

Il presente rapporto è frutto della collaborazione tra l'Organizzazione Mondiale della Sanità – Ufficio Regionale per l'Europa – all'interno del progetto Public Health Aspects of Migration in Europe (PHAME), l'Università Ca' Foscari Venezia e l'Istituto Superiore di Sanità – CNESPS.

Report curato da Stefano Campostrini (Università Ca' Foscari Venezia), Giuliano Carrozzini (Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena), Stefania Salmaso (Istituto Superiore di Sanità - CNESPS), Santino Severoni (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Elaborazioni svolte da Federica Balestra. Hanno collaborato alla redazione del report i componenti del Gruppo Tecnico di coordinamento nazionale PASSI, e in particolare: Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzini, Pirous Fateh Moghadam, Gianluigi Ferrante, Maria Masocco, Elisa Quarchioni e Stefania Salmaso. Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità: Federica Balestra, Sara Barràgan Montes, Matteo Dembech e Rita Sà Machado.

Un ringraziamento va a tutta la rete di intervistatori e coordinatori regionali e locali PASSI presente in tutte le regioni italiane che dal 2007 raccoglie mensilmente le interviste sulla popolazione.

Il sistema di Sorveglianza PASSI è realizzato dalle Regioni e Aziende Sanitarie Italiane, il coordinamento nazionale è affidato dal Ministero della Salute al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità. Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute-CCM.

Malattie croniche e migranti in Italia. Rapporto sui comportamenti a rischio, prevenzione e disuguaglianze di salute



Università  
Ca' Foscari  
Venezia



# Malattie croniche e migranti in Italia

Rapporto sui comportamenti a rischio,  
prevenzione e disuguaglianze di salute



Il presente rapporto è frutto della collaborazione tra l'Organizzazione Mondiale della Sanità – Ufficio Regionale per l'Europa – all'interno del progetto Public Health Aspects of Migration in Europe (PHAME), l'Università Ca' Foscari Venezia e l'Istituto Superiore di Sanità – CNESPS.

Stampato nel mese di aprile 2015 per Edizioni Ca' Foscari da tipografia TVM Mestre (Ve)

Edizione non venale, è consentita la riproduzione, citando la fonte.

Citazione suggerita:

Campostrini S., Carrozzì G., Salmaso S., Severoni S. (a cura di) Malattie croniche e migranti in Italia. Rapporto sui comportamenti a rischio, prevenzione e diseguaglianze di salute, Organizzazione Mondiale della Sanità - Istituto Superiore della Sanità - Università Ca' Foscari, Venezia, 2015.



Università  
Ca' Foscari  
Venezia



# Malattie croniche e migranti in Italia

Rapporto sui comportamenti a rischio, prevenzione e diseguaglianze di salute



In collaborazione con Public Health Aspects of Migration in Europe (PHAME) project,  
WHO European Office for Investment for Health and Development, Venice.



# Indice

---

<b>Prefazione</b>	<b>4</b>
<b>Introduzione</b>	<b>5</b>
<b>Campione</b>	<b>9</b>
<b>Benessere</b>	<b>23</b>
Percezione dello stato di salute	23
Patologie croniche	40
Sintomi di depressione	49
<b>Guadagnare Salute</b>	<b>59</b>
Abitudine al fumo di sigaretta	59
Consumo di alcol	76
Attività fisica	93
Stato nutrizionale	107
Five a day	122
<b>Programmi di prevenzione individuale</b>	<b>129</b>
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	129
Diagnosi precoce del tumore della mammella	144
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	159
<b>Sicurezza</b>	<b>175</b>
Dispositivi per la sicurezza stradale	175
<b>Appendice</b>	<b>203</b>
Profilo di provenienza	203
Standardizzazioni	210
Metodologia	213
Riflessioni conclusive e prospettive	216

---

# Prefazione

Grazie al supporto del Ministero della Salute Italiano, il progetto *Aspetti di salute pubblica delle migrazioni in Europa* dell' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si è insediato presso la sede OMS di Venezia nel 2013 con lo scopo di fornire assistenza tecnica agli Stati Membri nell'affrontare gli aspetti di sanità pubblica correlati al fenomeno della migrazione, ed in particolare per mitigare le iniquità in salute. Il tema delle malattie croniche tra i migranti, la relativa prevenzione, i comportamenti a rischio e le disuguaglianze di salute che ne conseguono sono di grande rilevanza per l'OMS. La vicinanza, geografica e di interesse, a Ca' Foscari è naturalmente risultata in una sinergia che vede varie collaborazioni tra le istituzioni al fine di sviluppare ricerca nell'ambito di salute e migrazione. Fine ultimo quello di produrre evidenza scientifica che possa poi rilevarsi utile alla Regione Veneto, all'Italia, ed all'Europa, nelle decisioni relative a politiche, interventi, programmi di sanità pubblica, con particolare riferimento alla prevenzione e alla promozione della salute e la riduzione delle iniquità in salute.

L'Università Ca' Foscari ha negli anni collaborato con l'Istituto Superiore di Sanità nella conduzione di ricerche sulla salute della popolazione a livello nazionale. Tra i principali risultati, anche lo sviluppo del sistema di sorveglianza *Passi* che permette di creare degli spaccati sui comportamenti a rischio ed accesso ai servizi su campioni della società italiana. Su tali basi, il volume qui presente è il risultato di una collaborazione tesa a produrre nuova evidenza su immigrati e salute. In particolare con riferimento a comportamenti a rischio e accesso ai servizi a supporto dell'individuazione di priorità di salute pubblica in relazione al fenomeno migratorio. Il report, offrendo dati sulla salute della popolazione straniera oggi residente in Italia, offre dunque una panoramica partendo dal benessere complessivo percepito, ai principali fattori di rischio/protezione per le patologie oggi globalmente più frequenti quali fumo, alcol, attività fisica e aspetti nutrizionali.

L'adeguamento di politiche e l'implementazione di interventi di salute pubblica sulla base dei risultati presenti in questo volume potrà migliorare in misura significativa la salute e il benessere delle popolazioni migranti, ridurre le disuguaglianze nella salute, potenziare la sanità pubblica e garantire sistemi sanitari centrati sulla persona, che siano universali, equi, sostenibili e di elevata qualità.

Dr Santino Severoni



Coordinatore Salute Pubblica e Migrazione  
Organizzazione Mondiale della Sanità  
Ufficio Regionale per l'Europa

# Introduzione

## Un' analisi a partire dai dati della sorveglianza PASSI 2008-2013

*Perché un report su immigrati e salute con riferimento a comportamenti a rischio e accesso ai servizi*

Quando si pensa alla salute dei migranti la si pensa spesso (in termini di opinioni pubblica) in relazione alle malattie infettive che i flussi migratori possono portare, evocando le paure storiche mai sopite delle pestilenze importate dai viaggiatori e dai migranti. Ma anche quando ci si sposta su ambiti più tecnici spesso ci si limita a vedere il “problema” salute dei migranti esclusivamente legato alle ripercussioni di salute che una certa immigrazione irregolare potrebbe, e recentemente sempre più tragicamente, portare. Senza negare la rilevanza di quest'ultimo aspetto, concentrarsi solo su questo nasconde una realtà molto più articolata e complessa che in termini di salute pubblica pone interrogativi, problemi ma anche, come vedremo, opportunità che vanno studiate. Guardando il grafico sotto riportato si capisce subito la rilevanza del tema che vorremmo affrontare. Se la migrazione in Italia era un fenomeno limitato ad una frangia molto bassa di popolazione (sotto l'1% prima del cambio di secolo) oggi (e l'aumento è costante) stiamo parlando già di quasi un 5% della popolazione (3 milioni di persone) escludendo da questo conto gli irregolari.



Fig. 1: Percentuale di residenti stranieri in Italia nell'ultimo decennio. Fonte: ISTAT ([www.istat.it/immigrati](http://www.istat.it/immigrati))

Questi cittadini presentano caratteristiche e comportamenti verso la salute peculiari, derivanti da conoscenze, atteggiamenti, credenze (etc.) che possono (o meno) esser stati “importati” nella fase di migrazione e trasmessi (o meno) alle seconde e terze generazioni. Capirli non offre solo l’importante beneficio del dar voce a queste fasce sempre più consistenti di popolazione su un capitolo importante quale quello della salute, ma anche di migliorare l’offerta e i livelli di sanità pubblica, soprattutto in interventi quali quelli legati alla prevenzione e alla promozione della salute per cui la conoscenza del “target” è fondamentale per il loro successo.

In questa pubblicazione tentiamo una prima lettura partendo da un’angolatura particolare che è quella offerta dai sistemi di sorveglianza sui fattori di rischio, con l’intento sia di offrire un primo contributo sia di stimolare un dibattito che in Italia e nei diversi paesi europei (da qui la collaborazione con OMS- Europa) necessariamente deve essere avanzato e fondato su dati utili a considerare la salute dei migranti nella sua complessità.

### *L’importanza della sorveglianza e le caratteristiche del sistema PASSI*

La sorveglianza, pratica inizialmente applicata esclusivamente nei confronti della malattie infettive si è estesa, a partire dagli ultimi decenni del secolo scorso (Campostrini, 2013 e 2014) a tutti gli ambiti di sanità pubblica (per una definizione di sorveglianza di salute pubblica si veda quanto riportato dall’OMS in [http://www.who.int/topics/public\\_health\\_surveillance/en/](http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/)), sviluppando in quegli anni sistemi in grado di offrire informazioni su quelli che apparivano (e oggi sono sempre più) le priorità di salute pubblica, legate alle malattie non trasmissibili e in particolare ai fattori di rischio che ne facilitano l’insorgenza. I sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali negli anni poi, per meglio rispondere alle esigenze poste dalla sanità pubblica, non si sono limitati a raccogliere informazioni sui fattori di rischio, ma hanno esteso il loro interesse all’accesso ai servizi (e in particolare quelli preventivi), ai consigli degli operatori sanitari, e ad ogni altro aspetto per cui informazioni raccolte direttamente dai cittadini potessero rilevarsi utili nelle decisioni relativi a politiche, interventi, programmi di sanità pubblica, con particolare riferimento alla prevenzione e alla promozione della salute.

Su stimolo del Ministero della Salute italiano, in collaborazione con le Regioni e con il coordinamento dell’Istituto Superiore di Sanità nel 2007 è partito in Italia (dopo alcune esperienze sperimentali) un sistema di sorveglianza sui fattori di rischio continuo e strutturato in grado di offrire informazioni utili ai diversi ambiti della sanità pubblica e ai diversi livelli, dal nazionale, al regionale, fino a quello locale dove la gran parte delle azioni avviene, e da qui il nome “PASSI” acronimo per *Progressi nella Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*. Da allora il sistema ha continuato a raccogliere oltre 30 000 interviste all’anno in quasi tutte le aziende sanitarie italiane e i dati prodotti risultano un punto fondamentale di riferimento per la programmazione e il monitoraggio delle politiche e interventi di salute in gran parte del territorio italiano.

Aldilà delle caratteristiche tecniche, ampiamente discusse nella letteratura scientifica (si veda ad es. Baldissera et al., 2011) e in parte riportate nell’appendice metodologica, gli elementi di successo del sistema stanno nel suo radicamento nel Sistema Sanitario Nazionale (le interviste sono condotte da operatori sanitari), nella rispondenza sulla popolazione (il tasso di risposta è superiore all’80%), nell’utilizzo che dei dati viene



fatto a tutti i livelli. Come facilmente si può immaginare questi tre fattori sono sostanzialmente associati tra loro, favorendosi l'un l'altro. La vera continuità del sistema (i campioni sono mensili) poi consente valutazioni evolutive dei fenomeni, importantissime in particolare in questi campi di salute pubblica dove la stima dell'andamento (sta crescendo o diminuendo?) è spesso molto più importante della precisione della stima del livello del fenomeno stesso.

### *Potenzialità e limiti di PASSI nell'analisi della salute degli stranieri*

Come si è visto sopra, gli stranieri in Italia sono una realtà sempre più consistente ma ancora percentualmente limitata e questo è il primo limite che deve essere considerato quando si utilizzano dati da indagini sulla popolazione complessiva: anche a fronte di campioni numericamente consistenti, se il riferimento è a sottopopolazioni che, come nel nostro caso, costituiscono il 5% di questi, il campione può ridursi a poche unità e complessivamente essere poco rappresentativo. Per questo anche in PASSI si sono attesi i primi anni di rilevazione prima di affrontare un'analisi approfondita sui migranti e anche in questo report si sono utilizzati tutti i dati dei primi sei anni di rilevazione (2008-2013, n=218.685, percentuale complessiva di stranieri: 3,3%, ovvero oltre 9.000 interviste). Anche con questi numeri, certamente rilevanti e che consentono, forse per la prima volta in Europa, di proporre un'analisi di questo tipo, i limiti sono molteplici. Come si vedrà procedendo nella lettura del report, spesso la caratteristica principale che differenzia nei comportamenti la popolazione non è tanto lo status o meno di straniero, quanto la provenienza di questi "nuovi cittadini" italiani. Il campione degli stranieri intervistati in PASSI, seppur complessivamente abbastanza numeroso, non consente troppe ulteriori suddivisioni e dunque l'analisi si è realizzata per macro-aree di provenienza non sempre necessariamente omogenee. C'è poi un limite a monte, dato dal sistema di intervista (telefonica). La popolazione interessata da PASSI è quella di quanti sono in grado di avere una semplice conversazione telefonica in Italiano, vengono esclusi così i migranti (tipicamente quelli arrivati più di recente) che l'Italiano lo conoscono poco. Di questo ovviamente bisogna tener conto nell'interpretare i risultati qui presentati.

Pur tenendo conto dei limiti ora esposti, riteniamo queste analisi un materiale prezioso per i decisori italiani per fare finalmente luce su alcuni aspetti fondamentali della salute dei migranti, rompendo, come vedremo alcuni pre-giudizi spesso errati. Riteniamo inoltre che questo tipo di analisi possa essere paradigmatica per lo sviluppo di analisi simili, in particolare a livello europeo, visto che ora sono sempre più i paesi che devono confrontarsi con una migrazione in entrata costante e conoscere meglio i propri residenti significa operare scelte sulla salute pubblica migliori. In particolare poi l'approccio della sorveglianza potrà consentire in futuro valutazioni relative a possibili cambiamenti intervenuti a seguito del processo di integrazione che prevede specifici interventi rivolti in particolar modo o con particolari attenzioni alla popolazione migrante. Qualche analisi di questo tipo è stata tentata anche nel presente report con tutti i limiti sopra accennati.

### *Presentazione del report*

Il report vuole essere innanzitutto occasione di diffusione e comunicazione dei dati relativi alla salute della popolazione straniera oggi residente in Italia. Per questo ab-

biamo cercato di ridurre al massimo i commenti per lasciare spazio ai risultati delle analisi. La lettura per tanto può essere sia di tipo consultativo, legata a qualche singolo argomento, aspetto, sia di tipo trasversale (e in questo caso raccomandiamo in particolare le sintesi che abbiamo proposto alla fine di ogni capitolo e quella di appendice che tenta un profilo complessivo).

La presentazione segue quella dei grandi temi di sanità pubblica, partendo dal benessere complessivo percepito, ai grandi temi di “guadagnare salute” e i quattro principali fattori di rischio/protezione per le patologie oggi globalmente più frequenti (i cosiddetti big four: fumo, alcol, attività fisica e aspetti nutrizionali). Si è voluto poi dedicare una parte all’analisi dell’adesione ai principali programmi di prevenzione individuale (screening), leggibili anche come indicatore di accesso ai servizi di salute pubblica e preventivi più in generale; chiude la carrellata una sezione dedicata alla sicurezza, limitandosi in questo report a quella stradale.

Dove non diversamente specificato, i confronti tra popolazione italiana e straniera sono stati fatti senza alcuna standardizzazione così da evidenziare eventuali differenze così come si presentano nei diversi sottogruppi di popolazione. Per un confronto al netto di possibili differenze di genere ed età si raccomanda la lettura di quanto riportato in appendice e nei modelli statistici riportati in ogni capitolo. Come meglio spiegato nell’appendice metodologica tutti i dati sono pesati per tener conto delle diverse numerosità raccolte nelle diverse ASL.

# Campione

## Italiani e stranieri residenti in Italia. Una descrizione dal campione PASSI 2008-2013

Nel periodo 2008-2013 sono state intervistate 228.201 persone di 18-69 anni, selezionate con *campionamento proporzionale stratificato* per sesso e classe d'età dall'anagrafe sanitaria, in particolare 600 sono stranieri provenienti da Paesi a Sviluppo avanzato<sup>1</sup> (PSA – data la consistenza e le peculiarità di questo aggregato nelle successive analisi è stato considerato assieme agli italiani) e 8.916 a forte pressione migratoria (stranieri PFPM). Per caratterizzare ulteriormente gli stranieri PFPM si è deciso di suddividerli in aree in base al paese di provenienza: Unione Europea<sup>2</sup>, Altri paesi europei<sup>3</sup>, Africa del Nord<sup>4</sup>, Africa Sub-Sahariana<sup>5</sup>, Asia<sup>6</sup> e America<sup>7</sup>.

A causa della numerosità molto bassa non sono mostrati i dati relativi a stranieri provenienti dall'Oceania PFPM<sup>8</sup>.

Il confronto del campione rispetto alla popolazione indica una buona rappresentatività, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione d'interesse. L'elevato tasso di risposta (oltre l'80%) e le minime percentuali di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI.

Per risultare eleggibile nelle interviste PASSI un residente deve risultare in grado di sostenere una minima conversazione in italiano e questo ha di fatto escluso una fetta di popolazione immigrata (non così rilevante dal punto di vista numerico secondo i nostri calcoli – si confronti il nostro dato di percentuale di stranieri 2008-13 con i dati ufficiali ISTAT riportati in Fig. 1), ragionevolmente quelli di più recente immigrazione. Il campionamento (si veda nota metodologica riportata in appendice) poi prevede di estrarre gli intervistandi dalle liste delle anagrafi sanitarie alle quali la popolazione immigrata non regolare tipicamente non accede. Quest'ultimi ovviamente non sono per tanto inclusi in questa analisi.

<sup>1</sup> Andorra, Austria, Belgio, Danimarca, Faer Oer (Isole), Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Islanda, Liechtenstein, Lussemburgo, Man (Isola), Principato Di Monaco, Normanne (Isole), Norvegia, Paesi Bassi, Portogallo, San Marino, Spagna, Svezia, Svizzera, Stato Della Città Del Vaticano, Christmas (Isola), Corea del Sud, Giappone, Israele, Mayotte (Isola), Isola Della Riunione, Sant'Elena, Anguilla (Isola), Antille Olandesi, Bermuda (Isole), Canada, Cayman (Isole), Groenlandia, Guadalupa, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, Saint Pierre Et Miquelon (Isole), Stati Uniti D'America, Turks E Caicos (Isole), Vergini Americane (Isole), Vergini Britanniche (Isole), Isole Falkland, Guaiana Francese, Australia, Cook (Isole), Isola di Guam, Maquarie (Isole), Isole Marianne, Isole Midway, Niue (Isola), Norfolk (Isole), Nuova Caledonia (Isole), Nuova Zelanda, Pitcairn (Isola), Polinesia Francese, Samoa Americane (Isole), Isole Tokelau, Isole Wallis e Futuna

<sup>2</sup> Bulgaria, Malta, Polonia, Romania, Ungheria, Estonia, Lettonia, Lituania, Croazia, Slovenia, Slovacchia, Repubblica Ceca, Cipro

<sup>3</sup> Albania, Ucraina, Russia, Bosnia-Erzegovina, Repubblica Di Macedonia, Moldova, Bielorussia, Serbia, Montenegro, Kosovo, Turchia

<sup>4</sup> Algeria, Egitto, Libia, Marocco, Sudan, Tunisia, Repubblica Del Sudan Del Sud

<sup>5</sup> Angola, Costa D'avorio, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Repubblica Centrafricana, Ciad, Comore, Repubblica Del Congo, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenia, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sao Tome E Principe, Seychelles, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Repubblica Sudafricana, Swaziland, Tanzania, Togo, Uganda, Repubblica Democratica Del Congo (Ex Zaire), Zambia, Zimbabwe, Eritrea

<sup>6</sup> Afghanistan, Arabia Saudita, Bahrein, Bangladesh, Bhutan, Myanmar (Ex Birmania), Brunei, Cambogia, Sri Lanka, Cina, Corea Del Nord, Emirati Arabi Uniti, Filippine, Territorio Di Gaza, Giordania, India, Indonesia, Iran, Iraq, Kuwait, Laos, Libano, Maldive, Malaysia, Mongolia, Nepal, Oman, Pakistan, Qatar, Singapore, Siria, Thailandia, Vietnam, Yemen, Kazakistan, Uzbekistan, Armenia, Arzbaigian, Georgia, Kirghizistan, Tagikistan, Taiwan, Turkmenistan

<sup>7</sup> Cocos (Isole), Antigua E Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Panama Zona Del Canale, Costa Rica, Cuba, Dominica, Repubblica Dominicana, El Salvador, Giamaica, Grenada, Guatemala, Haiti, Honduras, Messico, Nicaragua, Panama, Santa Lucia, Saint Vincent E Grenadine, Saint Kitts E Nevis, Argentina, Bolivia, Brasile, Cile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perù, Suriname, Trinidad E Tobago, Uruguay, Venezuela, Isola Di Pasqua

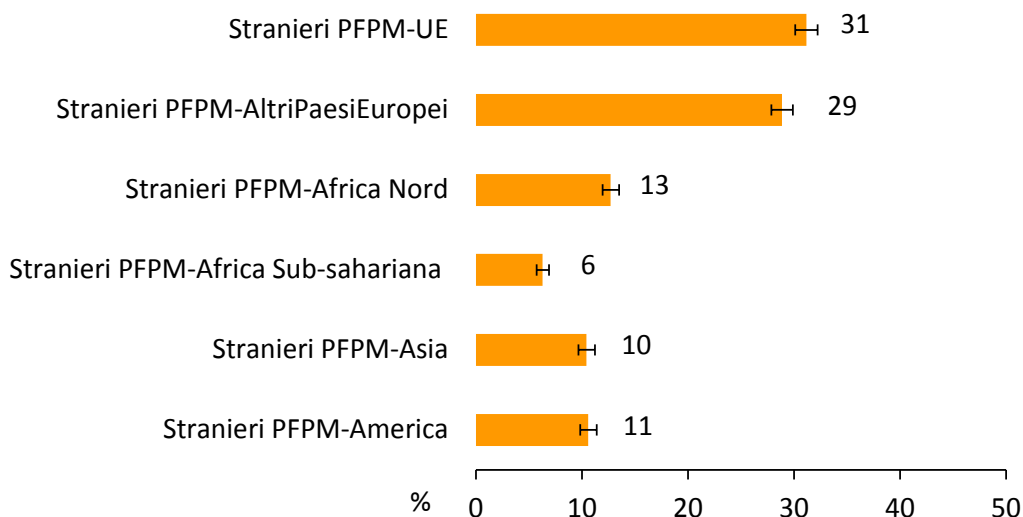
<sup>8</sup> Timor Orientale, Figi, Irian Occidentale, Kiribati, Marshall, Micronesia Stati Federati, Nauru, Palau, Papua Nuova Guinea, Salomone (Isole), Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu

## Caratteristiche demografiche degli intervistati

• Sul totale delle persone intervistate nel periodo 2008-13 il 96,7% è italiana o proveniente da paesi a sviluppo avanzato (PSA) mentre quelle di nazionalità straniera, target di questo studio, ammonta al 3,3% ed è proveniente da paesi a forte pressione migratoria (stranieri PFPM), in particolare gli stranieri PFPM provengono:

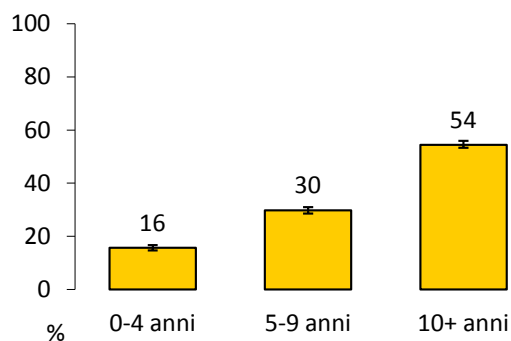
- 31% da Paesi dell'Unione Europea (UE)
- 29% da Altri paesi europei
- 13% da paesi dell'Africa del Nord
- 6% da paesi dell'Africa Sub-Sahariana
- 10% da paesi dell'Asia
- 11% da paesi dell'America

### Stranieri intervistati per area di provenienza Pool PASSI 2008-13



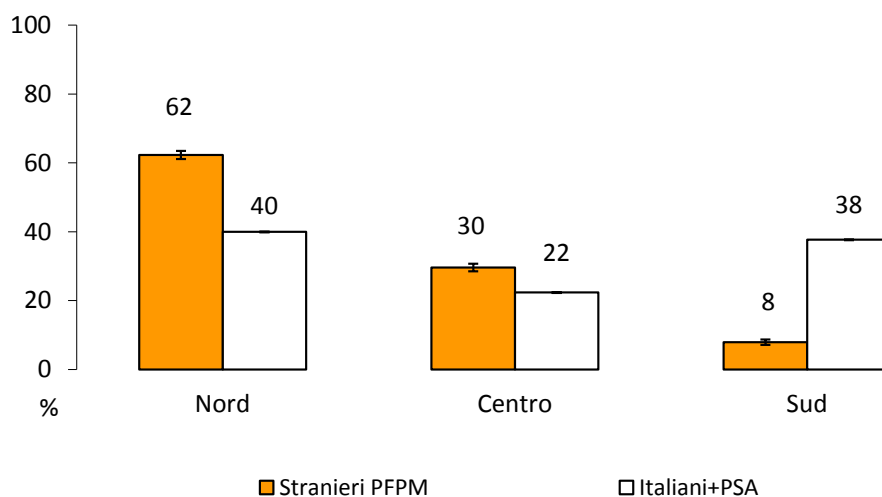
• Più della metà degli stranieri PFPM (54%) vive in Italia da più di 9 anni, il 30% vive in Italia da 5 a 9 anni e il 16% da meno di 5 anni.

### Stranieri intervistati per anni vissuti in Italia (%) Pool PASSI 2008-13



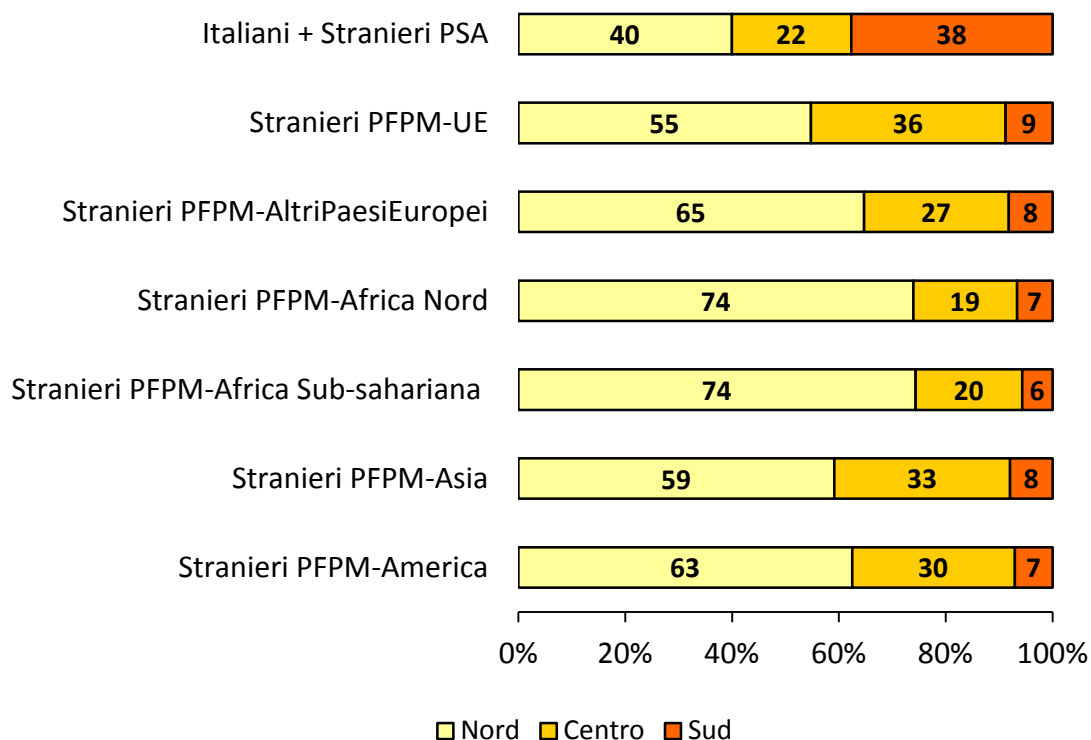
- Analizzando il fenomeno per ripartizione si può riscontrare che il 62% degli stranieri PFPM risiede al nord, il 30% nel centro Italia e il restante 8% al sud.

### Cittadinanza per ripartizione (%) Pool PASSI 2008-13



- Se osserviamo la ripartizione per area di provenienza si osserva che al Nord risiedono maggiormente stranieri provenienti dall’Africa del Nord (74%) e Sub-Sahariana (74%).

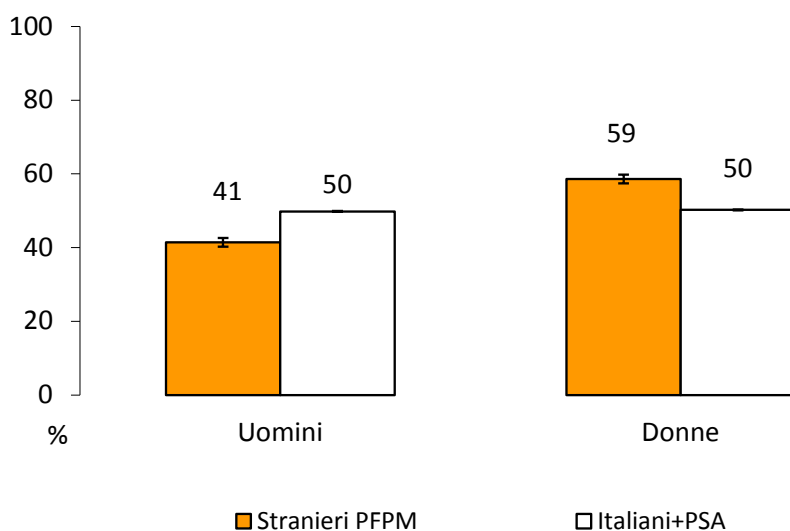
### Paese di provenienza per ripartizione (%) Pool PASSI 2008-13



## L'età e il genere

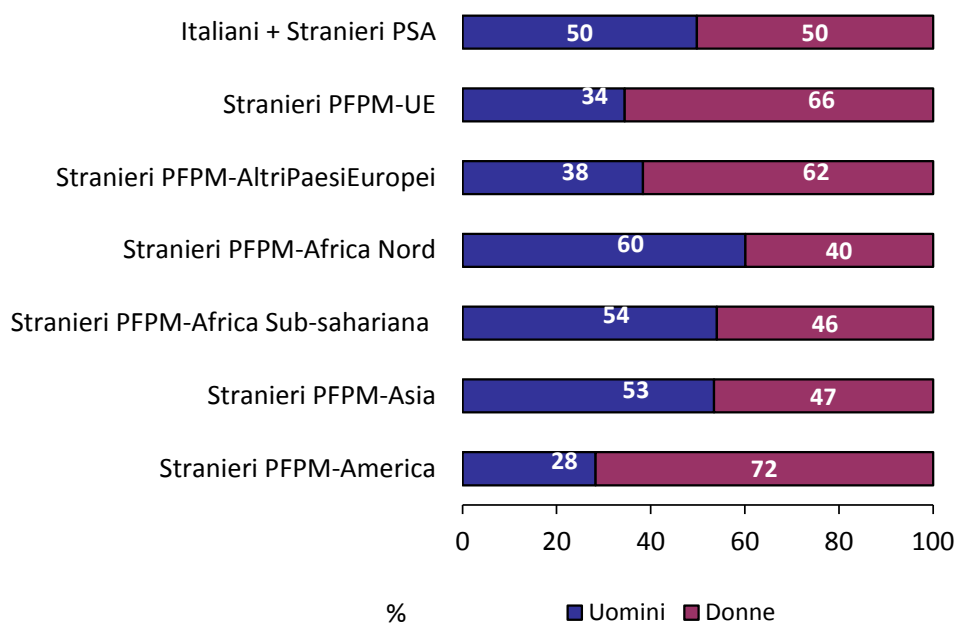
- Analizzando la distribuzione per genere si osserva una differenza fortemente significativa: il 59% degli stranieri PFPM sono donne, mentre negli Italiani/PSA la prevalenza tra generi è la medesima.

**Distribuzione del genere per cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13



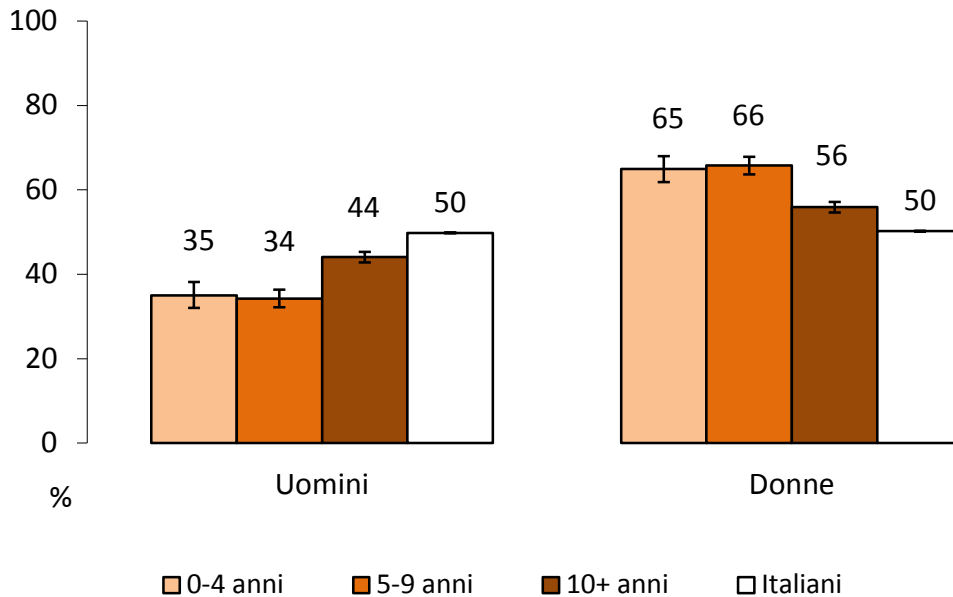
- Approfondendo l'analisi per area di provenienza si nota che gli stranieri provenienti da paesi UE, da Altri Paesi europei e dall'America sono maggiormente donne.

**Distribuzione del genere per area di provenienza**  
Pool PASSI 2008-13



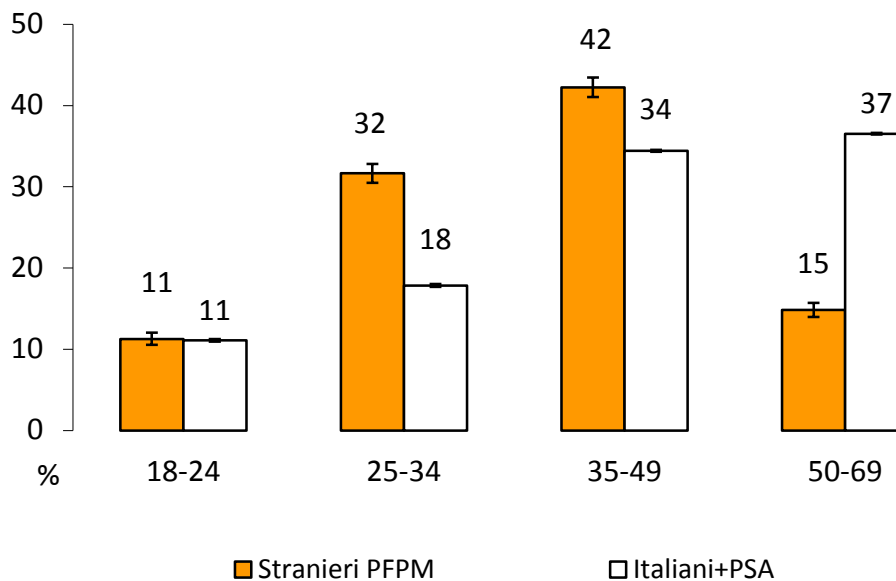
- Analizzando la distribuzione dei generi per tempo trascorso in Italia si osserva una maggior prevalenza di donne che è ancora più forte per le persone che vivono in Italia da meno di 10 anni.

**Distribuzione del genere per anni vissuti in Italia**  
Pool PASSI 2008-13



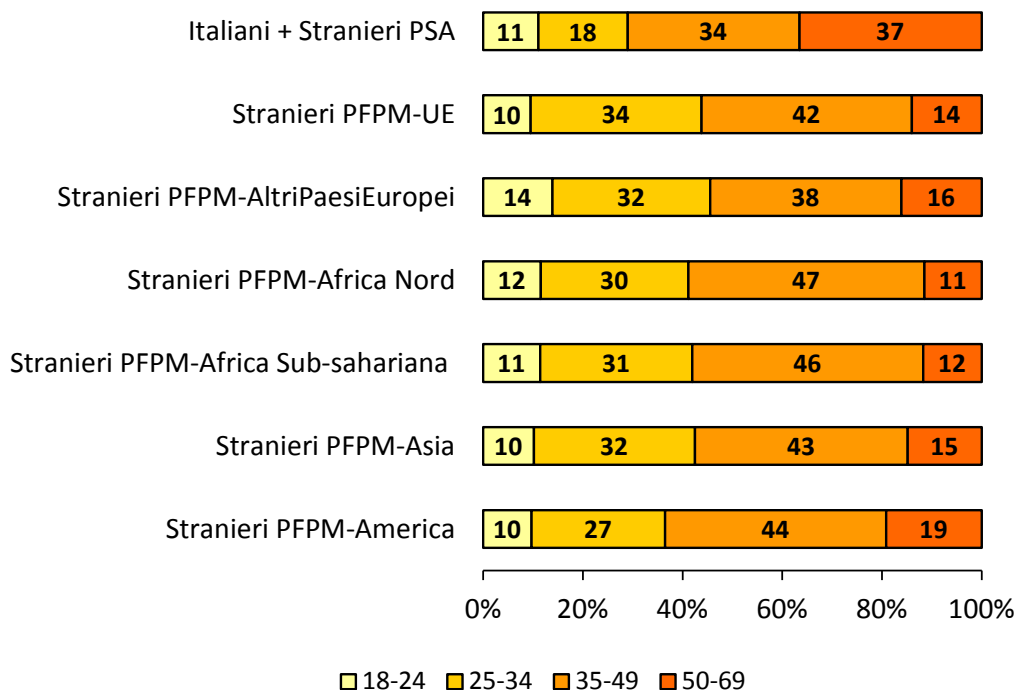
- Anche la distribuzione per età mostra forti differenze per cittadinanza, in particolare si nota che nel campione la distribuzione percentuale degli stranieri PFPM in confronto all'analoga degli Italiani/PSA mostra una significativa maggior presenza nella fascia d'età 25-49 anni e un differenziale fortemente negativo tra 50-69 anni.

**Distribuzione dell'età per cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13



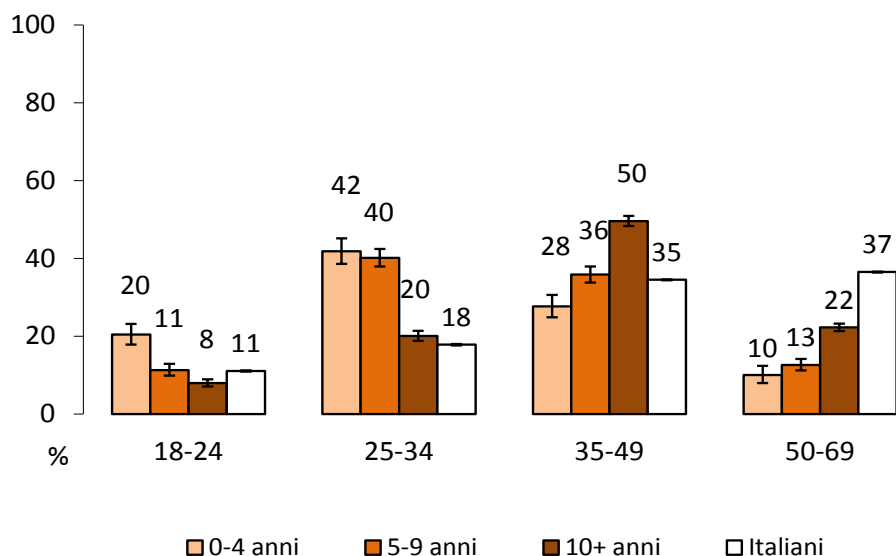
- Tale fenomeno si osserva anche nelle analisi per area di provenienza.

