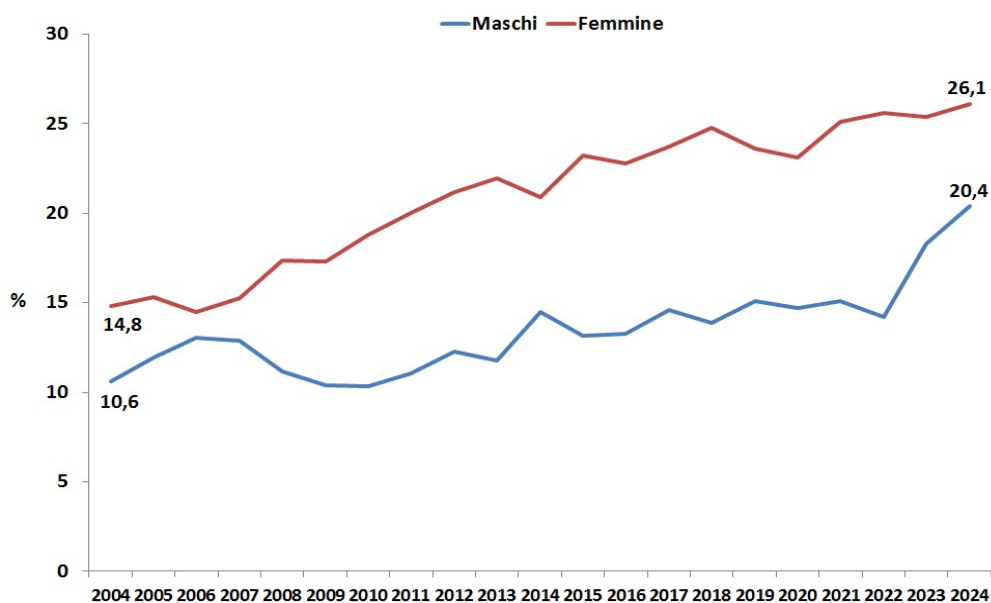
Figura 9. Popolazione 25-64enni al più con istruzione secondaria inferiore – Sicilia 2004-2024



Fonte: Istat, Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Edizione 2025

Il divario tra le persone di 30-34 anni che hanno conseguito un titolo universitario è ancora più elevato: nel 2024 si sono laureate il 26,1% delle donne siciliane di questa classe di età, contro appena il 20,4% degli uomini (fig.10). I grafici mostrano inoltre che durante la recente crisi economica (2008-2015), i percorsi di istruzione e formazione universitaria dei giovani siciliani hanno registrato un deterioramento molto più marcato rispetto agli altri anni in osservazione.

Figura 10. Popolazione 30-34enni con istruzione universitaria – Sicilia 2004-2022



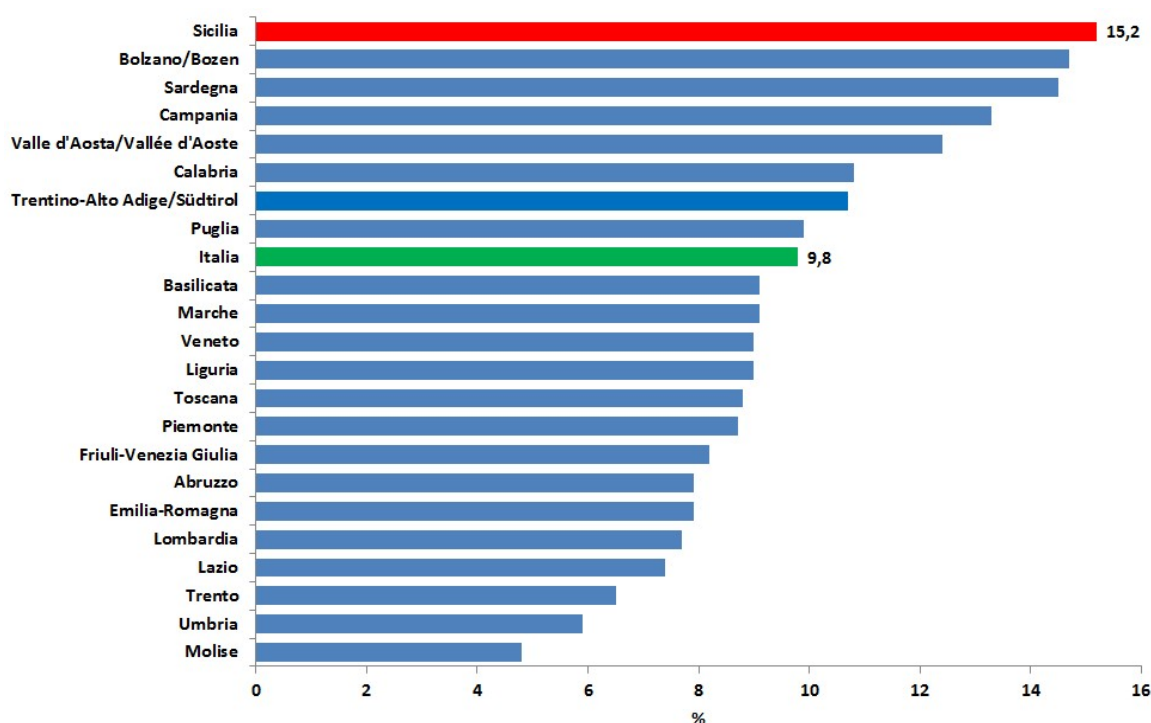
Fonte: Istat, Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Edizione 2025

Le principali ragioni per cui i giovani, dopo la licenza media, decidono di non proseguire gli studi oppure di abbandonare il percorso di studi superiori intrapresi, non sono solo la volontà di lavorare ma anche la difficoltà e/o la mancanza di interesse negli studi e, per i giovani stranieri, anche ragioni familiari, da intendersi in senso lato, ovvero sia come impegni/responsabilità nei confronti della famiglia, sia come mancato sostegno/incoraggiamento familiare.

È ancora alta nella nostra regione la quota di giovani che escono prematuramente dal sistema di istruzione e formazione dopo aver conseguito soltanto il titolo di scuola secondaria di primo grado (early leavers).

Nel 2024 il percorso formativo si è interrotto con la licenza della scuola secondaria di primo grado per il 15,2% dei giovani siciliani, a fronte di una media di riferimento del 9,8% in Italia (fig.11). Le femmine, inoltre, tendono ad abbandonare meno gli studi (7,1% rispetto al 12,2% dei maschi siciliani).

Figura 11. Giovani che abbandonano prematuramente gli studi per regione- Anno 2024



Fonte: Istat, Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Edizione 2025

Anche la percentuale di giovani siciliani non più inseriti in un percorso scolastico/formativo e non impegnati in un'attività lavorativa, NEET (Neither in Employment nor in Education and Training) risulta essere tra le peggiori rispetto alle altre regioni italiane, in linea con quella della quota di ragazzi che sono usciti dai percorsi formativi.

Sul totale dei 15-29enni italiani, la quota di NEET siciliani è pari al 25,7%, rispetto al dato relativo al resto della nazione (15,2%).

Sono quasi tutte del Mezzogiorno le regioni con i valori più elevati di NEET (fig. 12), e quattro hanno valori superiori al 20% (Calabria 26,2%; Sicilia 25,7%; Campania 24,9%, Puglia 21,4%).

All'interno della nostra regione, la percentuale di giovani che non lavorano e non studiano è più elevata nella provincia di Caltanissetta (30,3%), di Siracusa (29,4%) e di Palermo (28,9%).

Emerge in positivo la provincia di Ragusa dove nel 2024 l'indicatore è prossimo alla media dell'Italia (15,4 vs 15,2).

Figura 12. Giovani 15-29 anni che non lavorano e non studiano per regione- Anno 2024

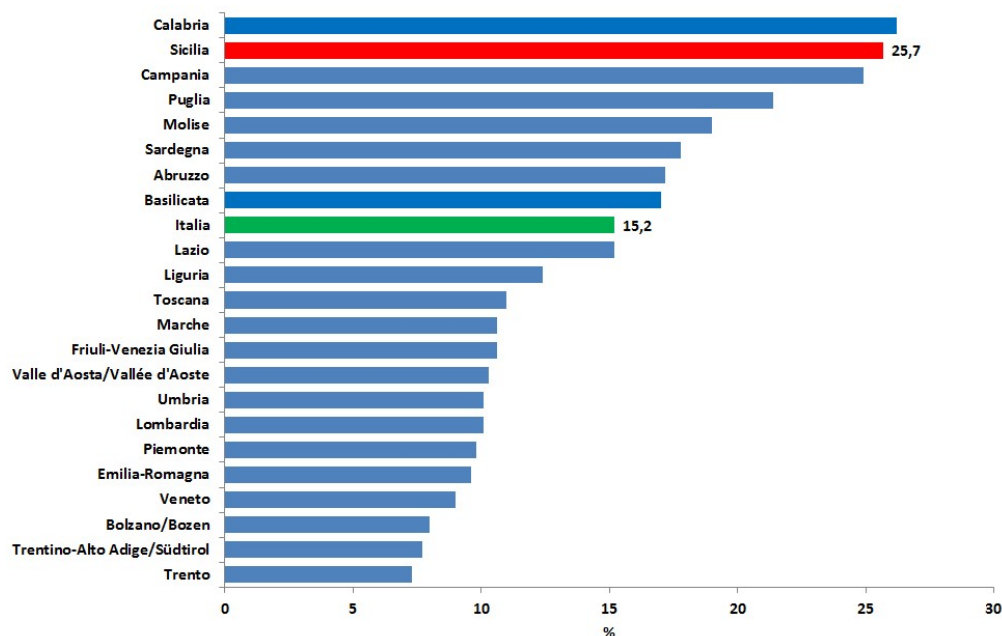
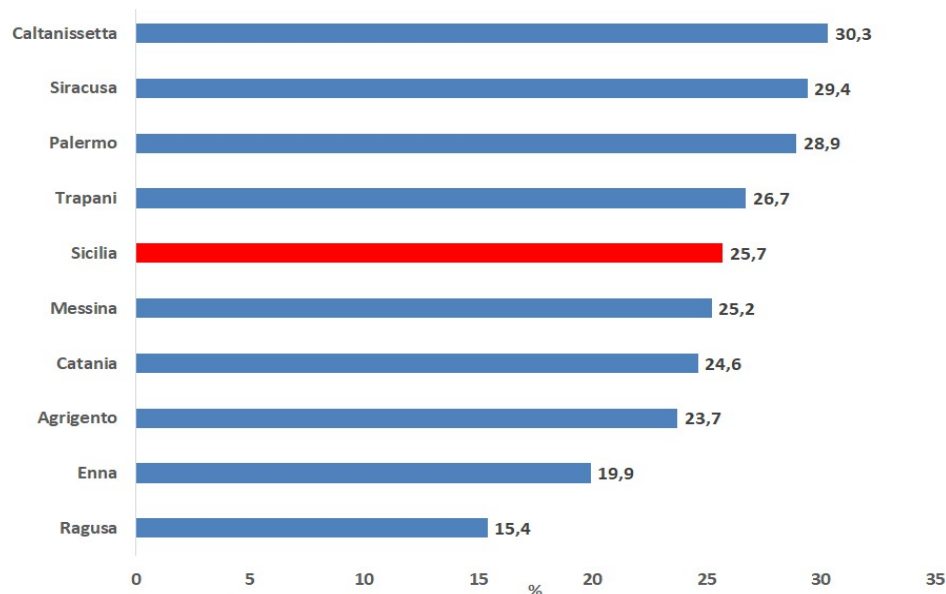


Figura 13. Giovani 15-29 anni che non lavorano e non studiano. Sicilia- Anno 2024



Fonte: Istat, Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Edizione 2025

Il gap nei livelli di istruzione è molto ampio guardando la cittadinanza delle persone. Tra i giovani con cittadinanza straniera, il tasso di abbandono precoce degli studi è tre volte quello degli italiani (26,9% contro 9,0%) e varia molto a seconda dell'età di arrivo in Italia. Per chi è entrato in Italia tra i 16 e i 24 anni di età la quota raggiunge il 41,2%, scende al 33,4% per chi aveva 10-15 anni e cala ulteriormente, pur rimanendo elevata (19,1%), tra i ragazzi arrivati entro i primi nove anni di vita.

Similmente al raggiungimento di un titolo terziario, anche la dispersione scolastica è associata alle caratteristiche socio-economiche della famiglia di origine: se il livello di istruzione dei genitori è basso, l'incidenza degli abbandoni precoci è molto elevata. Quasi un quarto (24,1%) dei giovani 18-24enni con genitori aventi al massimo la licenza media, ha abbandonato gli studi prima del diploma, quota che scende al 5,3% se almeno un genitore ha un titolo secondario superiore e al 2,5% se laureato.

1.3 Le famiglie

Nel corso del 2024 (ultimo aggiornamento reso disponibile dall'Istat), nella nostra regione la percentuale di persone celibi o nubili è pari al 42,4% (14° posto su 20 regioni), quella di persone coniugate è pari al 47,8% mentre i divorziati costituiscono il 2,6% della popolazione residente (15° posto in Italia con alta prevalenza nel genere femminile – 1,03%).

La percentuale di vedovi/e, infine, è pari al 7,3% (14° posto in Italia) (fig. 14).

Fino al 2020 si è assistito in Sicilia ad un progressivo incremento del numero dei nuclei familiari: se a fine 2018 si registravano 2.011.285 famiglie, nel corso del 2020 il loro numero si attesta a 2.050.320 (39.035 famiglie in più pari ad una variazione del 2,4% rispetto al 2018) (fig. 15).

Nel corso del 2022 e del 2023 il trend mostra un certo rallentamento, (rispettivamente 0,7% e 0,4%), attestandosi ai livelli del 2018.

Figura 14. Distribuzione della popolazione per stato civile

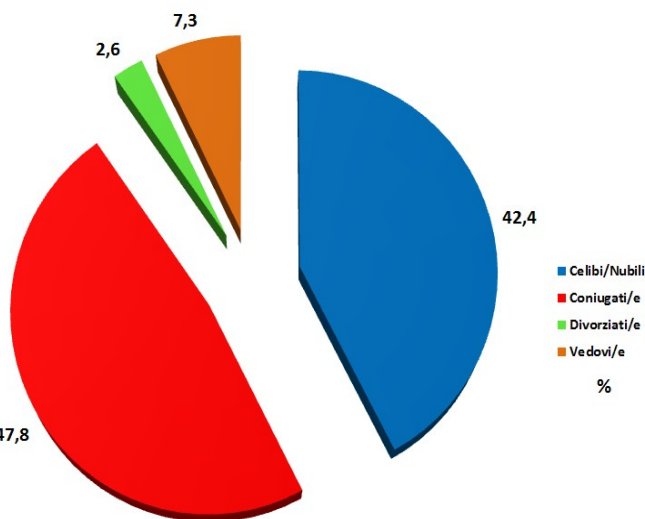
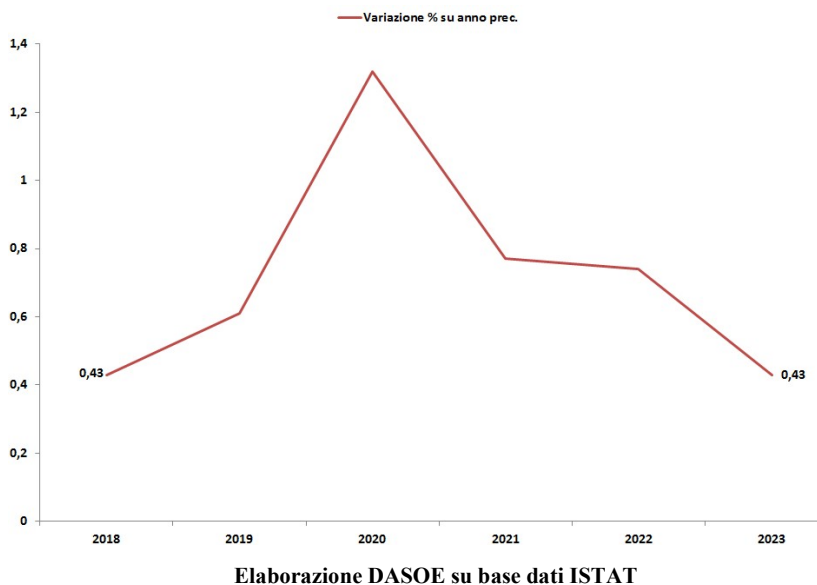


Figura 15. Variazione percentuale delle famiglie su anno precedente. Sicilia 2018-2023



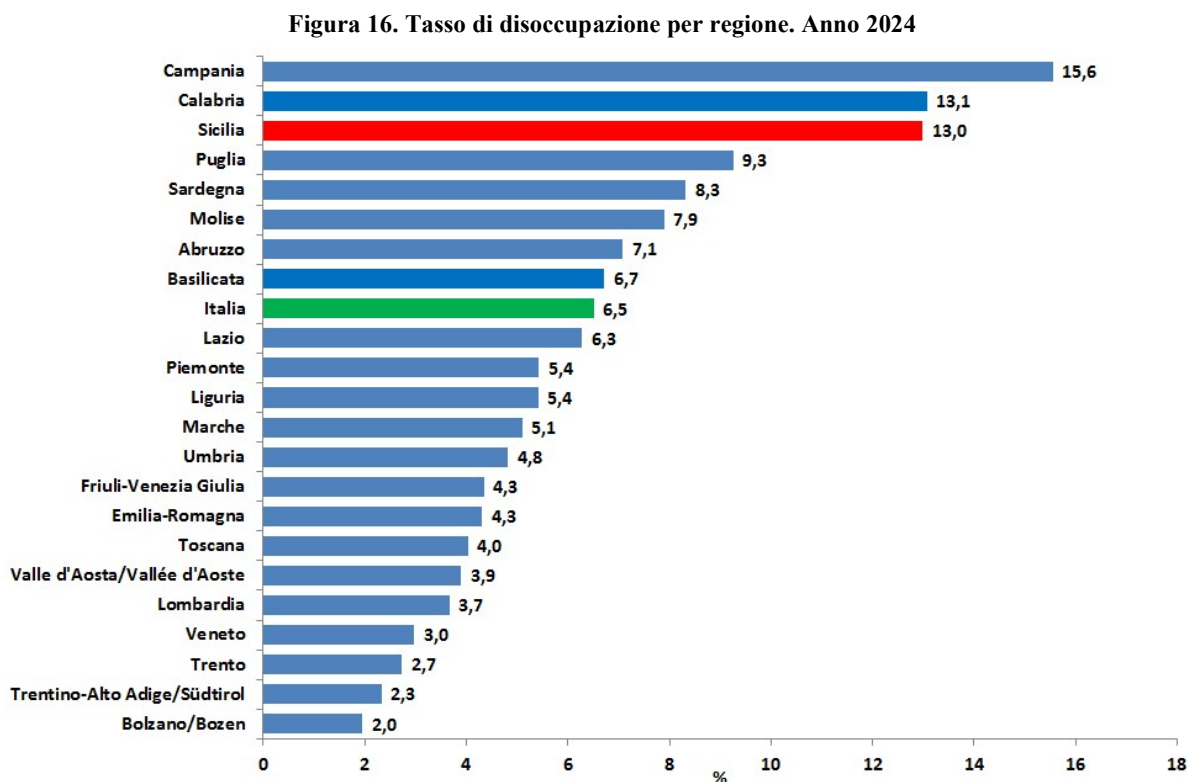
Il numero medio di componenti è passato da 2,4 nel 2018 a 2,3 nel 2023 (3° posto su 20 regioni); valore di poco superiore alla media di riferimento nazionale (2,2). Le famiglie costituite da una sola persona, che a inizio 2018 erano circa 600.000 (il 29,9%), nel 2024 rappresentano il 36,2% del totale delle famiglie.

In sintesi, all'invecchiamento progressivo della popolazione si associa un aumento delle persone che vivono sole. L'incremento è spiegato dal progressivo invecchiamento della popolazione con conseguente aumento di anziani che vivono da soli, dai forti flussi migratori di popolazione in età lavorativa e delle politiche di sviluppo urbano, che hanno favorito la formazione di nuove famiglie con componenti giovani nelle zone contraddistinte da dinamiche demografiche più vivaci.

1.4 Il lavoro

La maggior parte degli indicatori del mercato del lavoro presenta ancora divari territoriali marcati. Nel 2024 il divario territoriale tra Mezzogiorno e Centro-nord è superiore ai 20 punti percentuali (53,4 per cento nel Mezzogiorno, rispetto al 74,1 per cento nel Centro-Nord). In particolare, la quota di occupati sulla popolazione di età compresa tra i 20 e i 64 anni varia tra il minimo del 48,5 per cento, in Calabria, e il massimo 79,9 per cento, nella Provincia autonoma di Bolzano/Bozen. Gli aumenti più consistenti (superiori a 1,5 punti percentuali) si registrano nel Centro-nord (in Piemonte, Toscana e Umbria) e nel Mezzogiorno (in Sicilia e Sardegna), mentre si osserva una flessione in Veneto, Emilia-Romagna e Marche.

Nel corso del 2024 il tasso di disoccupazione siciliano (13%) è maggiore del doppio del riferimento nazionale (6,5%), confermandosi fra i valori più alti in Italia (il terzo dopo la regione Campania e la regione Calabria) seppur denotando una tendenza positiva a partire dal 2018.

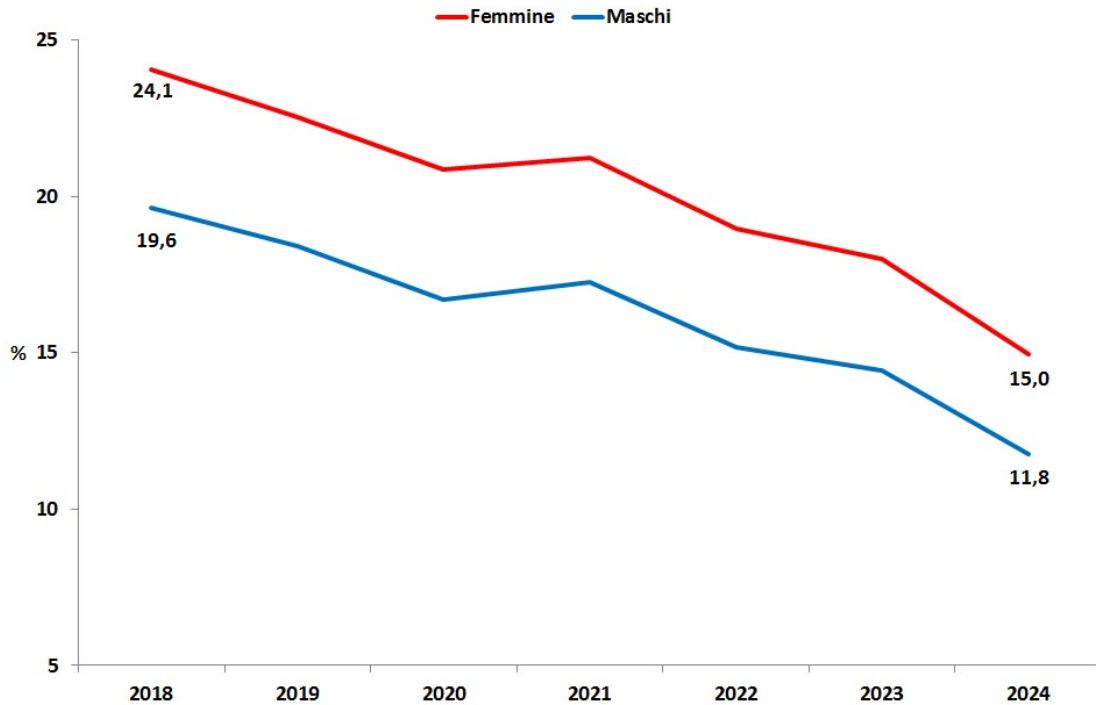


Fonte: Istat, Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Edizione 2025

Permangono marcate differenze di genere in quanto le donne siciliane risultano essere le più penalizzate nel mercato del lavoro sia dal punto di vista della domanda che dell'offerta.

Come si vede dalla figura 17 negli ultimi 7 anni in osservazione, seppure il valore dell'indicatore sia progressivamente diminuito rispetto al 2018, il tasso di disoccupazione femminile si mantiene costantemente al di sopra di quello maschile, facendo registrare nel corso del 2024 una differenza pari a 3,2 punti percentuale (15% vs 11,8%).

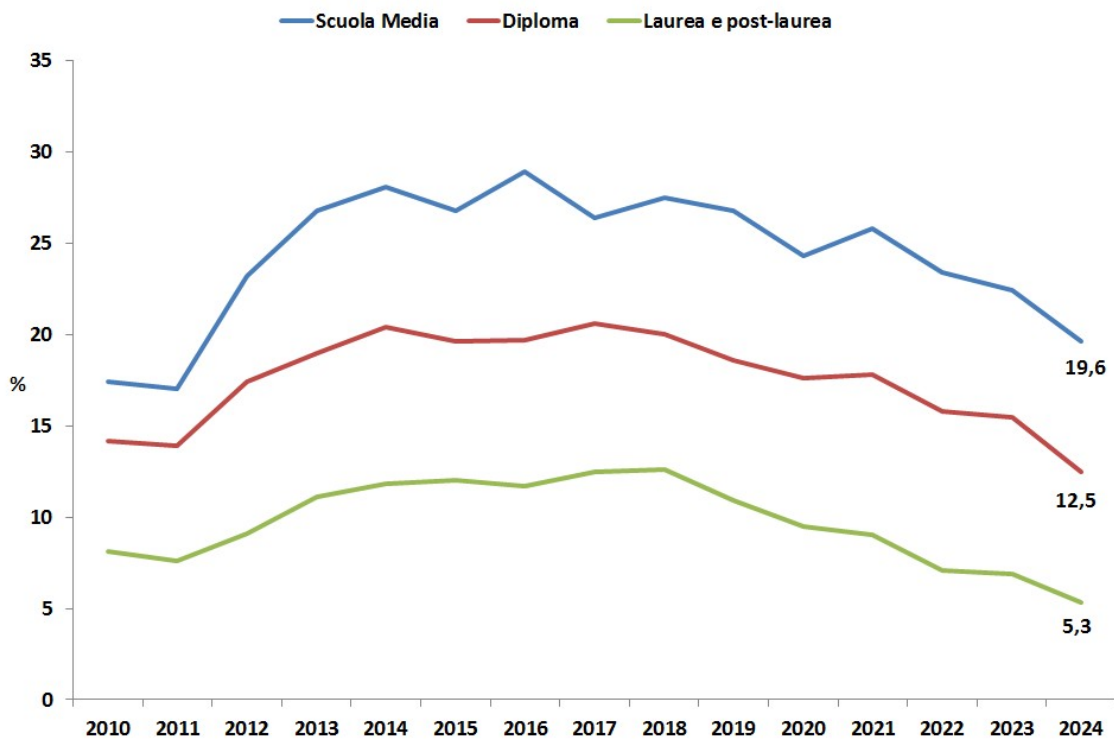
Figura 17. Tasso di disoccupazione Sicilia 2018- 2024



Fonte: Istat, Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Edizione 2025

Vengono confermate anche in Sicilia evidenti differenze nell'accesso al mercato del lavoro in base al titolo di studio posseduto: le maggiori chance di entrare più facilmente nel mercato del lavoro rimangono ad appannaggio degli individui con un alto titolo di studio (fig.18).