### Distribuzione dell'età per area di provenienza (%) Pool PASSI 2008-13



- Osservando la distribuzione percentuale per anni vissuti in Italia si notano percentuali più alte di 18-34enni per chi è in Italia da meno di 10 anni e di ultra 34enni di chi è in Italia da un periodo superiore.

### Distribuzione dell'età per anni vissuti in Italia Pool PASSI 2008-13



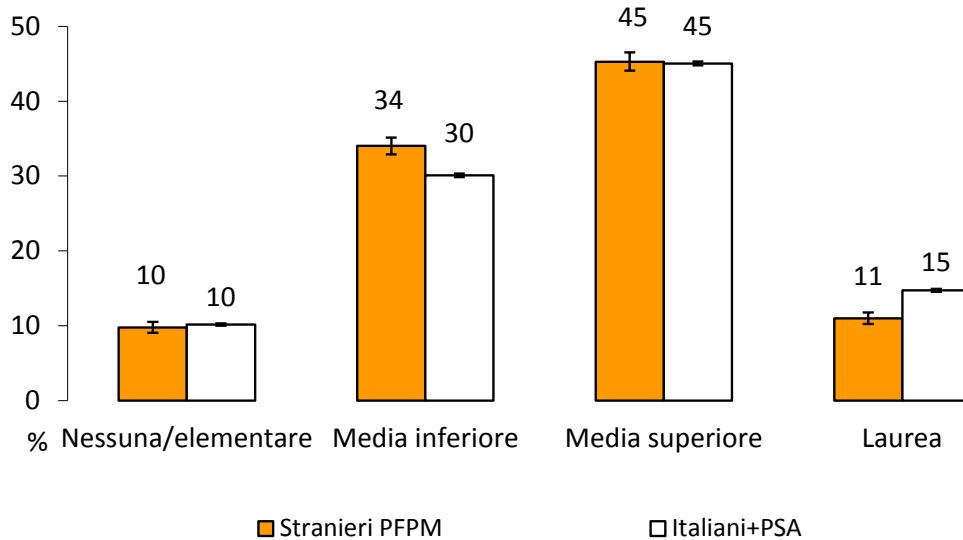


## La scolarità

- La distribuzione per scolarità è abbastanza simile nei due gruppi. Si nota una percentuale un po' più alta di stranieri PFPM con scolarità media-inferiore e di Italiani/PSA con laurea.

### Persone intervistate per titolo di studio e cittadinanza (%)

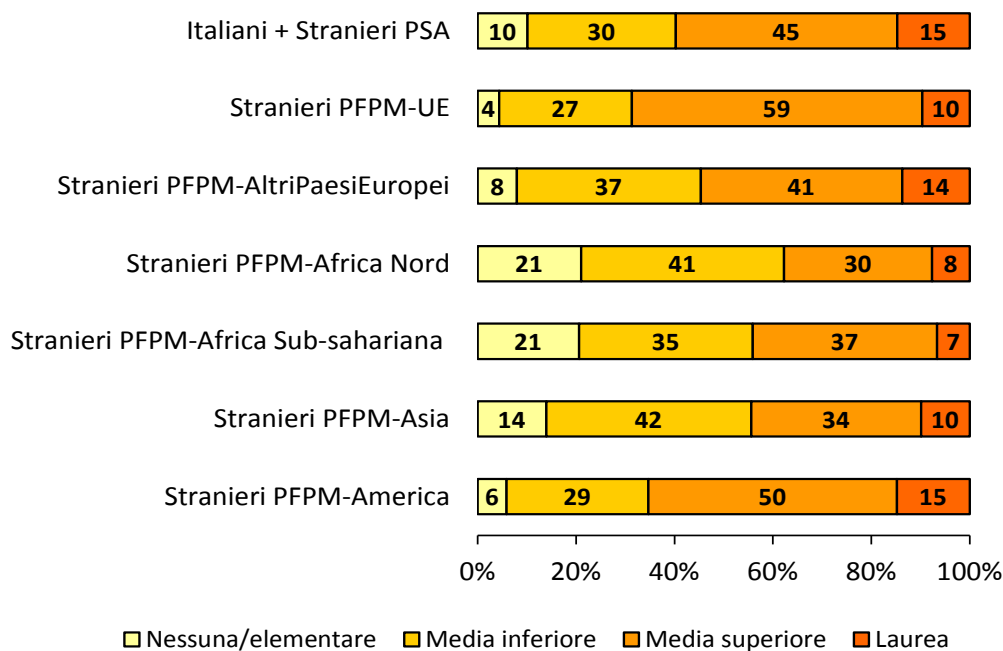
Pool PASSI 2008-13



- La distribuzione della scolarità per area di provenienza mostra una certa eterogeneità: l'Africa mostra una percentuale più elevata rispetto alle altre di scolarità elementare e una minore percentuale di laureati; riferiscono maggiormente titoli di studio medio-alti gli stranieri PFPM provenienti da: Unione Europea, Altri paesi europei e America.

### Persone intervistate per titolo di studio e area di provenienza (%)

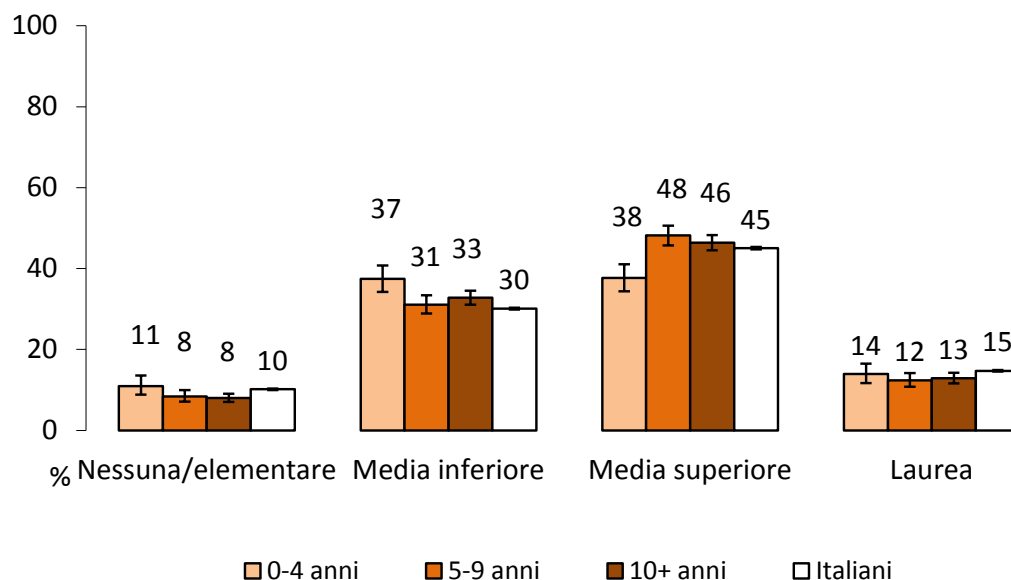
Pool PASSI 2008-13



- Per quanto riguarda gli anni vissuti in Italia non si osservano in generale forti differenze nella distribuzione della scolarità ad esclusione di quella per scolarità media dove si vede una percentuale più alta di media inferiore per chi è in Italia da meno di 5 anni e una percentuale più alta di scolarità media superiore per chi è in Italia da più di 5.

### Persone intervistate per titolo di studio e anni vissuti in Italia (%)

Pool PASSI 2008-13

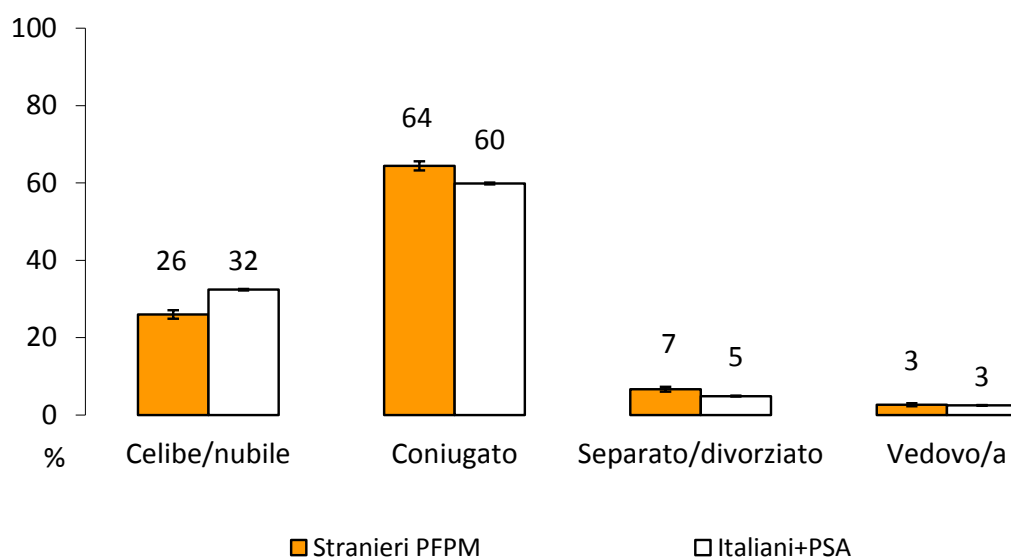


## Lo stato civile

- Osservando la distribuzione per stato civile si nota che gli stranieri PFPM hanno una maggior percentuale di coniugati e minore di celibi rispetto agli Italiani/PSA.

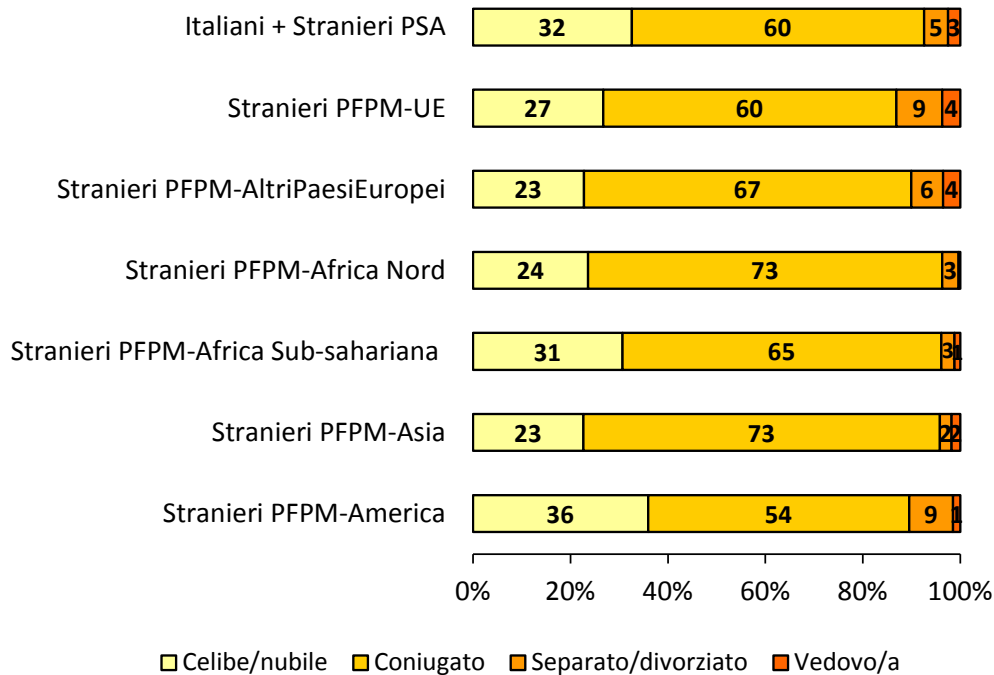
### Persone intervistate per categorie stato civile e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



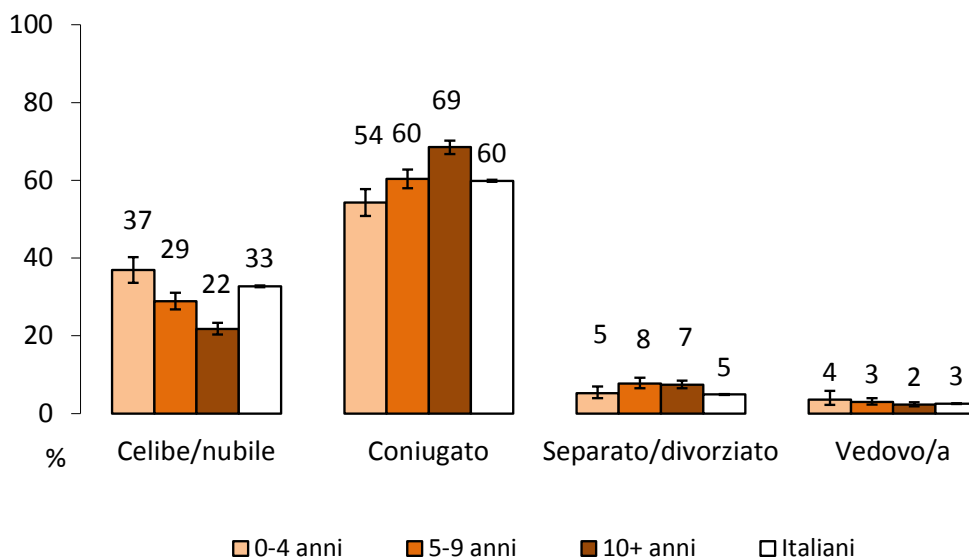
- Indagando il fenomeno per cittadinanza si osserva una certa eterogeneità; le percentuali fortemente più elevate di coniugate si osservano tra le persone provenienti dall’Africa del Nord e dall’Asia.

**Persone intervistate per categorie stato civile e area di provenienza (%)**  
Pool PASSI 2008-13



- Eterogenea anche la distribuzione dello stato civile per anni trascorsi in Italia dove all’aumentare degli anni aumenta la percentuale di coniugati a sfavore dei celibi. Non si evidenziano differenze significative per separati/divorziati e vedovi/e.

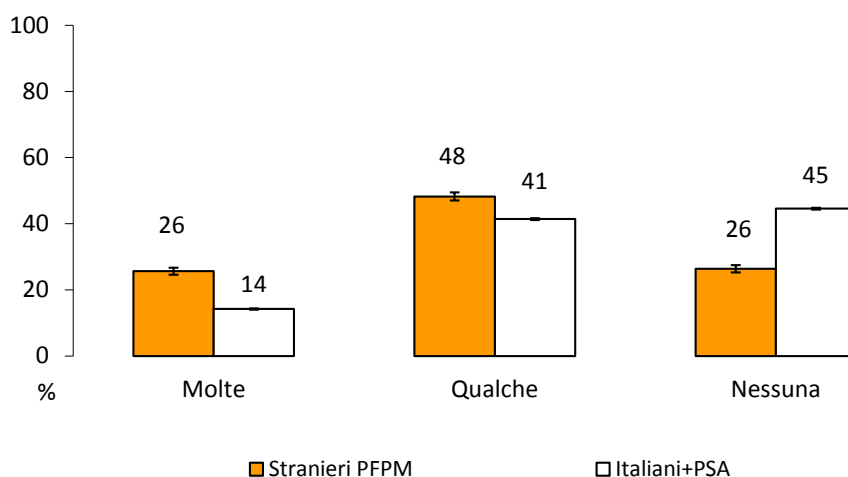
**Persone intervistate per categorie stato civile e anni vissuti in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13



## Le difficoltà economiche

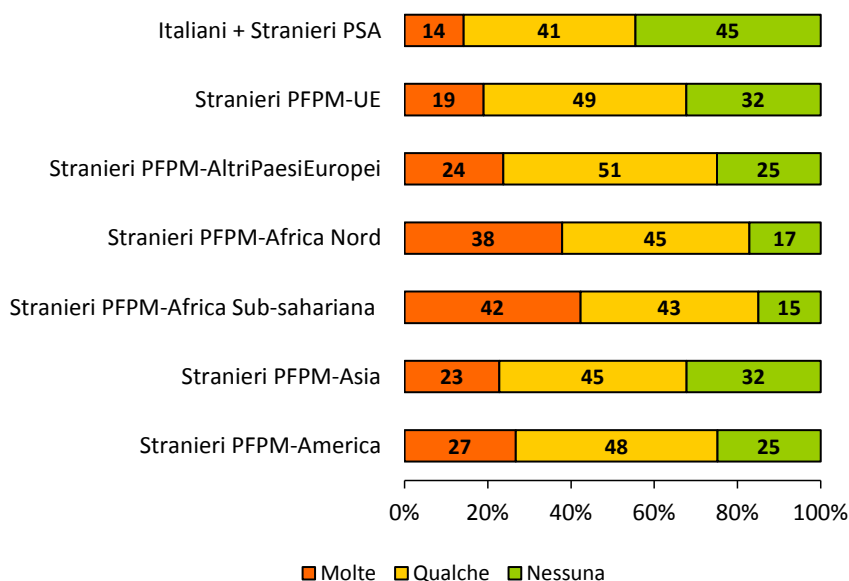
- Nella percezione di difficoltà economiche sono emerse differenze significative per cittadinanza; gli stranieri PFPM riferiscono di percepire qualche/molte difficoltà economiche maggiormente rispetto agli Italiani.
- In particolare tra gli stranieri PFPM:
  - il 26% ha riferito di non avere alcuna difficoltà economica
  - il 48% ha dichiarato di percepire qualche difficoltà
  - il 26% ha riferito di percepire molte difficoltà economiche.

**Difficoltà economiche riferite per cittadinanza**  
Pool PASSI 2008-13



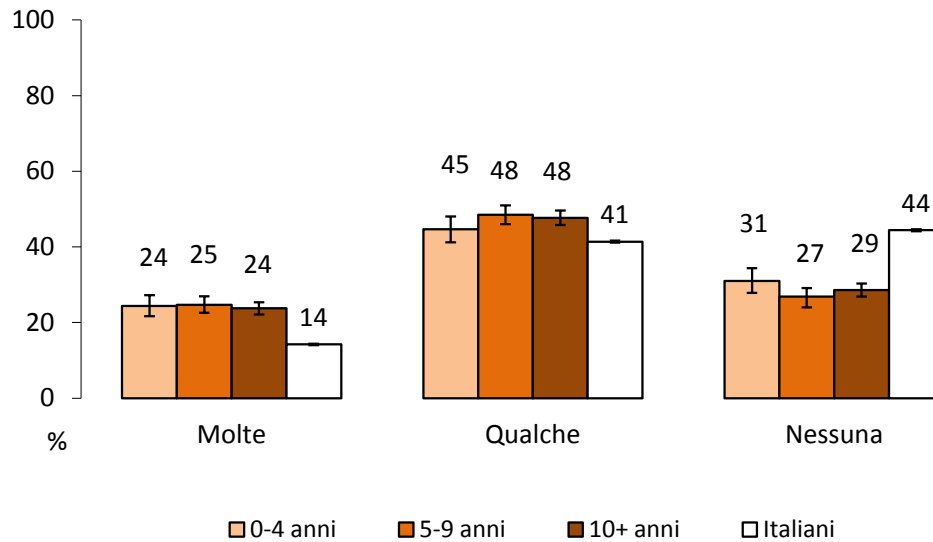
- La prevalenza di persone che ha riferito molte difficoltà economiche ha mostrato valori maggiori per gli stranieri provenienti dall'Africa Sub-Sahariana (42%) mentre chi riferisce di più qualche difficoltà economica proviene da Altri paesi europei.

**Difficoltà economiche riferite per area di provenienza (%)**  
Pool PASSI 2008-13



- Osservando il fenomeno per anni vissuti la prevalenza delle difficoltà economiche non mostra differenziali statisticamente significativi.

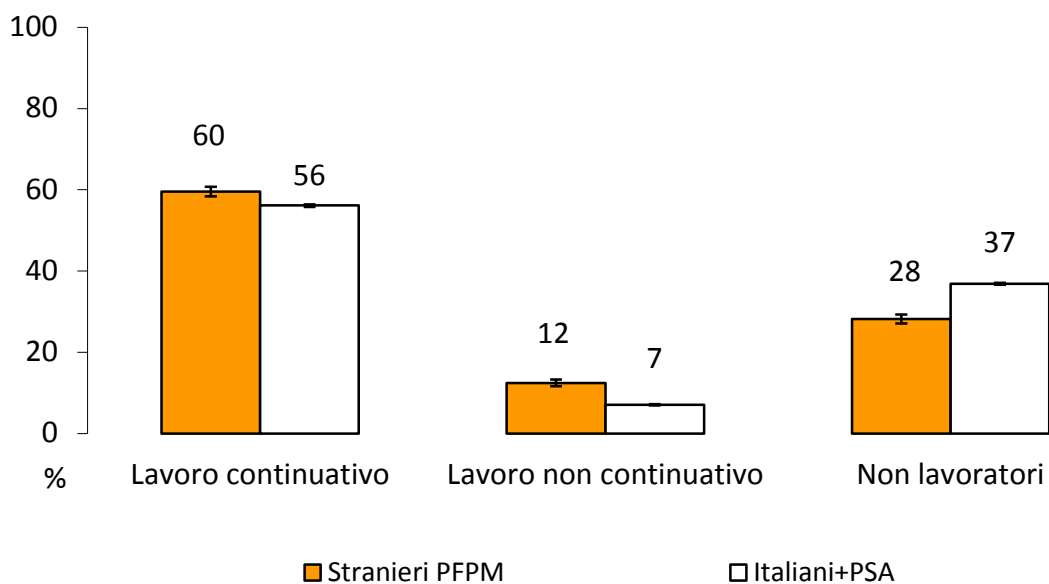
**Difficoltà economiche riferite per anni vissuti in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13



## Lo stato lavorativo

- Le persone con lavoro continuativo rappresentano il 60% degli stranieri PFPM, i lavoratori non continuativi il 12% e i non lavoratori il 28%; per confronto queste percentuali tra gli Italiani/PSA sono rispettivamente del 56%,7% e 37%.

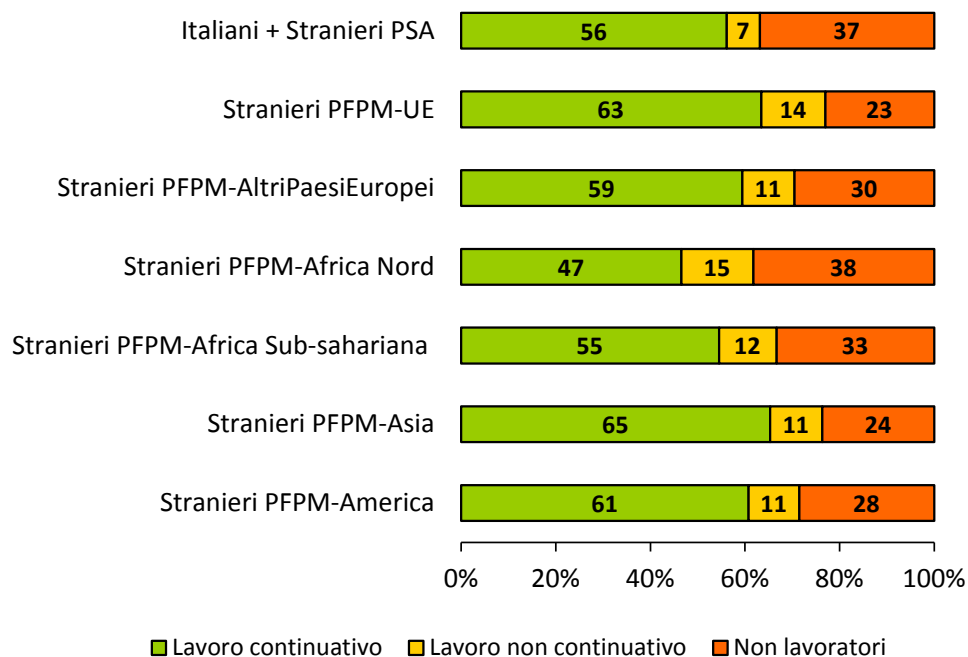
**Persone intervistate per stato lavorativo e cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13



- Lo stato lavorativo è eterogeneo rispetto all'area di provenienza: si può notare che gli stranieri PFPM intervistati che provengono dall'Asia sono maggiormente lavoratori continuativi. La prevalenza maggiore di persone che riferiscono di non lavorare è più elevata tra i provenienti dall'Africa del Nord.

### Persone intervistate per stato lavorativo e area di provenienza (%)

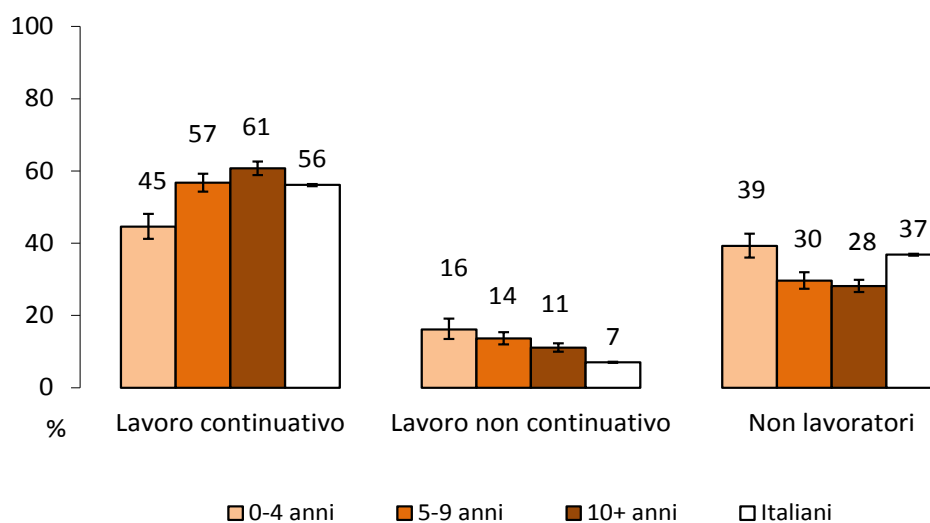
Pool PASSI 2008-13



- Per quanto riguarda gli anni vissuti in Italia la percentuale di stranieri che lavorano continuamente cresce con l'aumentare degli anni trascorsi in Italia e contemporaneamente si riduce quella dei lavoratori non continuativi o di chi non lavora.

### Persone intervistate per stato lavorativo e anni vissuti in Italia (%)

Pool PASSI 2008-13



## **Alcune considerazioni di sintesi**

Già da questi primi dati descrittivi delle principali variabili socio-demografiche si ha un quadro dei residenti stranieri in Italia molto composito e variegato. Circa metà degli stranieri residenti in Italia e colti dal sistema di sorveglianza PASSI proviene da altri stati europei, gli altri da tutto il resto del mondo.

E' evidente come l'area geografica di provenienza rappresenti la variabile che maggiormente caratterizza le differenze riscontrate tra italiani e stranieri. Sia dove il valore medio tra italiani e stranieri non differisce o differisce poco (ad es. titolo di studio), sia dove questo risulta più differente (ad es. difficoltà economiche), le differenze negli stranieri tra aree di provenienza appaiono sempre statisticamente significative e in molti casi marcate.

Un'altra variabile che evidenzia alcune differenze è quella della 'generazione migratoria': spesso i 'vecchi' immigrati, quelli residenti in Italia da più di 10 anni, hanno caratteristiche diverse dai 'nuovi', di recente migrazione. Di ciò ovviamente bisognerà tener conto nell'interpretazione dei risultati riportati nei capitoli successivi, per non confondere effetti legati a fenomeni di integrazione con effetti dovuti semplicemente ad una diversa composizione socio-demografica della popolazione migrante.





# Benessere

## Percezione dello stato di salute

La “qualità della vita relativa alla salute” testimonia il benessere (o malessere) psicofisico vissuto dalla persona; è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale, funzionale e sociale e non dipende solo dalla presenza e dal tipo di malattia, ma anche dalle risorse economiche e sociali a cui il singolo ha accesso.

Gli indicatori utilizzati per misurare la qualità della vita relativa alla salute sono risultati essere associati alla mortalità, la morbilità, al declino funzionale e al ricorso ai servizi sanitari. Tra questi indicatori, la salute percepita è uno dei più utilizzati e si basa principalmente su una valutazione qualitativa dello stato di salute e del benessere psicofisico così come lo percepisce il singolo individuo.

Nella maggior parte dei Paesi europei vengono regolarmente condotte indagini in cui è presente una domanda sulla salute percepita. 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.

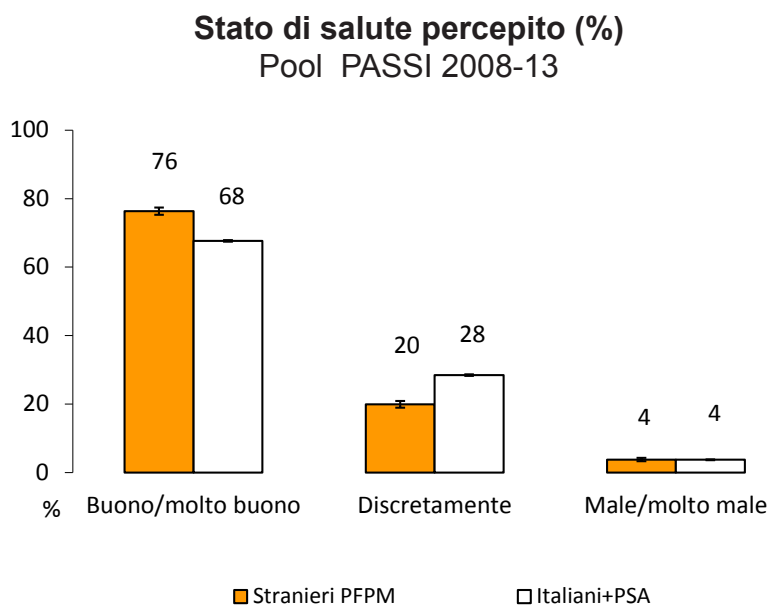
In tutta Europa, gli uomini hanno un migliore stato di salute percepito rispetto alle donne, i giovani migliore delle persone in età più avanzata, gli occupati uno stato di salute migliore delle persone senza lavoro. Così pure un elevato livello di istruzione e di reddito influenzano positivamente in tutta Europa la percezione dello stato di salute.

Nel sistema di sorveglianza PASSI la qualità della vita relativa alla salute viene valutata col metodo dei “giorni in salute” (Healthy Days), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute 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 psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

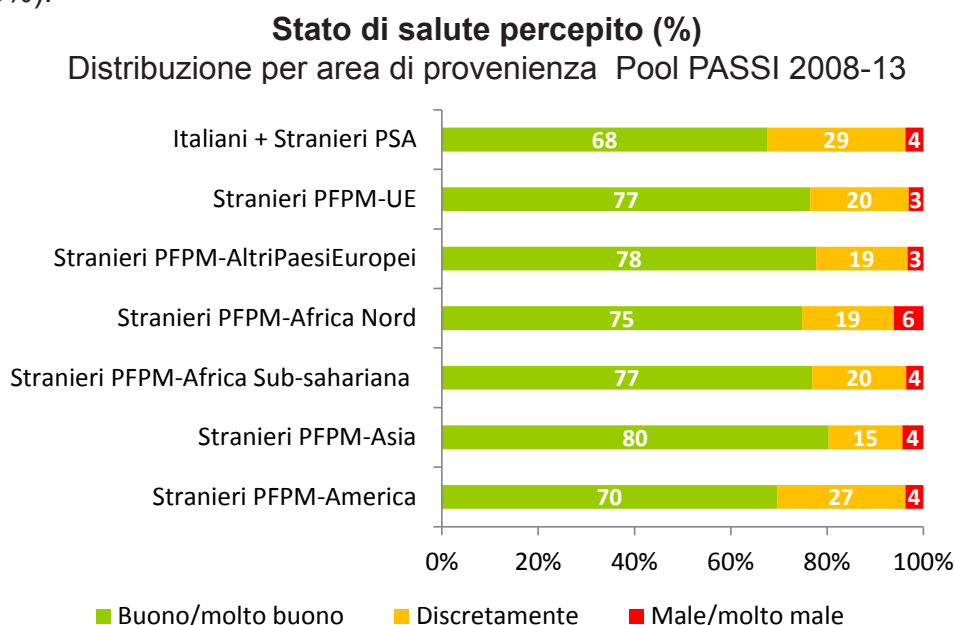
In questo capitolo si presenta un focus su gli indicatori della percezione dello stato di salute fisica.

## Distribuzione della percezione dello stato di salute

- Nel periodo 2008-13 la maggior parte degli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (76%) ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene. Il 20% ha dichiarato di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male o molto male).



- La quota di persone che giudica positivamente il proprio stato di salute è statisticamente maggiore fra gli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA. Questa differenza si mantiene significativa anche standardizzando per genere ed età. (Vedi Appendice X)
- L'analisi per area di provenienza degli intervistati mostra che gli stranieri provenienti dall'Asia e da altri paesi Europei, più frequentemente di altri riferiscono di essere in buona salute (80% e 78% rispettivamente), mentre fra gli stranieri provenienti dal Nord Africa vi è la proporzione più alta di coloro che denunciano un cattivo stato di salute (6%).



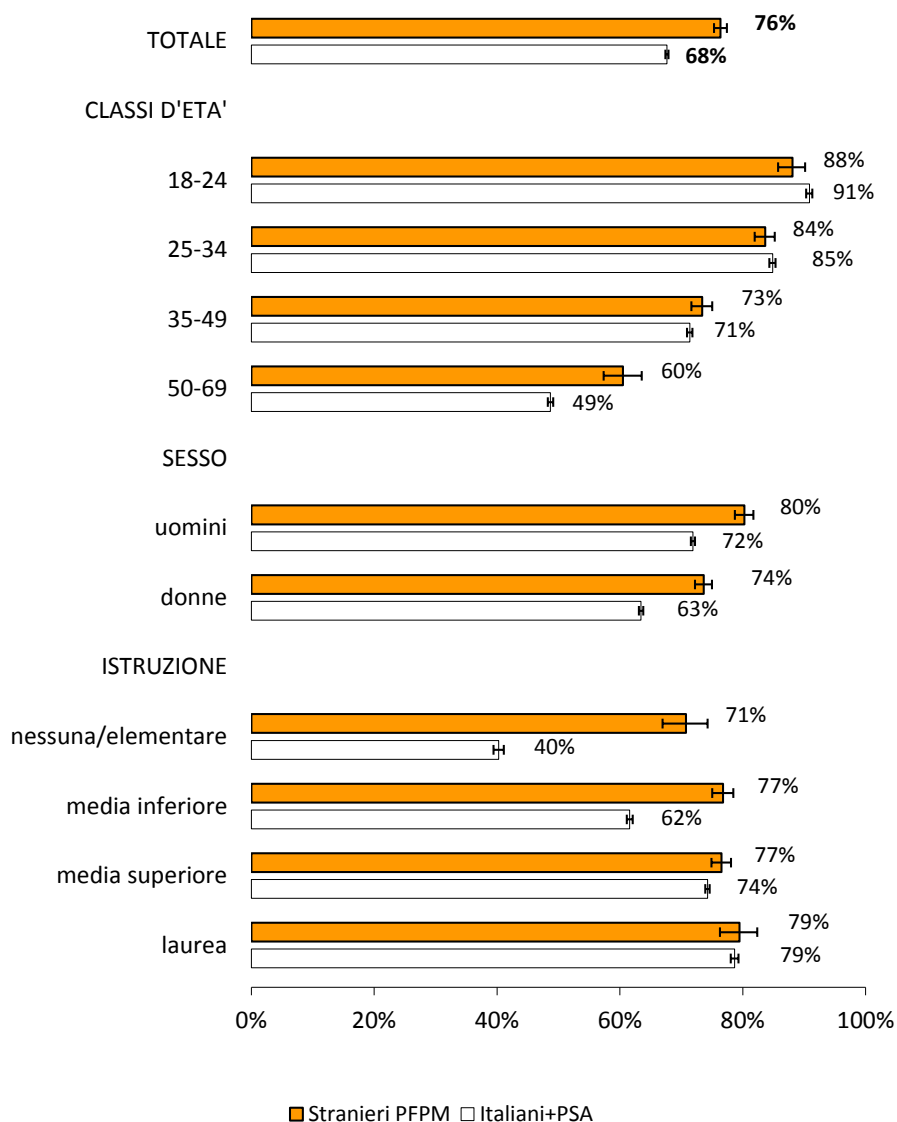
## Caratteristiche delle persone che dichiarano uno stato di salute positivo

• Tra gli stranieri PFPM, come accade fra gli italiani/PSA, coloro che dichiarano uno stato di salute buono/molto buono sono più frequentemente:

- le persone più giovani
- gli uomini
- le persone con istruzione medio-alta
- le persone senza difficoltà economiche
- chi non è affetto da patologie croniche
- le persone che lavorano in modo continuativo

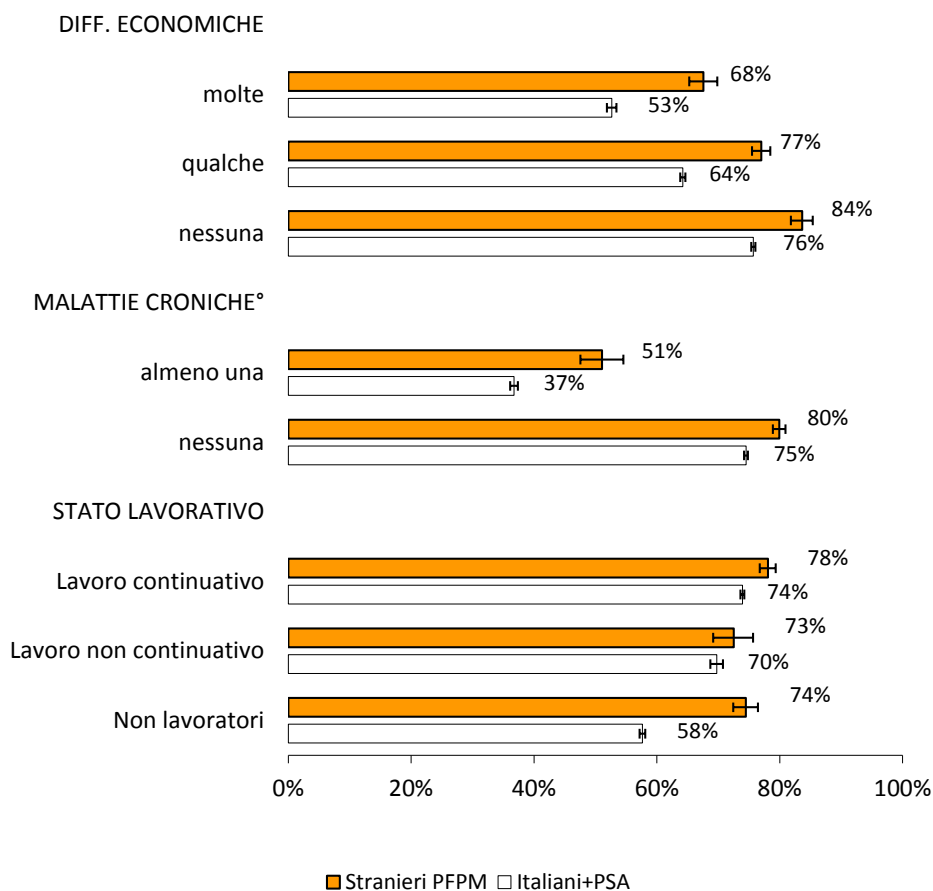
I dati mostrano che quando si stratifica per caratteristiche socio-anagrafiche, anche nei vari sottogruppi, gli stranieri PFPM più frequentemente degli Italiani/PSA si dichiarano in buona salute.

### Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona per caratteristiche socio-demografiche (%) Pool PASSI 2008-13



## Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona per caratteristiche socio-demografiche (%)

Pool PASSI 2008-13



° patologie croniche indagate: diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie, infarto del miocardio, altre malattie cardiovascolari e cirrosi epatica

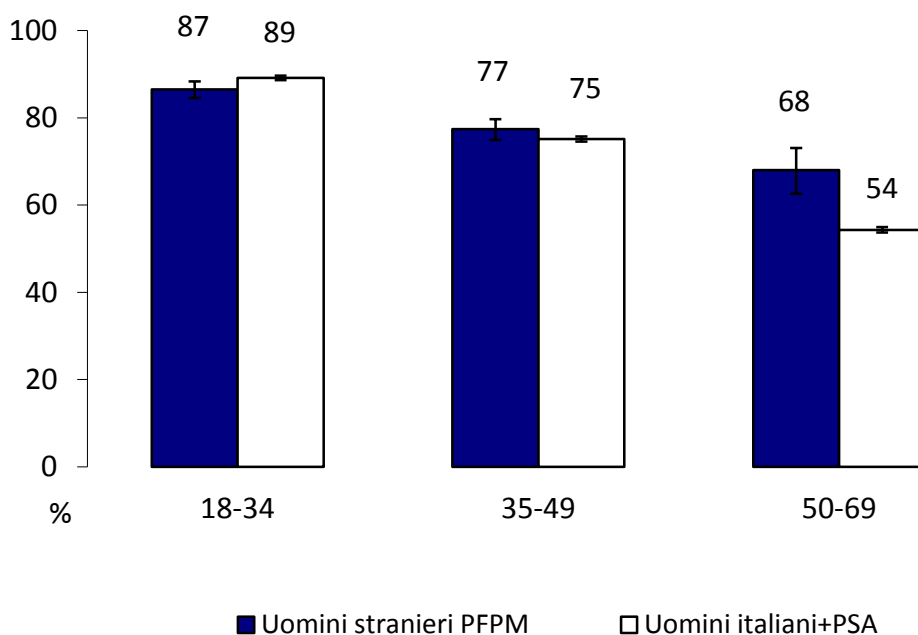
Tuttavia alcune importanti differenze emergono, in particolare riguardo l'età. Infatti se è vero che fra gli stranieri PFPM la proporzione di persone che si dichiara in buona salute diminuisce con l'avanzare dell'età, come accade del resto fra gli italiani/PSA, il vantaggio degli stranieri PFPM rispetto agli Italiani/PSA in termini di salute percepita è evidente solo fra le generazioni più anziane, 50-69enni, ma non fra le più giovani, con meno di 34 anni, fra le quali la quota di quanti si definiscono in buona salute fra gli stranieri PFPM è persino inferiore a quella dei coetanei italiani/PSA.

Inoltre da mettere in evidenza che fra Stranieri PFPM la quota di persone in buona salute è poco sensibile al livello di istruzione e non ci sono quindi grandi differenze fra le persone più o meno istruite, come accade fra gli italiani/PSA. Similmente accade per lo stato lavorativo che determina anch'esso differenze non significative nella quota di persone in buona salute. Infine da evidenziare che le condizioni economiche e le malattie croniche impattano significativamente sulla salute percepita, ma in minore misura fra Stranieri PFPM rispetto agli Italiani/PSA.

- L'analisi per genere e classi di età specifiche conferma, sia per gli uomini che per le donne, che fra gli Stranieri PFPM il vantaggio nella salute percepita è evidente e significativo solo nelle generazioni più anziane ma non fra le più giovani, con meno di 34 anni, fra le quali accade che la quota di coloro che si percepiscono in buona salute è più bassa di quella di Italiani/PSA.

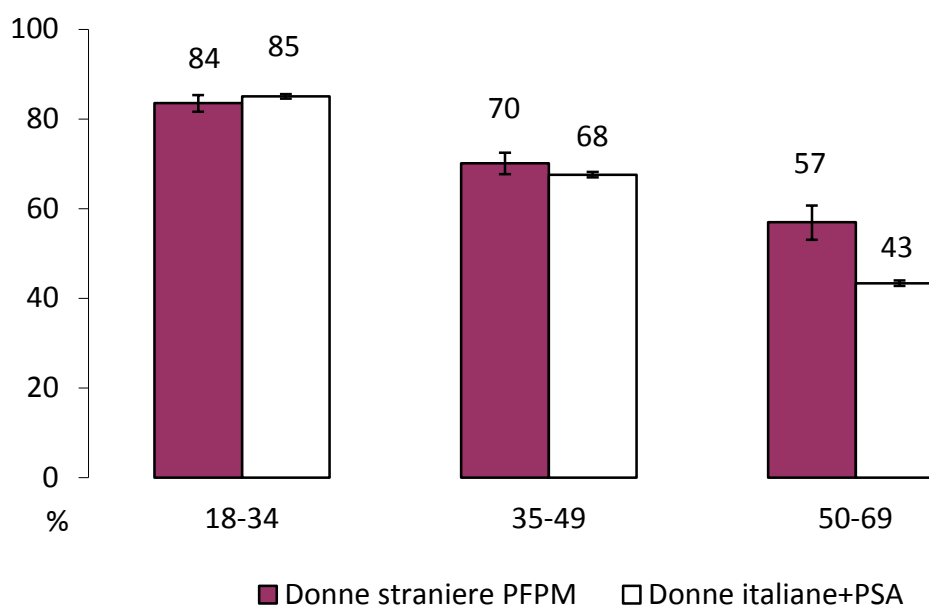
### Uomini che si dichiarano in salute buona o molto buona per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



### Donne che si dichiarano in salute buona o molto buona per età e cittadinanza (%)

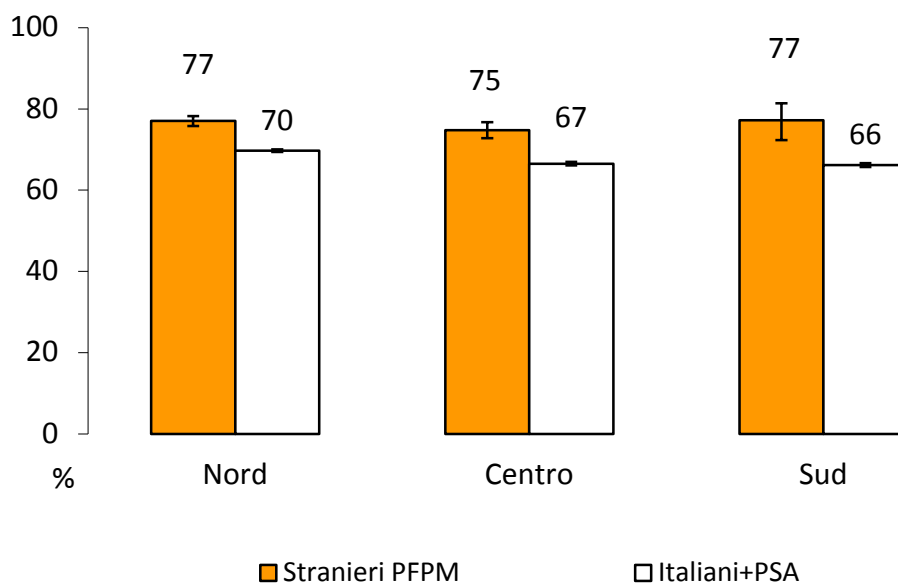
Pool PASSI 2008-13



- L'analisi per ripartizione geografica non mostra differenze significative e mette in evidenza che ovunque nel Paese il vantaggio in termini di salute percepita degli stranieri PFPM è significativo nel confronto con gli Italiani/PSA senza differire in modo significativo fra le varie ripartizioni.

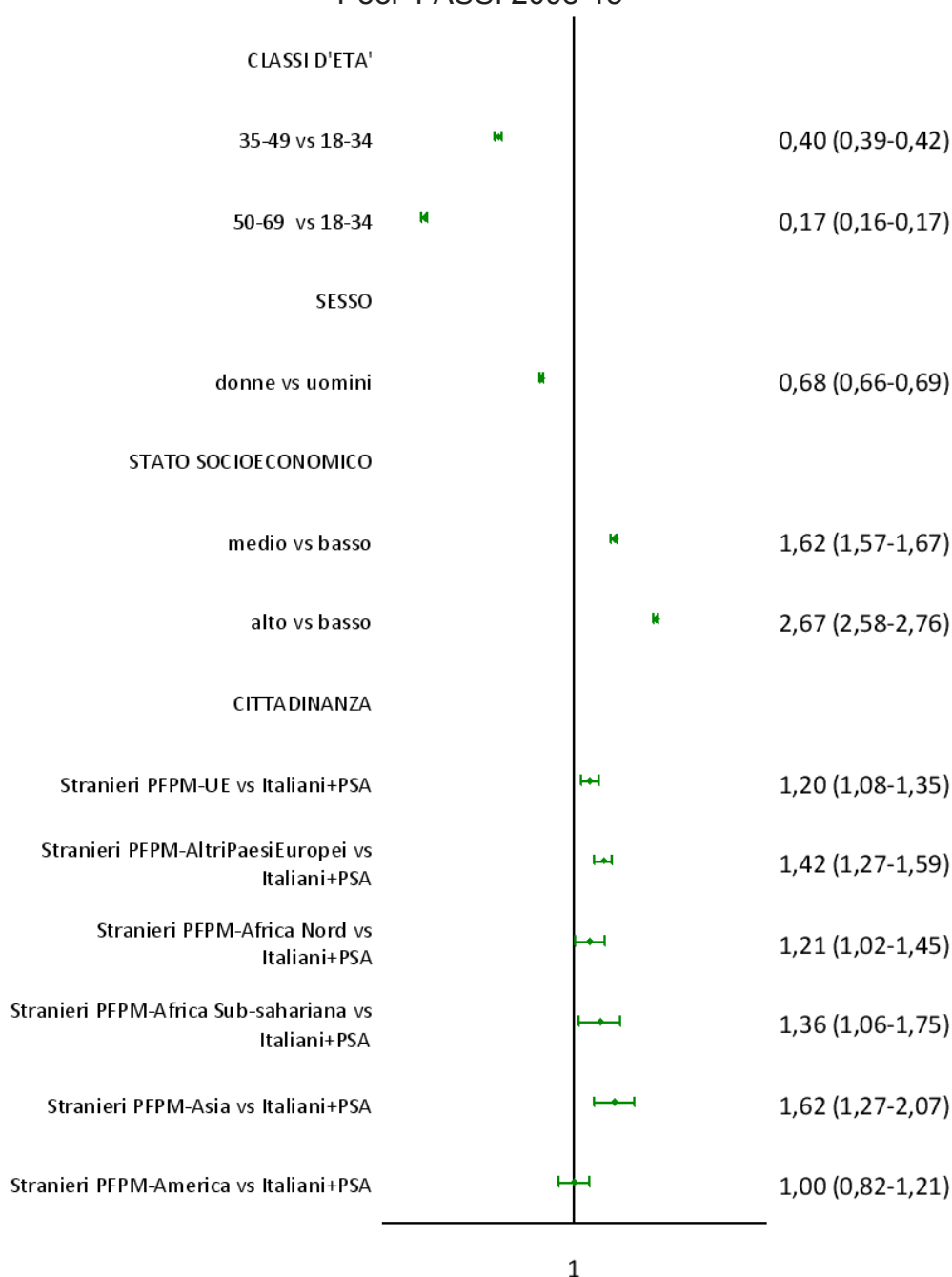
### **Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona per cittadinanza (%)**

Distribuzione per ripartizione PASSI 2008-13



- Utilizzo di un'analisi multivariata (modello logistico) mostra che restano significativamente associate ad una percezione di buona salute, la giovane età, l'essere uomini, e il benessere socioeconomico.
- La stessa analisi conferma che gli stranieri di qualunque provenienza ad eccezione di quelli provenienti dall'America, si percepiscono in buona salute più frequentemente degli Italiani/PSA, a parità di genere, età, stato socioeconomico. Fra tutti emergono le popolazioni di stranieri provenienti dall'ASIA con probabilità significativamente più alta di dichiararsi in buona salute.
- Gli stranieri PFPM-America, invece, sembrano non differire significativamente in termini di salute percepita dagli italiani/PSA.

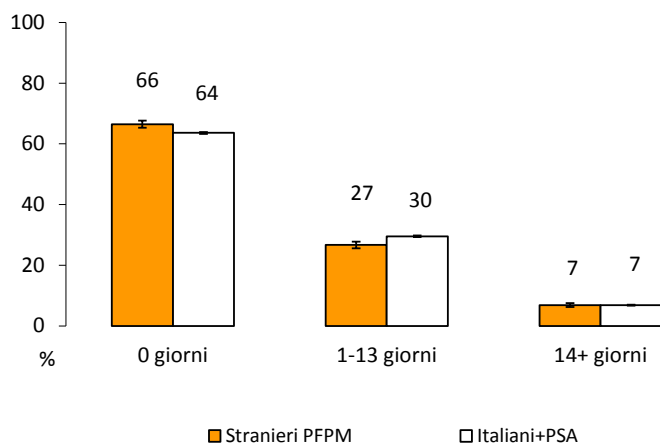
**Fattori associati alla percezione positiva dello stato di salute (regressione logistica)**  
Pool PASSI 2008-13



## Giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici

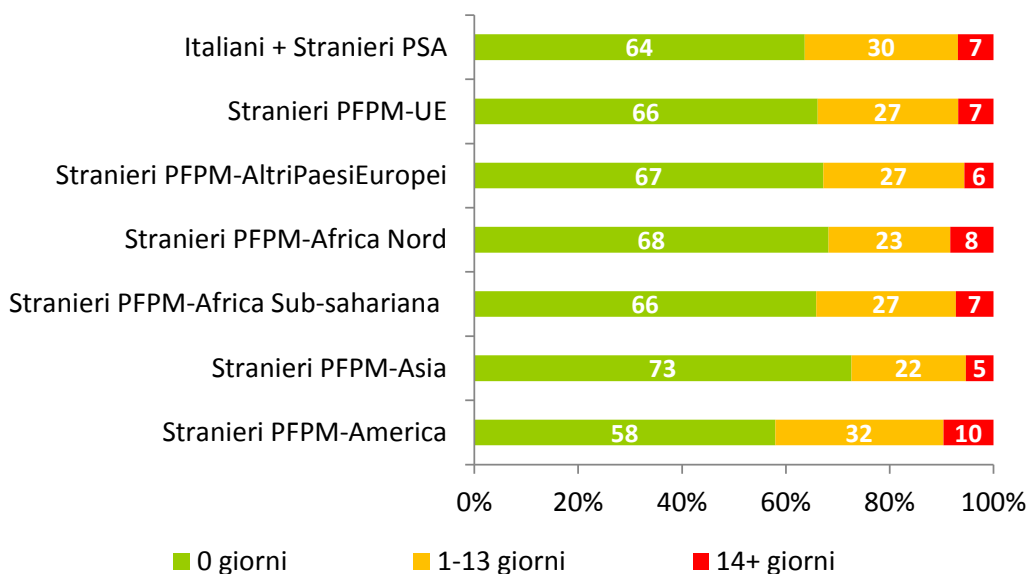
- La maggior parte degli stranieri PFPM (66%) ha riferito di non avere avuto problemi di salute fisica, legati ad una malattia o ad un incidente, nel mese precedente l'intervista, mentre il 27% di loro ha riferito di averne avuti da 1 a 13 giorni (Unhealthy Days), e il 7% ne ha riferiti più di 14 giorni.

**Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici (%)**  
Pool PASSI 2008-13



- Anche per questa dimensione dello stato di salute, gli Stranieri PFPM mostrano un vantaggio rispetto agli Italiani/PSA: è significativamente più alta la proporzione di coloro che non riferiscono alcun giorno di cattiva salute fisica (66% vs 64%) ed è significativamente più bassa la quota di chi dichiara di aver avuto da 1 a 13 giorni di cattiva salute (27% vs 30%). Queste differenze restano significative anche standardizzando per genere ed età (Vedi Appendice X)
- L'analisi per area di provenienza conferma che gli Stranieri provenienti dall'Asia sembrano più di altri essere in buona salute: fra loro si osserva la più alta quota di chi non denuncia nessun giorno in cattiva salute (73%), e le più basse quote di chi ne riferisce fino a 13 (22%) o oltre (5%).

**Giorni in cattiva salute per motivi fisici (%)**  
Distribuzione per area di provenienza Pool PASSI 2008-13



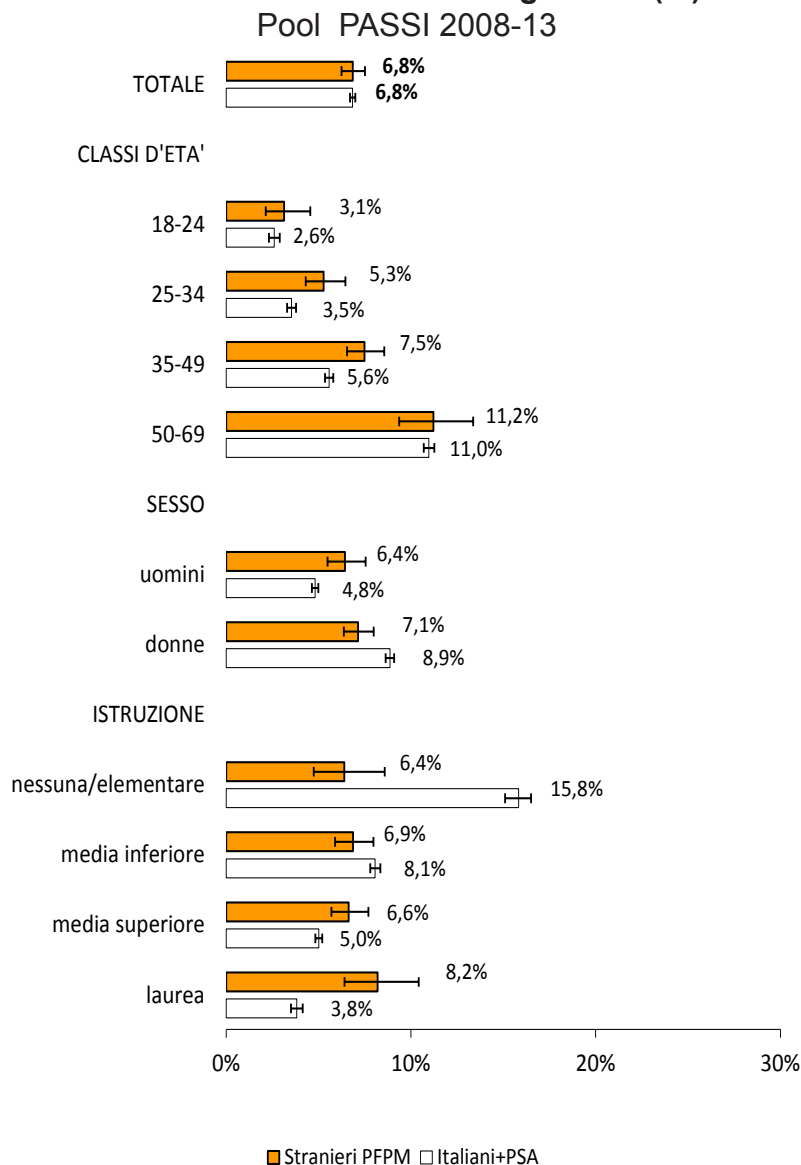


- Di contro gli stranieri con uno stato di salute peggiore sembrano confermarsi quelli provenienti dall'America: fra di loro si osserva la più bassa quota di chi dichiara di non aver trascorso alcun giorno in cattiva salute (58%) e le più alte quote di chi ne riferisce fino a 13 (32%) o oltre (10%).

## Caratteristiche delle persone che dichiarano di aver avuto più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici

- Tra gli stranieri PFPM, le persone con uno stato di salute compromesso, perché dichiarano 14 giorni o più di cattiva salute fisica, nei 30 giorni precedenti l'intervista, ammontano al 6.8% e questa quota aumenta all'aumentare dell'età (pari al 11.2% fra gli 50-69enni), all'aumentare delle difficoltà economiche (raggiunge il 10% fra chi dichiara di avere molte difficoltà economiche), è maggiore fra chi ha almeno una patologia cronica (17,1%); mentre non si osservano differenze significative per genere, istruzione e stato lavorativo.

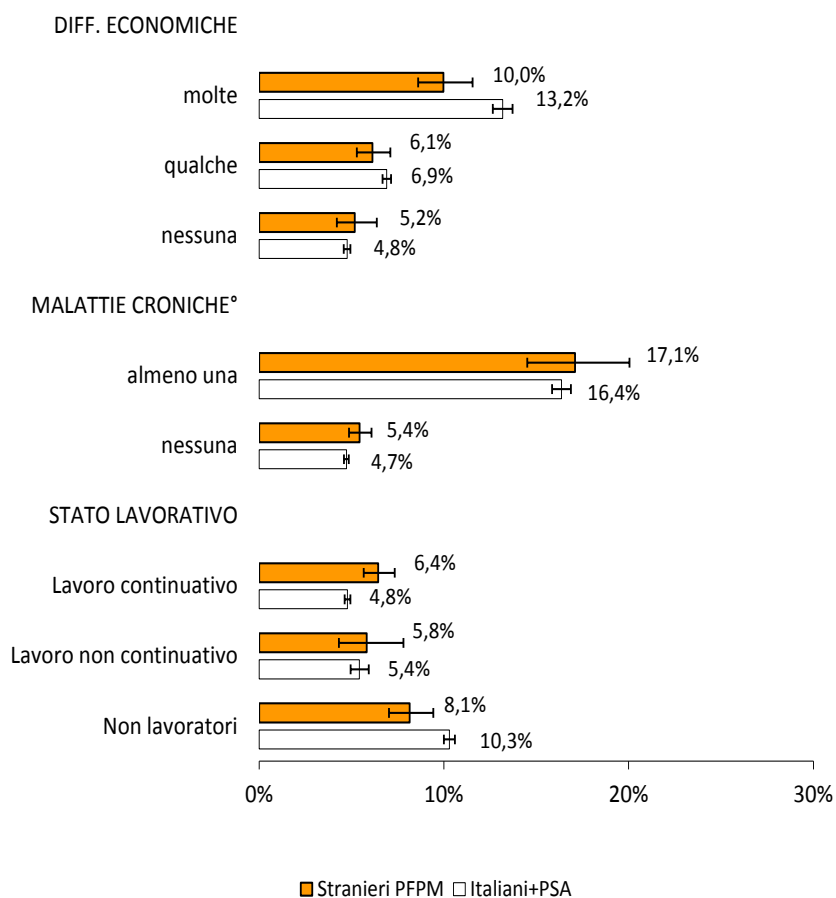
### Persone che dichiarano 14+ giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici per caratteristiche socio-demografiche (%)



- Anche fra gli italiani/PSA, la prevalenza di persone con salute compromessa, che dichiara 14 giorni o più in un mese di malessere fisico, è pari al 6.8%, ma hanno caratteristiche in parte diverse: come accade per gli stranieri PFPM anche fra gli Italiani/PSA le persone in cattive condizioni di salute sono più frequenti fra i 50-69 anni (11.0%), fra quelli con molte difficoltà economiche (13.2%) o con almeno una patologia cronica (16.4%), ma si caratterizzano anche per genere, perché fra le donne è significativamente più alta questa quota (8.9%), per istruzione, infatti la prevalenza cresce al diminuire del livello di istruzione (raggiunge il 15.2% fra coloro che non hanno alcun titolo di studio o al più la licenza elementare) ed è più alta fra i non lavoratori (10.3%).

### Persone che dichiarano 14+ giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici per caratteristiche socio-demografiche (%)

Pool PASSI 2008-13

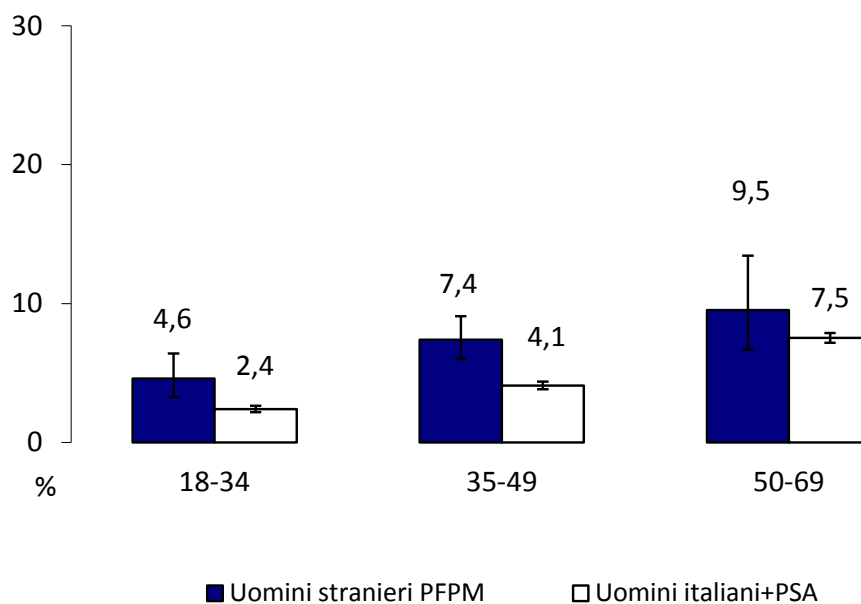


° patologie croniche indagate: diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie, infarto del miocardio, altre malattie cardiovascolari e cirrosi epatica

- L'analisi genere-età specifica mostra, per gli uomini, che le differenze maggiori fra Stranieri PFPM e italiani sono sempre e a qualunque età a sfavore dei primi, e significative solo nelle classi di età più giovani, mentre per le donne non vi sono differenze significative fra straniere/PFPM e Italiane/PSA se non una più alta prevalenza di persone in cattiva salute fra le più anziane italiane/PSA ma non significativa.

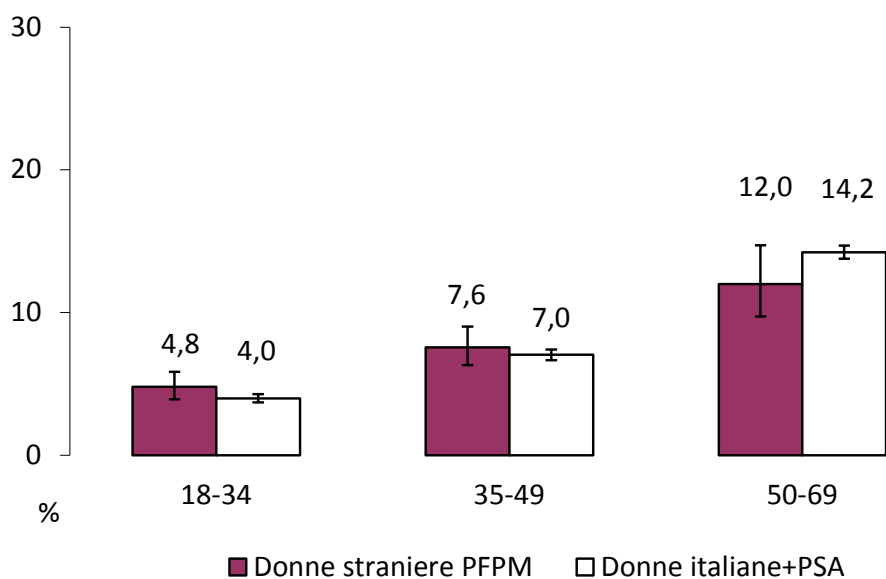
### Uomini che dichiarano 14+ giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici per età(%)

Distribuzione per cittadinanza Pool PASSI 2008-13



### Donne che dichiarano 14+ giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici per età (%)

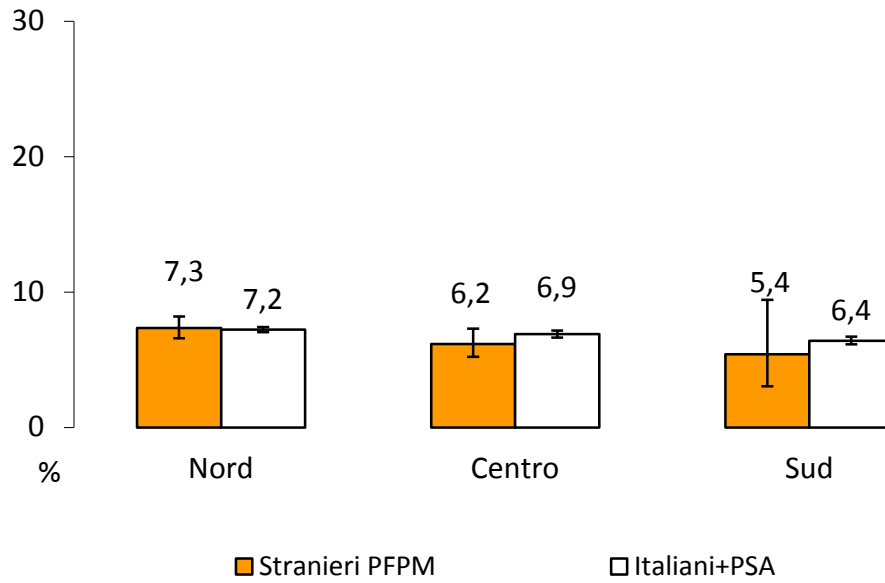
Distribuzione per cittadinanza Pool PASSI 2008-13



- Analizzando il fenomeno per ripartizione non ci sono gradienti significativi nord-sud.

**Persone che dichiarano 14+ giorni riferiti in cattiva salute  
per motivi fisici per cittadinanza (%)**

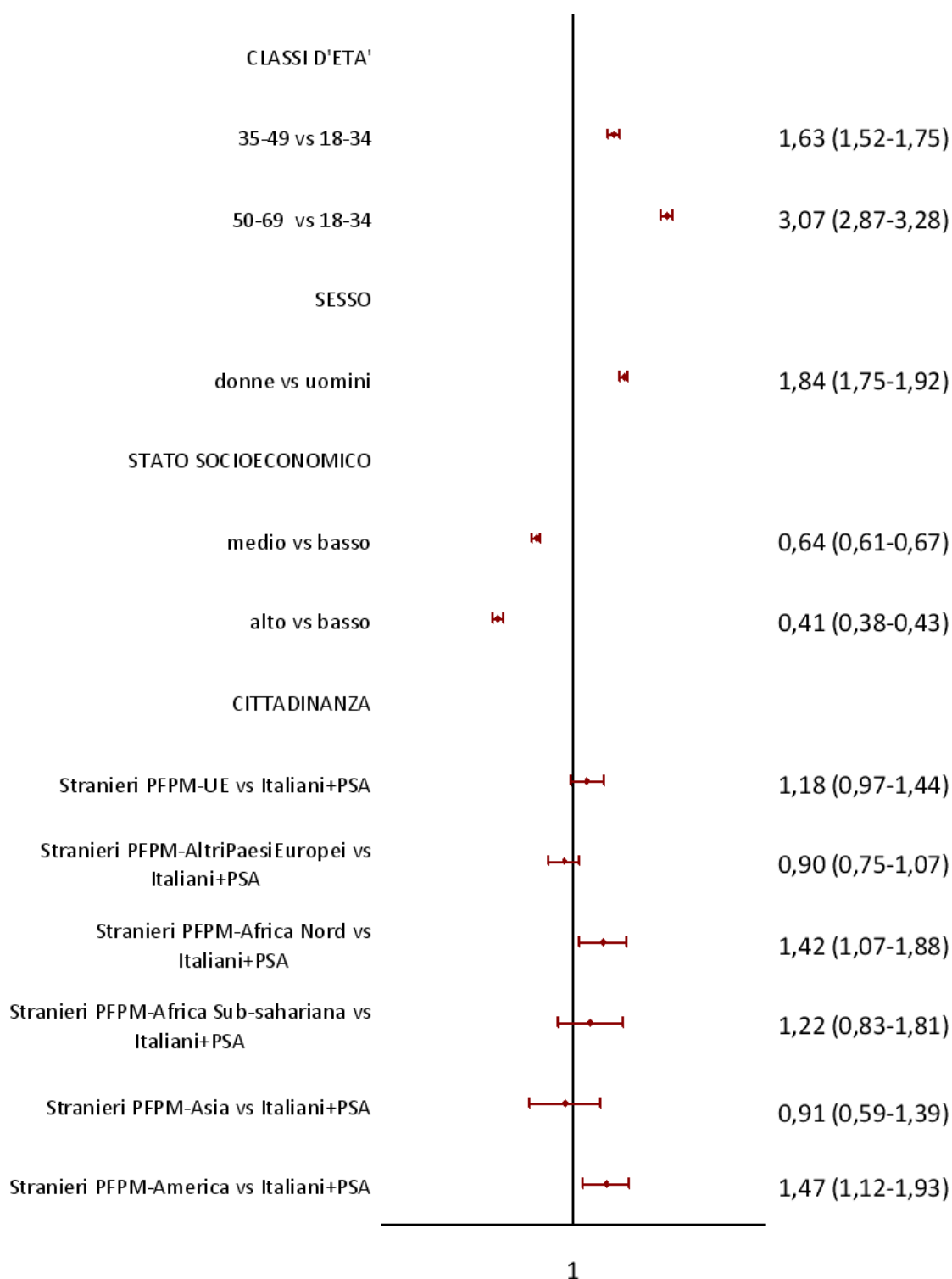
Distribuzione per ripartizione PASSI 2008-13



L'analisi multivariata condotta con un modello logistico mette in evidenza che la probabilità di essere in cattiva salute (misurata con l'indicatore basato su i giorni vissuti in cattive condizioni di salute fisica) non è significativamente maggiore fra gli stranieri rispetto agli italiani se non per gli stranieri provenienti da Africa del Nord e dall'America, a parità di età, genere e stato socioeconomico.

### Fattori associati ai 14+ giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici (regressione logistica)

Pool PASSI 2008-13

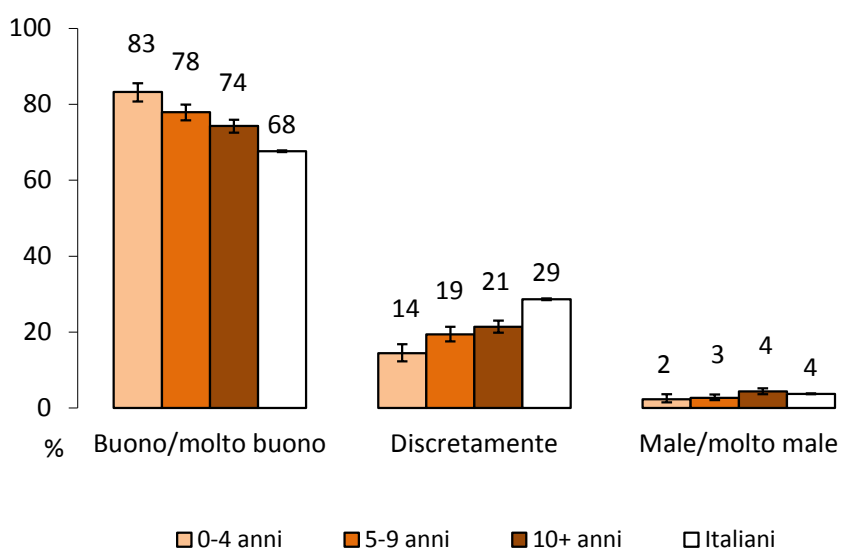


## Tempo trascorso in Italia e percezione dello stato di salute

Analizzando le informazioni in base al tempo trascorso in Italia emerge che la quota di persone che si dichiarano in buona salute diminuisce fra coloro che sono in Italia da più anni, significativo fra chi vive in Italia da almeno 10 anni e chi ci vive da meno di 5 anni, ma ciò è esclusivamente determinato dalle differenze per età dei gruppi posti a confronto; poiché gli stranieri presenti in Italia da meno anni sono mediamente più giovani di coloro che vivono in Italia da più anni, la percezione dello stato di salute peggiora solo per effetto dell'aumentare dell'età e non del tempo di permanenza in Italia. E' quanto chiarisce il grafico con le prevalenze standardizzate per genere ed età.

### Stato di salute percepito per tempo trascorso in Italia (%)

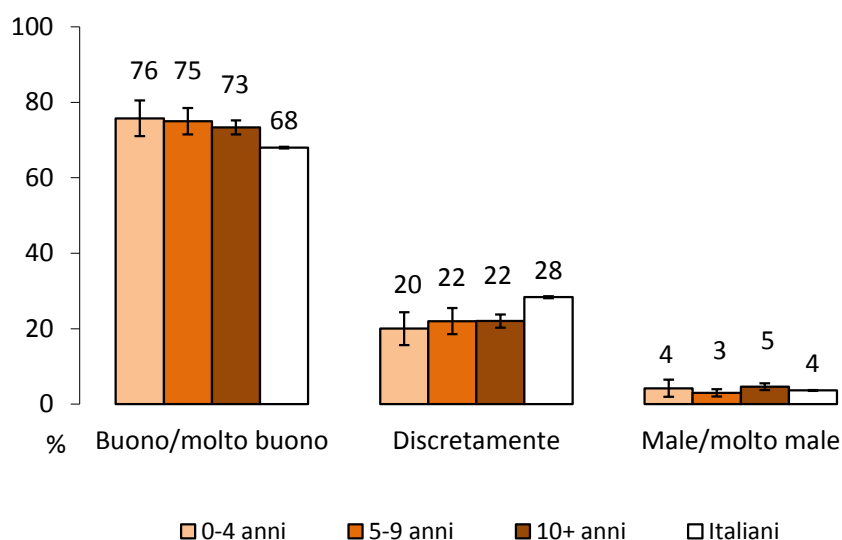
Pool PASSI 2008-13



### Stato di salute percepito per tempo trascorso in Italia (%)

Standardizzazione per età e genere

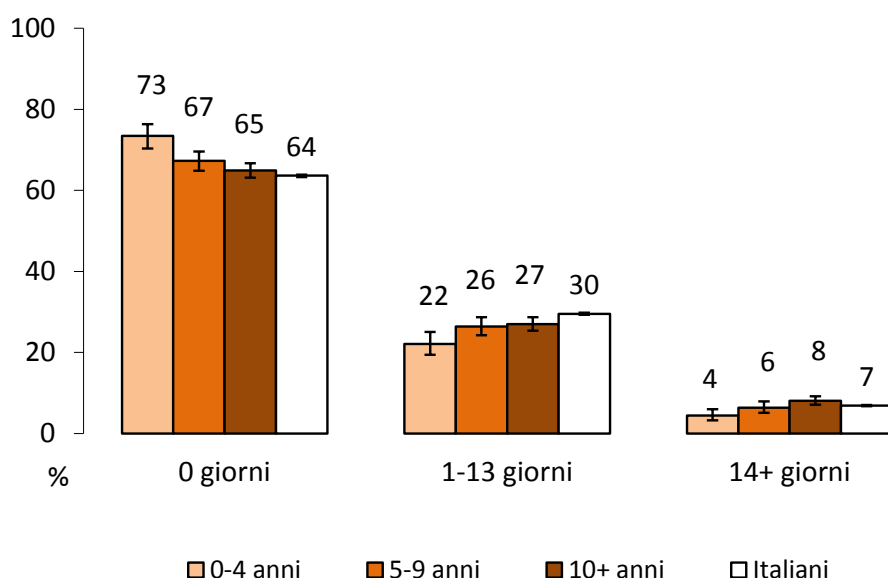
Pool PASSI 2008-13



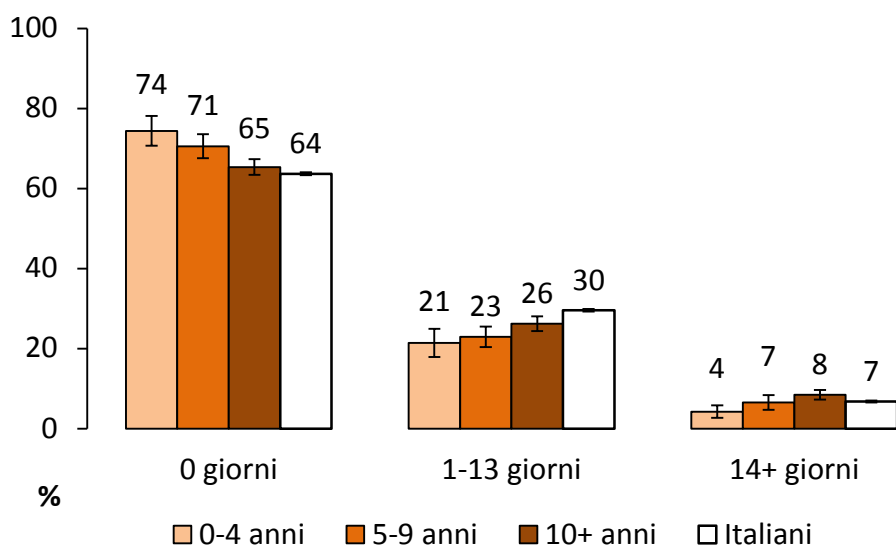
- Anche la salute fisica misurata in giorni vissuti in cattive condizioni fisiche in un mese evidenzia che fra i gruppi a maggiore permanenza in Italia le condizioni di salute sembrano peggiorare ma in questo caso non sembra essere un effetto dovuto all'età (anche i dati standardizzati per genere ed età lo confermano): fra gli stranieri da più anni in Italia si riduce la quota di coloro che godono di buona salute, ovvero chi non dichiara nessun giorno di malessere fisico nell'ultimo mese, e aumenta la quota di coloro che ne dichiarano fino a 14 giorni e anche oltre.

- Gli stranieri PFPM a maggior permanenza quindi mostrano condizioni di salute analoghe a quelle degli italiani/PSA.

**Giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13



**Giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Standardizzazione per età e genere**  
Pool PASSI 2008-13



## Conclusioni

Gli stranieri residenti in Italia sembrano essere un sottogruppo della popolazione selezionata per buona salute; è quanto emerge dai dati PASSI sulla percezione dello stato di salute ma anche dall'analisi di una dimensione più oggettiva della salute che Passi raccoglie e che considera il numero di giorni in un mese vissuti in cattive condizioni per problemi di salute fisica dovuti a malattie o incidenti (*unhealthy days*).

L'analisi multivariata conferma quanto emerge già dalle analisi descrittive univariate e mostra che tutti gli stranieri PFPM sembrano godere di una migliore salute rispetto agli italiani/PSA, in termini di salute percepita, a parità di genere, età e stato socioeconomico.

Tuttavia ci sono differenze significative per nazionalità e se gli stranieri provenienti dall'Asia sembrano percepire positivamente il proprio stato di salute più frequentemente di altri, a parità di genere, età e stato socioeconomico, gli stranieri provenienti dal Nord Africa e dall'America sembrano avere più problemi di salute di tutti, anche degli Italiani/PSA, anche quando la salute è misurata in termini di giorni vissuti in cattive condizioni fisiche.

Il vantaggio in termini di salute percepita, o in qualche modo misurata attraverso gli *unhealthy days*, degli Stranieri/PFPM rispetto agli Italiani/PSA non è tuttavia omogeneo in tutti i sottogruppi della popolazione. L'analisi per caratteristiche socio-anagrafiche mostra che il vantaggio (in termini di salute percepita) degli Stranieri/PFPM è significativo soprattutto fra le generazioni più anziane, sopra i 50 anni di età, e meno evidente fra le generazioni più giovani che dovrebbero riferirsi a flussi migratori più recenti. Questo risultato sembra confermato anche dal focus sulle persone che dichiarano almeno 14 giorni in un mese vissuti in cattive condizioni di salute, che mostra come sotto i 50 anni la quota di persone con salute compromessa sia significativamente maggiore fra gli Stranieri/PFPM rispetto agli italiani/PSA e sia una prerogativa maschile.

I risultati che emergono dall'analisi dei dati per periodo di permanenza sembrerebbero mostrare che il vantaggio in termini di salute degli stranieri PFPM si riduce all'aumentare del tempo di permanenza in Italia e fra gli stranieri PFPM che sono in Italia da almeno 10 anni si riduce, a livelli analoghi a quelli degli Italiani/PSA.

La salute percepita è una valutazione qualitativa e del tutto soggettiva del proprio benessere psicofisico, che non da conto solo della presenza e del tipo di eventuali malattie ma è anche fortemente influenzata da fattori socioculturali; "sentirsi in buona salute" infatti può essere anche influenzato da una diversa propensione culturale a dichiarare/riconoscere o meno i propri problemi di salute. Per questa ragione molta cautela deve essere posta nel confronto fra popolazioni culturalmente distanti tuttavia le differenze fra stranieri e italiani e fra stranieri di diversa nazionalità che emergono da i dati PASSI sembrano confermate anche dagli indicatori correlati a dimensioni più oggettive della salute come gli *unhealthy days*



## Risorse utili

- Centers for Disease Control and Prevention. Measuring Healthy Days (pdf 1,7 Mb). Atlanta, Georgia: CDC, November 2000
- Centers for Disease Control and Prevention. Health-Related Quality of Life Curricular Materials for Schools of Public Health
- Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journal of Gerontology: Social Science* 1995; 50B(6): S344-S353.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 1997; 38: 21-37.
- Benyamini Y, Idler EL. Community Studies Reporting Association Between Self-Rated Health and Mortality Additional Studies, 1995 to 1998. *Research on Aging* 1999; 21: 392-401.
- Shields M., Shooshtari S. Determinants of self-perceived health. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)* 2001; 13(1): 35-52.
- Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self assessments of health. *Psychosomatic Medicine* 2000; 62(3): 354-64.
- Ramage-Morin PL. Successful aging in health care institutions. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)* 2006; 16(Suppl.): 47-56.
- Bowling A. Just one question: If one question works, why ask several? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005; 59: 342-345.
- Smith P, Frank J. When aspirations and achievements don't meet. A longitudinal examination of the differential effect of education and occupational attainment on declines in self-rated health among Canadian labour force participants. *International Journal of Epidemiology* 2005; 34(4): 827-34.
- Fleishman JA, Zuvekas SH. Global self-rated mental health: associations with other mental health measures and with role functioning. *Medical Care* 2007; 45(7): 602-609.
- Shields M. Community belonging and self-perceived health. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)* 2008; 19(2): 51-60.
- OECD (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.

## Patologie croniche

Il miglioramento complessivo delle condizioni di salute e delle condizioni socio-sanitarie, il conseguente aumento della sopravvivenza a condizioni cliniche in passato considerate fatali e il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione fanno emergere le patologie cronicodegenerative come una priorità sanitaria. Malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale, sono andate progressivamente aumentando negli ultimi decessi come causa appunto dell'invecchiamento della popolazione, essendo diventate la principale causa di morte, morbilità e di perdita di anni di vita in buona salute, rappresentano oggi la vera emergenza in ambito sanitario, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo impongono anche una profonda modificazione dello scenario di cura e della presa in carico dei pazienti che ne sono affetti.

Nel nostro Paese le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono ritenute responsabili, per il 2010, del 92% dei decessi totali registrati, in particolare le malattie cardiovascolari (41%), i tumori (29%), le malattie respiratorie croniche (5%) e il diabete (4%). Negli ultimi decenni si è registrato un progressivo aumento della speranza di vita (84 anni per le donne e 79 per gli uomini - dati 2010), ma a causa delle MCNT, che pesano per oltre il 75% sul carico di malattia globale, la speranza di vita libera da disabilità si attesta su valori molto più contenuti e simili per entrambi i sessi (circa 65 anni). Si stima che i costi delle MCNT si elevino al 70-80% del budget totale che i Paesi europei spendono per la salute, con aggravii difficilmente quantificabili, anche per le singole famiglie che impiegano importanti risorse per la cura e le attenzioni ai loro malati. In realtà questi dati, già molto allarmanti, sono destinati a peggiorare per diverse ragioni, fra le quali la tendenza all'aumento dell'inattività fisica e l'aumento epidemico di sovrappeso e obesità o l'aumento dell'aspettativa di vita con il quale cresce parallelamente la probabilità di sviluppare tumori, malattie cardiovascolari e diabete [1,2].

Nella sorveglianza PASSI le MCNT vengono rilevate chiedendo agli intervistati se abbiano mai ricevuto una diagnosi medica di malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, malattie croniche del fegato e cirrosi e insufficienza renale.

I gruppi di persone straniere che vivono stabilmente in Italia possono avere profili di stili di vita e abitudini, ma anche predisposizioni biologiche, diverse per le malattie croniche, rispetto alla popolazione italiana. I dati di sorveglianza sono utili ad identificare i profili di salute ed i determinanti essenziali.

In questo capitolo si presenta un focus sulle MCNT indagate da PASSI fra gli stranieri.

## **Caratteristiche delle persone con almeno una patologia cronica**

Tra gli stranieri PFPM, come accade fra gli italiani/PSA, la prevalenza di patologia cronica cresce all'aumentare dell'età (raggiunge il 27% fra i 50-69enni), è maggiore fra chi ha molte difficoltà economiche (17%), mentre non ci sono differenze significative per genere, livello di istruzione e stato lavorativo.

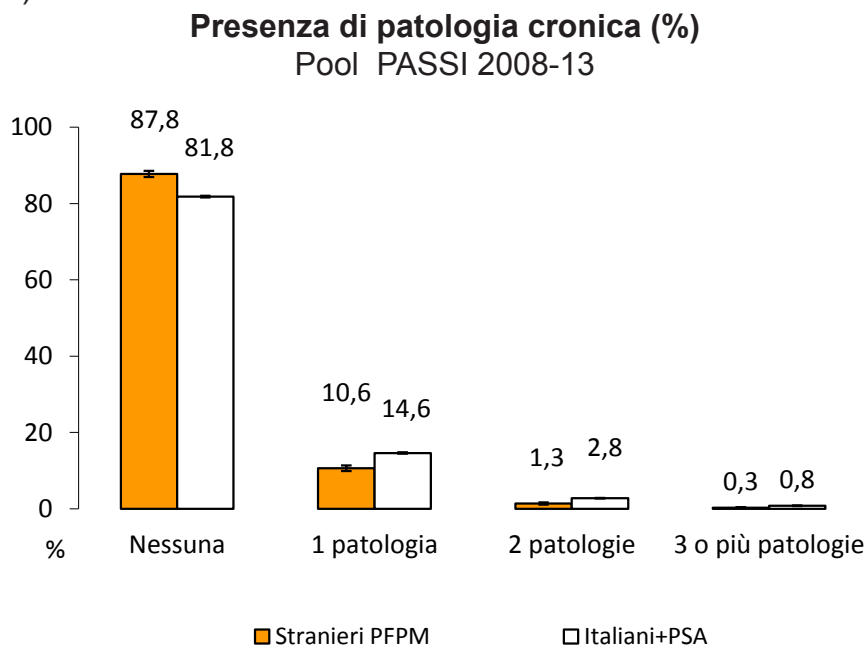
I dati mostrano che quando si stratifica per caratteristiche socio-anagrafiche, anche nei vari sottogruppi, gli stranieri PFPM più frequentemente degli Italiani/PSA si dichiarano in buona salute.

Tuttavia alcune importanti differenze emergono, in particolare riguardo l'età. Infatti se è vero che fra gli stranieri PFPM, come accade fra gli Italiani/PSA, la prevalenza di persone che riferisce almeno una patologia cronica aumenta con l'età, il vantaggio degli stranieri PFPM rispetto agli Italiani/PSA è significativo solo fra le generazioni più anziane, 50-69enni, ma non fra le più giovani, con meno di 34 anni, fra le quali le prevalenze di patologie croniche sono simili e persino maggiori fra i giovanissimi stranieri /PFPM (18-24 anni).

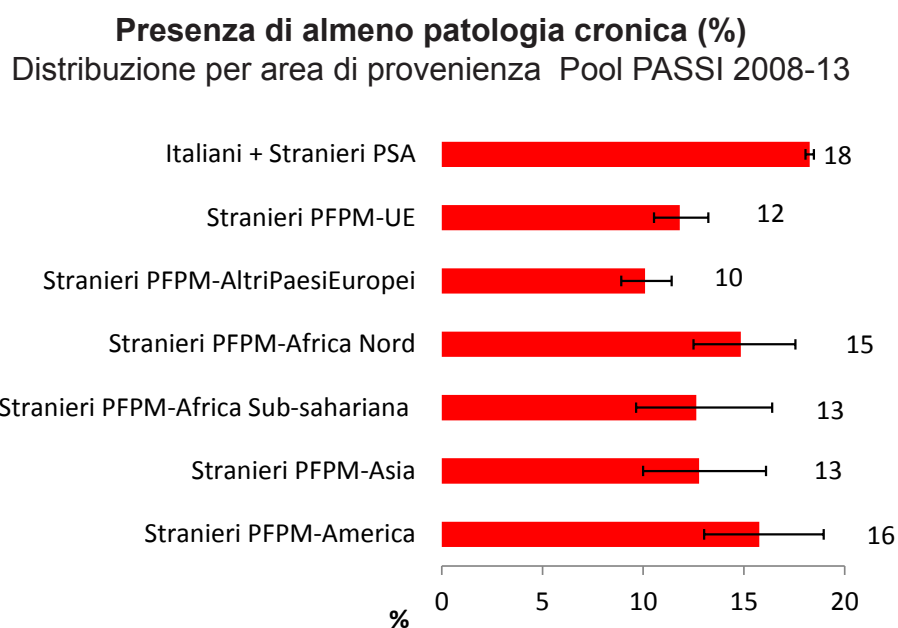
Inoltre da mettere in evidenza che fra Stranieri PFPM la prevalenza di persone con patologia cronica è poco sensibile al livello di istruzione e quindi non ci sono grandi differenze fra le persone più o meno istruite, a differenza di quanto accade fra gli italiani/PSA. Similmente accade per lo stato lavorativo.

## Presenza di patologie croniche

- Nel periodo 2008-13 il 12% degli stranieri PFPM riferisce una diagnosi medica di patologia cronica (almeno una fra quelle indagate da PASSI) significativamente meno del 18% osservato fra gli Italiani/PSA. Questa differenza che contraddistingue la popolazione straniera come popolazione più sana rispetto alla popolazione di italiani/PSA è statisticamente significativa, anche standardizzando per genere ed età (Vedi Appendice X).



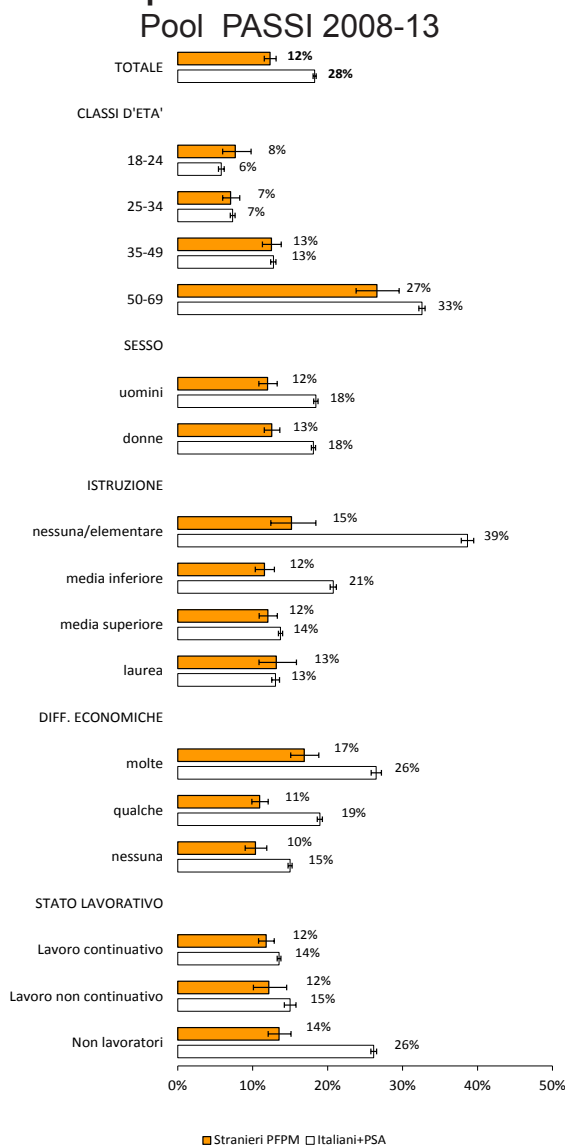
- L'analisi per area di provenienza mostra che il vantaggio della popolazione straniera si mantiene qualunque sia la nazionalità, infatti in ogni sottogruppo di stranieri per nazionalità la prevalenza di cronici è sempre minore di quella degli italiani/PSA. I più svantaggiati fra gli stranieri PFPM sembrano essere quelli provenienti dall'America (16%) e dall'Africa del Nord (15%).



## Caratteristiche delle persone con almeno una patologia cronica

• Tra gli stranieri PFPM, come accade fra gli Italiani/PSA, la prevalenza di patologia cronica cresce all'aumentare dell'età (raggiunge il 27% fra i 50-69enni), è maggiore fra chi ha molte difficoltà economiche (17%), mentre non ci sono differenze significative per genere, livello di istruzione stato lavorativo. I dati mostrano che quando si stratifica per caratteristiche socio-anagrafiche, anche nei vari sottogruppi, gli stranieri PFPM più frequentemente degli Italiani/PSA si dichiarano in buona salute. Tuttavia alcune importanti differenze emergono, in particolare riguardo l'età. Infatti se è vero che fra gli stranieri PFPM, come accade fra gli Italiani/PSA, la prevalenza di persone che riferisce almeno una patologia cronica aumenta con l'età, il vantaggio degli stranieri PFPM rispetto agli Italiani/PSA è significativo solo fra le generazioni più anziane, 50-69enni, ma non fra le più giovani, con meno di 34 anni, fra le quali le prevalenze di patologie croniche sono simili e persino maggiore fra i giovanissimi stranieri /PFPM (18-24 anni). Inoltre va sottolineato che fra Stranieri PFPM la prevalenza di persone con patologia cronica è poco sensibile al livello di istruzione e quindi non ci sono grandi differenze fra le persone più o meno istruite, come accade fra gli italiani/PSA. Similmente accade per lo stato lavorativo.

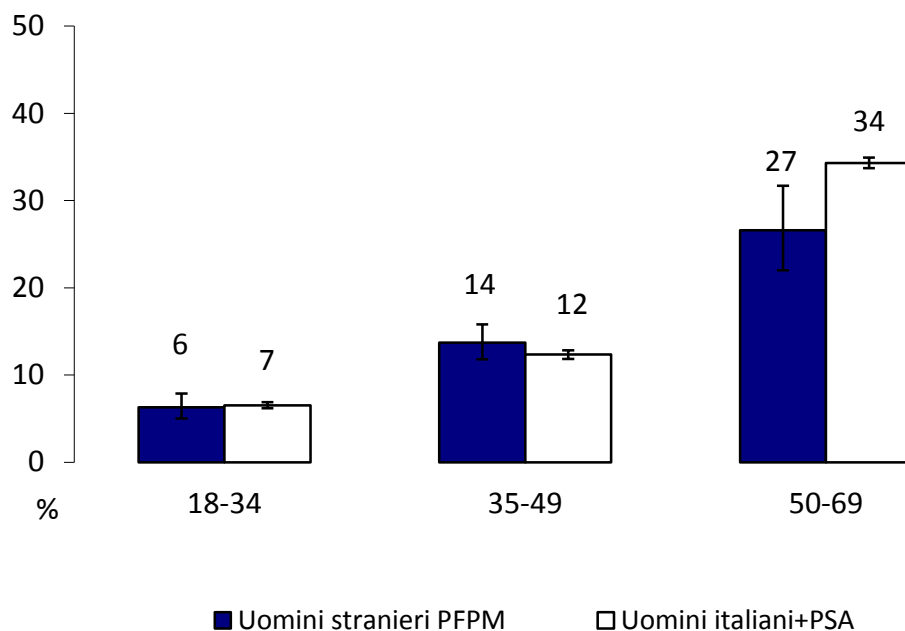
### Presenza di patologia cronica per caratteristiche socio-demografiche (%)



- L'analisi per genere e classi di età specifiche conferma , che fra gli Stranieri PFPM il vantaggio in termini di cronicità è evidente e significativo solo nelle generazioni più anziane, 50-69 anni, ma non fra le più giovani, sia per gli uomini che per le donne.

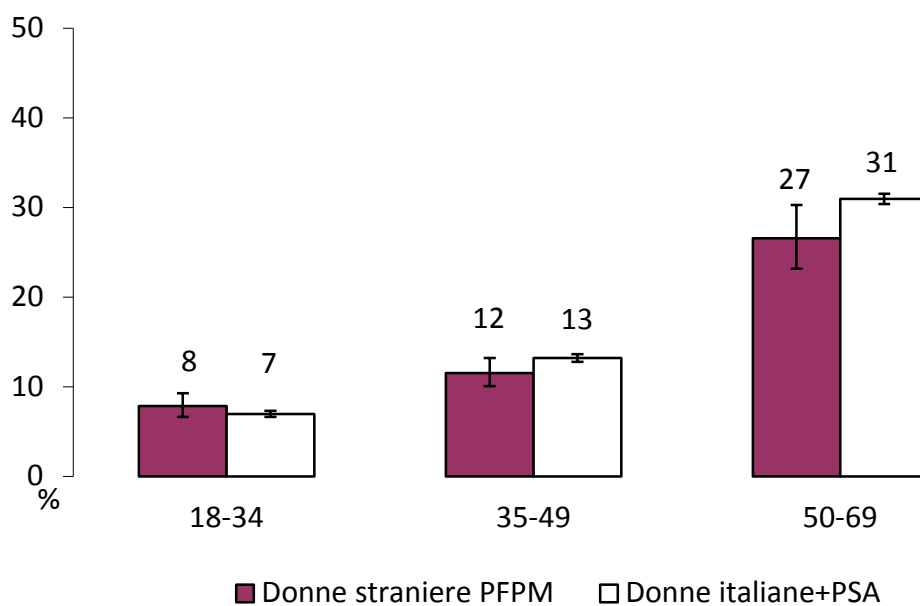
### Uomini con almeno una patologia cronica per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



### Donne con almeno una patologia cronica per età e cittadinanza (%)

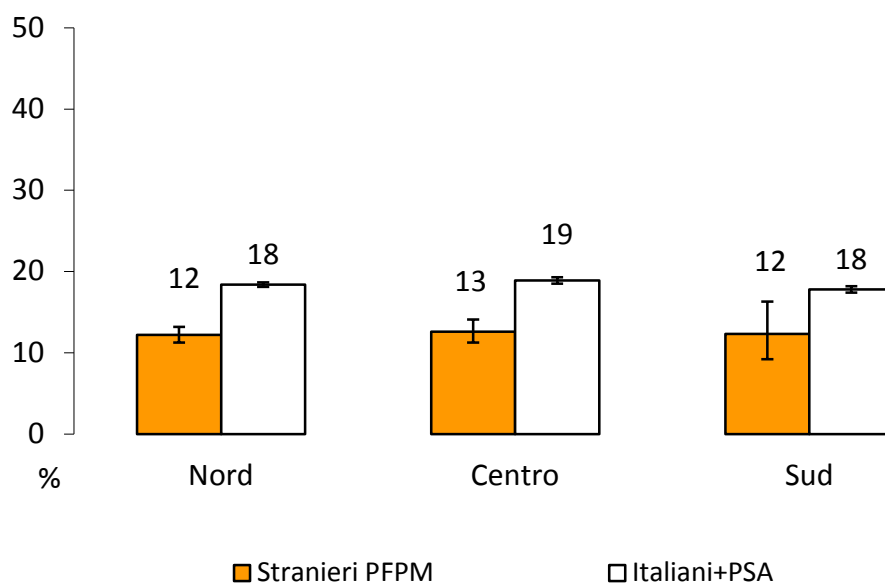
Pool PASSI 2008-13



- L'analisi per ripartizione geografica non mostra differenze significative e mette in evidenza che ovunque nel Paese il vantaggio in termini di cronicità degli stranieri PFPM è significativo nel confronto con gli Italiani/PSA e non mostra significative differenze geografiche.

### Presenza di patologia cronica per cittadinanza (%)

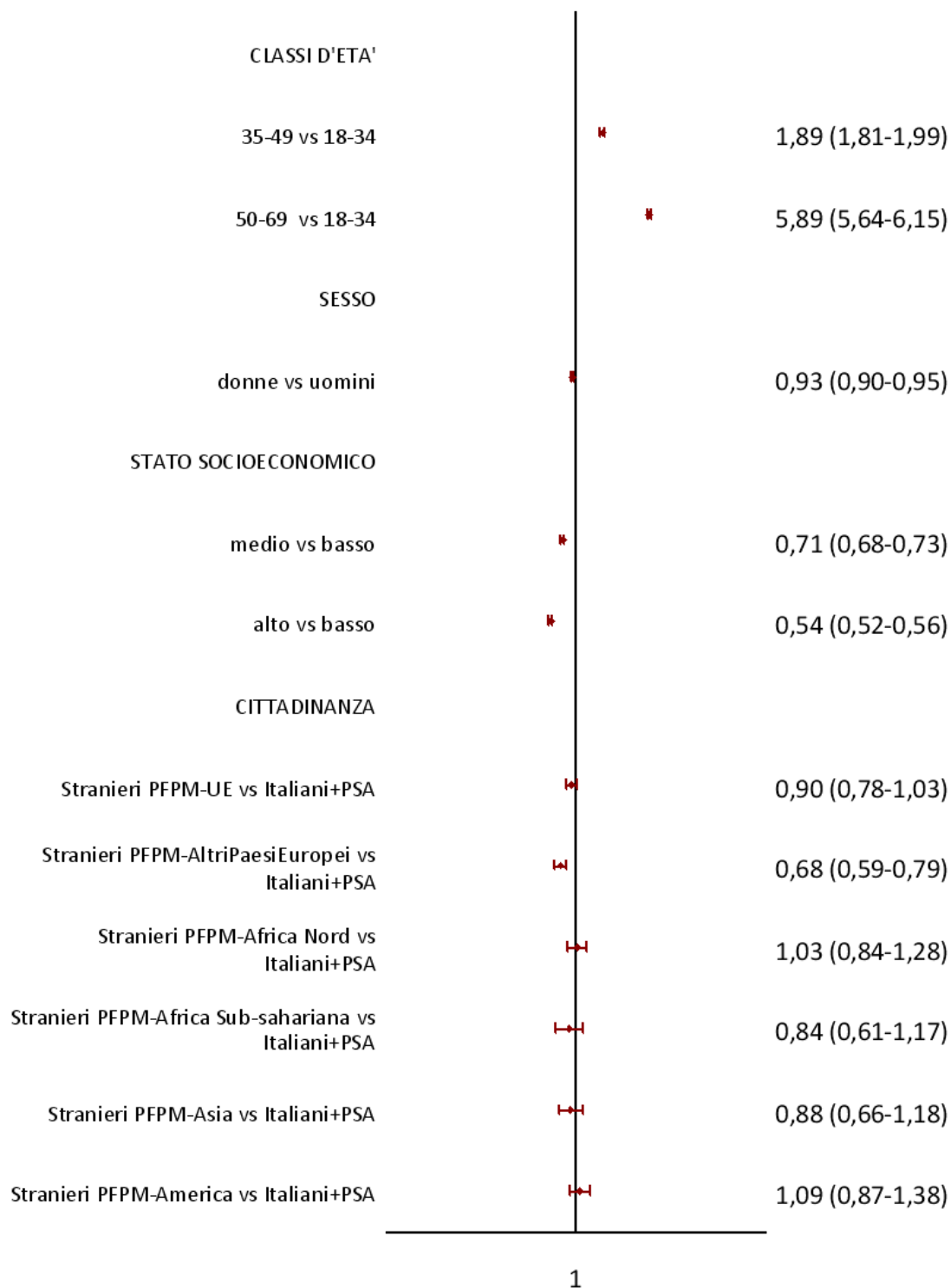
Distribuzione per ripartizione PASSI 2008-13



- L'utilizzo di un'analisi multivariata (modello logistico), mostra che restano significativamente associate alla presenza di patologie cronica, l'età avanzata, lo svantaggio socio-economico e il genere maschile.
- La stessa analisi conferma il vantaggio in termini di salute solo degli stranieri provenienti da altri paesi europei, rispetto agli italiani /PSA, ma non mostra differenze significative per le altre aree di provenienza.

### Fattori associati alla presenza di almeno una patologia cronica (regressione logistica)

Pool PASSI 2008-13

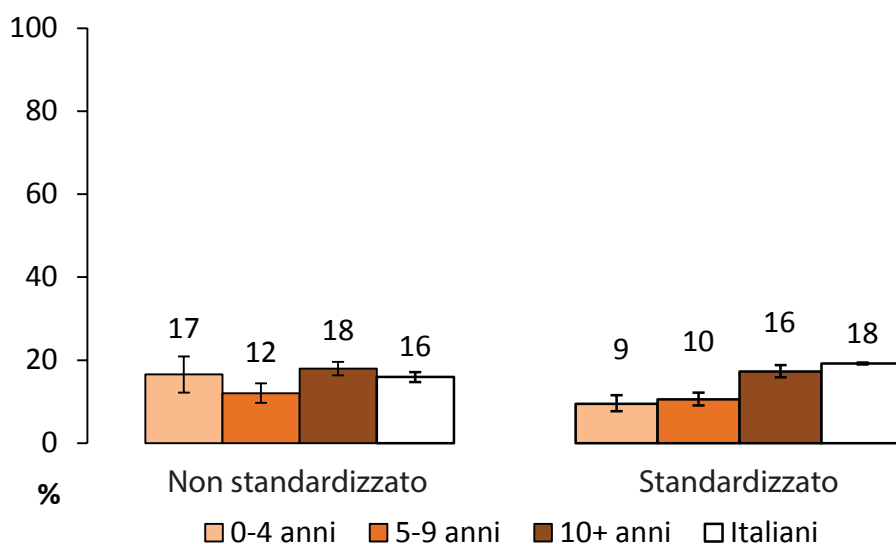




## Tempo trascorso in Italia e presenza di patologie croniche

• Analizzando le informazioni in base al tempo trascorso in Italia emerge che la quota di persone che riferiscono una diagnosi di almeno una patologia cronica aumenta significativamente fra chi è in Italia da più tempo, almeno 10 anni; tuttavia ciò è esclusivamente determinato dalle differenze per età dei gruppi posti a confronto; poiché gli stranieri presenti in Italia da più anni sono mediamente più anziani di coloro che vivono in Italia da meno anni, la frequenza di cronicità peggiora solo per effetto dell'aumentare dell'età e non del tempo di permanenza in Italia. E' quanto chiarisce il grafico con le prevalenze standardizzate per genere ed età.

**Presenza di patologia cronica per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Dato grezzo e standardizzato per età e genere**  
Pool PASSI 2008-13



## **Sintesi e considerazioni**

Gli stranieri residenti in Italia sembrano essere un sottogruppo della popolazione selezionata per buona salute; è quanto emerge dai dati PASSI sulle malattie croniche fra gli stranieri che presentano prevalenze di patologia cronica significativamente inferiori a quelle degli italiani /PSA.

Il vantaggio degli Stranieri/PFPM rispetto agli Italiani/PSA non è tuttavia omogeneo in tutti sottogruppi della popolazione. L'analisi per caratteristiche socio-anagrafiche mostra che questo vantaggio è significativo soprattutto fra le generazioni più anziane, sopra i 50 anni di età, e meno evidente fra le generazioni più giovani che dovrebbero riferirsi a flussi migratori più recenti o alle seconde generazioni di stranieri (figli di immigrati).

Le analisi univariate mostrano inoltre che ci sono differenze fra aree di provenienza, e fra gli stranieri emergono come maggiormente svantaggiati quelli provenienti dall'America e del Nord Africa; tuttavia l'analisi multivariata, che controlla per età, genere e stato socioeconomico, mostra che la prevalenza di cronicità è in realtà significativamente più bassa solo fra gli stranieri PFPM provenienti da altri paesi europei, ma non raggiunge la significatività statistica per gli altri sottogruppi di diversa provenienza geografica.

## **Bibliografia**

[1] World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment.WHO global report. 2005.

[2] World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011.

## Sintomi di depressione

Il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) è una condizione psichiatrica diffusa e seriamente invalidante, caratterizzata da un tono dell'umore basso per un lungo periodo di tempo e da sofferenza psicologica. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il DDM rappresenta la quarta principale causa di disabilità nel mondo e si prevede che diventerà la seconda causa di carico globale di malattia entro il 2020 [1]. 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), che stima, tra le persone da 18 anni in su, una prevalenza di depressione maggiore a 12 mesi, pari al 3% in Italia [2] e pari al 3,9% in Europa [3].

Diversi studi hanno osservato un'associazione tra DDM e aumento dei costi sociali, dovuti alla natura invalidante della malattia che può portare a un decadimento personale e sociale, nonché alla morte prematura degli individui affetti da questa condizione [4]. Inoltre negli ultimi anni si è fatta sempre più forte l'evidenza che i disturbi mentali possano esacerbare il decorso di molte patologie croniche, quali malattie cardiovascolari, diabete, obesità, asma, tumori, ecc. [5], e che abbiano conseguenze in ambito lavorativo, riducendo la produttività, aumentando l'assenteismo e il rischio di incidenti sul lavoro [6].

Gli stranieri residenti all'estero rappresentano un gruppo vulnerabile per il DDM ed altri disturbi mentali: esiste infatti ampio consenso in letteratura che la migrazione sia un processo associato a diversi fattori stressogeni con impatto potenzialmente negativo sulla salute mentale [7]. Tuttavia sono ancora pochi gli studi europei che investigano lo stato di salute mentale della popolazione migrante [8].

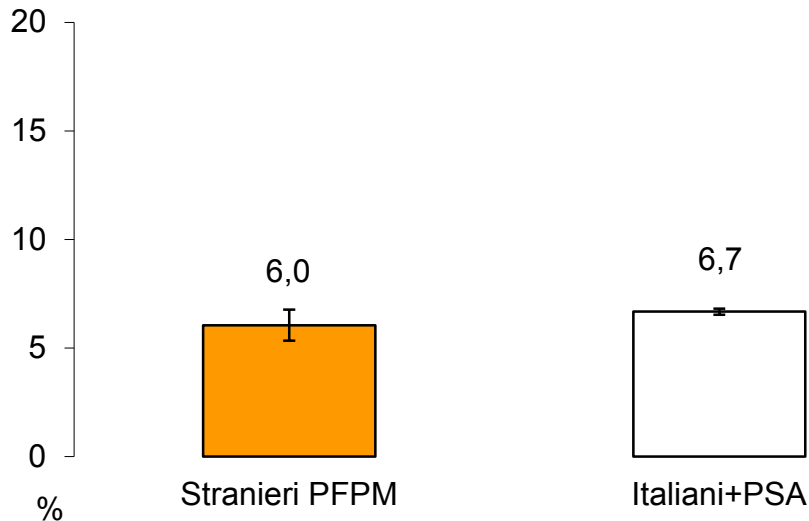
Visti la disabilità e i costi dovuti al DDM, è molto importante un'osservazione continua di questa condizione nella popolazione generale affinché sia possibile pianificare politiche di Sanità Pubblica volte alla prevenzione e al trattamento. I sistemi di sorveglianza di popolazione rappresentano strumenti vantaggiosi ed economici per il monitoraggio della salute mentale. Infatti, sebbene questi non si basino su una valutazione clinica psichiatrica del paziente, sono comunque in grado di stimare la quota di persone potenzialmente a rischio di depressione e di evidenziare i gruppi più vulnerabili in termini di caratteristiche socio-demografiche, consentendo così di mettere a punto adeguati strumenti di prevenzione e assistenza.

PASSI pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali utilizzando un test validato, il *Patient Health Questionnaire 2* (PHQ-2), che attraverso due domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività, è in grado di individuare la presenza di episodio depressivo maggiore con buona sensibilità e specificità [9]. Sebbene sovrastimi la prevalenza di depressione, il PHQ-2 è in grado di apprezzare le differenze tra gruppi a maggior rischio, le differenze territoriali e i trend temporali.

## Prevalenza dei sintomi di depressione

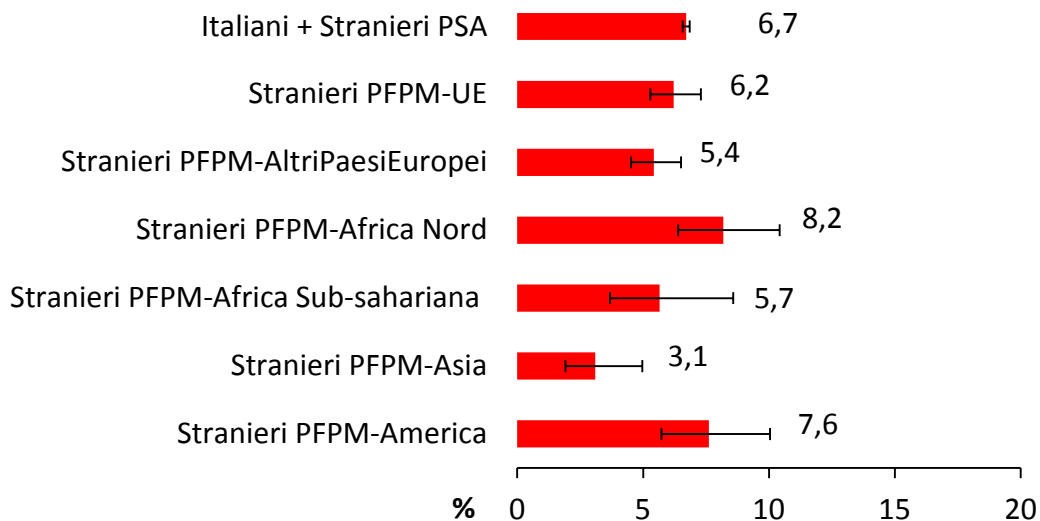
- Nel periodo 2008-13 il 6% degli stranieri PFPM è risultato classificabile come persona con sintomi di depressione. Tale percentuale non differisce in modo statisticamente significativo dalla quella degli Italiani/PSA (6,7%). Lo stesso fenomeno si osserva anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età. (Vedi Appendice X)

**Sintomi di depressione (%)**  
Pool PASSI 2008-13



- Rispetto all'area di provenienza degli intervistati si nota che la prevalenza di sintomi di depressione è leggermente più elevata tra gli stranieri provenienti da paesi dell'Africa del Nord (8,2%) e dell'America (7,6%).