Figura 18. Andamento del tasso di disoccupazione per titolo di studio. Sicilia 2010- 2024



Elaborazione DASOE su base dati ISTAT

1.5 La povertà

Vi sono dimensioni che riguardano le famiglie e gli individui e che, al di là delle grandezze economiche, coinvolgono la sfera della percezione personale e aspetti trasversali quali la coesione sociale e il benessere della popolazione. Gli indicatori illustrati in questa sezione evidenziano dati che mostrano una forte associazione con il territorio, la struttura familiare, il livello di istruzione e la partecipazione al mercato del lavoro.

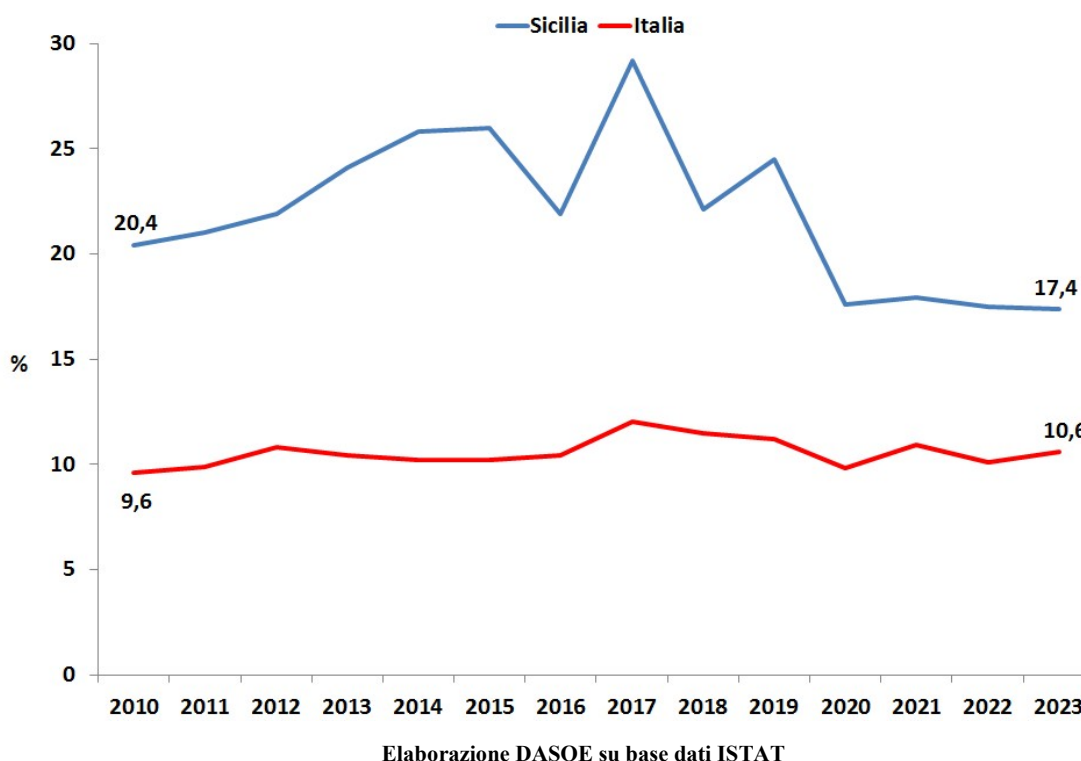
Dall'Indagine sulle condizioni economiche e sociali delle famiglie condotta dall'Istat, in Sicilia emerge un valore elevato della percentuale di incidenza della povertà espressa in termini relativi¹ rispetto al contesto nazionale. Nell'arco di quattro anni la percentuale di famiglie povere è passata dal 20,4% del 2010 al 25,3% nel corso del 2015, subendo una decisa impennata nel corso del 2017 (29%), mostrando una inversione di tendenza nel 2018 per poi stabilizzarsi a partire dal 2021 (fig. 19).

Il rischio di povertà si concentra in misura sempre maggiore sulle persone più giovani, in particolare minorenni, sulle famiglie con capofamiglia operaio, oppure lavoratore parasubordinato o disoccupato.

L'analisi registra nel corso del 2023 un incremento della povertà anche tra le famiglie italiane (10,6%), ma restano molto nette le differenze nel rischio di povertà tra famiglie italiane e immigrate: i tassi di povertà tra queste ultime sono enormemente più elevati (il rischio di povertà è circa 10-11 volte più elevato per i "non nativi").

E' in aumento non solo l'incidenza del fenomeno della povertà relativa, ma anche la sua intensità, misurata dallo scostamento tra il reddito medio dei poveri e la soglia. Questo incremento è condiviso sia dalle famiglie degli italiani che da quelle degli immigrati.

Figura 19. Percentuale di famiglie in povertà relativa. Sicilia-Italia 2010-2023



¹ Per povertà relativa si intende la indisponibilità di risorse monetarie atte a mantenere lo standard di vita medio della popolazione di riferimento. L'Istat procede, pertanto, a determinare una soglia di povertà individuata dalla spesa media mensile per consumi di un italiano: le famiglie composte da due persone che presentano una spesa pari o inferiore a tale valore vengono classificate come povere.

Se poi invece dall'incidenza della povertà si passa ad esaminare l'andamento della deprivazione si può delineare un quadro indicativo non solo delle condizioni economiche ma indirettamente anche di quelle di salute della popolazione siciliana.

L'Istat, a fianco degli specifici indicatori della povertà, calcola un indicatore di difficoltà economica attraverso le informazioni raccolte con l'indagine sul reddito e condizioni di vita (Eu-Silc). L'indicatore, denominato sintetico di deprivazione, rappresenta una misura importante nell'ambito dell'analisi dell'esclusione sociale.

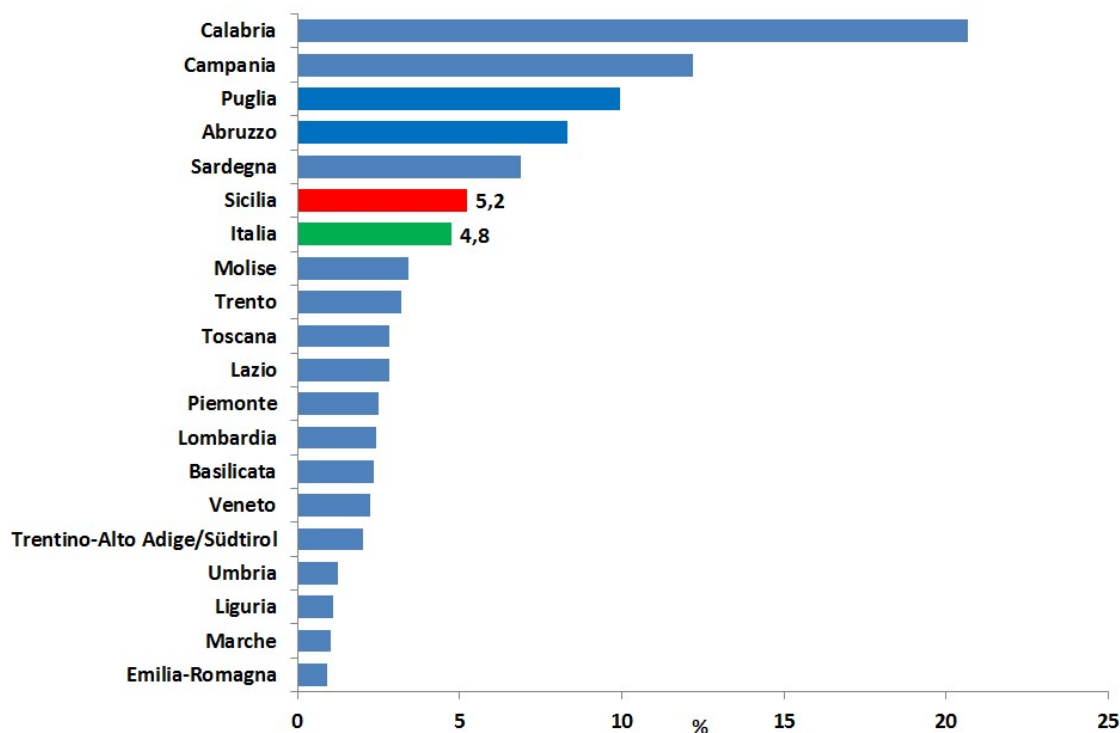
A partire da una pluralità di indicatori semplici, riferiti a diverse dimensioni del disagio economico, l'indicatore sintetico fornisce un'utile indicazione sulla diffusione di alcune difficoltà del vivere quotidiano.

L'indicatore sintetico di deprivazione rappresenta la quota di famiglie che dichiarano almeno quattro delle nove deprivazioni richieste nel questionario: non riuscire a sostenere spese impreviste, avere arretrati nei pagamenti (mutuo, affitto, bollette, debiti diversi dal mutuo), non potersi permettere una settimana di ferie in un anno lontano da casa, un pasto adeguato (proteico) almeno ogni due giorni, il riscaldamento adeguato dell'abitazione, l'acquisto di una lavatrice, o di un televisore a colori, o di un telefono, o di un'automobile.

Questo indicatore risulta più sensibile di quelli definiti da soglie di povertà monetaria, catturando le difficoltà nell'acquisire beni e servizi considerati "normali", ed esprime il livello di svantaggio sociale relativo.

Nel 2023, la percentuale degli individui che vivono in famiglie in condizione di grave deprivazione materiale e sociale in Sicilia si attesta al 5,2% della popolazione che (figura 20).

**Figura 20. Persone che vivono in famiglie in condizioni di grave deprivazione materiale e sociale per regione
Anno 2023 (valori percentuali)**

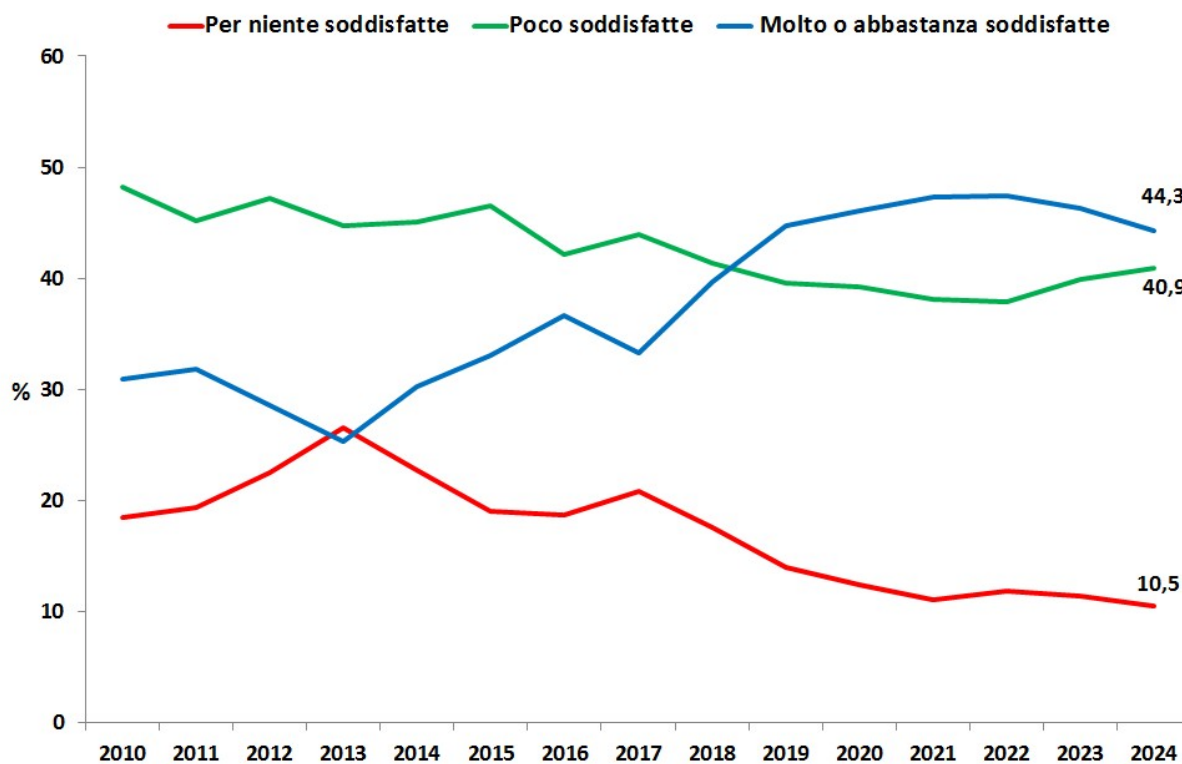


Fonte: Istat, Indagine Eu-Silc

Ulteriore conferma della difficoltà in cui incorre un numero sempre maggiore di famiglie siciliane viene dalle rilevazioni Istat sulla percezione del disagio (figura 21).