**Sintomi di depressione (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
Pool PASSI 2008-13



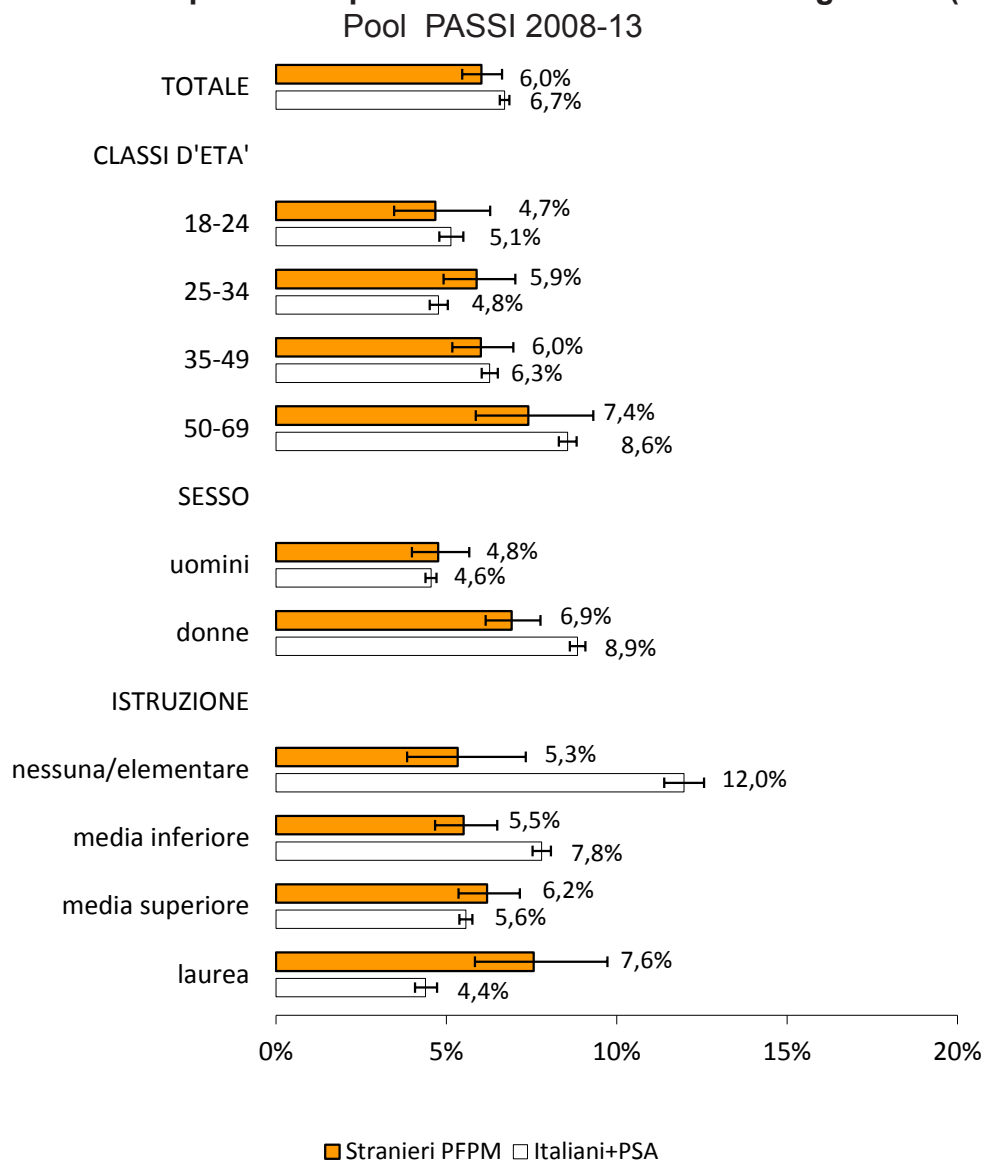
## Caratteristiche delle persone con sintomi di depressione

- Negli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria i sintomi depressivi sono più diffusi:
  - nelle donne
  - nelle persone con molte difficoltà economiche
  - nelle persone con almeno una patologia cronica
  - nelle persone che non lavorano rispetto a quelle che lavorano in modo continuativo

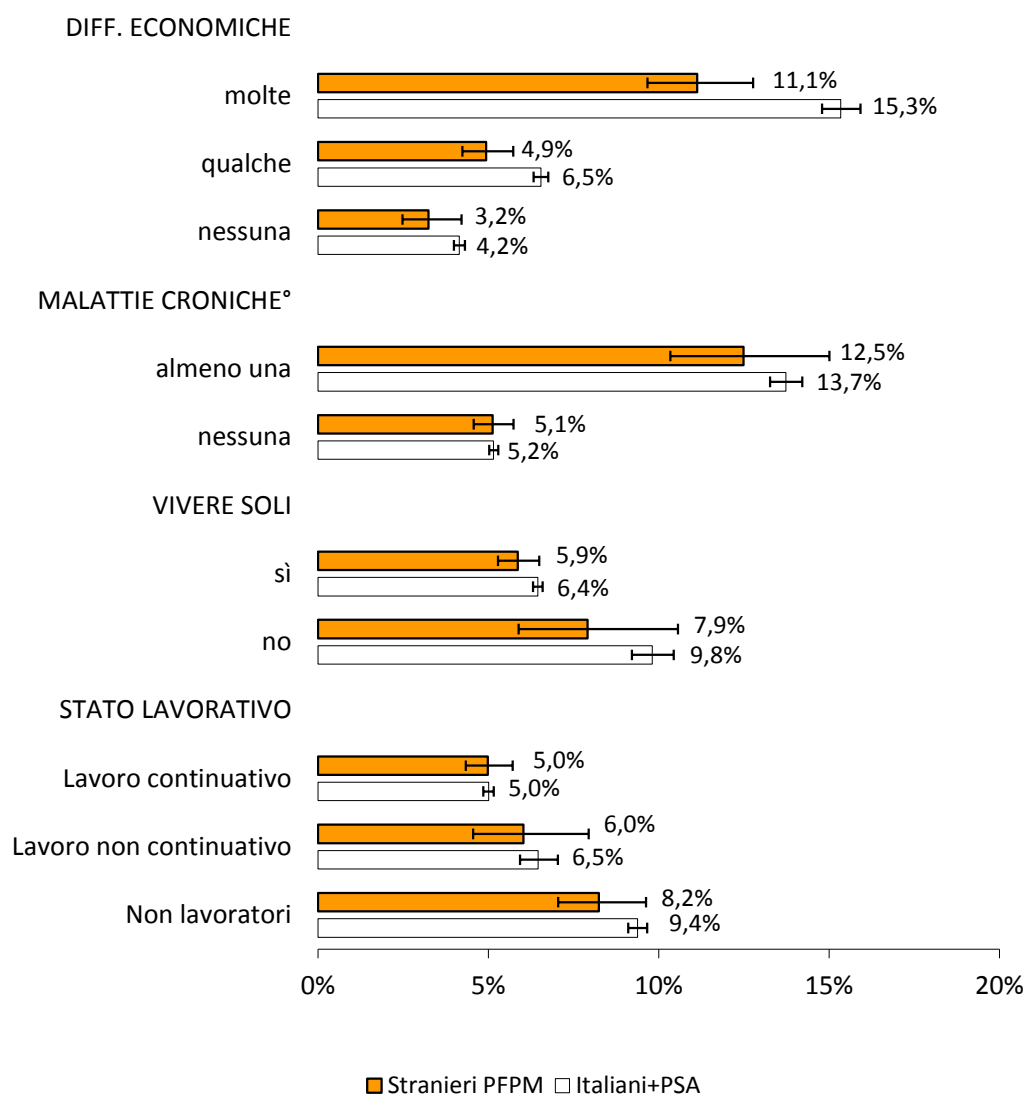
Il confronto tra italiani/PSA e stranieri PFPM mostra che:

- la percentuale di sintomi depressivi è significativamente più elevata tra le donne italiane/PSA
- negli stranieri PFPM non è osservabile un gradiente per istruzione; di conseguenza il differenziale più alto si vede per la scolarità elementare
- tra quelli che dichiarano molte/qualche difficoltà economiche, la prevalenza di sintomi depressivi è più alta negli italiani/PSA

### Sintomi di depressione per caratteristiche socio-demografiche (%)



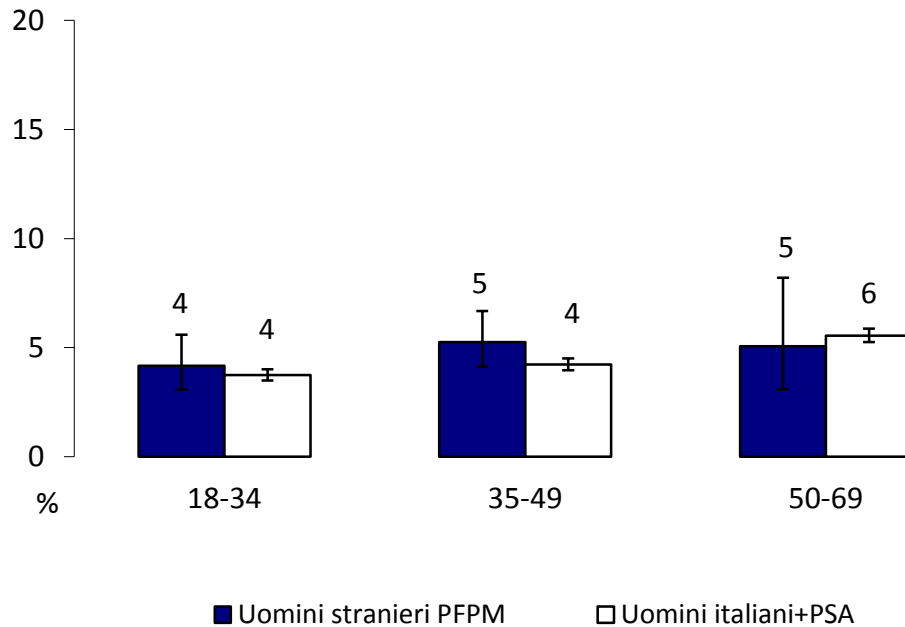
## Sintomi di depressione per caratteristiche socio-demografiche (%) Pool PASSI 2008-13



- Esaminando la prevalenza di persone che riferiscono sintomi di depressione per classi genere-età specifiche non si osservano differenze significative tra italiani/PSA e stranieri PFPM in alcuna classe di età né tra gli uomini, né tra le donne.

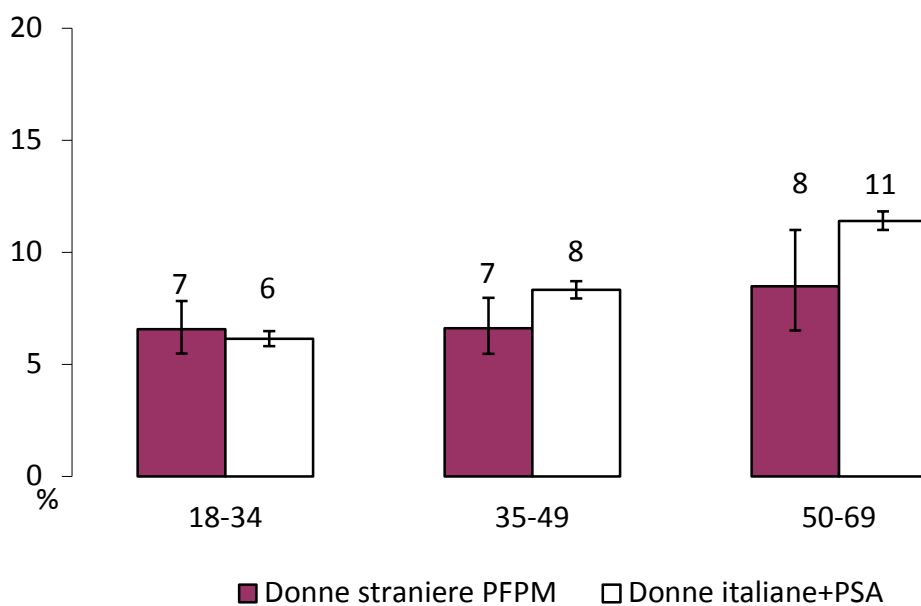
### Uomini con sintomi di depressione per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



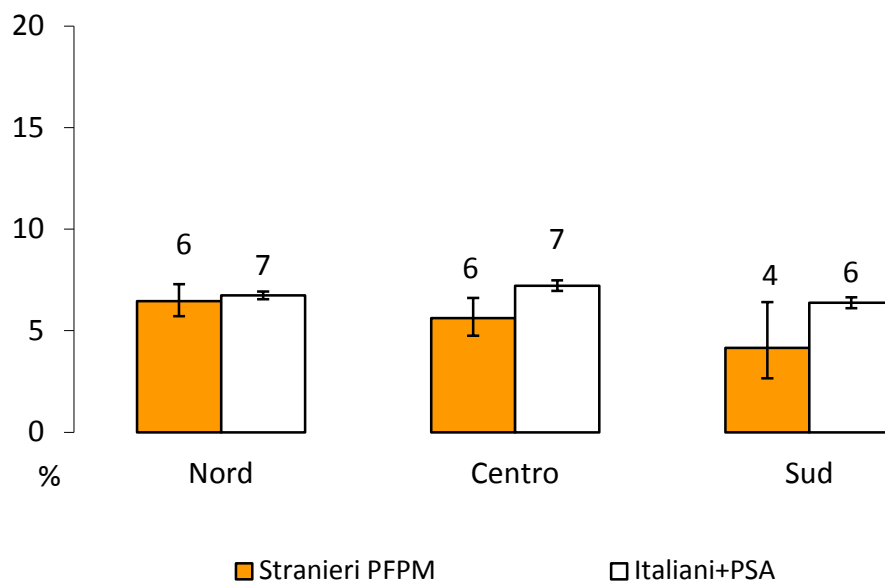
### Donne con sintomi di depressione per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



- Analizzando il fenomeno per ripartizione geografica tra gli stranieri PFPM non si notano differenze statisticamente significative.

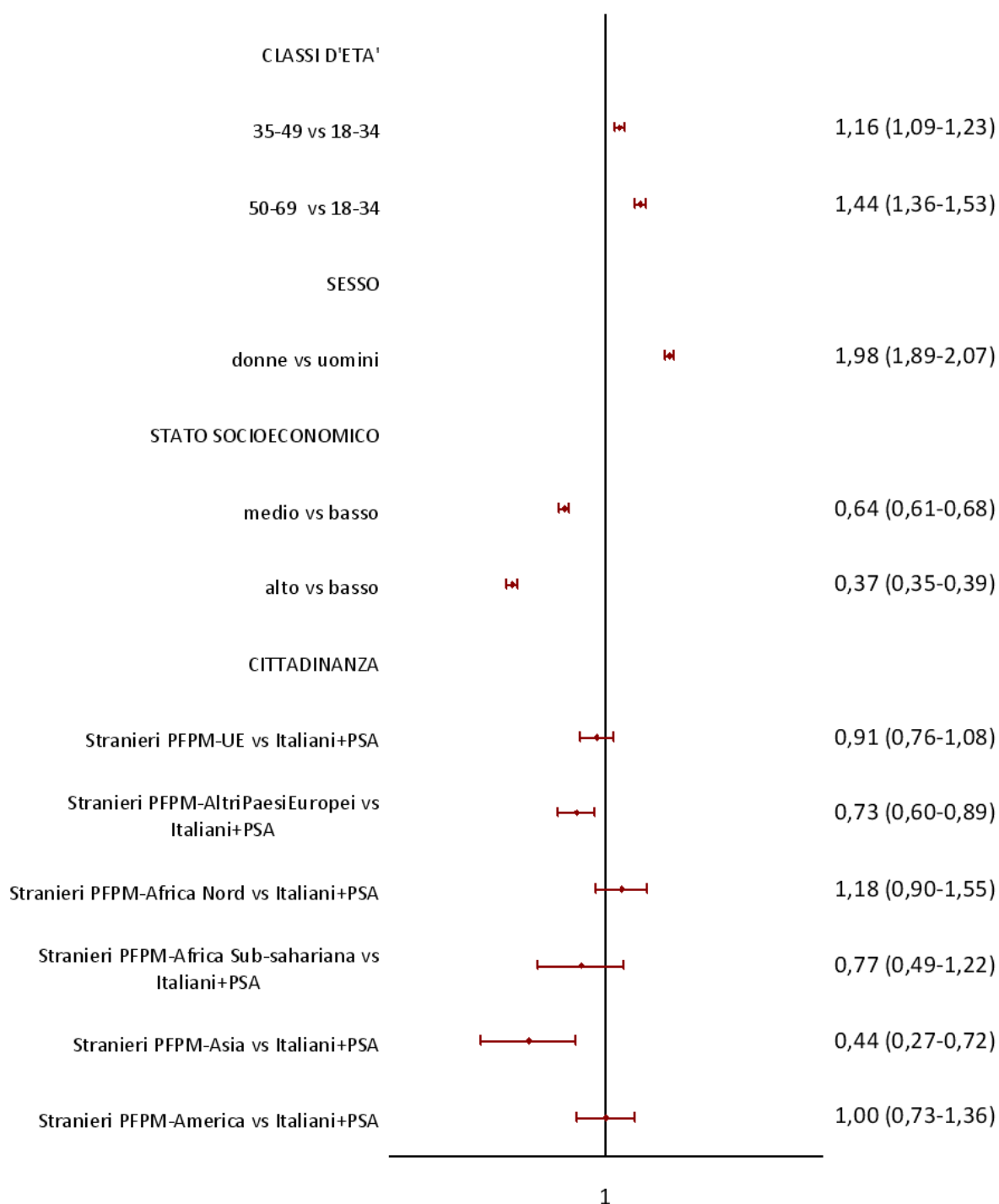
**Sintomi di depressione per cittadinanza (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13





- Utilizzando un modello logistico multivariato, si evidenzia come i sintomi di depressione siano più diffusi nelle donne, nelle persone appartenenti a classi di età superiori a 34 anni e in quelle con basso stato socioeconomico.
- Di contro, i sintomi depressivi sono meno diffusi tra gli stranieri provenienti da Altri paesi europei e dall'Asia rispetto agli italiani/PSA.
- Non emergono differenze statisticamente significative per le altre aree di provenienza.

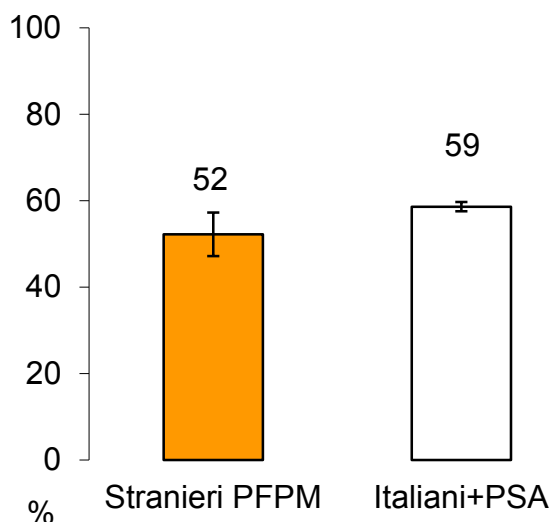
**Fattori associati ai sintomi di depressione  
(regressione logistica)  
Pool PASSI 2008-13**



## Richiesta di aiuto da parte delle persone con sintomi di depressione

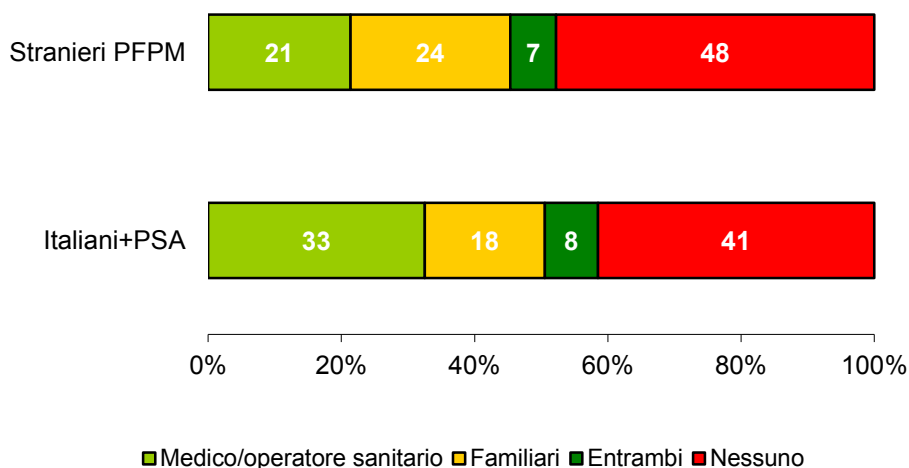
- Complessivamente più di metà degli stranieri (52%) ha dichiarato di aver cercato aiuto per affrontare la depressione. Questa percentuale è inferiore in modo statisticamente significativo rispetto a quella degli Italiani/PSA (59%).

**Richiesta d'aiuto da parte di persone con sintomi di depressione per cittadinanza(%)**  
Pool PASSI 2008-13



- Rispetto agli Italiani/PSA, gli stranieri PFPM si rivolgono meno al medico operatore sanitario e più a familiari e parenti. La percentuale di chi non cerca l'aiuto da nessuno è statisticamente più alta tra gli stranieri PFPM.

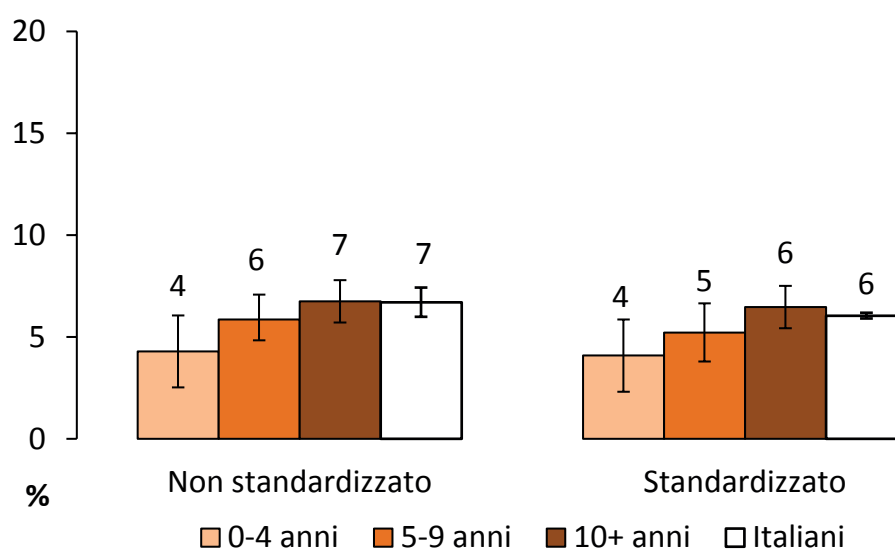
**Persone a cui si è rivolto chi soffre di sintomi di depressione**  
Pool PASSI 2008-13



## Tempo trascorso in Italia e sintomi di depressione

- La prevalenza di sintomi di depressione non varia in maniera statisticamente significativa in funzione degli anni trascorsi in Italia.
- Dato che il gruppo di stranieri che è presente da meno anni in Italia ha un'età media inferiore rispetto ai gruppi che vivono in Italia da più anni si mostrano i grafici che presentano i risultati ottenuti applicando la standardizzazione per genere ed età.
- Osservando i risultati standardizzati si conferma l'assenza di differenze significative rilevata nei i dati non standardizzati.

**Sintomi di depressione per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Dato grezzo e standardizzato per età e genere**  
Pool PASSI 2008-13



## Sintesi e considerazioni

I dati Passi mostrano che una quota non trascurabile di stranieri PFPM (6%) riferisce sintomi di depressione. Le percentuali più elevate si registrano tra gli immigrati provenienti dall'Africa del Nord e dall'America, mentre le più basse tra quelli provenienti dai paesi asiatici. In ogni caso non sono riscontrabili differenze statisticamente significative tra stranieri PFPM e italiani/PSA. A tal proposito è bene ricordare che gli stranieri intervistati da PASSI, senza problemi linguistici e in grado di sostenere un'intervista telefonica, rappresentano un gruppo selezionato di immigrati, cioè quelli meglio integrati nel contesto socio-culturale del paese; ciò potrebbe contribuire a spiegare l'omogeneità delle percentuali di sintomi depressivi tra italiani e stranieri. Però facendo questo stesso confronto in specifiche fasce di popolazione, si osserva che nelle donne e nelle persone che hanno difficoltà economiche la prevalenza di sintomi depressivi è più alta tra gli italiani/PSA rispetto agli stranieri/PFPM, mentre nelle persone meno istruite i sintomi depressivi sono più frequenti tra gli stranieri. Solo la metà degli stranieri con sintomi di depressione cerca aiuto da qualcuno, che in buona parte dei casi è un parente/amico e non un medico, facendo ipotizzare una difficoltà di accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera.

Pur tenendo conto dei limiti metodologici dei dati Passi, riteniamo che questi rappresentino per i decisori italiani un importante materiale di riferimento nella pianificazione delle politiche di Sanità Pubblica volte alla prevenzione e al trattamento.

## **Bibliografia**

- [1] Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013 Nov 9;382(9904):1575-1586.
- [2] de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, et al. Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006 Nov;41(11):853-861.
- [3] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21-7.
- [4] Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge, MA: Harvard School of Public Health; 1996.
- [5] Carney RM, Freedland KE, 2003. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biol.Psychiatry* 54, 241-247.
- [6] Gigantesco A, Lega I. Occupational stress and mental health. *Epidemiol Prev* 2013 Jan-Feb;37(1):67-73.
- [7] Bhugra D, Jones P. Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001 7:216-33.
- [8] Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005 Aug 31;1:13.
- [9] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003 Nov;41(11):1284-1292.

# Guadagnare salute

## Abitudine al fumo di sigaretta

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura nei paesi europei.

Il tabacco è responsabile di circa uno su dieci morti adulti in tutto il mondo, pari a circa 5 milioni di morti ogni anno (WHO, 2012). In Italia si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

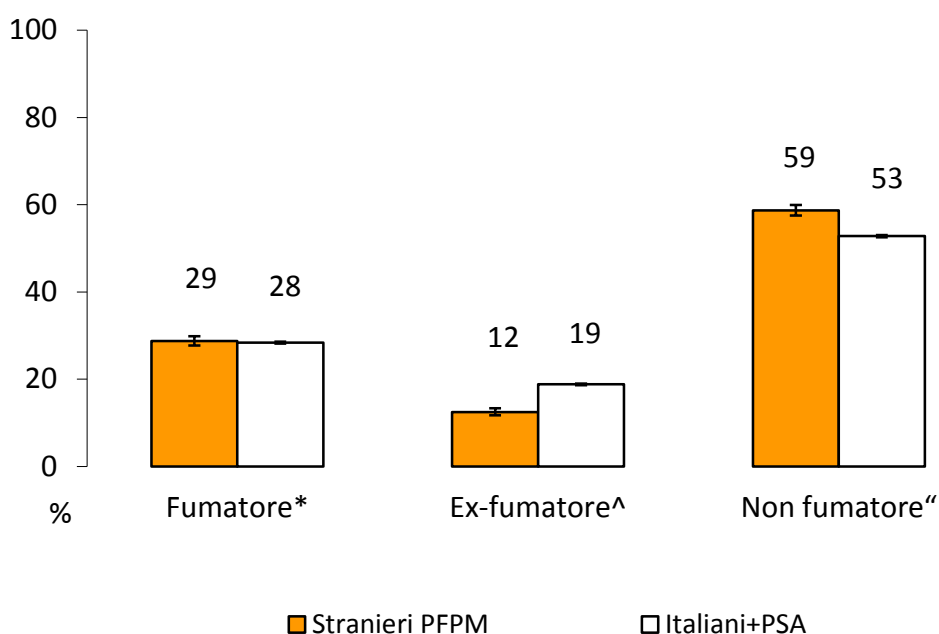
Prendendo in considerazione l'abitudine al fumo dei cittadini stranieri, i fumatori sono più frequenti tra quelli provenienti dall'area Ue, specialmente tra i romeni, tra i quali l'abitudine al fumo è nettamente superiore tra gli uomini. Tra gli stranieri non comunitari la percentuale di fumatori è maggiore tra tunisini e ucraini e sempre prevalente tra gli uomini. Complessivamente, la quota di chi non ha mai fumato interessa la maggioranza della popolazione straniera e, soprattutto, i cittadini non comunitari. Tra le prime dieci collettività di stranieri più diffuse in Italia, le più virtuose in termini di quota di persone che non hanno mai fumato sono quella indiana, filippina, cinese e marocchina (*Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari* (Ministero della salute e Istat, anno 2011-2012)).

Il Passi, oltre a indagare la diffusione dell'abitudine al fumo tra i cittadini stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria, rileva anche informazioni rispetto alle principali caratteristiche sociodemografiche, all'atteggiamento degli operatori sanitari e al tempo di permanenza degli stranieri nel nostro Paese.

## Prevalenza dell'abitudine al fumo di sigaretta

- Nel periodo 2008-13 più della metà degli stranieri PFPM (59%) ha dichiarato di essere non fumatore.
- Negli stranieri PFPM gli ex fumatori rappresentano meno di un quinto del campione (12%) e i fumatori meno di un terzo (29%).
- La prevalenza di fumatori non differisce significativamente per cittadinanza mentre la prevalenza di ex-fumatori è statisticamente maggiore per gli italiani/PSA e la prevalenza di non fumatori è statisticamente maggiore per gli stranieri PFPM. Lo stesso si osserva confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età (Vedi Appendice X).

**Abitudine al fumo di sigaretta (%)**  
Pool PASSI 2008-13

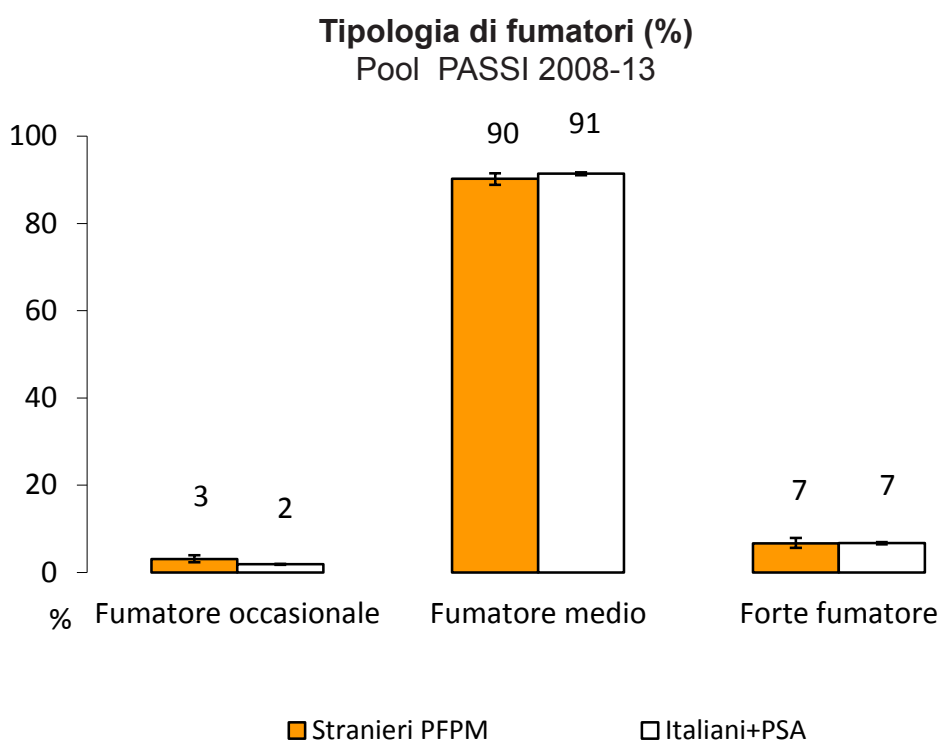


\* Fumatore = persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi)

^ Ex fumatore: persona che ha smesso di fumare da almeno 6 mesi

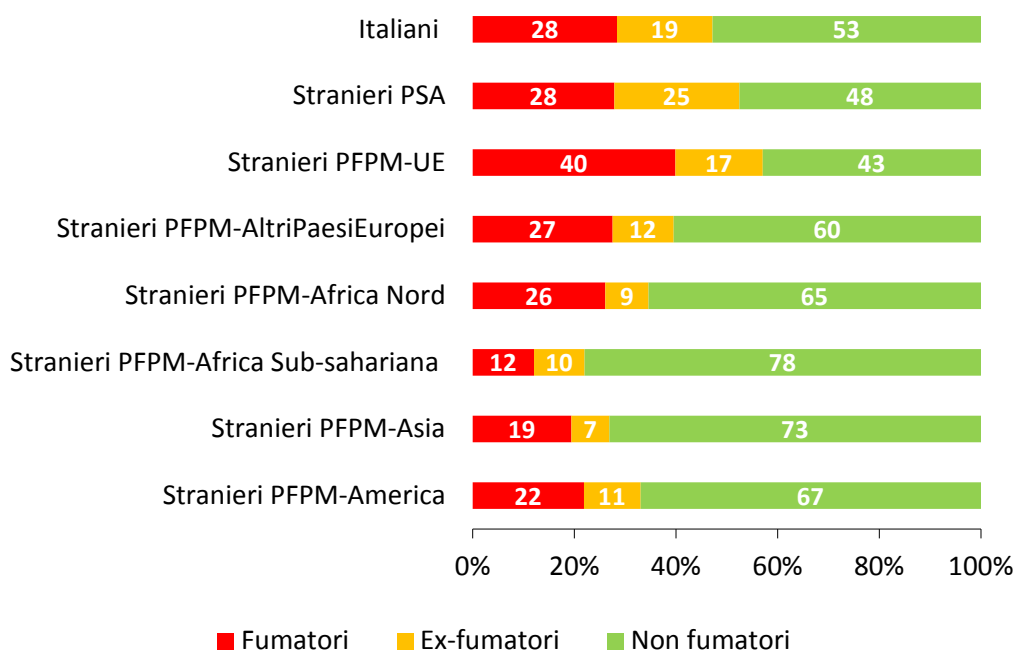
“ Non fumatore: persona che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma

- La prevalenza di fumatori non differisce significativamente per cittadinanza mentre la prevalenza di ex-fumatori è statisticamente maggiore per gli italiani/PSA e la prevalenza di non fumatori è statisticamente maggiore per gli stranieri PFPM. Lo stesso si osserva confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età (Vedi Appendice X)
- Tra i fumatori stranieri PFPM il 7% riferisce di fumare oltre 20 sigarette al giorno e può essere classificato come “forte fumatore”, il 90% sono fumatori medi e il restante 3% fumatori occasionali.
- Analizzando la tipologia di fumatori per cittadinanza non si evidenziano differenze significative tra italiani/PSA e stranieri PFPM.



- Sia i fumatori stranieri PFPM che quelli italiani/PSA fumano in media 13 sigarette al giorno. Tra gli ex-fumatori, gli stranieri PFPM fumavano in media 14 sigarette al giorno, mentre gli italiani/PSA 16.
- Analizzando l'abitudine tabagica rispetto all'area di provenienza si nota che la prevalenza di fumatori è maggiore negli stranieri provenienti da paesi appartenenti all'Unione Europea (40%), mentre i non fumatori provengono prevalentemente dall'Africa Sub-Sahariana (78%).

**Abitudine al fumo di sigaretta (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13



## Caratteristiche dei fumatori di sigaretta

- La prevalenza del fumo di sigaretta non differisce significativamente per cittadinanza.
- Negli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria si è osservata una prevalenza di fumatori più elevata tra:
  - persone di età inferiore ai 50 anni;
  - uomini;
  - persone con molte difficoltà economiche;
  - lavoratori (in modo continuativo e non);

Non si evidenziano differenze statisticamente significative per livello d'istruzione. Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiani/PSA e stranieri PFPM si nota che:

- fumano meno gli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA nella fascia d'età 25-34 anni;
- gli uomini stranieri PFPM fumano di più degli italiani/PSA mentre le donne straniere meno delle italiane;

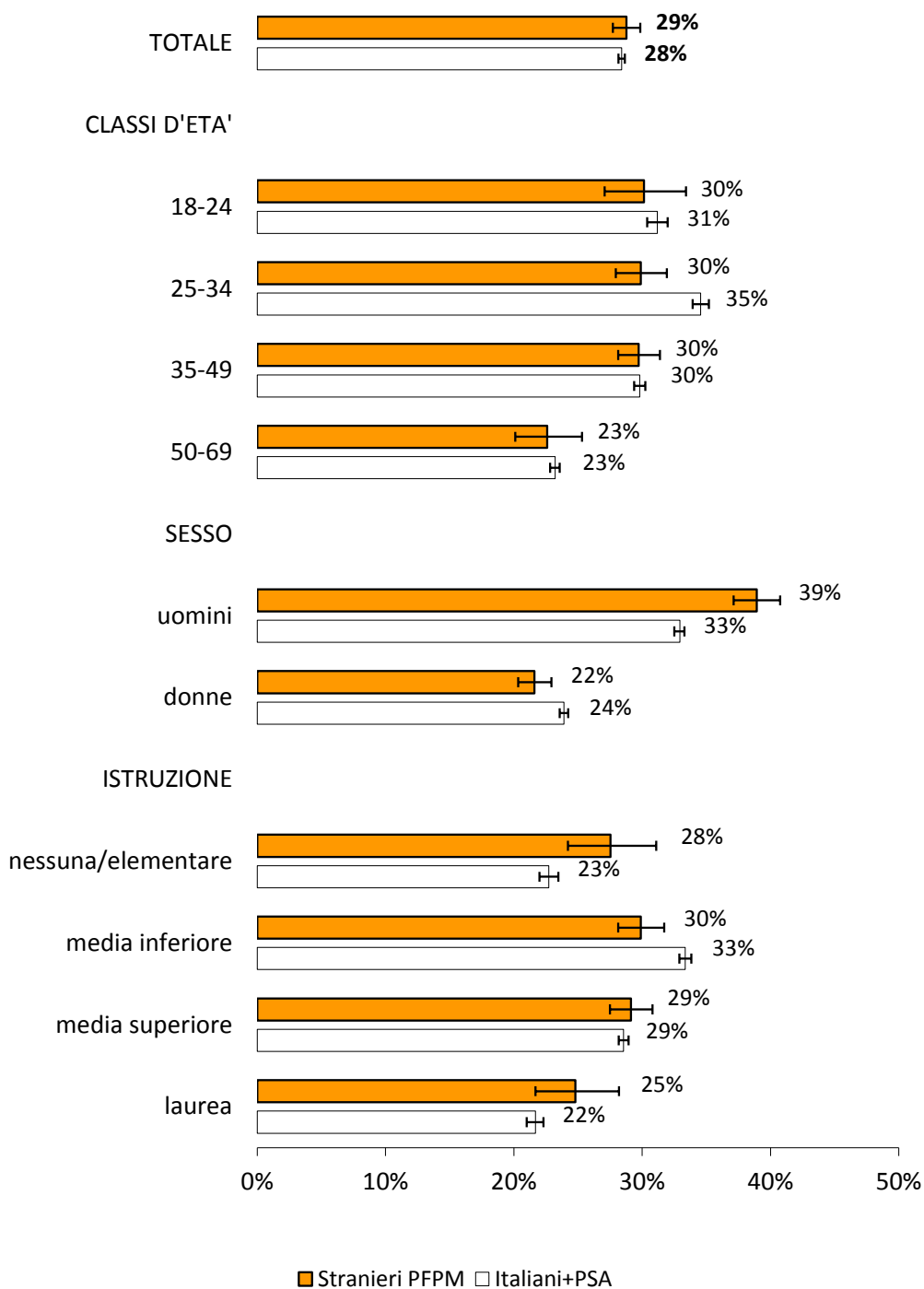


- fumano di più gli stranieri PFPM con basso titolo di studio rispetto agli italiani/PSA. Inoltre mentre la prevalenza del fumo tra italiani/PSA varia molto rispetto al livello di istruzione, ciò non avviene per gli stranieri PFPM;
- gli stranieri PFPM con nessuna difficoltà economica fumano più degli italiani/PSA; nel caso di molte difficoltà fumano invece meno;

Analizzando la prevalenza dell'abitudine al fumo rispetto allo stato lavorativo, non risultano differenze significative tra i due gruppi a confronto.

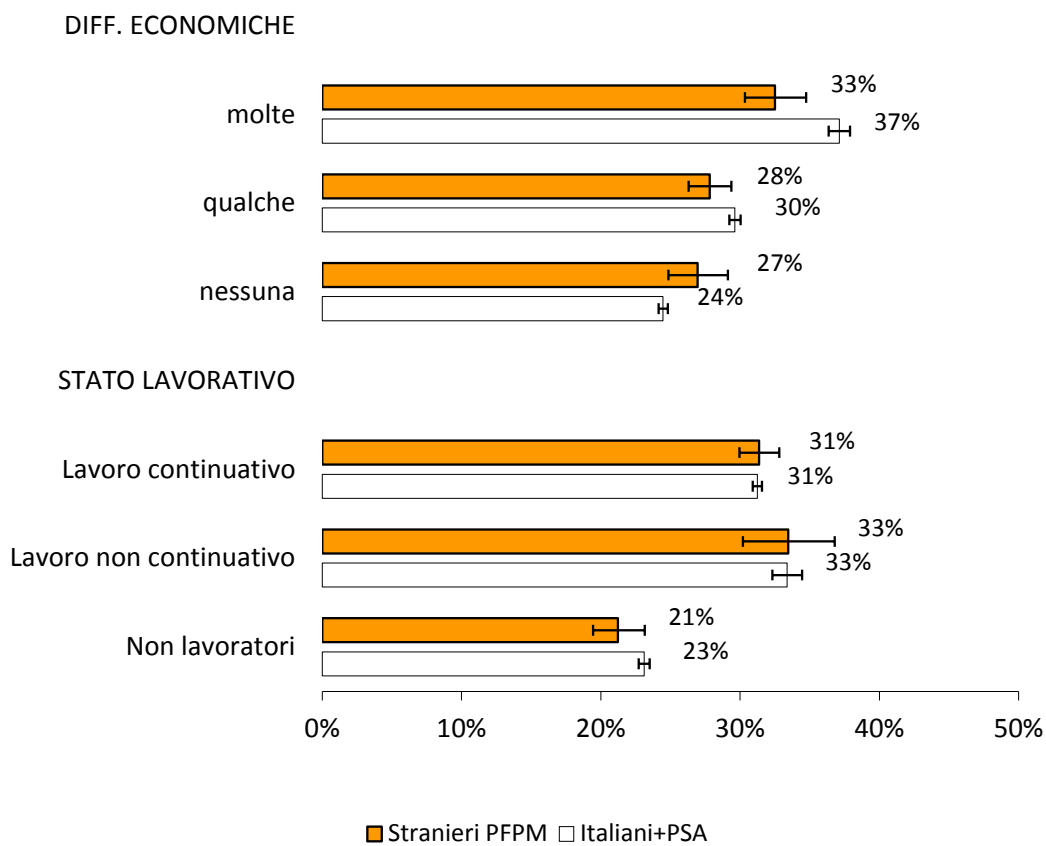
### Abitudine al fumo di sigaretta\* per caratteristiche socio-demografiche (%)

Pool PASSI 2008-13



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

**Abitudine al fumo di sigaretta\* per caratteristiche socio-demografiche (%)**  
Pool PASSI 2008-13

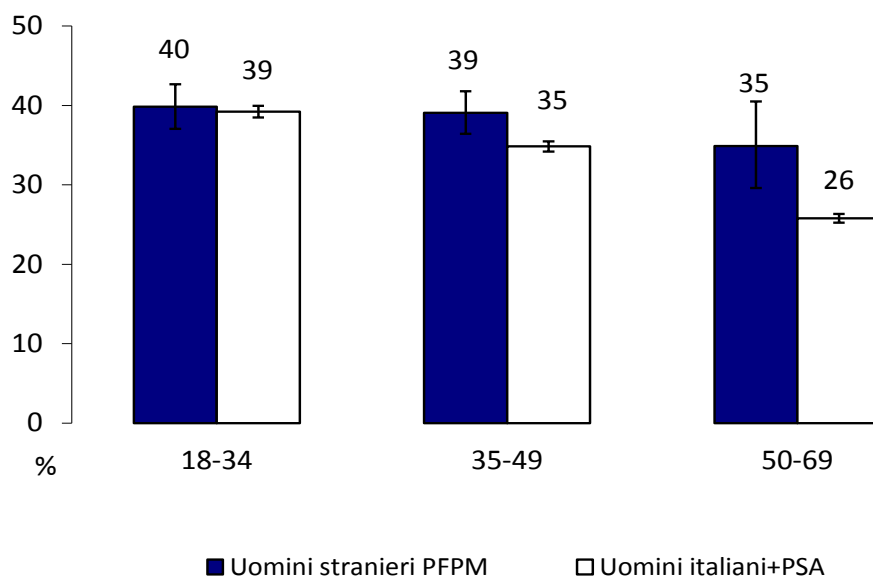


\* Fumatore = persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi)

- Approfondendo l'abitudine tabagica per classi genere-età specifiche, negli uomini e nelle fasce d'età comprese tra 35-69 anni il fumo di sigaretta è statisticamente maggiore tra gli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA mentre non si evidenziano differenze nella fascia 18-34 anni. L'abitudine al fumo per donne di età 35-49 anni non mostra differenze per cittadinanza mentre per le fasce d'età 18-34 e 50-69 è minore tra le straniere PFPM.

### Uomini fumatori per età e cittadinanza (%)

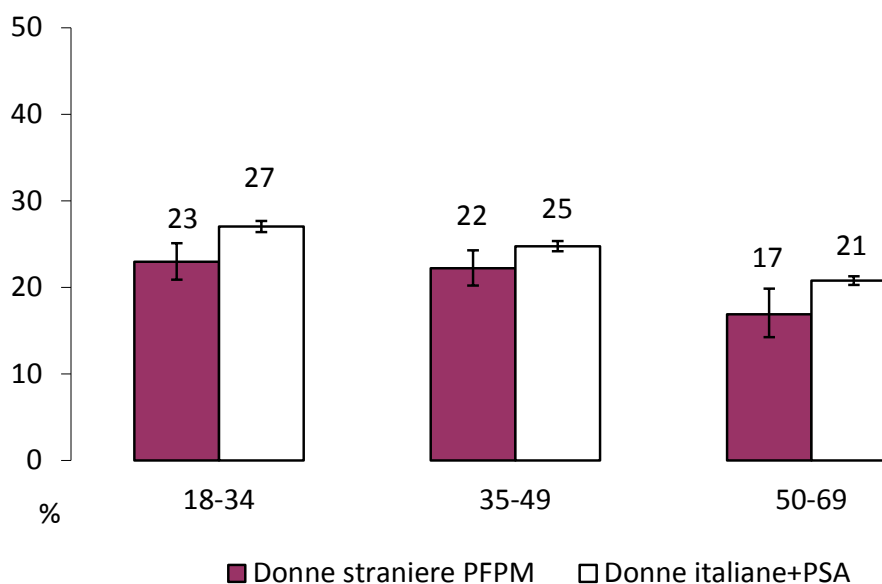
Pool PASSI 2008-13



- In generale si può osservare che sia nelle donne che negli uomini la prevalenza del fumo diminuisce all'aumentare dell'età.

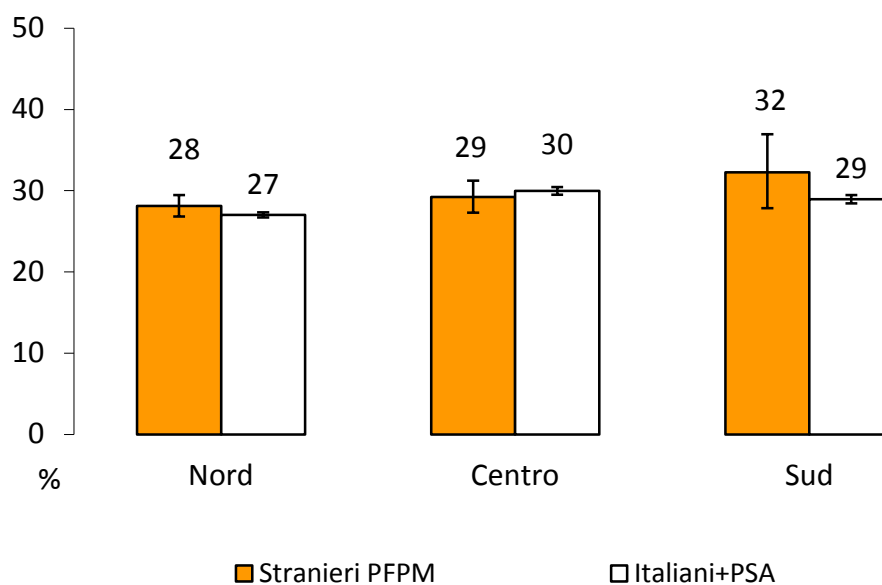
### Donne fumatrici per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



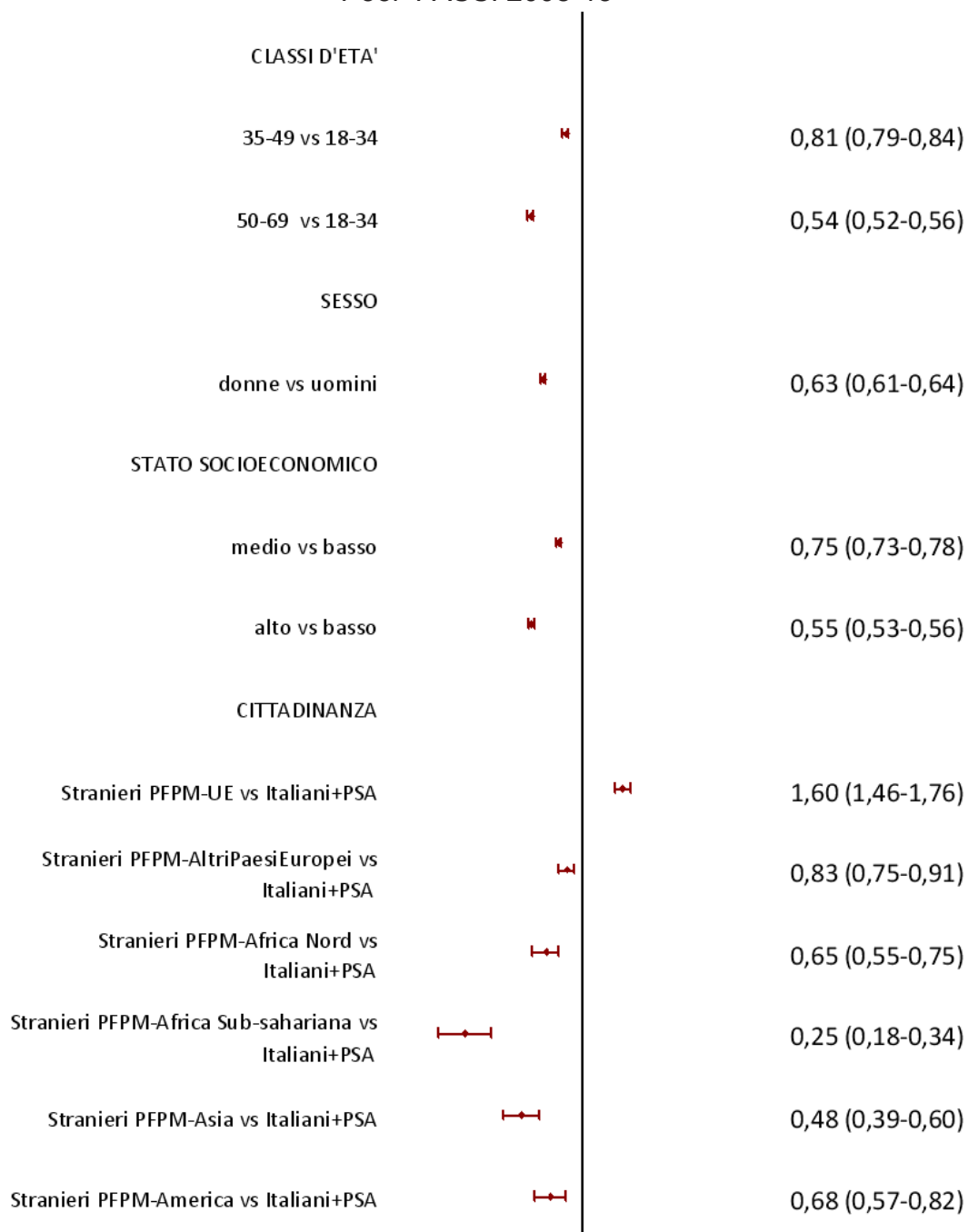
Analizzando il fenomeno per ripartizione geografica non si evidenziano differenze significative per cittadinanza anche se al sud la prevalenza del fumo è del 32% per gli stranieri PFPM rispetto al 29% degli italiani/PSA.

**Fumatori per cittadinanza (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13



- Attraverso un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come il fumo di sigaretta sia più diffuso sotto i 50 anni, negli uomini e nelle persone con stato socioeconomico basso.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza, il rischio di essere fumatore è più elevato per stranieri provenienti da Paesi PFPM-UE rispetto agli italiani/PSA mentre gli altri paesi di provenienza presentano una probabilità di fumare minore rispetto agli italiani/PSA.

**Fattori associati all'abitudine al fumo di sigaretta  
(regressione logistica)  
Pool PASSI 2008-13**

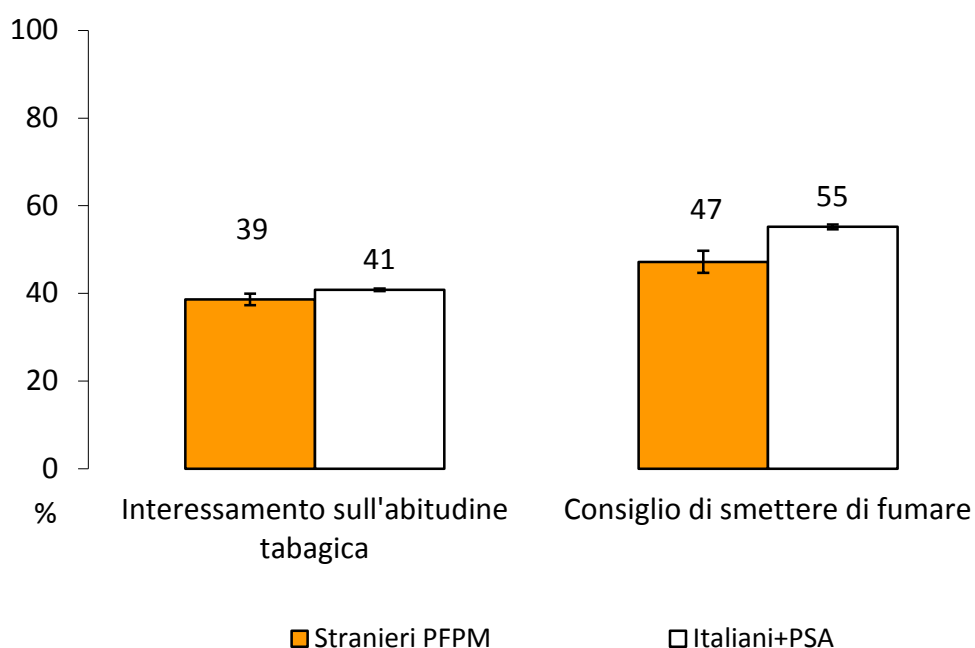


1

## Attenzione e consigli degli operatori sanitari

- Più di un terzo degli stranieri (39%) ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo e meno della metà (47%) di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un altro operatore sanitario.
- Analizzando il fenomeno per cittadinanza risulta che la prevalenza della richiesta sull'abitudine al fumo è minore tra gli stranieri, così come lo è, e in modo statisticamente significativo, la prevalenza del consiglio di smettere di fumare.

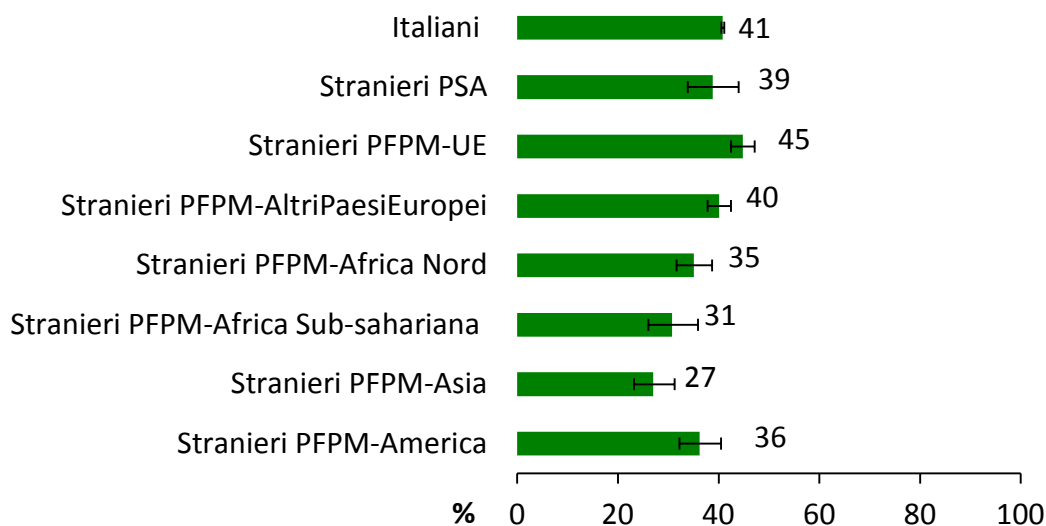
**Persone a cui è stato consigliato di smettere di fumare e a cui è stato chiesto se fumano da parte degli operatori sanitari\* per cittadinanza(%)**  
Pool PASSI 2008-13



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

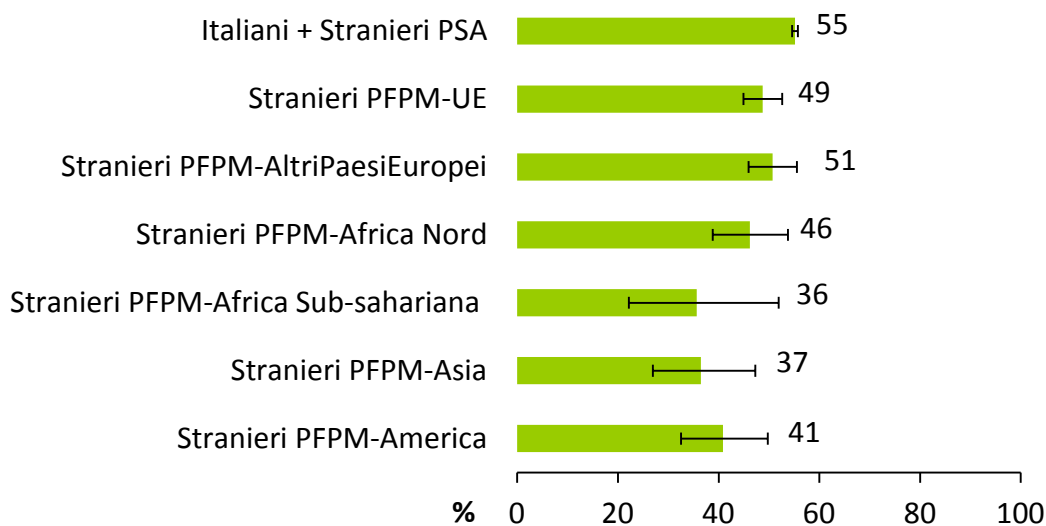
- Analizzando l'atteggiamento degli operatori sanitari in base all'area di provenienza delle persone intervistate, si evidenziano delle differenze sia nella richiesta della condizione tabagica che nel consiglio di smettere di fumare.

**Persone a cui è stato chiesto se fumano da parte degli operatori sanitari\* (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13



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

**Consiglio di smettere di fumare da parte degli operatori sanitari\* (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13



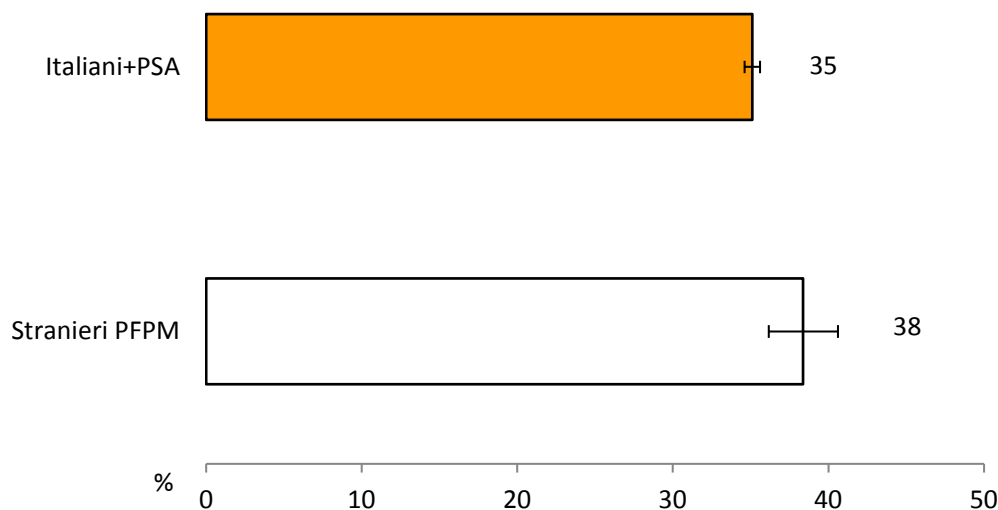
\* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un operatore sanitario nell'ultimo anno

## Cessazione dell'abitudine tabagica

- Il 38% dei fumatori stranieri PFPM ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno. Si evidenzia una differenza statisticamente significativa per cittadinanza.

### Tentativo di smettere di fumare per cittadinanza (%)

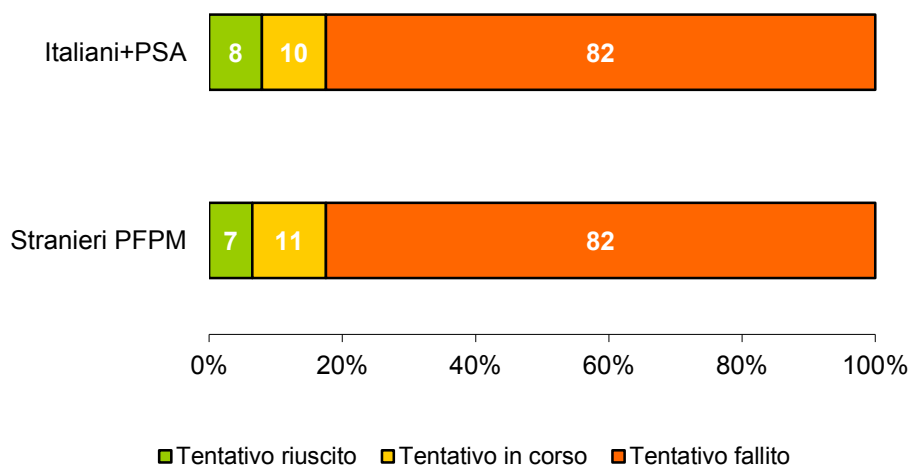
Pool PASSI 2008-13



- Tra tutti gli stranieri che hanno tentato:
  - L'11% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
  - Il 7% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno);
  - l'82% ha fallito (fumava al momento dell'intervista).
- Analizzando l'esito del tentativo per cittadinanza non si evidenziano differenze statisticamente significative.

### Esito tentativo di smettere di fumare per cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



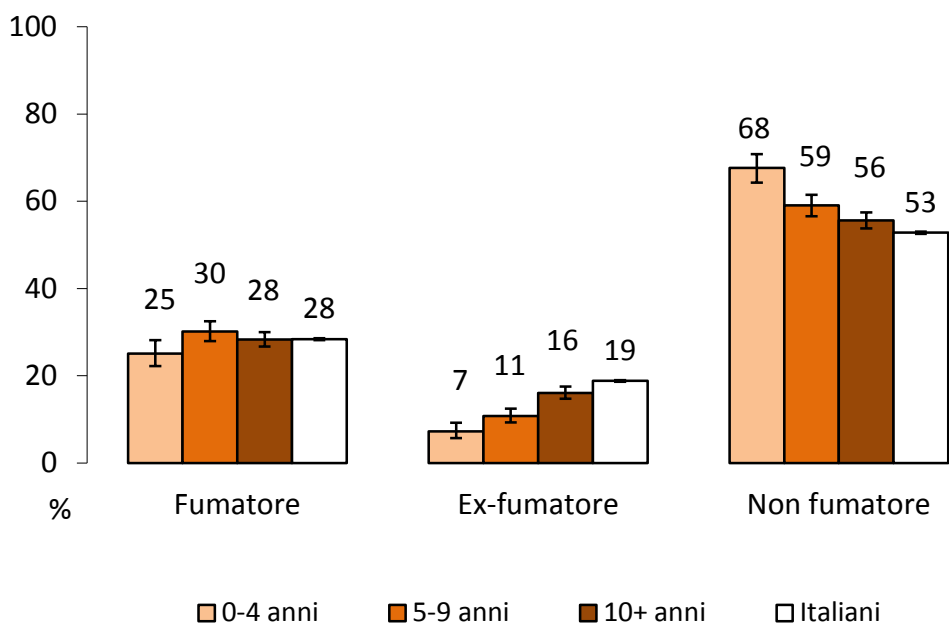


## Tempo trascorso in Italia e abitudine al fumo

• Analizzando l'abitudine al fumo degli stranieri rispetto al tempo trascorso in Italia emerge che:

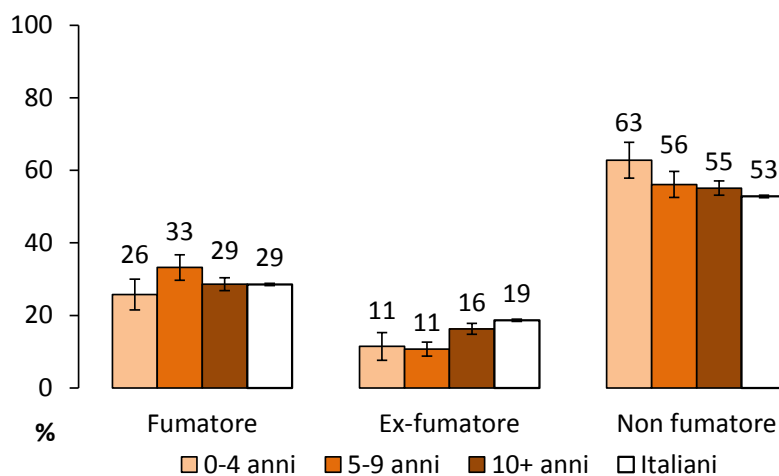
- la prevalenza di fumatori non presenta differenze significative per anni trascorsi in Italia, mentre si osserva un differenziale statisticamente significativo nel caso degli ex-fumatori e dei non fumatori: la prevalenza di ex-fumatori cresce con l'aumentare del tempo trascorso in Italia, viceversa quella dei non fumatori diminuisce.

**Abitudine al fumo di sigaretta per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13



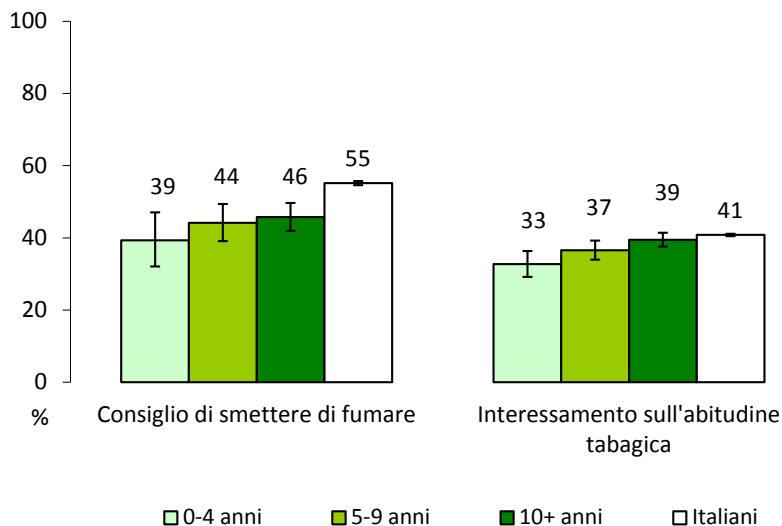
- Considerando che il gruppo di stranieri che è presente da meno anni in Italia ha un'età media inferiore rispetto ai gruppi che vivono in Italia da più anni si riportano i grafici che presentano i risultati ottenuti applicando la standardizzazione per genere ed età.
- Nel dato standardizzato si riscontra una differenza significativa:
  - tra gli ex-fumatori tra chi vive in Italia da più di 10 anni e chi ci vive da meno tempo;
  - tra i non fumatori la diminuzione si riscontra tra chi vive in Italia da 5 anni e più.

**Abitudine al fumo di sigaretta per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Standardizzazione per età e genere**  
 Pool PASSI 2008-13



- Per quanto riguarda i consigli dei medici/operatori sanitari non si evidenziano differenze statisticamente significative tra i due gruppi, ma si può osservare che sia le prevalenze del consiglio che della richiesta sono maggiori nelle persone che vivono da più di 10 anni in Italia.

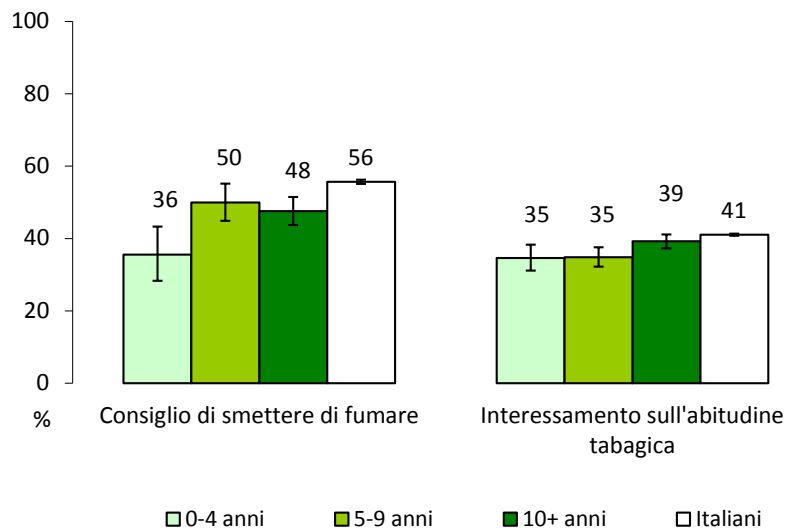
**Persone a cui è stato consigliato di smettere di fumare e a cui è stato chiesto se fumano da parte degli operatori sanitari per tempo trascorso in Italia (%)**  
 Pool PASSI 2008-13



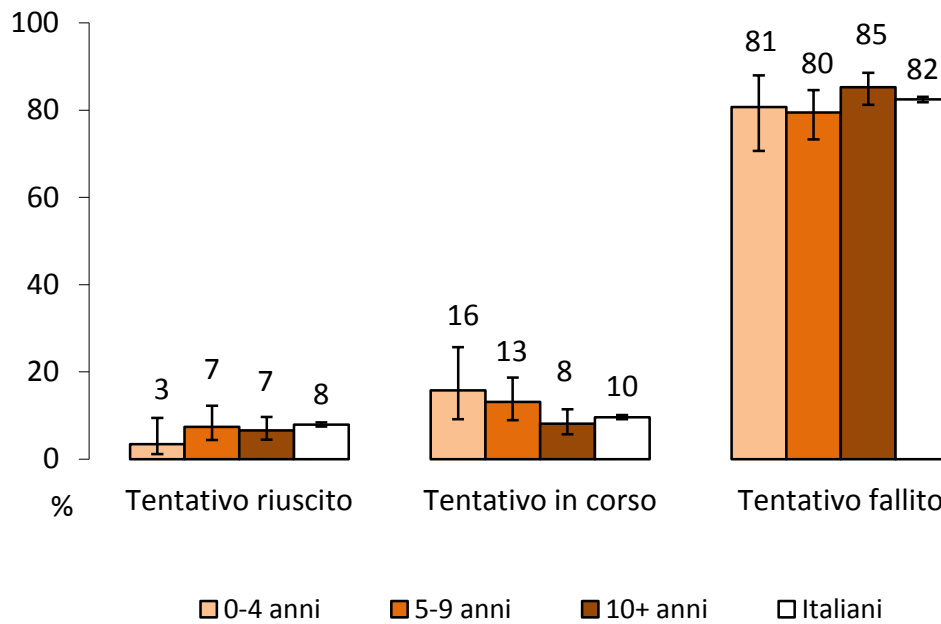
- Osservando i risultati standardizzati si nota però una differenza significativa nel consiglio di smettere di fumare tra chi vive in Italia da meno di 5 anni e chi vive in Italia da più di 5 anni.
- Per l'esito del tentativo di smettere si evidenziano dei differenziali, anche se non statisticamente significativi: la prevalenza dei tentativi riusciti è maggiore in chi vive in Italia da più di 4 anni (7%), i tentativi in corso sono maggiori negli stranieri che vivono in Italia da meno di 5 anni (16%) e i tentativi falliti sono maggiori per quelli che vivono in Italia da più di 9 anni (85%).
- Il dato standardizzato mostra che la prevalenza di tentativi riusciti è statisticamente maggiore per chi vive in Italia da meno di 5 anni, i tentativi in corso sono maggiori per chi vive in Italia da 5-9 anni e i tentativi falliti aumentano con l'aumentare degli anni trascorsi in Italia.

**Persone a cui è stato consigliato di smettere di fumare e a cui è stato chiesto se fumano da parte degli operatori sanitari per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Standardizzazione per età e genere**

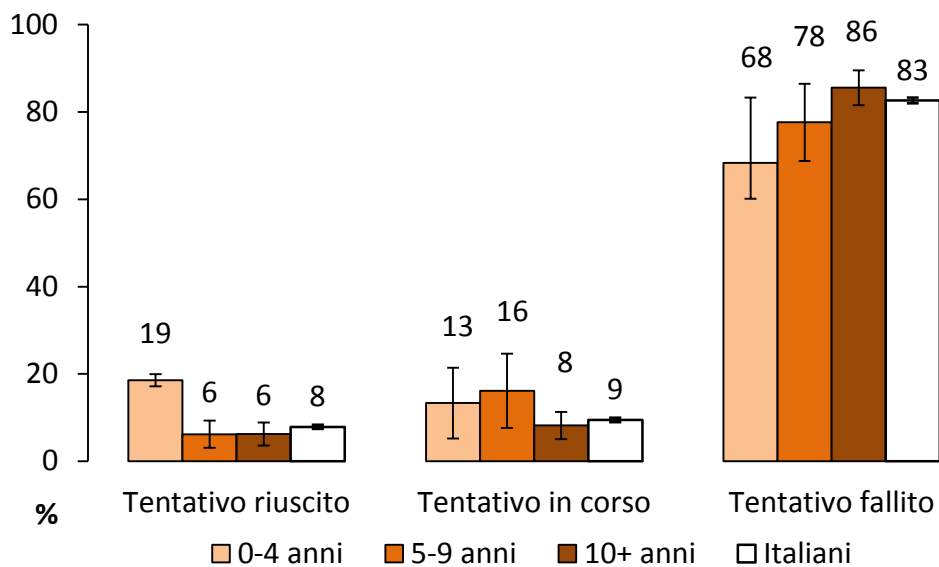
Pool PASSI 2008-13



**Esito tentativo di smettere di fumare per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13



**Esito tentativo di smettere di fumare per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Standardizzazione per età e genere**  
Pool PASSI 2008-13



## Sintesi e considerazioni

Tra gli stranieri PFPM intervistati da Passi l'abitudine al fumo è diffusa prevalentemente nei cittadini UE e in modo analogo a quanto avviene nella popolazione adulta italiana/PSA. Differisce invece per cittadinanza la quota di ex fumatori, inferiore tra gli stranieri, e quella di non fumatori, superiore a quella italiana.

Mettendo a confronto le popolazioni di stranieri PFPM e di italiani/PSA per caratteristiche sociodemografiche emerge che tra gli uomini, tra la fascia di età adulta, tra chi ha basso livello di istruzione e nessuna difficoltà economica la quota di fumatori è maggiore tra gli stranieri PFPM.

L'atteggiamento degli operatori sanitari in termini di interesse all'abitudine tabagica e al consiglio di smettere di fumare differisce tra i due gruppi, a svantaggio degli stranieri PFPM. Questi ultimi, inoltre, più degli italiani/PSA, dichiarano di aver tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, tuttavia l'esito del tentativo è risultato fallimentare nella maggioranza dei casi in entrambi i gruppi.

Il tempo che gli stranieri hanno trascorso nel nostro Paese influenza significativamente alcuni comportamenti e alcune dinamiche: all'aumentare degli anni trascorsi in Italia le prevalenze di ex fumatori e non fumatori stranieri si avvicinano a quelle degli italiani (aumentano e diminuiscono rispettivamente). Anche l'atteggiamento degli operatori sanitari è diverso rispetto alla permanenza dell'intervistato: maggiore è il tempo in cui questo risiede in Italia, più frequente è il consiglio del medico o dell'operatore sanitario di smettere di fumare. Per quanto riguarda i tentativi di cessazione riusciti, questi invece sono più fallimentari quanto più tempo si è trascorso nel nostro Paese.

I principali risultati ottenuti sono in accordo con i dati provenienti su altre importanti indagini sul tema. Le analisi condotte, considerando la diversa composizione per sesso ed età della popolazione straniera PFPM mostrano che, sebbene l'abitudine al fumo, a livello complessivo, non differisca per cittadinanza, vi sono particolari fasce di popolazione straniera con diverse prevalenze di fumatori, probabilmente in parte attribuibili a fattori di tipo socio-culturale, che verosimilmente si attenuano mano a mano che il cittadino straniero trascorre tempo nel nostro Paese, avvicinando i propri stili di vita e i propri comportamenti a quelli della popolazione italiana. Il fattore tempo di permanenza non solo modifica la distribuzione degli ex fumatori e dei non fumatori stranieri, ma anche l'attenzione del sistema sanitario ai bisogni di salute dei cittadini stranieri, che quanto più sono integrati, tanto più dichiarano di aver ricevuto dall'operatore sanitario consigli di smettere di fumare.

Alla luce di queste considerazioni, l'attenzione del sistema sanitario al tema del fumo di tabacco tra la popolazione straniera residente dovrebbe essere maggiore per gli stranieri presenti da meno tempo nel nostro Paese, che probabilmente sono meno consapevoli dell'offerta sanitaria e percepiscono meno il rischio per la propria salute derivante dal fumo.

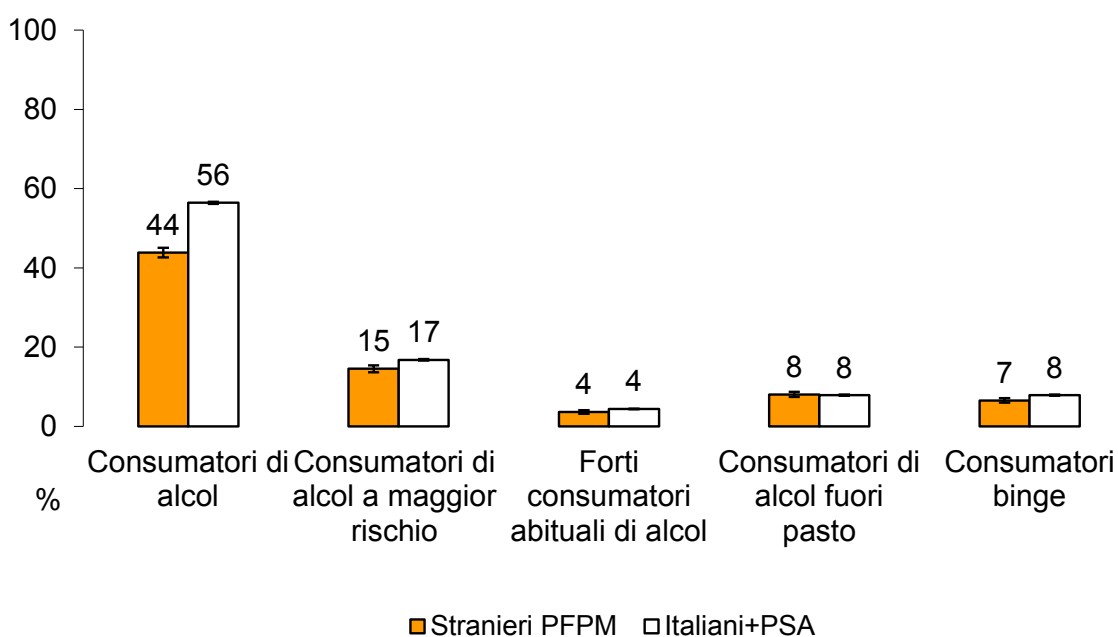
## Consumo di alcol

L'alcol contribuisce a determinare molteplici problemi sanitari e sociali, dalla sindrome fetto-alcolica nei neonati agli incidenti stradali - prima causa di morte in età giovanile- dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di neoplasia. Per questi motivi, al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% del carico di sofferenze in termini di anni di vita in buona salute persi (*Daly*). Si stima inoltre che le morti attribuibili all'alcol ammontino a circa 2.255. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol ammontino a più dell'1% del prodotto interno lordo.

### Prevalenza del consumo di alcol

- Nel periodo 2008-13 il 44% degli stranieri PFPM intervistati consuma alcol, anche occasionalmente e il 15% risulta essere un consumatore di alcol a maggior rischio<sup>1</sup>, in particolare il 4% degli stranieri PFPM sono forti consumatori abituali di alcol<sup>2</sup>, l'8% consumatori di alcol fuori pasto<sup>3</sup> e il 7% consumatori *binge*<sup>4</sup>.

**Consumo di alcol (%)**  
Pool PASSI 2008-13



<sup>1</sup> Forti consumatori abituali di alcol e/o consumatori di alcol fuori pasto e/o consumatori binge; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

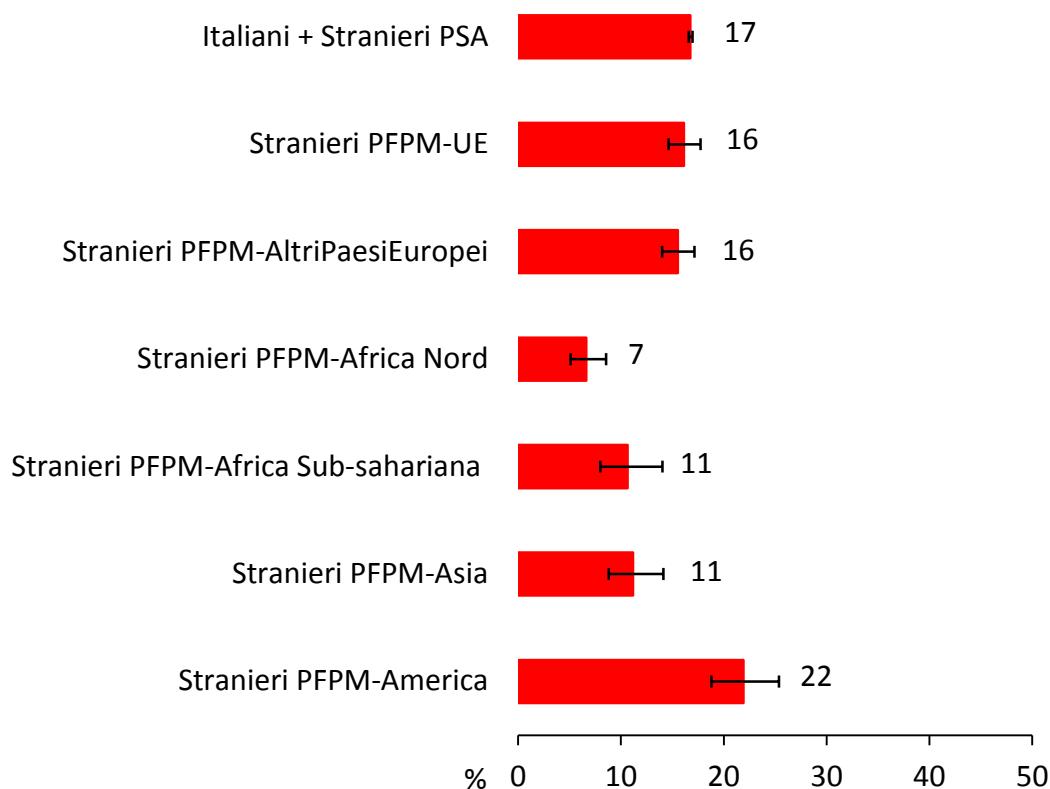
<sup>2</sup> Uomini che consumano più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, oppure donne che consumano più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni

<sup>3</sup> Persone che consumano alcol prevalentemente o solo fuori dai pasti

<sup>4</sup> Dal 2007 al 2009 persona che ha consumato 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione, dal 2010 uomo che ne ha consumate 5 o più in un'unica occasione o donna che ne ha consumate 4 o più in un'unica occasione

- Le prevalenze di consumatori di alcol, consumatori di alcol a maggior rischio e consumatori *binge* sono statisticamente inferiori rispetto a quelle degli Italiani/PSA.
- Le stesse prevalenze si osservano anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età (Vedi Appendice X)
- Analizzando il consumo di alcol a maggior rischio rispetto all'area di provenienza degli intervistati si nota che la prevalenza è maggiore negli stranieri provenienti dall'America.