Nonostante la quota di famiglie siciliane che ritiene la propria condizione economica abbastanza o molto soddisfacente sia migliorata già nel corso del 2018 attestandosi nel 2024 al 44,3%, più della metà delle famiglie siciliane (51,4%) giudica la propria condizione economica nel corso del 2024 per niente (10,5%) o poco soddisfacente (40,9%).

Figura 21. Giudizio delle famiglie sulla condizione economica percepita. Sicilia 2010-2024



Fonte: <http://dati.istat.it/> Aspetti della vita quotidiana - Famiglie

Parte seconda

Stili di vita e diseguaglianze di salute

2.1 L'impatto delle disuguaglianze nei fattori di rischio comportamentali

Le condizioni socioeconomiche individuali e familiari, così come i contesti in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono ed invecchiano, influenzano fortemente l'adozione di stili di vita scorretti lungo l'intera vita di ciascun individuo.

In particolare, nei Paesi ad alto reddito, le fasce più svantaggiate della popolazione, vuoi perché meno istruite o di classe occupazionale meno qualificata, vuoi perché dotate di minori competenze e risorse economiche o, vuoi, ancora, perché residenti in media in contesti più deprivati, tendono a mostrare una esposizione maggiore ai fattori di rischio comportamentali.

In Europa questo è stato ampiamente documentato nel consumo di tabacco, di alcol e di altre sostanze, nei livelli di sedentarietà e di inattività fisica, nelle scelte più frequenti di modelli alimentari poco nutrizionali e, infine, nella maggior prevalenza di obesità e sovrappeso (European Commission, 2013). Ciononostante, l'impatto delle disuguaglianze sociali sugli stili di vita non è predeterminato ed esistono ampie e mutevoli variazioni nella forza dell'associazione tra posizione socioeconomica e rischi comportamentali, dovuto ad esempio alla possibile presenza di altri fattori che ne mediano la relazione, alla modifica dei comportamenti insalubri nel tempo, così come all'efficacia delle eventuali azioni di prevenzione e di sanità pubblica.

L'Italia e in particolare la Sicilia, rappresentano in questo senso un interessante scenario in quanto alcune abitudini chiaramente influenzate dallo svantaggio sociale coesistono con altre in cui invece non sembra apparire un nesso così marcato. Ed altre ancora che invece presentano una forte connotazione sociale soltanto in alcune aree territoriali o in uno dei due sessi.

I dati sono tratti dall'indagine PASSI Sicilia 2023-2024 attraverso la quale viene monitorata annualmente la percezione delle famiglie siciliane sui problemi correlati ai fattori di rischio.

La peculiarità del ricorso alla rilevazione di dati soggettivi è quella di avvalersi di indicazioni derivate dai soggetti intervistati, in modo da introdurre nelle statistiche ufficiali le opinioni e le percezioni dei diretti interessati, consentendo di ricostruire comportamenti e stili di vita.

E' infatti ormai ampiamente condiviso il concetto che la rilevazione degli aspetti soggettivi abbia un alto valore informativo e analitico, sebbene questa presenti alcuni limiti metodologici che influenzano la successiva interpretazione dei risultati: cambiando il campione intervistato di anno in anno, risulta molto difficile attribuire agli stessi soggetti le differenze di opinioni e di percezioni osservate negli anni precedenti.

Tuttavia gli indicatori soggettivi costituiscono comunque un utile complemento a quelli strettamente oggettivi, in quanto consentono di valutare eventuali analogie o divergenze tra ciò che le persone riferiscono e ciò che emerge dai dati raccolti.

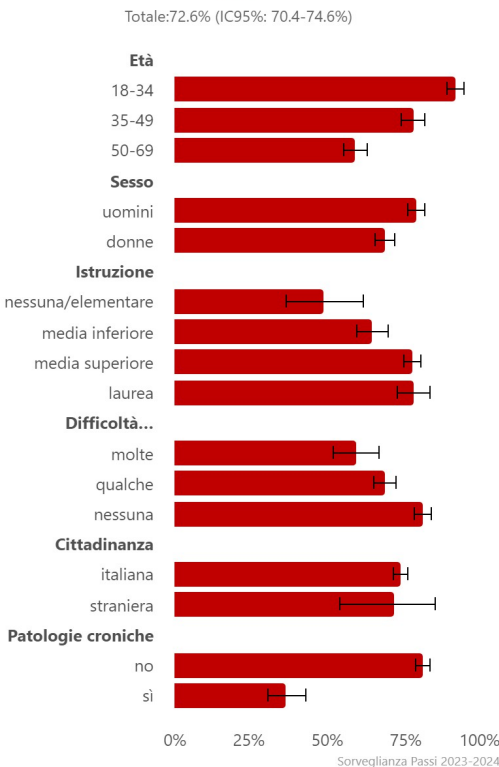
2.2 Stato di salute percepito

Il 72,6% dei residenti siciliani di 18-69 anni intervistati riferisce di stare bene o molto bene, il 22,2% discretamente e il 5,2% male o molto male.

La percentuale di persone che riportano uno stato di salute complessivamente buono è maggiore tra il genere maschile (77,7%), tra i laureati (77%) e non ha nessuna difficoltà economica ad arrivare a fine mese (79,8%), rispetto a chi ha la licenza media o nessun titolo di studio (48,3%) e riferisce molte difficoltà economiche (58,4%).

I cittadini stranieri residenti in Sicilia risultano percepire meno positivamente la propria salute rispetto a quelli siciliani (70,5%).

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

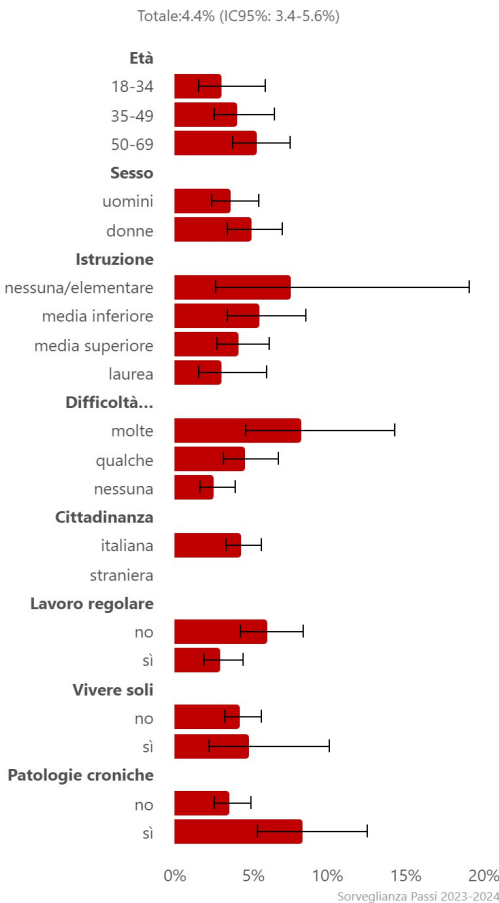


2.3 Sintomi di depressione

Il 4,4% della popolazione siciliana intervistata soffre di sintomi di depressione, pari ad una stima di circa 171 mila persone con età compresa tra i 18-69 anni.

Questa percentuale risulta maggiore tra le persone nella fascia di età 50-69 anni (5,4%), di sesso femminile (5%) con un titolo di istruzione molto basso (7,5%) e più elevata tra quelle con difficoltà economica (8,2% tra chi ne riferisce molte e 4,6% tra chi ne riporta qualche).

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



2.4 Attività fisica

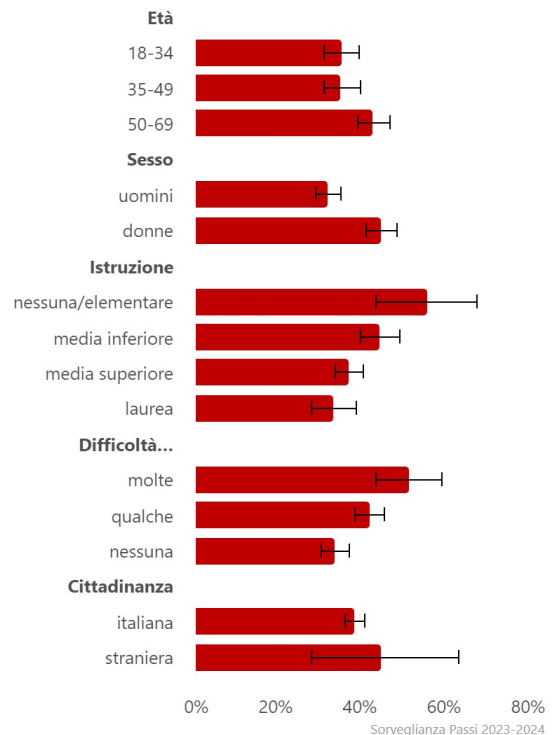
Nel biennio 2023-2024, il 40,2% del campione siciliano dichiara di avere uno stile di vita attivo, il 21,5% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 38,3% è completamente sedentario (valore di riferimento nazionale: 27,2%).

L'analisi per caratteristiche socio-demografiche permette di evidenziare che meno sedentari sono: i 35-49enni (34,9%), le persone di sesso maschile (31,7%) coloro che hanno un titolo di studio medio-alto (media superiore: 36,8%; laurea 33,1%) e chi non ha nessuna difficoltà economica (33,5%).

I cittadini stranieri residenti in Sicilia risultano avere uno stile di vita meno attivo rispetto ai siciliani (stranieri sedentari 44,6% vs 38,1% italiani sedentari).

Sedentari per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale:38.3% (IC95%: 35.9-40.7%)



2.5 L'abitudine al fumo

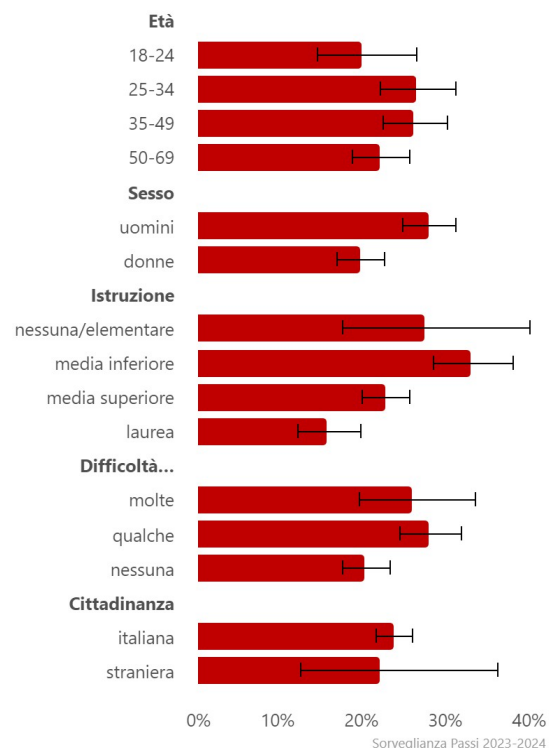
I fumatori in Sicilia sono il 23,5%, valore inferiore alla media di riferimento nazionale (29,8%). Tra questi il 21,8% è un fumatore quotidiano in quanto fuma ogni giorno. In media un fumatore abituale fuma 12 sigarette al giorno.

L'abitudine al fumo è più alta negli uomini (27,7%) che nelle donne (19,5%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne. Il 64,4% dei 18-69enni siciliani non fuma, il 12,1% ha smesso di fumare.

L'abitudine al fumo è più frequente nei 25-34enni (26,2%), nelle persone con titolo di studio basso (32,8%), in quelle che riferiscono difficoltà economiche (molte 25,8%; qualche 27,8%). I cittadini stranieri residenti in Sicilia risultano fumare meno rispetto a quelli siciliani (21,9% vs 23,5%).

Fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale:23.5% (IC95%: 21.5-25.7%)

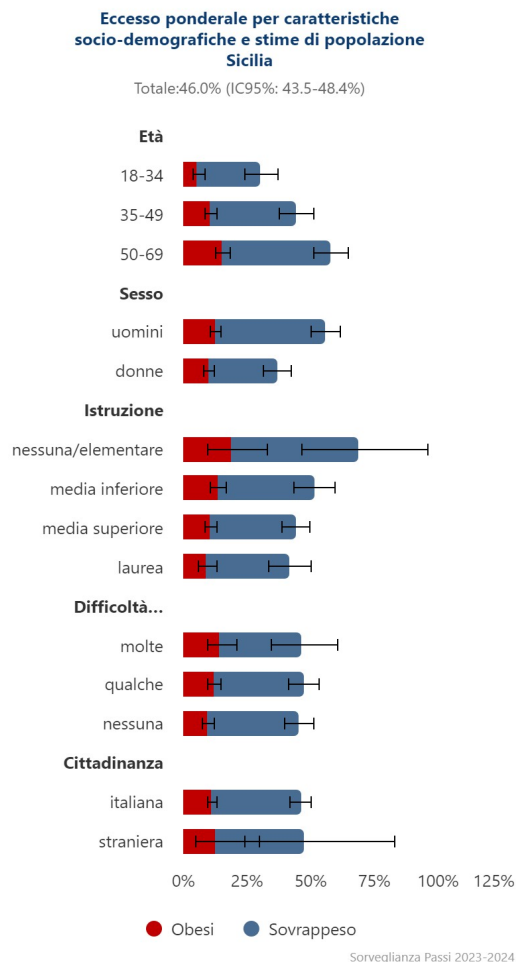


2.6 Stato nutrizionale

In Sicilia il 46% dei 18-69enni presenta un eccesso ponderale (43% il valore di riferimento nazionale). Quasi 1 adulto su tre è in sovrappeso e più di 1 adulto su 10 è obeso.

L'eccesso ponderale diventa più frequente al crescere dell'età (il 15,4% dei 50-69enni siciliani è obeso mentre il 42,3% è in sovrappeso), negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e in chi ha difficoltà economiche.

Le prevalenze di adulti obesi fra i cittadini stranieri residenti in Sicilia risultano maggiori rispetto alle prevalenze dei cittadini italiani (cittadini stranieri: obesi 12,7%; vs cittadini italiani: obesi 11,4%), mentre le prevalenze di adulti in sovrappeso risultano minori tra la popolazione straniera residente (36,2% vs 34,6%;)



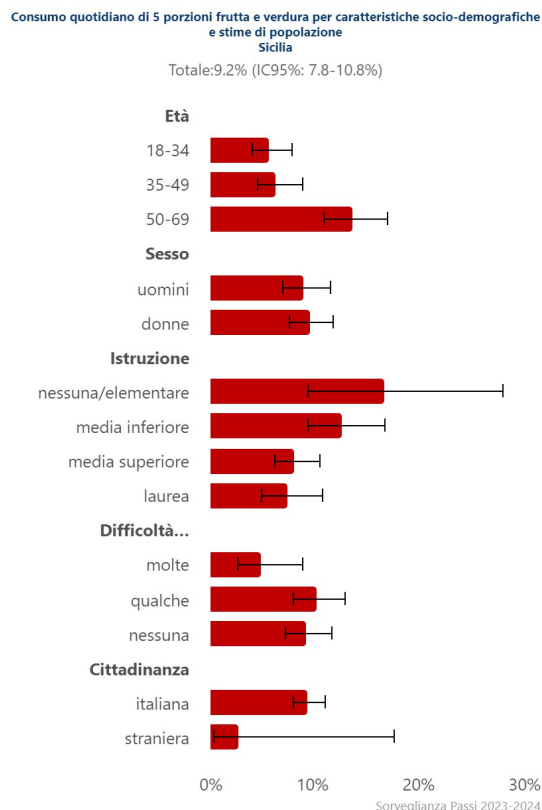
2.7 Abitudini alimentari

Il 48,7% degli adulti siciliani consuma 1-2 porzioni di frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 38% ne consuma 3-4, e circa un 18-69enne su 10 mangia le 5 porzioni raccomandate.

L'adesione al "five-a-day" aumenta al crescere dell'età e risulta essere leggermente più diffusa nelle donne (9,5%) piuttosto che negli uomini (8,9%).

L'adesione al "five-a-day" è risultata essere più frequente nelle persone con basso livello di istruzione (16,5%) e in chi ha qualche difficoltà economica (10,2%).

I cittadini stranieri residenti in Sicilia aderiscono in percentuale minore al "five-a-day" rispetto a quelli siciliani (2,8% vs 9,3).



2.8 Consumo di alcol

Il 47,1% degli adulti siciliani ha consumato almeno una bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni (57,7% in Italia), il 9,7% di coloro che consumano alcol lo beve esclusivamente o prevalentemente fuori pasto, lo 0,6% dei bevitori è un consumatore abituale elevato, il 3,6% degli intervistati è un consumatore binge. Il 12,5% dei 18-69enni siciliani è un consumatore di alcol a “maggior rischio” perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato (17,8% il valore di riferimento nazionale).

Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i 18-24enni e fra i 25-34enni (25,6%), tra gli uomini (15% vs 10,2%), tra i laureati (15,8%) e tra coloro i quali non hanno difficoltà economiche (13,1%). I cittadini stranieri consumano meno alcolici rispetto a quelli siciliani (5,4% vs 12,5%).

2.9 Ricorso allo screening

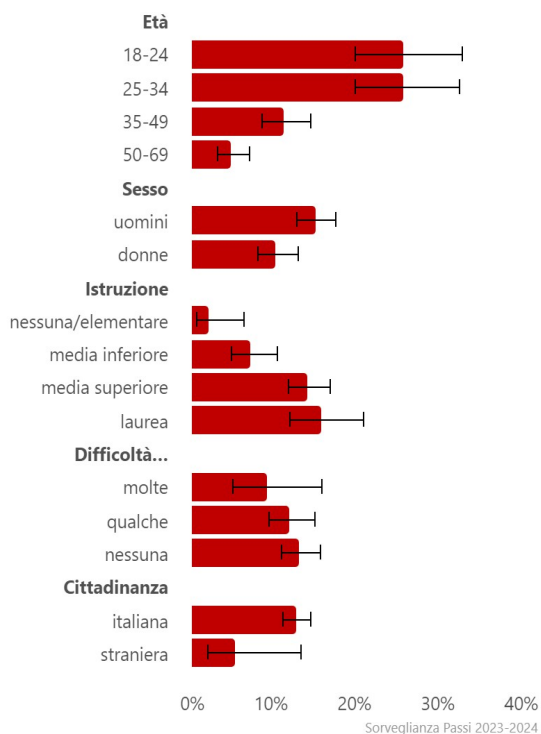
a. lo screening cervicale

In Sicilia lo screening cervicale a scopo preventivo nell’ambito di programmi organizzati dalle ASP nel corso degli ultimi due anni è pari al 39,9%, mentre una quota inferiore, ma consistente, di donne (26,2%) fa prevenzione per iniziativa personale, fuori dai programmi organizzati dalle Asp, sostenendo del tutto o in parte il costo dell’esame.

In particolare l’esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati (sia organizzato che spontaneo) è risultata leggermente più alta fra le donne coniugate (67,6% vs 66,6% fra quelle non coniugate), tra le donne con un alto titolo di studio (81,8%) e fra quelle senza nessuna difficoltà economica (72,2%).

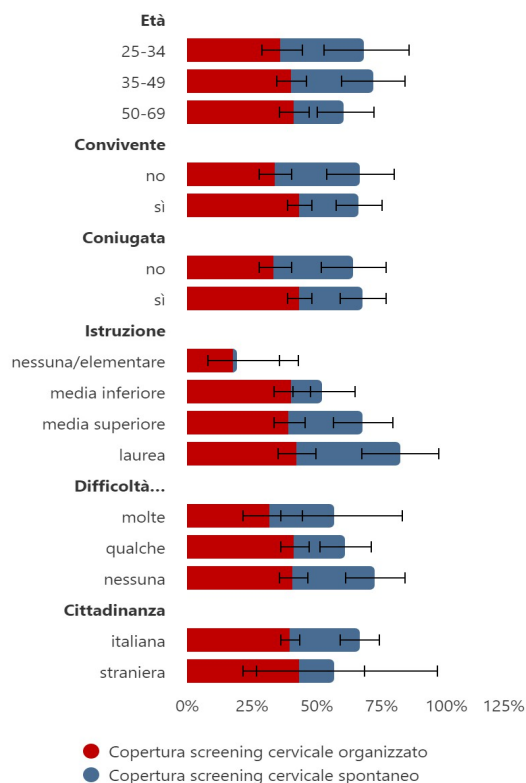
Consumo alcolico a maggior rischio
per caratteristiche socio-demografiche
e stime di popolazione
Sicilia

Totale:12.5% (IC95%: 10.9-14.3%)



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

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



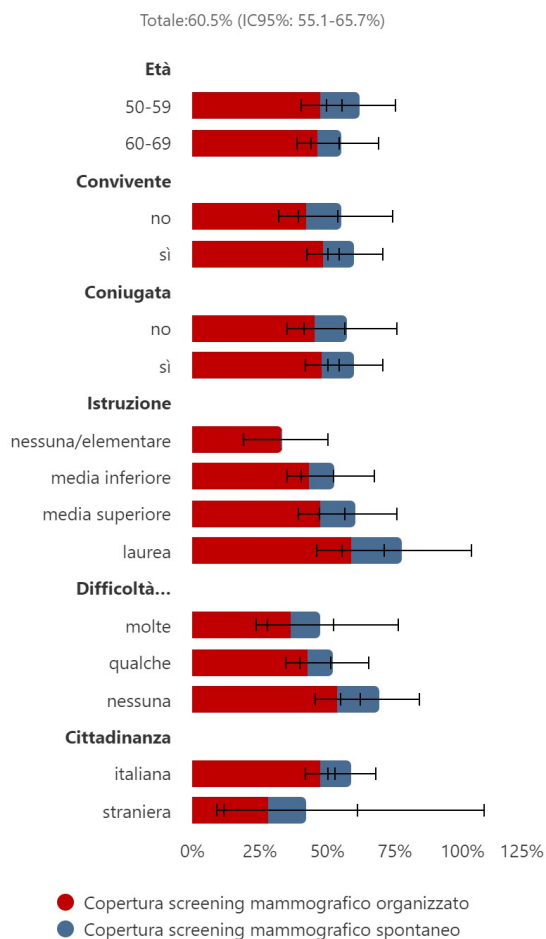
b. la mammografia

In Sicilia lo screening mammografico a scopo preventivo nell'ambito di programmi organizzati dalle Asp nel corso degli ultimi due anni è pari al 47,2%, mentre una percentuale inferiore di donne (11,5%) fa prevenzione per iniziativa personale, fuori dai programmi organizzati dalle Asp, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame.

La quota di donne che si sottopone allo screening mammografico è maggiore fra le 50-59enni (61,6%), fra le donne socio-economicamente più avvantaggiate per condizioni economiche (51,7%) o istruzione (77,5%), e fra le donne coniugate (59,8%) rispetto alle donne non coniugate (56,9%).

Le straniere aderiscono alla campagna di screening organizzato in percentuale molto minore rispetto a quelle italiane (straniere 28,6% vs 47,4% italiane; mentre aderiscono in percentuale maggiore allo screening spontaneo: 13,4% straniere vs 11,4% italiane).

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



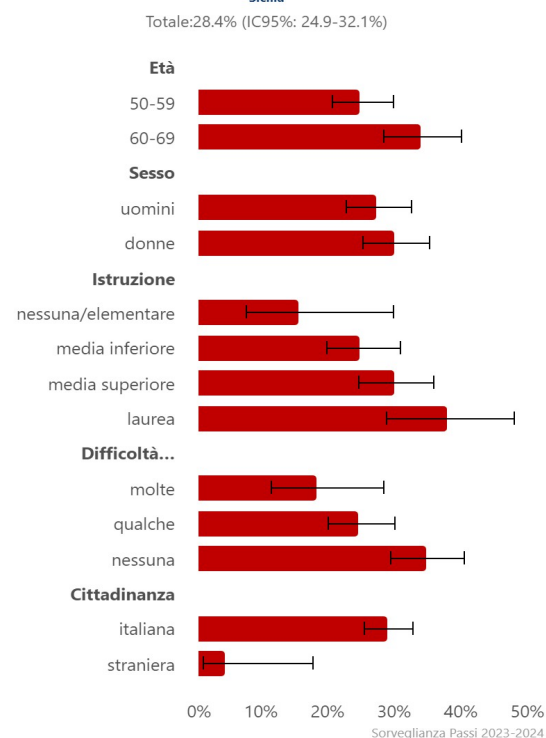
Sorveglianza Passi 2023-2024

c. lo screening coloretale

In Sicilia il 31,8% dei 50-69enni ha effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).

Il 26,7% degli intervistati ha effettuato lo screening nell'ambito di programmi organizzati dalle Asp, mentre il 3,8% ha fatto prevenzione per iniziativa personale, fuori dai programmi organizzati dalle Asp, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame. In particolare il 28,4% ha eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni, l'8,8% ha effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni.

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



Sorveglianza Passi 2023-2024

Parte terza

Diseguaglianze ed esiti di salute

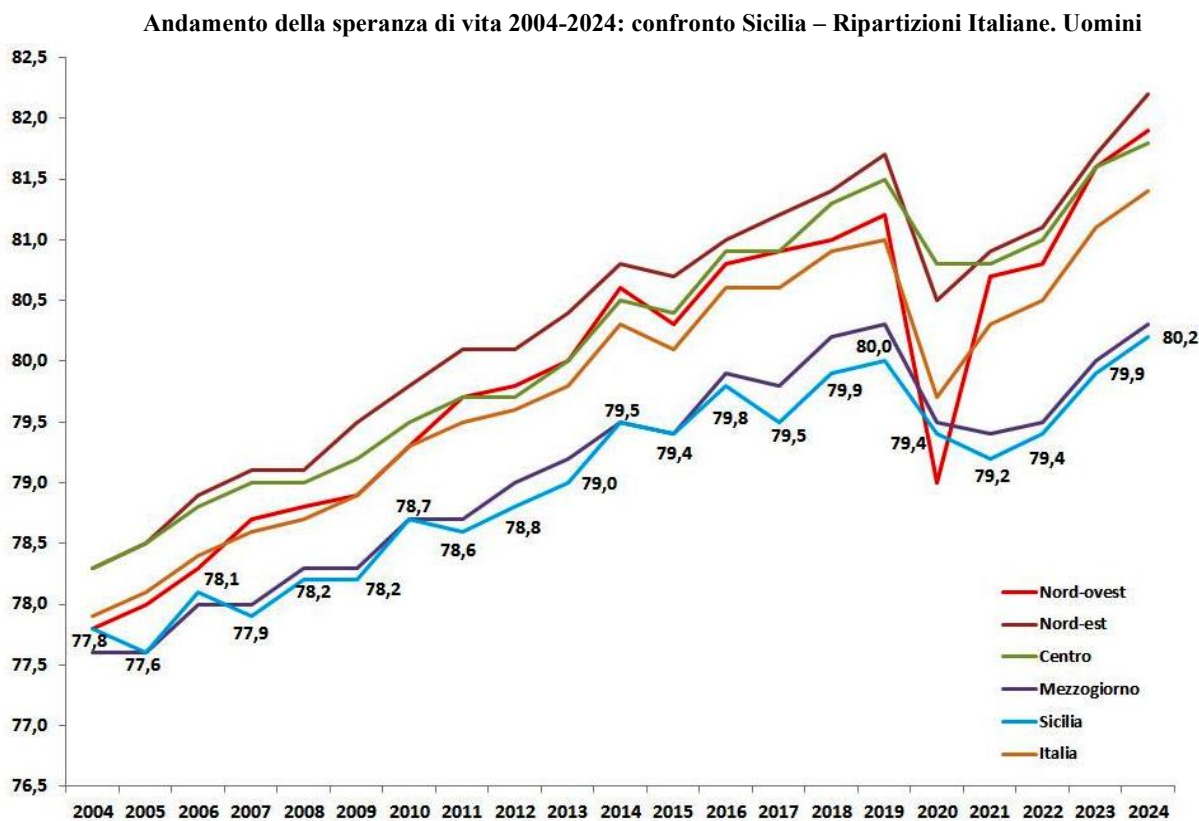
3.1 Disuguaglianze socioeconomiche ed esiti di salute

Disuguaglianze socioeconomiche nella salute sono state osservate in tutti i Paesi europei sia per indicatori di salute oggettiva, quali morbosità, disabilità e mortalità, sia per indicatori di salute percepita. Inoltre, differenze socioeconomiche nella mortalità a favore delle fasce sociali più avvantaggiate sono state ben documentate in molti Paesi europei con intensità variabile da Paese a Paese. Effetti più marcati sono stati osservati nei Paesi europei orientali di nuova adesione, mentre nei Paesi dell'Europa occidentale si osserva un andamento decrescente da Nord a Sud, con disuguaglianze più moderate nei Paesi mediterranei.

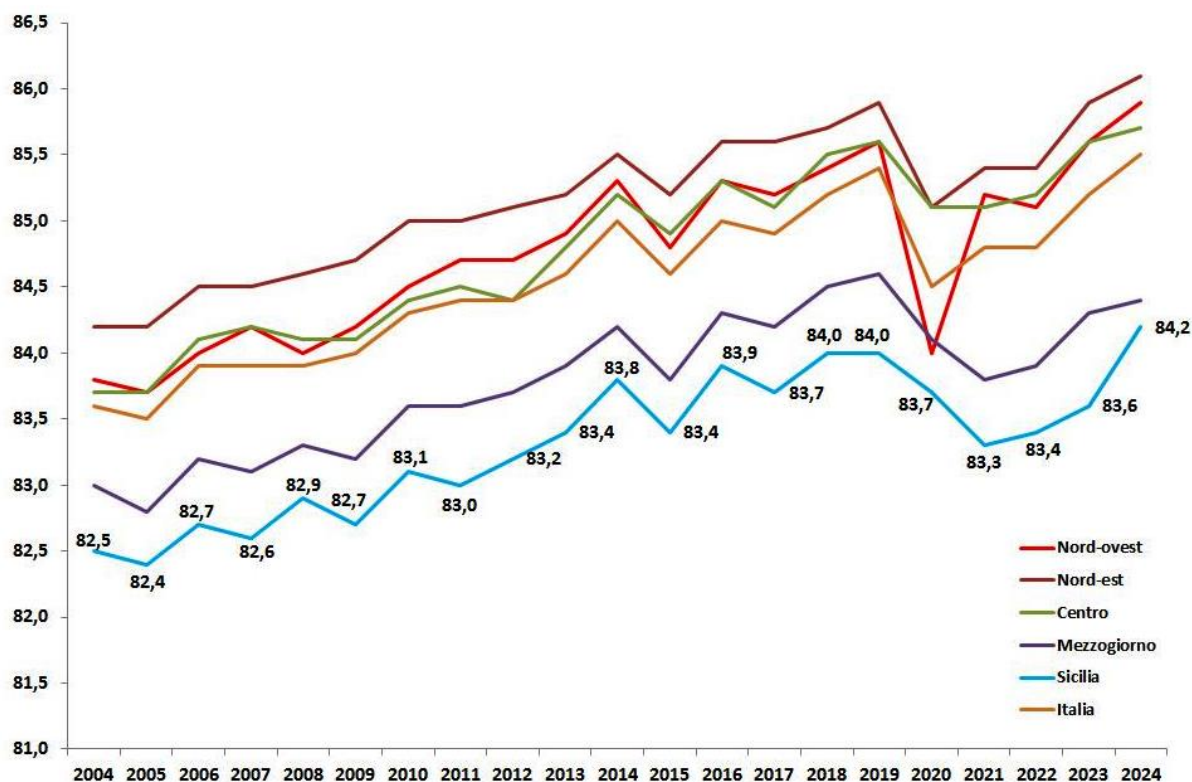
Sebbene la mortalità sia in costante decremento in tutta la popolazione, almeno nei Paesi dell'Europa occidentale, tale declino è stato più accentuato tra i più istruiti. Ciò ha determinato un aumento delle disuguaglianze relative di mortalità in molti Paesi europei nel corso degli anni Duemila, soprattutto tra gli uomini.

La speranza di vita della popolazione italiana è stata caratterizzata da un lungo trend di incremento progressivo e regolare (fatta eccezione per le due guerre mondiali e per la pandemia da Covid-19 nel 2020). Questa crescita è stata sempre eterogenea tra ripartizioni: negli ultimi 40 anni, l'incremento è stato più lento al Sud e più pronunciato al Nord, che partiva da livelli più sfavorevoli. Questa dinamica ha determinato un'aspettativa di vita oggi più favorevole per chi vive nelle regioni del Nord rispetto a chi vive al Sud.

Nel 2024 l'aspettativa di vita alla nascita in Sicilia è pari a 80,2 anni tra gli uomini e di 84,2 anni per le donne: rispetto al 2004 l'incremento maggiore si registra tra gli uomini (+2,4 anni) piuttosto che tra le donne (+1,7 anni). Queste disuguaglianze su base geografica interagiscono con disuguaglianze sociali su base individuale.



Andamento della speranza di vita 2004-2024: confronto Sicilia – Ripartizioni Italiane. Donne



Elaborazione DASOE su base dati Istat

L'indagine "Diseguaglianze regionali nella speranza di vita per livello di istruzione"² ha messo in evidenza che le persone meno istruite di sesso maschile mostrano ovunque una speranza di vita alla nascita inferiore di 3 anni rispetto alle persone più istruite. Nelle regioni del Mezzogiorno, indipendentemente dal livello di istruzione, i residenti perdono un ulteriore anno di speranza di vita.

Le disuguaglianze sociali nella mortalità sono presenti in tutte le regioni, ma sono più marcate in quelle più povere del Mezzogiorno.

La tabella sottostante mette a confronto la speranza di vita della popolazione siciliana con quella del resto del Paese: in entrambi i generi e per tutti e tre i livelli di istruzione considerati si evidenzia lo svantaggio dei residenti siciliani rispetto alla media di riferimento nazionale. Viene altresì confermato che, anche nella nostra isola, le persone meno istruite mostrano una speranza di vita alla nascita inferiore rispetto alle persone più istruite. Fra i principali gruppi di cause, i differenziali geografici sono maggiori per le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie e gli accidenti, mentre sono minori per molte sedi di patologie tumorali.

Speranza di vita alla nascita della popolazione al Censimento 2011, per genere e livello di istruzione. Confronto Sicilia-Italia 2012-2014

REGIONE	Femmine			Maschi		
	Livello di istruzione			Livello di istruzione		
	Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Alto
Sicilia	83,3	84,5	85,3	78,6	80,2	81,5
Italia	84,5	85,3	86,0	79,2	80,9	82,3

² Petrelli A; Frova L. "Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione"; Epidemiologia e prevenzione; ANNO 43 (1) Milano 2019.

3.2 Disuguaglianze socioeconomiche e mortalità in Sicilia

I risultati sui decessi siciliani valutati per livello socioeconomico riferiti al quadriennio 2021-2024, confermano che lo svantaggio sociale ed economico rappresenta un fattore predittivo per la mortalità. L’influenza delle disuguaglianza sulla mortalità è più forte negli uomini rispetto alle donne ed è più evidente per alcune delle patologie indagate. L’analisi della mortalità generale eseguita per i cinque livelli socioeconomici evidenzia in entrambi i sessi un progressivo aumento del rischio di mortalità in funzione della riduzione del livello socioeconomico. Tra il genere maschile le classi meno abbienti segnano un rischio pari al 16% in più rispetto alla classe più agiata, mentre tra il genere femminile il rischio si attesta al 13%.

Per quanto riguarda le malattie infettive e parassitarie gli eccessi statisticamente significativi si osservano in particolare per il livello medio-basso. L’incremento di rischio per questa categoria è pari al 98% per gli uomini e al 109% per le donne. Le patologie tumorali maligne fanno registrare un’incremento di rischio per la categoria medio-bassa pari all’8% negli uomini e al 10% nelle donne. Nelle malattie del sistema circolatorio, prima causa di decesso in entrambi i sessi anche nella nostra regione, le classi meno abbienti tra il genere maschile segnano un rischio pari al 32% in più rispetto alla classe più agiata, mentre tra il genere femminile il rischio si attesta al 21%.

Nelle malattie dell’apparato respiratorio il livello di posizione socioeconomica più basso evidenzia per gli uomini un incremento del rischio pari al 42%, mentre nelle donne il rischio osservato è pari al 33%. Infine le malattie dell’apparato digerente fanno registrare un rischio di mortalità più elevato nella classe con il livello più basso di posizione socioeconomica pari al 14% nel genere maschile.