**Consumo di alcol a maggior rischio (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13



## **Caratteristiche dei consumatori di alcol a maggior rischio**

- La prevalenza del consumo di alcol a maggior rischio è statisticamente minore negli stranieri PFPM rispetto agli Italiani/PSA.
- Negli stranieri PFPM il consumo di alcol a maggior rischio è più diffuso:
  - tra i giovani (18-24 anni)
  - negli uomini
  - nelle persone con molte difficoltà economiche o senza difficoltà economiche
  - nelle persone che lavorano in modo non continuativo

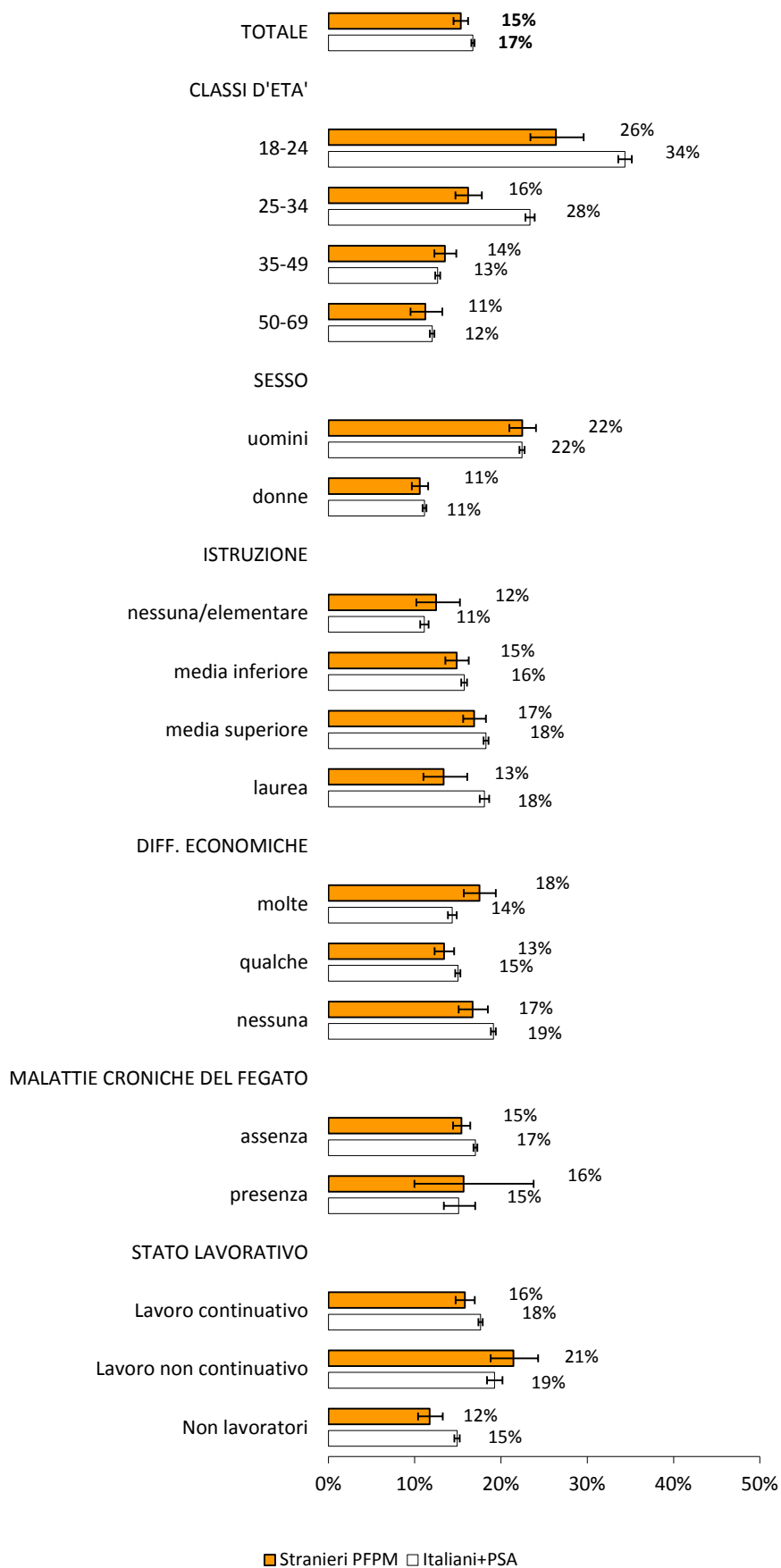
Non si evidenziano differenze statisticamente significative per istruzione e presenza di malattie croniche del fegato.

Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiani/PSA e stranieri PFPM si nota che:

- negli stranieri tra 18-34 anni il consumo a maggior rischio è più basso rispetto agli Italiani/PSA
- non sono presenti differenze per genere
- sono meno consumatori a maggior rischio gli stranieri PFPM con la laurea rispetto agli italiani/PSA
- la prevalenza per chi ha molte difficoltà economiche è significativamente più elevata tra gli stranieri PFPM mentre quella degli stranieri PFPM senza difficoltà economiche è minore
- è più basso il consumo a maggior rischio tra stranieri PFPM senza patologie croniche del fegato rispetto agli italiani/PSA
- sono meno consumatori a maggior rischio gli stranieri PFPM non lavoratori o lavoratori continuativi rispetto agli italiani/PSA



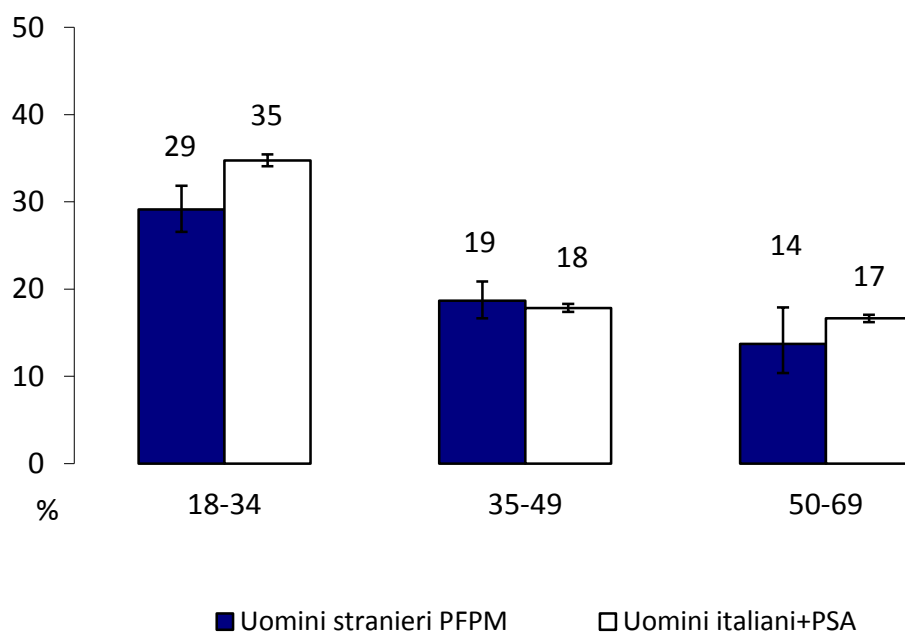
## Consumo a rischio per caratteristiche socio-demografiche (%) Pool PASSI 2008-13



- Approfondendo il consumo a maggior rischio per classi d'età genere-età specifiche, si osserva che nelle fasce d'età comprese tra 18-34 anni la prevalenza è statisticamente minore tra gli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA per entrambi i generi, mentre non si evidenziano differenze per gli uomini tra 50-69 anni. La prevalenza per donne di età compresa tra 35 e 69 anni è statisticamente maggiore nelle donne straniere PFPM rispetto a quelle italiane/PSA.

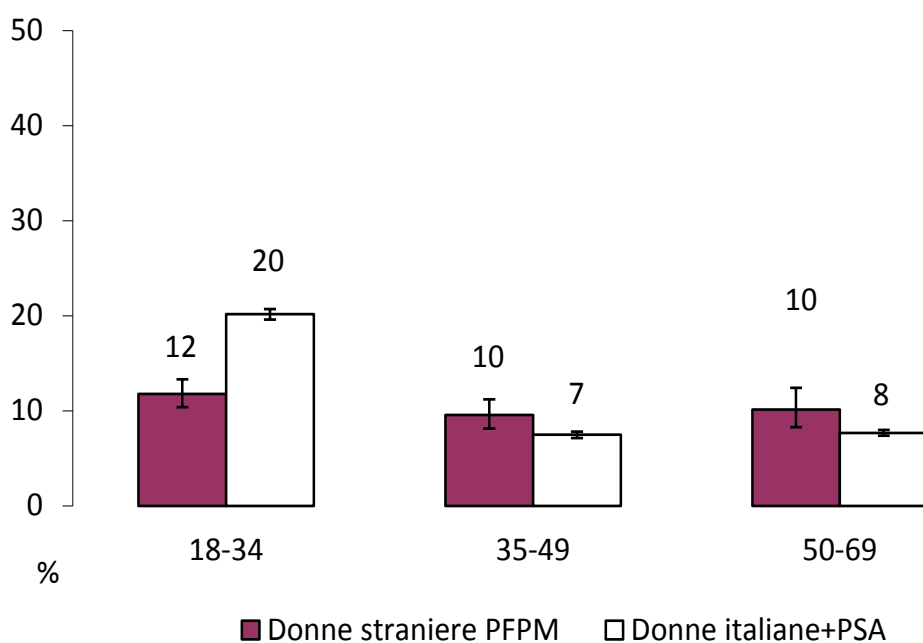
### Uomini consumatori a maggior rischio per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



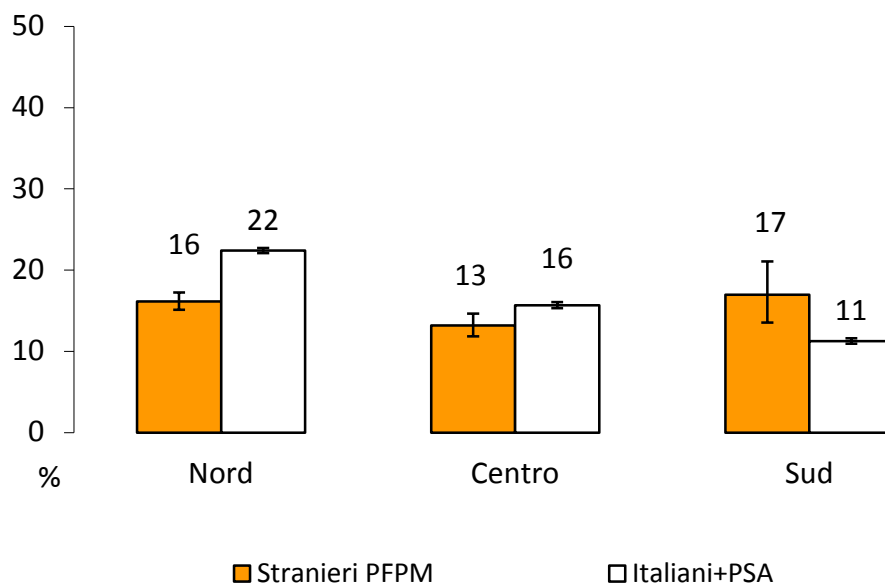
### Donne consumatrici a maggior rischio per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13

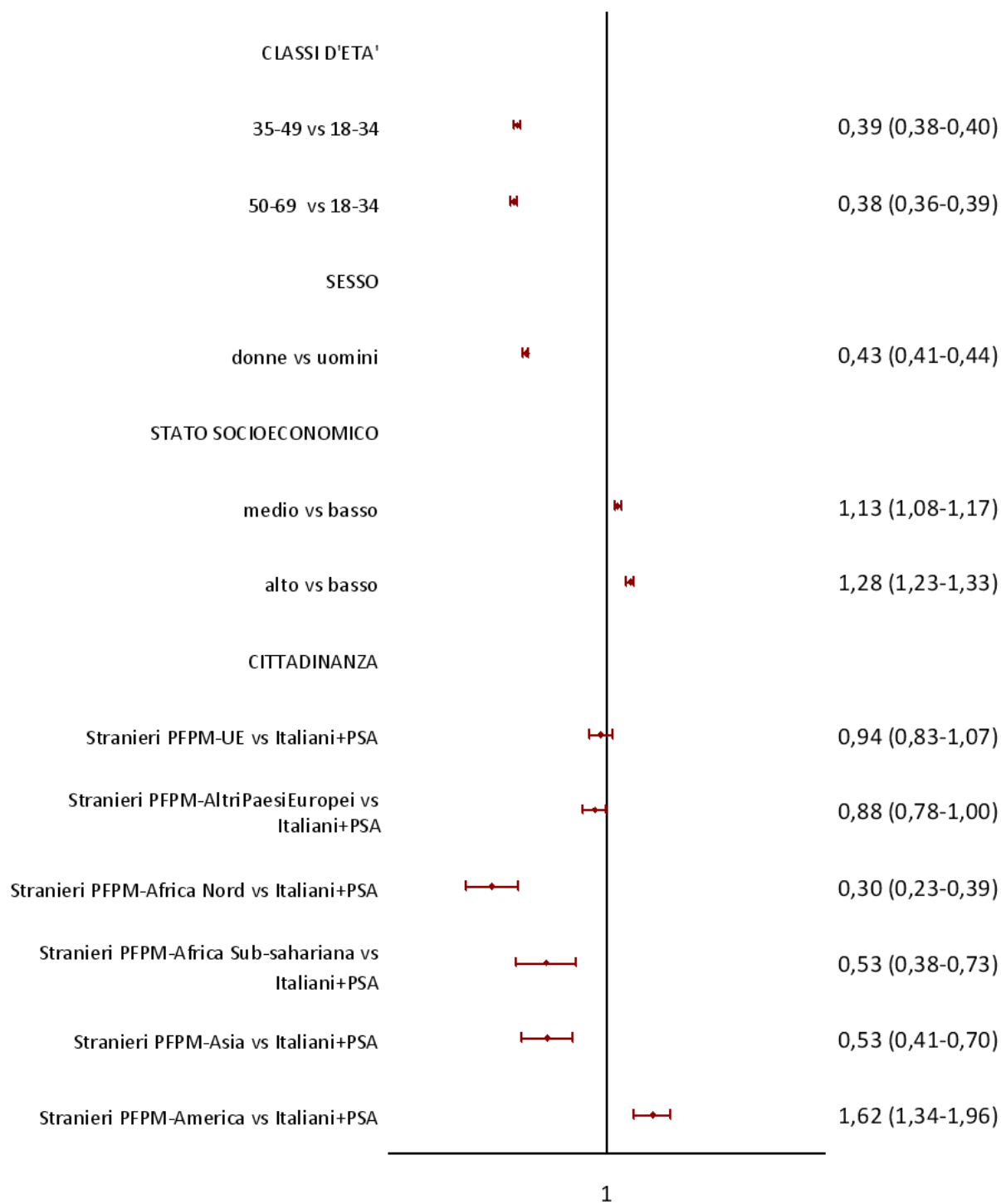


- Analizzando il fenomeno per ripartizione negli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria si evidenzia una differenza statisticamente significativa tra Nord e Centro Italia.
- Nelle regioni del sud la prevalenza di consumatori a maggior rischio tra cittadini stranieri PFPM è significativamente superiore rispetto agli italiani/PSA.

**Consumo a maggior rischio per cittadinanza (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13



- Utilizzando un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come il consumo a maggior rischio sia più diffuso nelle classe d'età sotto ai 34 anni, negli uomini e nelle persone con stato socioecono-mico medio-alto.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza il rischio di essere un consumatore a maggior rischio è più elevato per stranieri provenienti dall'America rispetto agli italiani/PSA mentre è meno elevato per gli stranieri provenienti da Altri paesi europei, Africa del Nord, Africa Sub-Sahariana e Asia.



## Caratteristiche dei consumatori binge

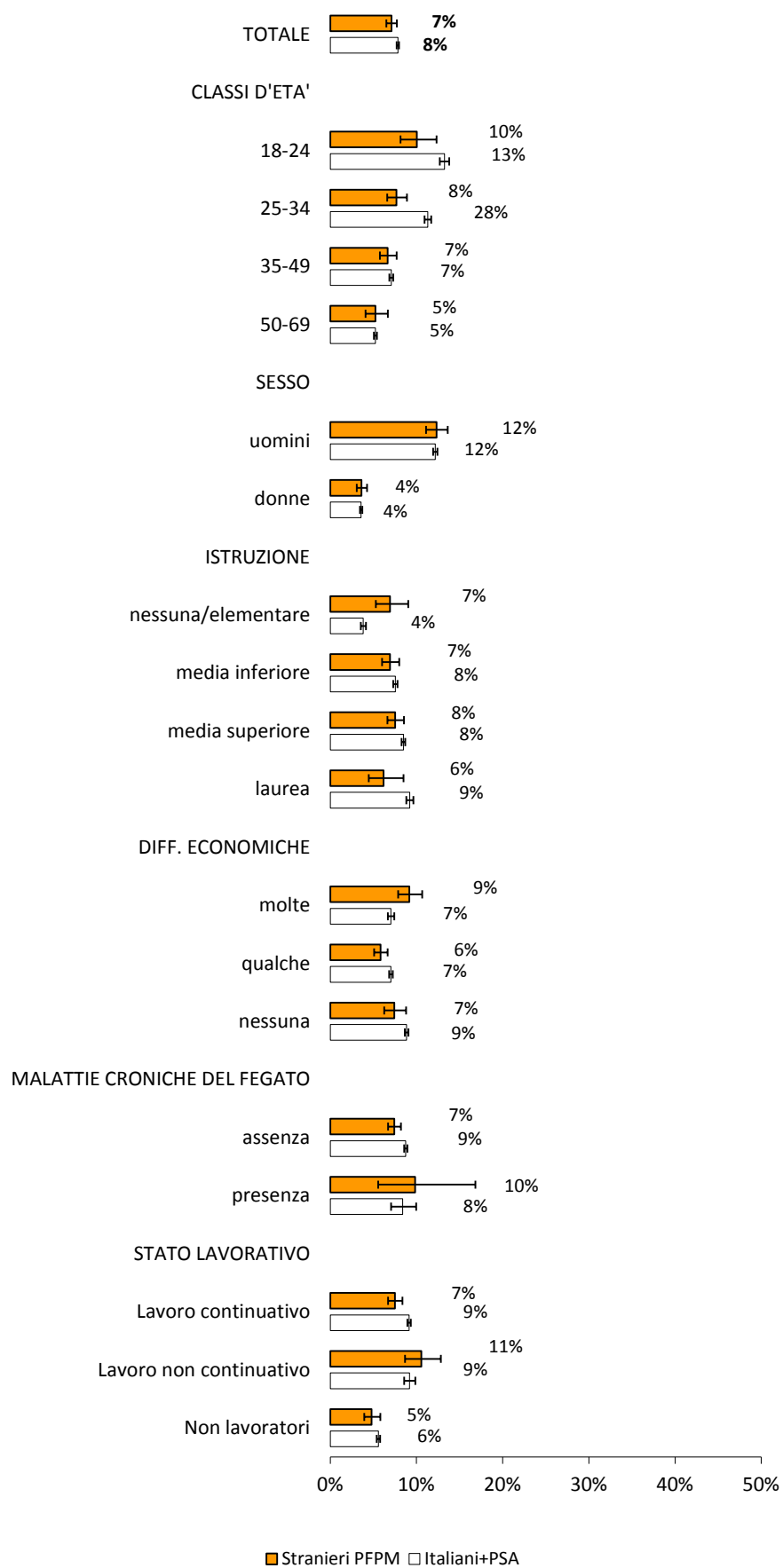
- Tra le modalità di consumo di alcol a rischio, assume particolare rilevanza il *binge drinking*, cioè l'assunzione smodata di bevande alcoliche. La prevalenza di questo comportamento è statisticamente minore negli stranieri PFPM rispetto agli Italiani/PSA.
- Negli stranieri PFPM il consumo *binge* è più diffuso:
  - tra i giovani (18-24 anni)
  - negli uomini
  - nelle persone con molte difficoltà economiche
  - nelle persone che lavorano in modo non continuativo

Non si evidenziano differenze statisticamente significative per istruzione e presenza di malattie croniche del fegato.

Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiani/PSA e stranieri PFPM si nota che:

- negli stranieri tra 18-34 anni il consumo è più basso rispetto agli Italiani/PSA
- non sono presenti differenze per genere
- sono più consumatori *binge* gli stranieri PFPM con scolarità elementare rispetto agli italiani/PSA
- la prevalenza per chi ha molte difficoltà economiche è significativamente più elevata tra gli stranieri PFPM mentre quella degli stranieri PFPM senza difficoltà economiche è minore
- è più basso il consumo *binge* tra stranieri PFPM senza patologie croniche del fegato rispetto agli italiani/PSA
- sono meno consumatori gli stranieri PFPM con lavoro continuativo rispetto agli italiani/PSA

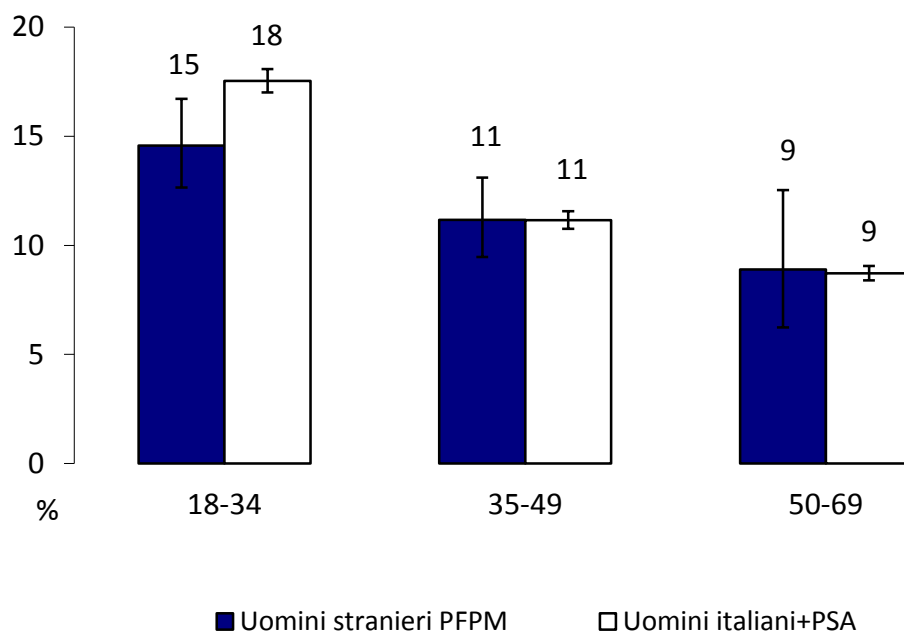
## Consumo binge per caratteristiche socio-demografiche (%) Pool PASSI 2008-13



- Approfondendo il consumo *binge* per classi d'età genere-età specifiche, si osserva che nelle fasce d'età comprese tra 18-34 anni la prevalenza è statisticamente minore tra gli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA per entrambi i generi, mentre non si evidenziano differenze tra 35-49 anni. La prevalenza per donne di età compresa tra 50 e 69 anni è statisticamente maggiore nelle donne straniere PFPM rispetto a quelle italiane/PSA mentre negli uomini della medesima fascia d'età non si evidenziano differenze statisticamente significative.

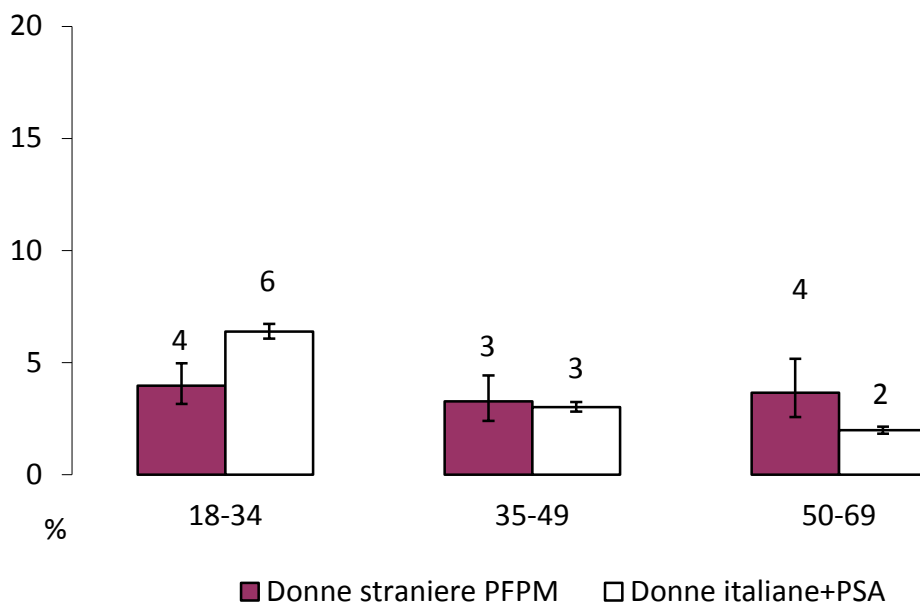
### Uomini consumatori binge per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



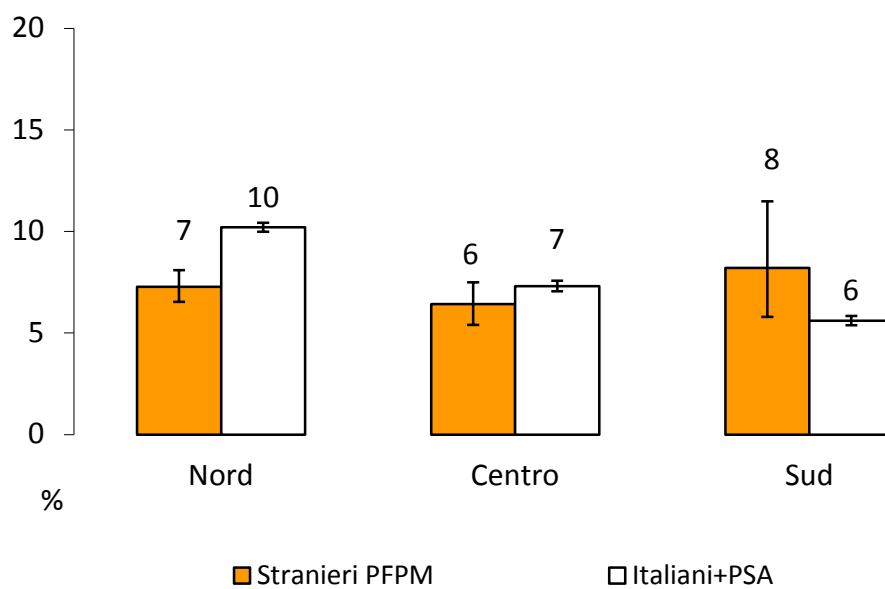
### Donne consumatrici binge per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



- Analizzando il fenomeno per ripartizione negli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria non si evidenziano differenze statisticamente significative.

**Consumo binge per cittadinanza (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13

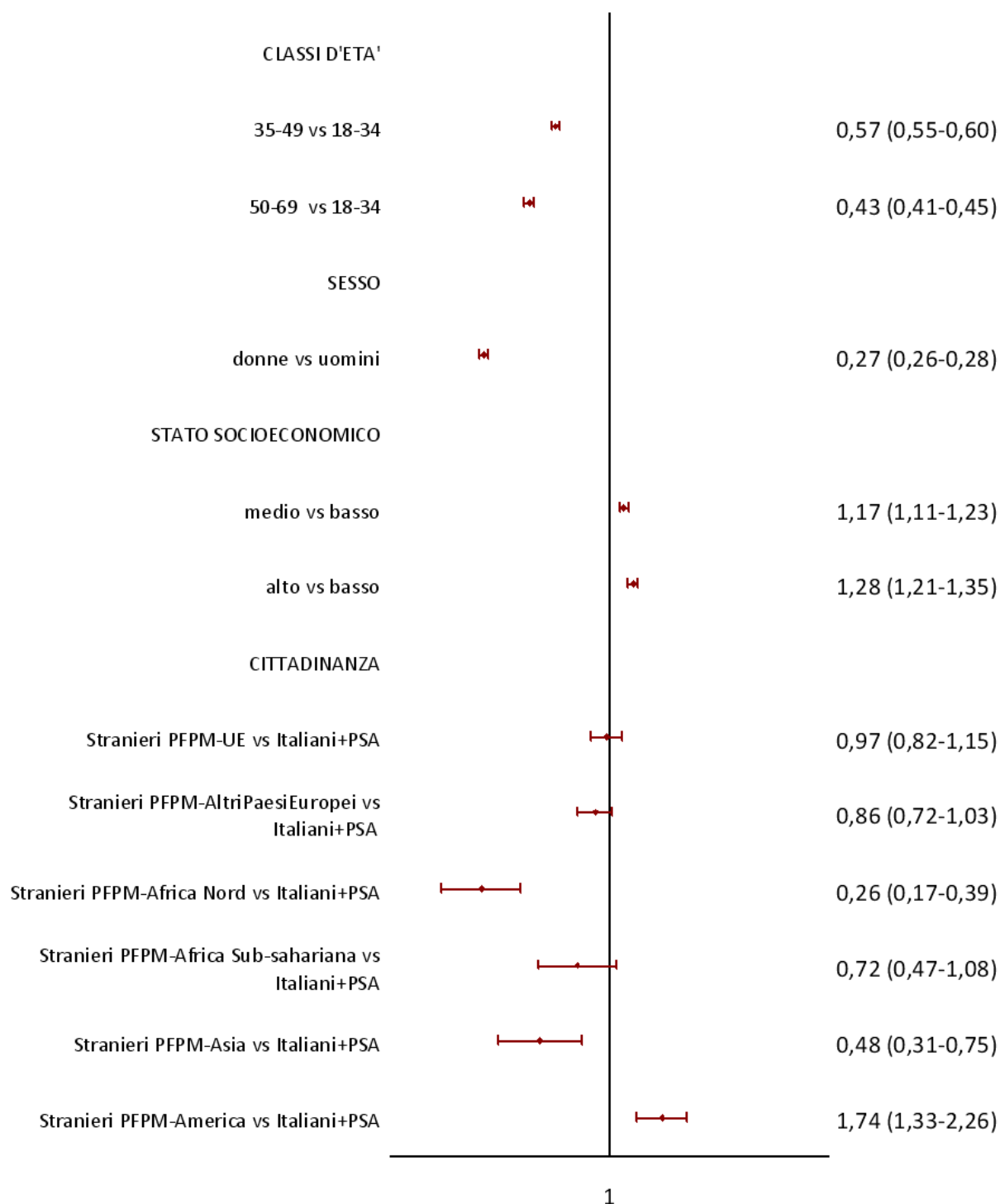




- Utilizzando un modello logistico multivariato, si evidenzia come il consumo *binge* sia più diffuso nelle classe d'età sotto ai 34 anni, negli uomini e nelle persone con stato socioeconomico medio-alto.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza il rischio di essere un consumatore *binge* è più elevato per stranieri provenienti dall'America rispetto agli italiani/PSA mentre è meno elevato per gli stranieri provenienti da Africa del Nord e Asia.

### Fattori associati al consumo binge (regressione logistica)

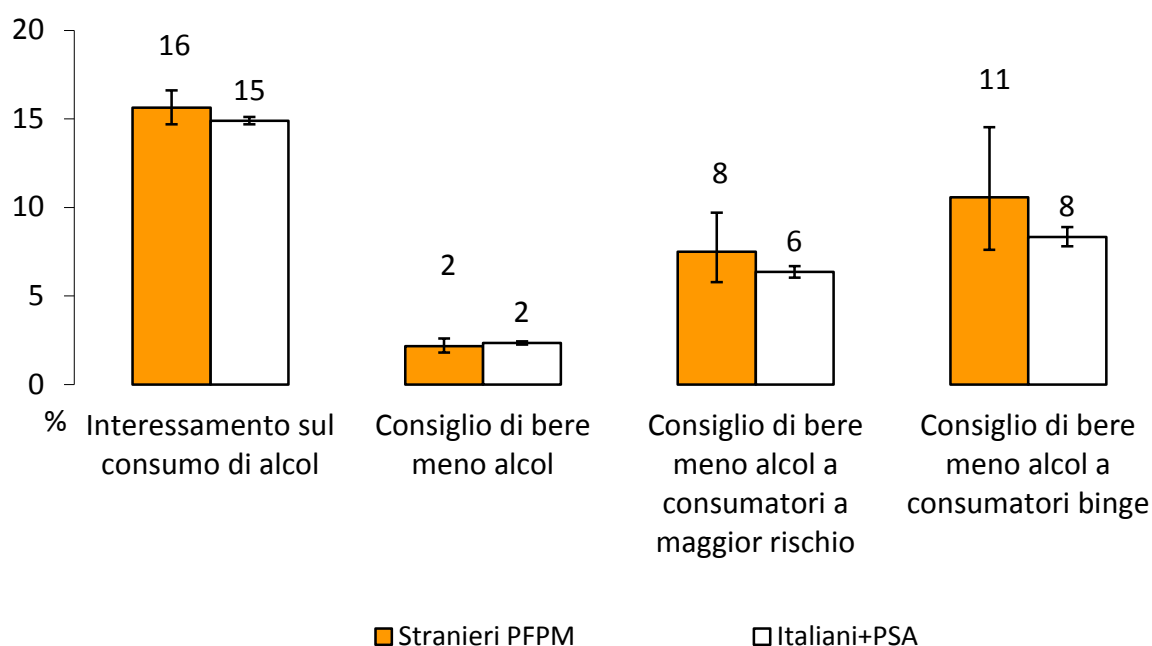
Pool PASSI 2008-13



## Attenzione e consigli degli operatori sanitari

- Complessivamente circa uno su sei degli stranieri (16%) ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione al consumo di alcol mentre solo il 2% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di bere meno alcol da parte di un medico o di un altro operatore sanitario.
- Analizzando il fenomeno per cittadinanza non si evidenziano delle differenze statisticamente significative sia nella richiesta del consumo di alcolici che nel consiglio di diminuirne il consumo.

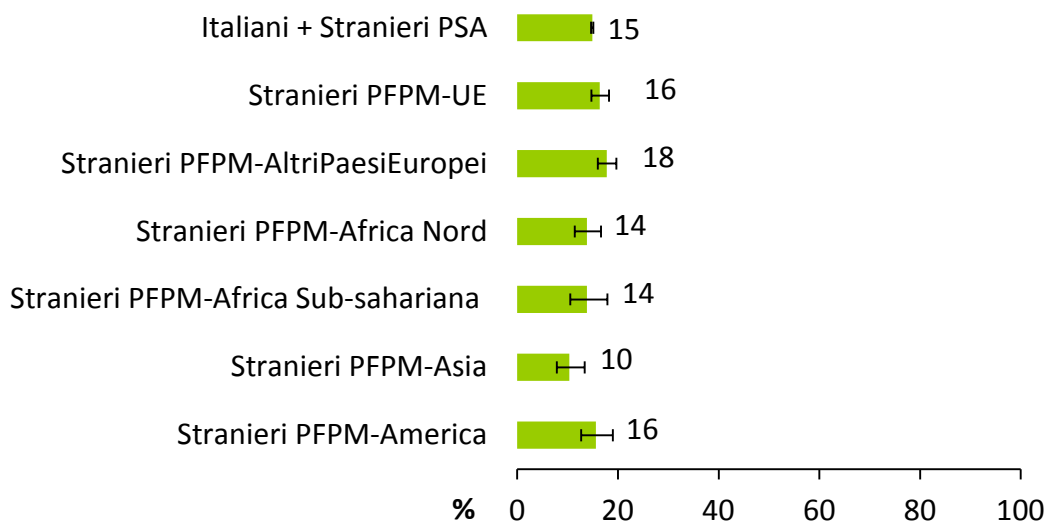
**Persone a cui è stato consigliato di bere meno alcol e a cui è stato chiesto se bevono alcolici da parte degli operatori sanitari\* per cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13



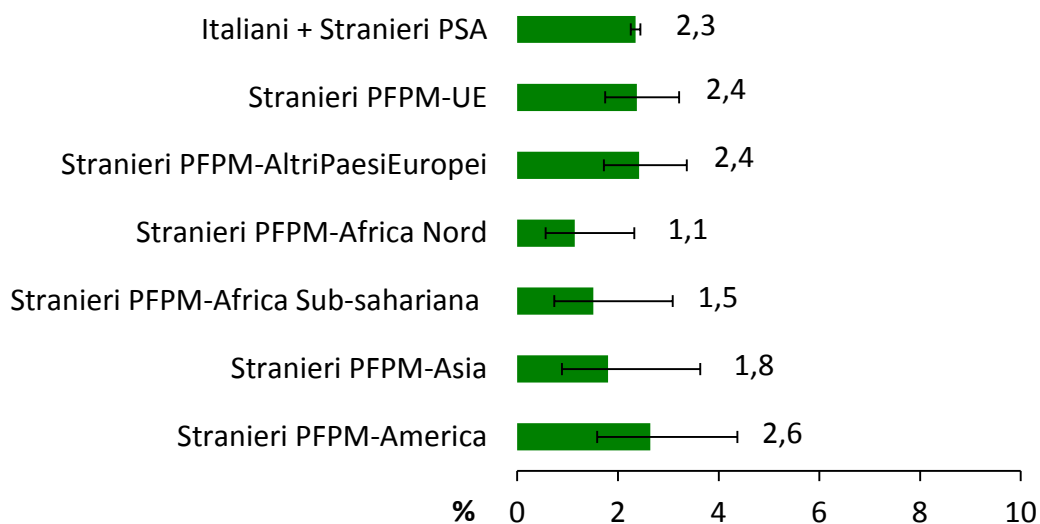
\* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Più in particolare, si può declinare l'analisi per cittadinanza in base all'area di provenienza delle persone intervistate. In questo modo si evidenziano delle differenze, anche se non statisticamente significative, sia nella richiesta che nel consiglio inerenti il consumo di alcol.