Tabelle – Numero Medio Annuale di decessi, Tassi Standardizzati di Mortalità e Rapporto tra Tassi di Mortalità per causa e per posizione socioeconomica. Sicilia 2021-2024

Tutte le Cause (ICD-IX 001-999) UOMINI

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	5404	549,11	541,15	557,18	1,00	0,98	1,02
Medio-Alto	5664	575,13	567,13	583,24	1,05	1,03	1,07
Medio	5153	592,43	583,92	601,08	1,08	1,06	1,1
Medio-Basso	5217	602,37	593,81	611,04	1,10	1,07	1,12
Basso	5407	639,55	630,69	648,53	1,16	1,14	1,19

Tutte le Cause (ICD-IX 001-999) DONNE

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	5758	382,65	376,81	388,58	1,00	0,98	1,02
Medio-Alto	5853	401,92	395,94	407,99	1,05	1,03	1,07
Medio	5333	407,45	401,22	413,78	1,06	1,04	1,09
Medio-Basso	5379	420,21	413,89	426,63	1,10	1,07	1,12
Basso	6077	431,10	424,91	437,38	1,13	1,10	1,15

Malattie infettive e parassitarie (ICD-IX 001-139)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	82	8,64	7,66	9,74	1,00	0,84	1,19
Medio-Alto	57	6,07	5,28	6,99	0,70	0,58	0,85
Medio	73	8,48	7,51	9,58	0,98	0,83	1,17
Medio-Basso	149	17,14	15,76	18,65	1,98	1,71	2,30
Basso	66	7,79	6,87	8,84	0,90	0,76	1,07

Malattie infettive e parassitarie (ICD-IX 001-139)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	87	6,38	5,63	7,23	1,00	0,84	1,19
Medio-Alto	71	4,65	4,08	5,29	0,73	0,61	0,87
Medio	71	5,77	5,05	6,60	0,90	0,75	1,09
Medio-Basso	170	13,33	12,25	14,51	2,09	1,80	2,43
Basso	71	5,06	4,43	5,79	0,79	0,66	0,95

Tumori maligni (ICD-IX 140-208)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	1366	150,59	146,39	154,91	1,00	0,96	1,04
Medio-Alto	1461	158,59	154,33	162,97	1,05	1,01	1,10
Medio	1292	155,87	151,48	160,39	1,04	0,99	1,08
Medio-Basso	1346	162,08	157,63	166,66	1,08	1,03	1,12
Basso	1290	158,51	154,09	163,06	1,05	1,01	1,10

Tumori maligni (ICD-IX 140-208)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	1029	97,69	94,33	101,18	1,00	0,95	1,05
Medio-Alto	1074	101,22	97,86	104,69	1,04	0,99	1,09
Medio	1006	103,27	99,78	106,89	1,06	1,01	1,11
Medio-Basso	1042	107,02	103,50	110,66	1,10	1,04	1,15
Basso	1070	102,49	99,13	105,97	1,05	1,00	1,10

Malattie endocrine, metaboliche e disturbi immunitari (ICD-IX 240-279)
UOMINI

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	290	28,00	26,32	29,79	1,00	0,92	1,09
Medio-Alto	339	32,79	30,99	34,70	1,17	1,08	1,27
Medio	269	29,61	27,82	31,52	1,06	0,97	1,15
Medio-Basso	228	25,73	24,05	27,54	0,92	0,84	1,01
Basso	200	22,82	21,24	24,52	0,82	0,74	0,90

Malattie endocrine, metaboliche e disturbi immunitari (ICD-IX 240-279)
DONNE

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	352	21,90	20,63	23,25	1,00	0,92	1,09
Medio-Alto	402	26,45	25,02	27,95	1,21	1,11	1,31
Medio	311	22,52	21,16	23,96	1,03	0,94	1,12
Medio-Basso	267	20,01	18,72	21,38	0,91	0,84	1,00
Basso	236	16,19	15,07	17,39	0,74	0,67	0,81

Malattie del sistema circolatorio (ICD-IX 390-459)
UOMINI

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	1875	174,41	170,23	178,70	1,00	0,97	1,03
Medio-Alto	1894	180,30	176,03	184,67	1,03	1,00	1,07
Medio	1789	194,90	190,22	199,69	1,12	1,08	1,16
Medio-Basso	1773	195,18	190,51	199,97	1,12	1,08	1,16
Basso	2005	231,03	225,85	236,33	1,32	1,28	1,37

Malattie del sistema circolatorio (ICD-IX 390-459)
DONNE

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	2394	134,58	131,55	137,68	1,00	0,97	1,03
Medio-Alto	2287	133,43	130,42	136,50	0,99	0,96	1,02
Medio	2140	140,74	137,50	144,07	1,05	1,01	1,08
Medio-Basso	2052	139,94	136,66	143,29	1,04	1,01	1,07
Basso	2553	162,97	159,48	166,54	1,21	1,17	1,25

Malattie dell'apparato respiratorio (ICD-IX 460-519)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	648	61,38	58,91	63,96	1,00	0,94	1,06
Medio-Alto	757	72,30	69,63	75,08	1,18	1,11	1,25
Medio	672	73,34	70,50	76,30	1,19	1,13	1,26
Medio-Basso	698	77,05	74,14	80,08	1,26	1,19	1,33
Basso	777	86,97	83,88	90,19	1,42	1,34	1,50

Malattie dell'apparato respiratorio (ICD-IX 460-519)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	544	34,56	32,94	36,27	1,00	0,93	1,07
Medio-Alto	607	39,90	38,14	41,73	1,15	1,08	1,23
Medio	529	39,37	37,52	41,32	1,14	1,06	1,22
Medio-Basso	596	45,51	43,54	47,57	1,32	1,23	1,41
Basso	674	45,84	43,96	47,81	1,33	1,24	1,41

Malattie dell'apparato digerente (ICD-IX 520-579)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	166	18,59	17,12	20,18	1,00	0,89	1,12
Medio-Alto	171	19,43	17,92	21,07	1,05	0,93	1,17
Medio	148	18,89	17,35	20,56	1,02	0,90	1,14
Medio-Basso	145	18,08	16,60	19,69	0,97	0,86	1,10
Basso	172	21,28	19,69	23,00	1,14	1,02	1,28

Malattie dell'apparato digerente (ICD-IX 520-579)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	160	11,82	10,81	12,92	1,00	0,88	1,13
Medio-Alto	180	12,86	11,83	13,97	1,09	0,96	1,23
Medio	164	13,56	12,44	14,78	1,15	1,01	1,30
Medio-Basso	133	10,76	9,80	11,81	0,91	0,80	1,04
Basso	160	11,64	10,68	12,69	0,99	0,87	1,12

3.3 Disuguaglianze socioeconomiche nell'accesso ai ricoveri ospedalieri in Sicilia

Nel corso del triennio 2022-2024, per tutte le cause di ospedalizzazione si osserva un progressivo aumento del rischio di ricovero in entrambi i sessi in funzione della riduzione del livello socioeconomico. In entrambi i generi, infatti, le classi meno abbienti segnano un rischio di ricorso alle cure ospedaliere pari al 13% in più rispetto alla classe più agiata.

Tra le malattie che presentano una maggiore differenza di rischio di ricovero ospedaliero tra le diverse classi di svantaggio indagate si evidenziano le patologie tumorali maligne che rappresentano una delle principali cause di ricorso all'assistenza in ambito ospedaliero. L'incremento di rischio per la categoria meno abbiente è pari al 18% per gli uomini e al 12% per le donne. Simili risultati si osservano per altre cause nosologiche quali ad esempio le malattie dell'apparato respiratorio, con un incremento di rischio per la categoria meno abbiente pari al 24% per gli uomini e al 20% nelle donne e per i traumatismi ed avvelenamenti (uomini 15%; donne 10%).

Alcune categorie di ricovero fanno registrare livelli di rischio di ricorso all'assistenza ospedaliera più alti tra le varie fasce di svantaggio socioeconomico, come ad esempio le malattie infettive, le quali registrano rischi elevati in entrambi i generi (uomini 44%; donne 41%) e i disturbi psichici: in questo caso l'incremento di rischio per il livello più basso di posizione socioeconomica è pari al 20% per gli uomini e al 36% per le donne. Nel solo genere maschile sono state osservate differenze di rischio di ricovero ospedaliero per le malattie dell'apparato genitourinario (+21% per le classi sociali meno abbienti) e digerente (+25%), mentre nel solo genere femminile le complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio, fanno registrare un incremento di rischio per la categoria meno abbiente pari al 20%.

Tabelle – Numero Medio Annuale di Ricoveri Ospedalieri, Tassi Standardizzati di Ospedalizzazione e Rapporto tra Tassi di Ospedalizzazione per cause di ricovero e per posizione socioeconomica Sicilia 2022-2024

Tutte le Cause (ICD-IX CM 001-999)

UOMINI

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	39682	7558,55	7507,95	7609,49	1,00	0,99	1,01
Medio-Alto	41901	7676,14	7627,1	7725,5	1,02	1,01	1,03
Medio	40547	7946,7	7896,32	7997,41	1,05	1,04	1,06
Medio-Basso	42898	8021,42	7972,39	8070,74	1,06	1,05	1,07
Basso	46397	8578,36	8528,34	8628,68	1,13	1,12	1,15

Tutte le Cause (ICD-IX CM 001-999)

DONNE

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	41700	8276,00	8221,29	8331,08	1,00	0,99	1,01
Medio-Alto	44050	8426,03	8372,87	8479,51	1,02	1,01	1,03
Medio	43698	8838,41	8783,55	8893,61	1,07	1,06	1,08
Medio-Basso	46776	8911,51	8858,36	8964,97	1,08	1,07	1,09
Basso	51117	9382,27	9328,17	9436,68	1,13	1,12	1,14

Malattie infettive e parassitarie (ICD-IX CM 001-139)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	786	186,48	177,92	195,46	1,00	0,94	1,07
Medio-Alto	816	186,53	178,32	195,12	1,00	0,94	1,07
Medio	835	205,10	196,34	214,25	1,10	1,03	1,17
Medio-Basso	894	214,81	206,02	223,98	1,15	1,08	1,23
Basso	1174	269,11	259,51	279,07	1,44	1,36	1,53

Malattie infettive e parassitarie (ICD-IX CM 001-139)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	695	161,84	153,60	170,53	1,00	0,93	1,08
Medio-Alto	696	154,87	147,17	162,97	0,96	0,89	1,03
Medio	762	187,89	179,19	197,02	1,16	1,08	1,25
Medio-Basso	770	183,88	175,50	192,67	1,14	1,06	1,22
Basso	1021	227,46	218,32	236,98	1,41	1,32	1,50

Tumori maligni (ICD-IX CM 140-208)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	3592	478,33	468,79	488,07	1,00	0,97	1,03
Medio-Alto	3847	494,24	484,76	503,90	1,03	1,00	1,06
Medio	3558	496,19	486,42	506,16	1,04	1,01	1,07
Medio-Basso	3936	542,12	531,99	552,45	1,13	1,10	1,17
Basso	4175	566,25	555,99	576,70	1,18	1,15	1,22

Tumori maligni (ICD-IX CM 140-208)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	3108	423,17	413,83	432,73	1,00	0,97	1,03
Medio-Alto	3099	406,75	397,82	415,87	0,96	0,93	0,99
Medio	3075	428,60	419,26	438,14	1,01	0,98	1,05
Medio-Basso	3436	465,69	456,11	475,47	1,10	1,07	1,13
Basso	3801	474,33	464,90	483,95	1,12	1,09	1,16

Disturbi psichici (ICD-IX CM 290-319)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	1109	255,40	246,54	264,58	1,00	0,95	1,05
Medio-Alto	1266	275,25	266,36	284,44	1,08	1,03	1,13
Medio	1121	257,34	248,53	266,45	1,01	0,96	1,06
Medio-Basso	1103	244,93	236,49	253,67	0,96	0,91	1,01
Basso	1441	306,73	297,46	316,28	1,20	1,15	1,26

Disturbi psichici (ICD-IX CM 290-319)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	929	201,49	193,67	209,61	1,00	0,95	1,06
Medio-Alto	1039	208,02	200,42	215,90	1,03	0,98	1,09
Medio	891	190,61	183,18	198,33	0,95	0,89	1,00
Medio-Basso	963	201,07	193,51	208,93	1,00	0,94	1,05
Basso	1408	273,37	264,77	282,26	1,36	1,29	1,43

Malattie del sistema circolatorio (ICD-IX CM 390-459)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	8291	1062,63	1048,52	1076,94	1,00	0,98	1,02
Medio-Alto	8317	1042,79	1029,05	1056,71	0,98	0,96	1,00
Medio	7858	1090,25	1075,64	1105,05	1,03	1,01	1,05
Medio-Basso	8165	1111,05	1096,51	1125,78	1,05	1,03	1,07
Basso	8413	1161,90	1146,93	1177,06	1,09	1,07	1,11

Malattie del sistema circolatorio (ICD-IX CM 390-459)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	5227	506,37	497,09	515,83	1,00	0,97	1,03
Medio-Alto	5158	499,05	490,05	508,22	0,99	0,96	1,01
Medio	4790	510,37	500,94	519,97	1,01	0,98	1,03
Medio-Basso	5070	527,95	518,59	537,48	1,04	1,02	1,07
Basso	5403	537,98	528,48	547,65	1,06	1,04	1,09

Malattie dell'apparato respiratorio (ICD-IX 460-519)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	3760	638,08	623,92	652,55	1,00	0,97	1,03
Medio-Alto	4029	658,98	645,10	673,15	1,03	1,00	1,07
Medio	3886	677,20	663,15	691,53	1,06	1,03	1,09
Medio-Basso	4198	701,29	687,50	715,36	1,10	1,07	1,13
Basso	4899	790,16	775,91	804,67	1,24	1,20	1,27

Malattie dell'apparato respiratorio (ICD-IX 460-519)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	2979	447,11	434,65	459,93	1,00	0,96	1,04
Medio-Alto	3121	458,00	445,87	470,45	1,02	0,99	1,07
Medio	2995	467,31	455,11	479,84	1,05	1,01	1,09
Medio-Basso	3416	492,21	480,34	504,36	1,10	1,06	1,14
Basso	4209	538,13	526,31	550,21	1,20	1,16	1,25

Malattie dell'apparato digerente (ICD-IX 520-579)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	3645	612,25	599,69	625,06	1,00	0,97	1,03
Medio-Alto	3940	646,74	634,09	659,65	1,06	1,03	1,09
Medio	3931	686,73	673,52	700,19	1,12	1,09	1,15
Medio-Basso	3946	677,71	664,77	690,89	1,11	1,08	1,14
Basso	4495	762,46	748,88	776,30	1,25	1,21	1,28

Malattie dell'apparato digerente (ICD-IX 520-579)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	3376	543,30	531,20	555,69	1,00	0,97	1,03
Medio-Alto	3607	557,46	545,60	569,58	1,03	0,99	1,06
Medio	3611	587,09	574,80	599,65	1,08	1,05	1,11
Medio-Basso	3794	609,16	596,88	621,68	1,12	1,09	1,16
Basso	4130	622,24	610,02	634,70	1,15	1,11	1,18

Malattie dell'apparato genito-urinario (ICD-IX 580-629)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	3401	502,40	491,77	513,26	1,00	0,97	1,03
Medio-Alto	3609	517,56	507,04	528,30	1,03	1,00	1,06
Medio	3314	513,59	502,88	524,53	1,02	0,99	1,05
Medio-Basso	3677	558,86	547,78	570,17	1,11	1,08	1,15
Basso	4039	610,16	598,60	621,94	1,21	1,18	1,25

Malattie dell'apparato genito-urinario (ICD-IX 580-629)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	2468	407,25	396,89	417,89	1,00	0,96	1,04
Medio-Alto	2634	428,13	417,74	438,78	1,05	1,01	1,09
Medio	2675	462,23	451,28	473,45	1,14	1,10	1,18
Medio-Basso	2871	471,99	461,17	483,05	1,16	1,12	1,20
Basso	2921	460,70	450,02	471,63	1,13	1,09	1,17

Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo (ICD-IX 680-709)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	173	35,72	32,46	39,31	1,00	0,87	1,14
Medio-Alto	202	40,96	37,55	44,68	1,15	1,01	1,31
Medio	211	44,08	40,55	47,92	1,23	1,09	1,40
Medio-Basso	215	41,15	37,84	44,74	1,15	1,01	1,31
Basso	234	47,03	43,43	50,93	1,32	1,16	1,49

Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo (ICD-IX 680-709)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	139	26,33	23,49	29,50	1,00	0,85	1,17
Medio-Alto	145	27,57	24,73	30,74	1,05	0,89	1,23
Medio	174	33,59	30,50	36,99	1,28	1,10	1,48
Medio-Basso	196	32,43	29,49	35,65	1,23	1,06	1,43
Basso	198	36,38	33,19	39,87	1,38	1,19	1,60

Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio (ICD-IX CM 630-677)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	6937	1881,09	1855,65	1906,89	1,00	0,98	1,02
Medio-Alto	7629	1959,14	1933,87	1984,74	1,04	1,02	1,06
Medio	8105	2120,06	2093,53	2146,93	1,13	1,11	1,15
Medio-Basso	8321	2084,36	2058,60	2110,44	1,11	1,09	1,13
Basso	8957	2256,06	2229,16	2283,27	1,20	1,18	1,22

Traumatismi ed avvelenamenti (ICD-IX CM 800-999)**UOMINI**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	3659	649,07	635,62	662,80	1,00	0,97	1,03
Medio-Alto	3710	640,21	627,15	653,54	0,99	0,96	1,02
Medio	3690	689,44	675,62	703,53	1,06	1,03	1,09
Medio-Basso	3884	693,36	679,94	707,05	1,07	1,04	1,10
Basso	4179	744,43	730,60	758,53	1,15	1,12	1,18

Traumatismi ed avvelenamenti (ICD-IX CM 800-999)**DONNE**

Posizione Socioeconomica	Numero medio annuale	Tasso standardizzato x100.000	Intervalli di confidenza al 95% del tasso		RR	Intervalli di confidenza al 95% del RR	
			Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
Alto	3657	438,26	427,98	448,79	1,00	0,97	1,03
Medio-Alto	3759	437,10	427,27	447,16	1,00	0,97	1,03
Medio	3612	464,58	454,13	475,28	1,06	1,03	1,10
Medio-Basso	3816	464,72	454,83	474,83	1,06	1,03	1,09
Basso	4293	483,42	473,56	493,49	1,10	1,07	1,14

Conclusioni

Le evidenze disponibili mostrano che anche nella nostra Regione esiste un rilevante effetto delle condizioni socioeconomiche sulla salute della popolazione: per molte patologie i fattori sociali, culturali ed economici hanno un ruolo importante nella richiesta di assistenza sanitaria e negli esiti che ne derivano, ma anche nel determinare i comportamenti che influenzano la salute.

Il quadro che emerge della distribuzione degli stili di vita malsani risulta piuttosto variegato e offre differenti spunti alle politiche di prevenzione: in alcuni casi siamo di fronte a problemi molto prevalenti e con scarse disuguaglianze sociali, come ad esempio lo scarso consumo di frutta e verdura tra gli uomini. In questi casi converrebbe intervenire senza particolari calibrazioni sociali, privilegiando semmai le aree e i target demografici che presentano frequenze più alte. In altri casi si dovrebbero invece considerare in particolare i problemi di equità, in modo da modulare gli interventi sulla base delle esigenze specifiche di differenti sottogruppi sociali di popolazione particolarmente a rischio (es. la sedentarietà e l'obesità in entrambi i sessi o il consumo eccessivo di alcol tra gli uomini).

I dati sul consumo di fumo riflettono la nota curva epidemica per questo fattore di rischio (Trama, 2017): normalmente e se non affrontati da politiche di contrasto, molti stili di vita malsani vengono adottati dapprima dalle fasce più avvantaggiate della società, in particolare per ragioni di status e di maggior accessibilità a nuovi comportamenti, per poi diffondersi successivamente nel resto della popolazione; una volta diffusasi la consapevolezza circa la loro insalubrità, lo stesso fattore di rischio viene invece abbandonato più in fretta dai primi che lo avevano iniziato, per rimanere invece stagnante tra le persone con meno risorse. Mentre tra gli uomini questo passaggio è già avvenuto, tra le donne è invece ancora in corso: soltanto nelle fasce medio-giovani a fumare sono ormai le più svantaggiate, mentre tra le più anziane il vizio della sigaretta sembra rappresentare ancora un'obsoleta immagine di emancipazione. Ad ogni modo il consumo di tabacco è in lenta e costante riduzione nel tempo con disuguaglianze in leggero aumento in entrambi i sessi.

Nonostante il ricorso allo screening organizzato nella nostra regione risulti decisamente inferiore rispetto alla media di riferimento nazionale, i dati relativi al biennio 2023-2024 mostrano come lo screening organizzato riduca le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione: per la gran parte delle donne meno istruite o con maggiori difficoltà economiche o straniere, che meno frequentemente di altre si sottopongono allo screening cervicale, l'offerta di un programma organizzato rappresenta l'unica occasione di prevenzione del tumore della cervice uterina e della neoplasia della mammella.

Infine, i risultati delle analisi sulla mortalità e sui ricoveri ospedalieri valutati attraverso il livello socioeconomico confermano che la condizione di svantaggio rappresenta un fattore predittivo del carico di malattia anche nella nostra Regione.

Se il dato epidemiologico costituisce una base di partenza ineludibile e fondamentale per indagare sulle disuguaglianze di salute, esso non deve tuttavia rappresentare l'unico elemento della valutazione: è necessario concentrarsi sui meccanismi generativi che portano le differenze dell'utenza a diventare potenziali disuguaglianze di salute.

L'attenzione al meccanismo generativo e alle possibili spiegazioni si riflette a sua volta sulla scelta degli indicatori da utilizzare per la valutazione, che diventa quindi un momento chiave di orientamento del processo – rispetto alla necessità di ulteriori approfondimenti e strumenti di indagine, alle azioni implementabili, alla fattibilità delle stesse. Ragionare in termini di equità non è qualcosa di aggiuntivo rispetto a quanto già avviene ad esempio nella programmazione dei servizi: anche qualora nessuno si fosse preoccupato di analizzarlo secondo un approccio di equità, un sistema di servizi agirebbe comunque in modo più o meno equo nei confronti degli utenti (ad es. scegliendo le proprie modalità di funzionamento e comunicazione).

Le valutazioni di equità sono quindi un'occasione da un lato per esplicitare un meccanismo di ragionamento che in realtà viene già applicato nei momenti di programmazione delle organizzazioni sanitarie, dall'altro per superare il presupposto che un'offerta di servizi universalistica si traduca automaticamente in equità del sistema ("offriamo a tutti gli stessi servizi sanitari, ergo siamo equi a priori"). Peraltro, l'esplicitazione dell'approccio di equità fa sì che chi lavora nei servizi e li programma si trovi a confrontarsi con una prospettiva che, una volta emersa e dichiarata, non è più ignorabile.

La logica non deve essere quella di "inserire l'equità" in un'offerta di servizi: l'offerta è già più o meno equa, può essere stata decisa a priori in questo senso o avere avuto una ricaduta imprevista. L'obiettivo di un processo di valutazione inteso come strumento di programmazione è quello di adeguare/modificare l'offerta in modo fattibile, sostenibile ed efficiente per l'organizzazione, progettando quindi azioni che tengano conto delle risorse esistenti, dell'effettivo "serbatoio di miglioramento" e che siano in grado di non crollare nel medio/lungo periodo.

Bibliografia

1. Mackenbach J, Stirbu I, Roskam A et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med* 2008;358(23):2468-81.
2. Hu Y, van Lenthe FJ, Borsboom GJ et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *J Epidemiol Community Health* 2016;70(7):644-52.
3. Kunst A, Groenhouf F, Mackenbach JP, Health EW. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *BMJ* 1998;316(7145):1636-42.
4. Mackenbach JP, Kulhánová I, Artnik B et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *BMJ* 2016;353:i1732.
5. Huisman M, Kunst AE, Bopp M et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet*. 2005;365(9458):493-500.
6. Atella V, Francisci S. La salute degli italiani, 1861-2011. *Polit Sanit* 2011;12(4):165-89.
7. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Le disuguaglianze di salute in Italia. 2017. Disponibile all'indirizzo:
http://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2018/02/Osservatorio-sulla-salute_Le-disuguaglianze-di-salute_15_02_2018.pdf
8. Cadum E, Costa G, Biggeri A, Martuzzi M. (1999) Deprivation and mortality: a deprivation index suitable for geographical analysis of inequalities. *Epidemiologia e prevenzione*. 23:175-87.
9. Cernigliaro A., Cesaroni G., Fano V., Pollina Addario S., Fantaci G., Forastiere F., Scondotto S., Dardanoni G. (2008c) Utilizzo dell'indice di deprivazione per la valutazione della mortalità nelle aree ad elevato rischio ambientale della Sicilia. Riunione Annuale di primavera dell'Associazione Italiana di Epidemiologia – Roma 2008.
10. Cernigliaro A, Cesaroni G, Pollina Addario S, Dardanoni G, Forastiere F, Scondotto S, Perucci CA, Un indicatore comunale di posizione socioeconomica e mortalità nell'anziano in Sicilia. *Epidemiologia e Prevenzione* 2009; 33(4-5): 169-75.
11. Costa G., Bassi M., Marra M. et al (a cura di). L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.
12. CSDH, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008
13. European Commission, Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot, Bruxelles, 2013.
14. Marra M, Migliardi A., Costa G., Disuguali a tavola, ma non troppo: le differenze sociali nell'alimentazione in Italia prima e durante la crisi, *Epidemiol Prev* 2015; 39 (5-6): 322-331
15. How's life? Oecd (2012), Equity and Quality in Education: Supporting Disadvantaged Students and Schools, Oecd Publishing.
16. Marras A., Miceli P., Pollina Addario S., Scondotto S. *Il Profilo di equità della Regione Sicilia*. XLIII Congresso Annuale AIE – Catania 2019
17. Cernigliaro A., Usticino A., Miceli P., Marras A., Tavormina E., Ferro M.P., Scondotto S.. *Un profilo di equità regionale per la valutazione dell'impatto delle disuguaglianze sociali sui determinanti e sugli esiti di salute nella popolazione residente in Sicilia*". *Epidemiol Prev* 2020; 44 (5-6) Suppl 1:54-63. doi: 10.19191/EP20.5-6.S1.P054.074 – Milano 2020.
18. Bisceglia L, Ancona C, Marra M, Nannavecchia AM, Broccoli S, Brescianini S, Renzi M, Murtas R, Marras A. The role of epidemiology in the reorganization of the Italian National Health Service: time to take action. *Epidemiol Prev*. 2021 Sep-Oct;45(5):322-326. doi: 10.19191/EP21.5.P322.099. PMID: 34841835.

Sitografia

1. <https://www.tuttitalia.it/sicilia/statistiche/cittadini-stranieri-2024/>
2. <https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/demografia/famiglie/sicilia/19/2>
3. <http://dati.istat.it/Index.aspx>
4. <https://www.istat.it/it/istruzione-e-formazione>
5. <https://www.istat.it/it/lavoro-e-retribuzioni>
6. [https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilità](https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilita)
7. <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/popolazione/condizioni-economiche-delle-famiglie/>
8. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
9. <https://assr.regione.emilia-romagna.it/it/notizie/2019/welfare-equita>
10. <https://www.disuguaglianzedisalute.it/>
11. <https://noi-italia.istat.it/home.php>
12. <https://epiprev.it/pubblicazioni/atlante-italiano-delle-disuguaglianze-di-mortalita-per-livello-di-istruzione>
13. <https://www.regione.sicilia.it/istituzioni/regione/strutture-regionali/assessorato-salute/dipartimento-attivita-sanitarie-osservatorio-epidemiologico/profilo-equita-regione-sicilia>