**Persone a cui è stato chiesto se consumano alcolici da parte degli operatori sanitari\* (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13



**Consiglio di bere meno alcol da parte degli operatori sanitari\* (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13

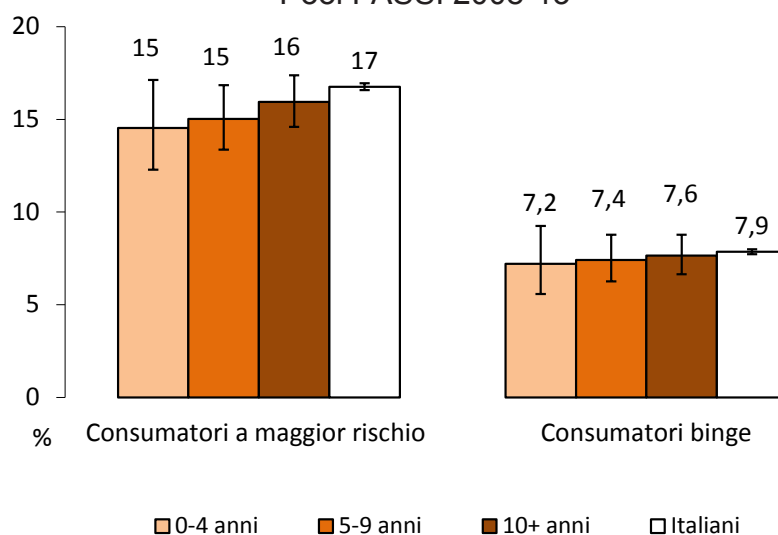


\* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un operatore sanitario nell'ultimo anno

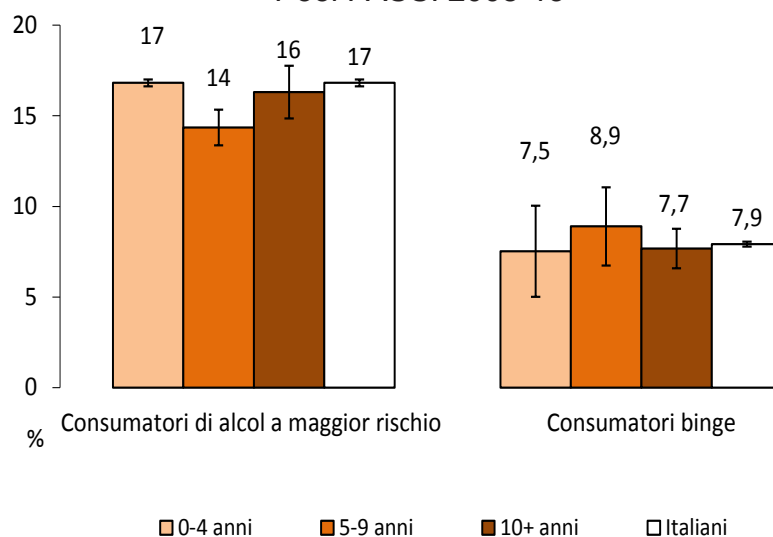
## Tempo trascorso in Italia e consumo di alcol

- Analizzando le informazioni in base al tempo trascorso in Italia non emergono differenze significative per il consumo di alcol.
- Dato che il gruppo di stranieri che è presente da meno anni in Italia ha un'età media inferiore rispetto ai gruppi che vivono in Italia da più anni si mostrano i grafici che presentano i risultati ottenuti applicando la standardizzazione per genere ed età ed anch'essi non mostrano differenziali significativi.
- Per quanto riguarda i consigli dei medici/operatori sanitari non si evidenziano differenze statisticamente significative.
- Per quanto riguarda il dato standardizzato invece si può osservare una differenza statisticamente significativa nel consiglio di bere meno alcol tra chi è in Italia da 10 anni o più e chi da meno tempo.

### Consumo a maggior rischio e consumo binge per tempo trascorso in Italia (%) Pool PASSI 2008-13

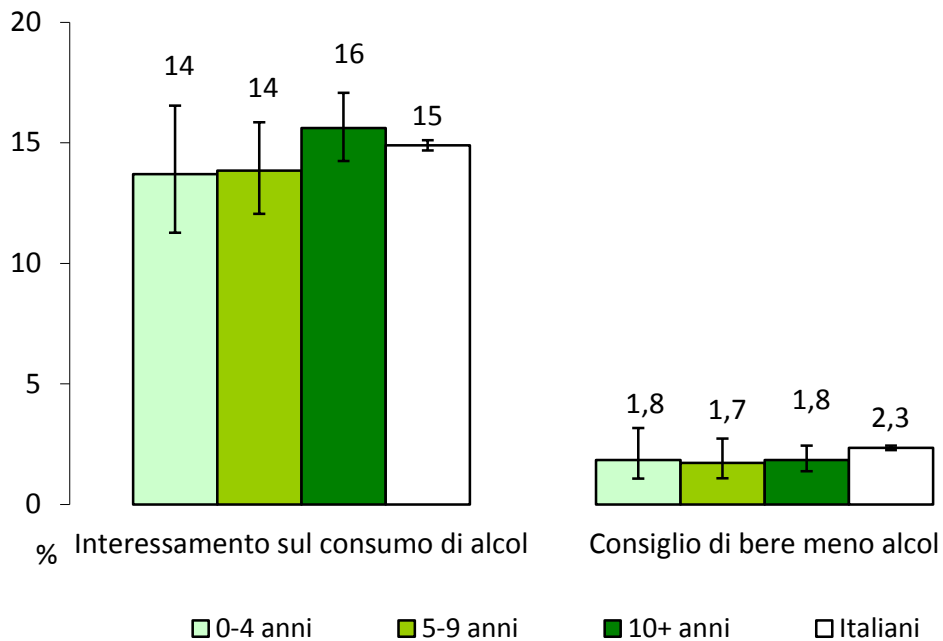


### Consumo a maggior rischio e consumo binge per tempo trascorso in Italia (%) Standardizzazione per età e genere Pool PASSI 2008-13



**Persone a cui è stato consigliato di bere meno alcol e a cui è stato chiesto se bevono alcolici da parte degli operatori sanitari per tempo trascorso in Italia (%)**

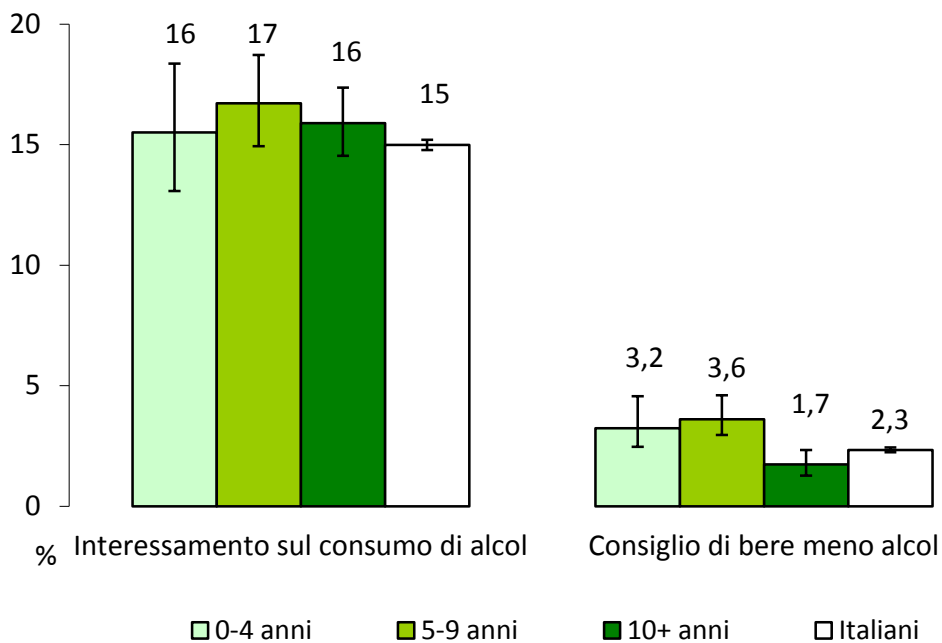
Pool PASSI 2008-13



**Persone a cui è stato consigliato di bere meno alcol e a cui è stato chiesto se bevono alcolici da parte degli operatori sanitari per tempo trascorso in Italia (%)**

**Standardizzazione per età e genere**

Pool PASSI 2008-13



## Sintesi e considerazioni

Il consumo di alcol, in generale e a maggior rischio, è più basso tra gli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA. Va però sottolineato che esistono forti differenze di comportamento a seconda della provenienza geografica degli stranieri: in confronto con gli italiani/PSA il consumo di alcol risulta ridotto in particolare per gli stranieri PFPM provenienti dai paesi del nord Africa e dall'Asia, mentre è più alto per gli stranieri PFPM provenienti dall'America. Analoghi comportamenti si osservano anche per il consumo a maggior rischio e i *binge drinking*. Queste differenze rendono di difficile interpretazione i risultati delle analisi dove, a causa delle numerosità ridotte, gli stranieri PFPM sono accorpati in un unico gruppo.

La prevalenza di stranieri PFPM che dichiarano un consumo a maggior rischio è significativamente più alta confrontata con quella degli italiani/PSA (17% vs. 15%).

Il consumo a maggior rischio è caratterizzato, in entrambi i gruppi, dall'età (diminuisce al crescere dell'età), dal genere (è più elevato tra gli uomini) e dal lavoro (è più diffuso tra chi lavora e, in particolare, tra chi lo fa in modo non continuativo). Comportamenti differenti si osservano, invece, rispetto a situazione economica e istruzione. Mentre per gli italiani/PSA il consumo di alcol a maggior rischio cresce al diminuire delle difficoltà economiche e all'aumentare del livello del titolo di studio, per gli stranieri PFPM il consumo è più elevato tra le persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche, aumenta con il crescere del titolo di studio per ridursi, però, tra le persone laureate. In ogni caso gli stranieri PFPM presentano sempre prevalenze più basse degli italiani/PSA per le varie modalità delle diverse caratteristiche considerate, con l'unica eccezione delle difficoltà economiche elevate, dove, al contrario, presentano prevalenze più alte. Questo, assieme al diverso comportamento rispetto al titolo di studio, può far pensare che i due gruppi consumino alcol con modalità diverse?

Le analisi sui consumatori *binge* ripropongono risultati e andamenti del tutto sovrapponibili a quelli visti per il consumo a maggior rischio, sebbene vada considerato che alcune differenze risultano più smorzate o non significative in virtù di una prevalenza di consumo *binge* più bassa (7%).

Ancora una volta l'interesse degli operatori sanitari per gli stili di vita, in particolare per il consumo di alcol, si rivela molto scarso: senza distinzioni tra italiani/PSA e stranieri PFPM solo una persona ogni sei ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento rispetto al consumo di alcol e circa uno ogni dieci dei consumatori a maggior rischio o *binge* hanno ricevuto il consiglio di bere meno.

Il tempo trascorso in Italia da parte degli stranieri non è un fattore che influisce né sul consumo di alcol, né sull'interessamento degli operatori sanitari.

## Attività fisica

L'attività fisica svolta con regolarità aumenta il benessere psicologico e previene il rischio di morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di: ipertensione, malattie cardiovascolari, ictus cerebrale, diabete tipo 2, osteoporosi, depressione e alcuni tipi di tumori.

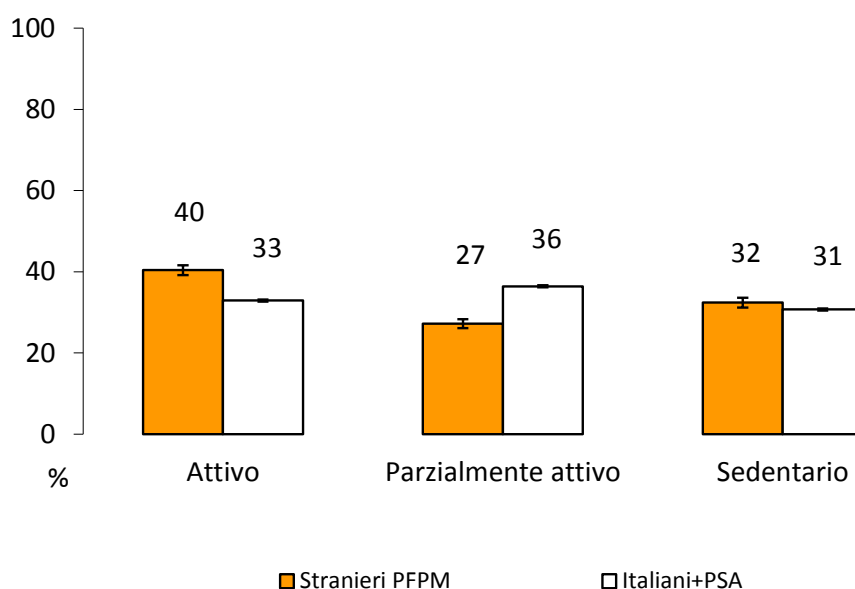
Il livello di attività fisica raccomandato nella popolazione adulta per ottenere benefici di salute è pari almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

È importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in combinazione con altri interventi anche a livello ambientale, possono essere molto utili nell'incrementare l'attività fisica dei loro assistiti.

### Livello di attività fisica

- Nel periodo 2008-13 il 40% degli stranieri PFPM intervistati dichiara uno stile di vita attivo<sup>1</sup>, in quanto conduce un'attività lavorativa pesante oppure pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata. La maggior parte di questi (72%) pratica attività fisica nel tempo libero<sup>2</sup>, il 23% esclusivamente attraverso un'attività lavorativa pesante e il 5% con entrambe le modalità. Negli Italiani/PSA queste percentuali sono rispettivamente l'87%, il 10% e il 3%. Tutte le differenze tra Italiani/PSA e stranieri PFPM sono statisticamente significative.
- Una quota rilevante (27%) è classificabile come parzialmente attivo<sup>3</sup> in quanto pratica attività fisica ma in quantità inferiore alle raccomandazioni.
- Circa un terzo invece (32%) è risultato sedentario<sup>4</sup>.

**Livello di attività fisica (%)**  
Pool PASSI 2008-13



<sup>1</sup> Attivo: persona con un'attività lavorativa pesante o che pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata nel tempo libero

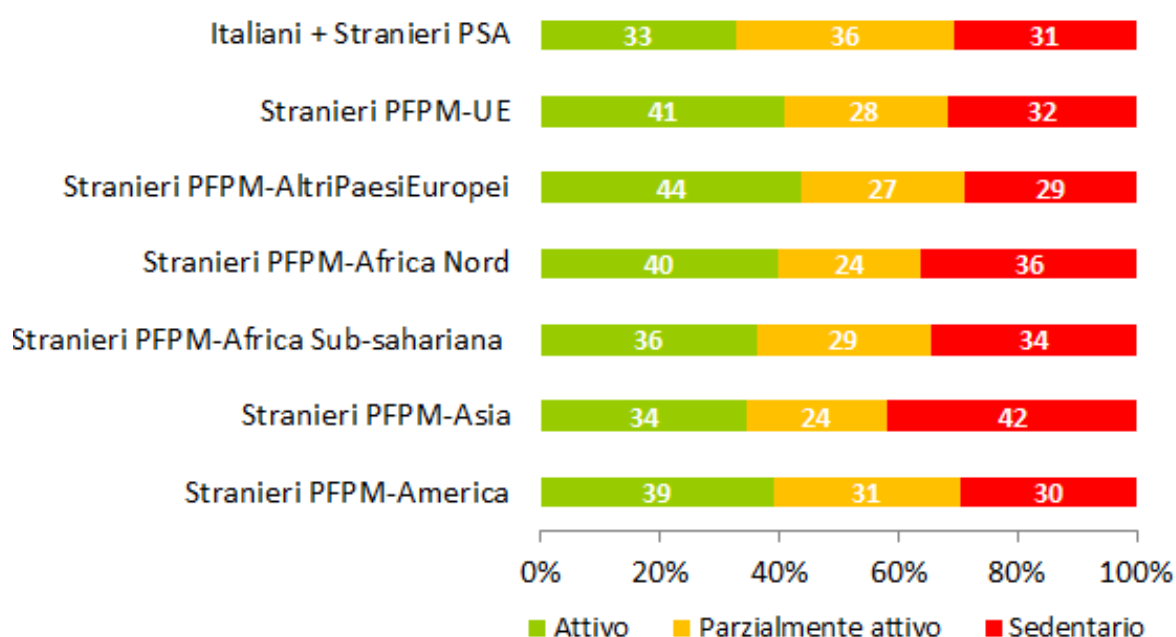
<sup>2</sup> Attività fisica nel tempo libero raccomandata per adulti: almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni

<sup>3</sup> Parzialmente attivo: persona che non conduce un'attività lavorativa pesante e pratica attività fisica nel tempo libero in quantità inferiori a quanto raccomandato

<sup>4</sup> Sedentario: persona con un'attività lavorativa sedentaria e che non pratica alcuna attività fisica nel tempo libero

- La prevalenza di attivi e sedentari è statisticamente maggiore per gli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA e la prevalenza di parzialmente attivi è statisticamente minore per gli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria. Lo stesso fenomeno si osserva anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età (Vedi Appendice X).
- Analizzando il livello di attività fisica rispetto all'area di provenienza degli intervistati si nota che la prevalenza di attivi è maggiore negli stranieri provenienti da Altri paesi europei (44%), mentre i sedentari sono maggiormente stranieri provenienti dall'Asia (42%) e dall'Africa del Nord (36%).

**Livello di attività fisica (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13



## Caratteristiche dei sedentari

- La prevalenza della sedentarietà è statisticamente maggiore negli stranieri PFPM rispetto agli Italiani/PSA.
- Negli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria si è osservata una prevalenza più elevata di sedentari tra le persone:
  - con basso livello d'istruzione
  - con qualche/molte difficoltà economiche
  - che lavorano in modo non continuativo

Non si evidenziano differenze statisticamente significative per classe d'età e genere. Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiani/PSA e stranieri PFPM si nota che:

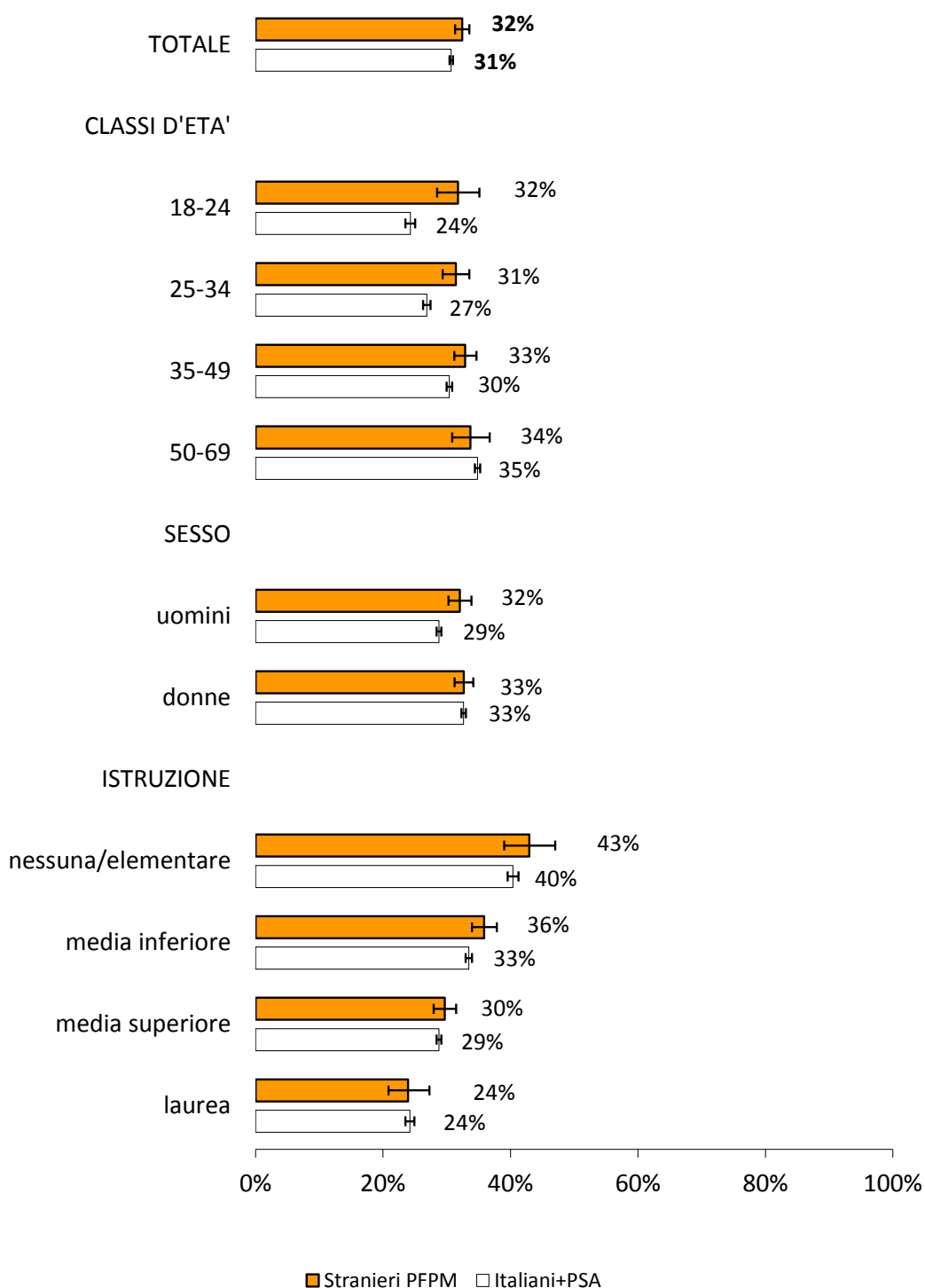
- negli stranieri PFPM non è presente un gradiente per età
- la prevalenza di sedentarietà tra 18 e 49 anni è significativamente più elevata tra gli stranieri PFPM
- è più alta la sedentarietà tra gli uomini stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA



- sono maggiormente sedentari gli stranieri PFPM con scolarità media inferiore rispetto agli italiani/PSA
- gli italiani/PSA con molte difficoltà economiche presentano maggiormente il fenomeno rispetto agli stranieri PFPM mentre negli italiani/PSA senza difficoltà economiche la prevalenza di sedentari è minore di quella degli stranieri PFPM
- per il lavoro non continuativo e per i non lavoratori la prevalenza di sedentarietà è minore negli Italiani/PSA rispetto agli stranieri PFPM.

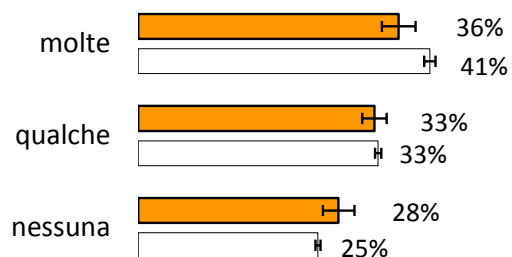
### Sedentarietà per caratteristiche socio-demografiche (%)

Pool PASSI 2008-13

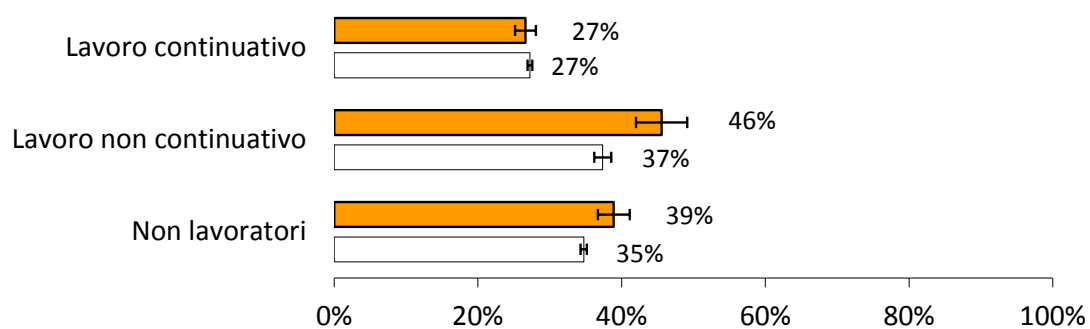


## Sedentarietà per caratteristiche socio-demografiche (%) Pool PASSI 2008-13

### DIFF. ECONOMICHE



### STATO LAVORATIVO

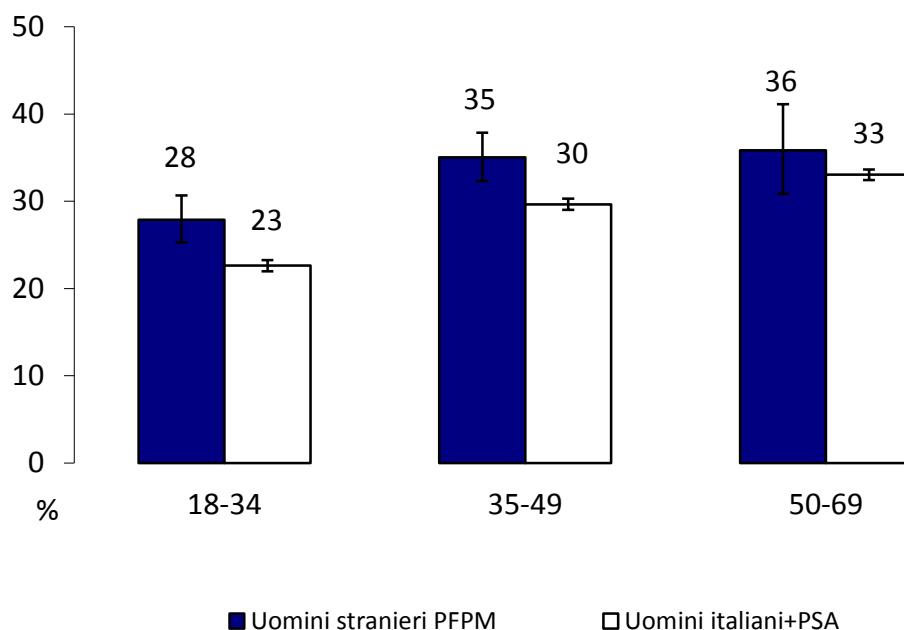


■ Stranieri PFP    □ Italiani+PSA

- Approfondendo la sedentarietà per classi d'età genere-età specifiche, si osserva che nelle fasce d'età comprese tra 18-49 anni la sedentarietà è statisticamente maggiore tra gli uomini stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA mentre non si evidenziano differenze per gli uomini tra 50-69 anni. La sedentarietà per donne di età compresa tra 35 e 69 anni non mostra differenze per cittadinanza mentre per la fascia d'età 18-34 è maggiore nelle donne straniere PFPM rispetto a quelle italiane/PSA.
- In generale si può osservare che negli uomini la prevalenza cresce all'aumentare dell'età sia per gli Italiani/PSA che gli stranieri PFPM, mentre nelle donne straniere PFPM ciò non accade.

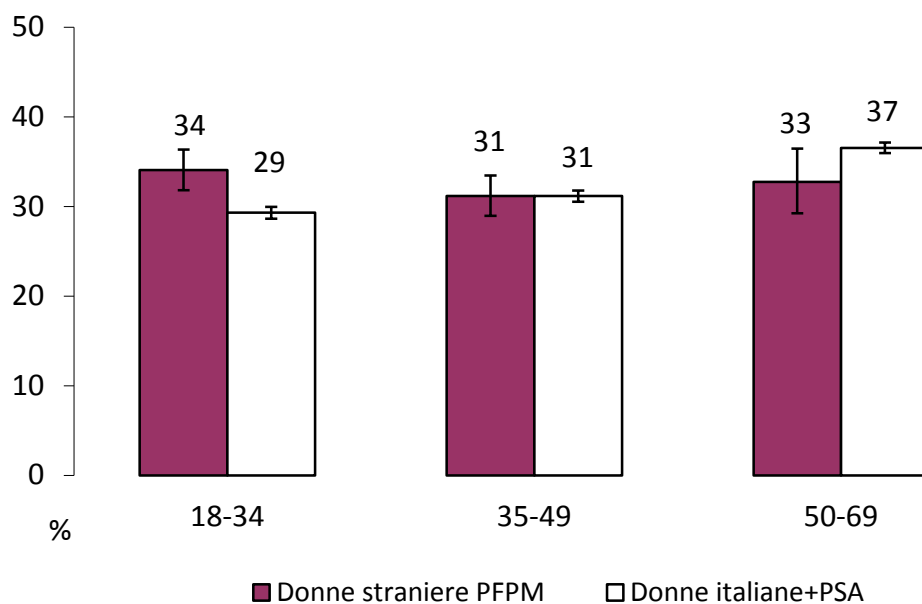
### Uomini sedentari per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



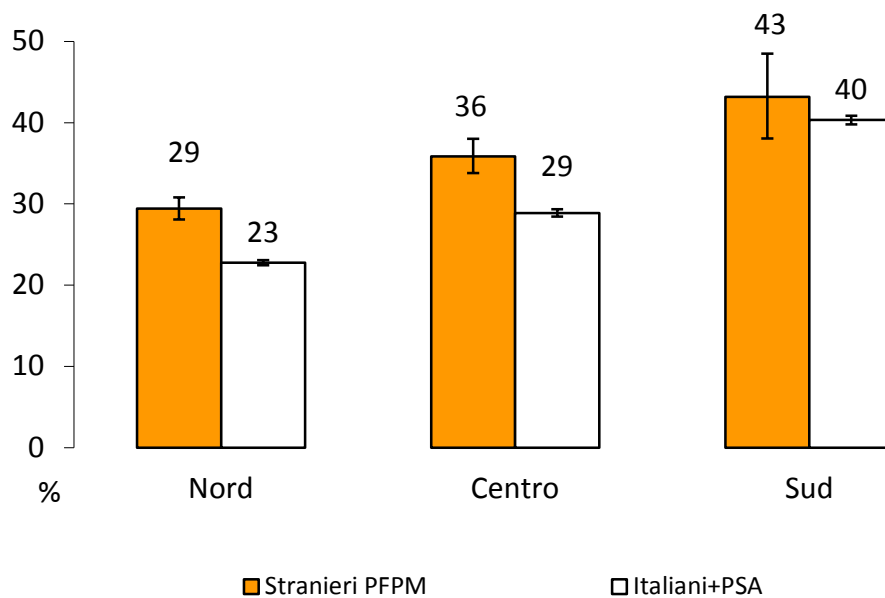
### Donne sedentarie per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



- Analizzando il fenomeno per ripartizione negli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria si evidenzia un gradiente Nord-Sud statisticamente significativo della sedentarietà.

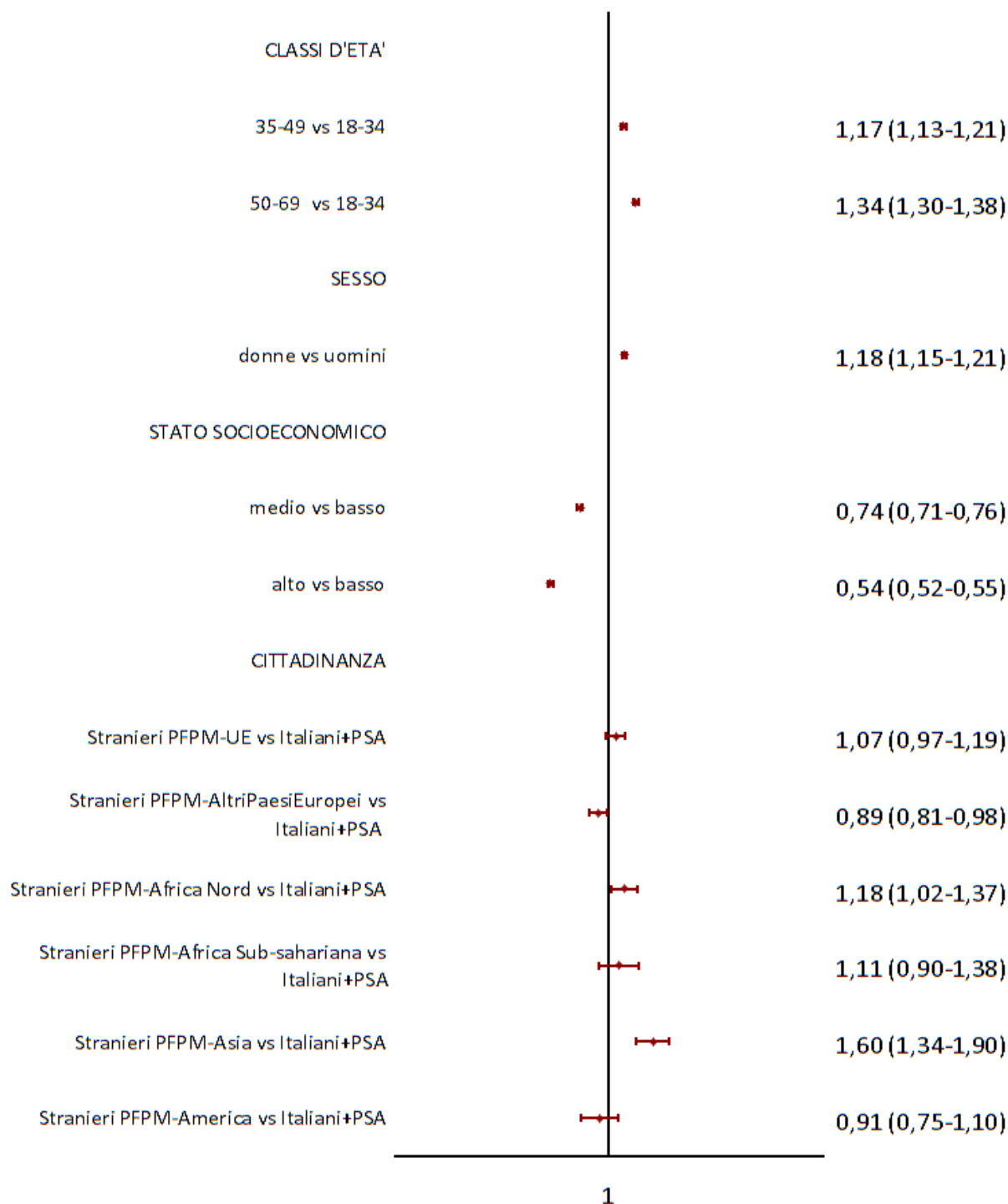
**Sedentari per cittadinanza (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13



- Utilizzando un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come la sedentarietà sia più diffusa nelle classe d'età sopra ai 34 anni, nelle donne e nelle persone con stato socioeconomico basso.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza il rischio di essere sedentario è più elevato per stranieri provenienti da Africa del Nord e Asia rispetto agli italiani/PSA mentre è meno elevato per gli stranieri provenienti da Altri paesi europei.

### Fattori associati alla sedentarietà (regressione logistica)

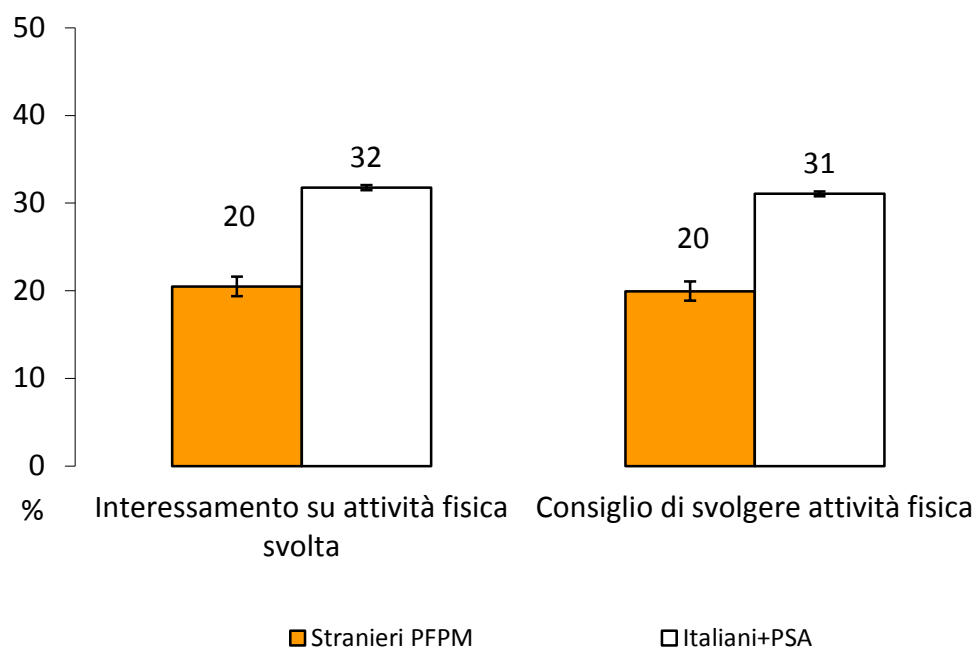
Pool PASSI 2008-13



## Attenzione e consigli degli operatori sanitari

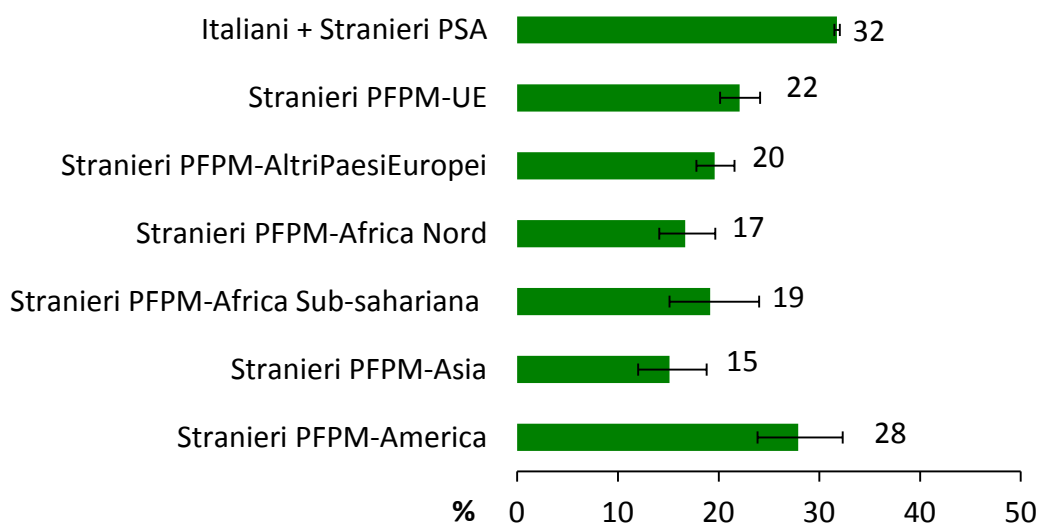
- Complessivamente un quinto degli stranieri (20%) ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'attività fisica e la medesima percentuale ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di svolgere attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario.
- Analizzando il fenomeno per cittadinanza si evidenziano delle differenze nella richiesta dell'attività fisica svolta e nel consiglio di svolgerla, in quanto entrambe le prevalenze sono statisticamente inferiori negli stranieri PFPM rispetto gli italiani/PSA.

**Persone a cui è stato consigliato di svolgere attività fisica e a cui è stato chiesto se svolgono attività fisica da parte degli operatori sanitari\* per cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13

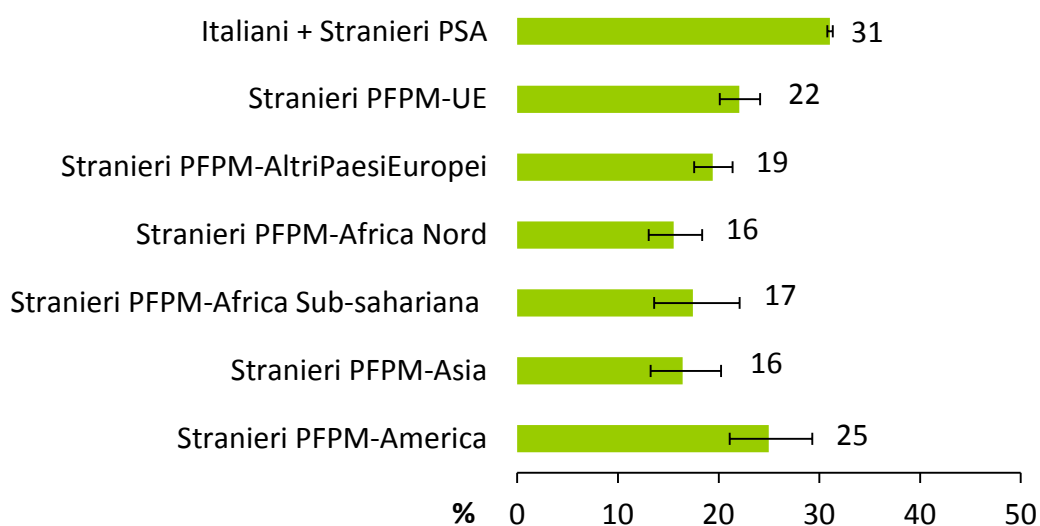


- Più in particolare, si può declinare l'analisi per cittadinanza in base all'area di provenienza delle persone intervistate. In questo modo si evidenziano delle differenze sia nella richiesta che nel consiglio inerenti l'attività fisica.

**Persone a cui è stato chiesto se svolgono attività fisica da parte degli operatori sanitari\* (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13



**Consiglio di svolgere attività fisica da parte degli operatori sanitari\* (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13



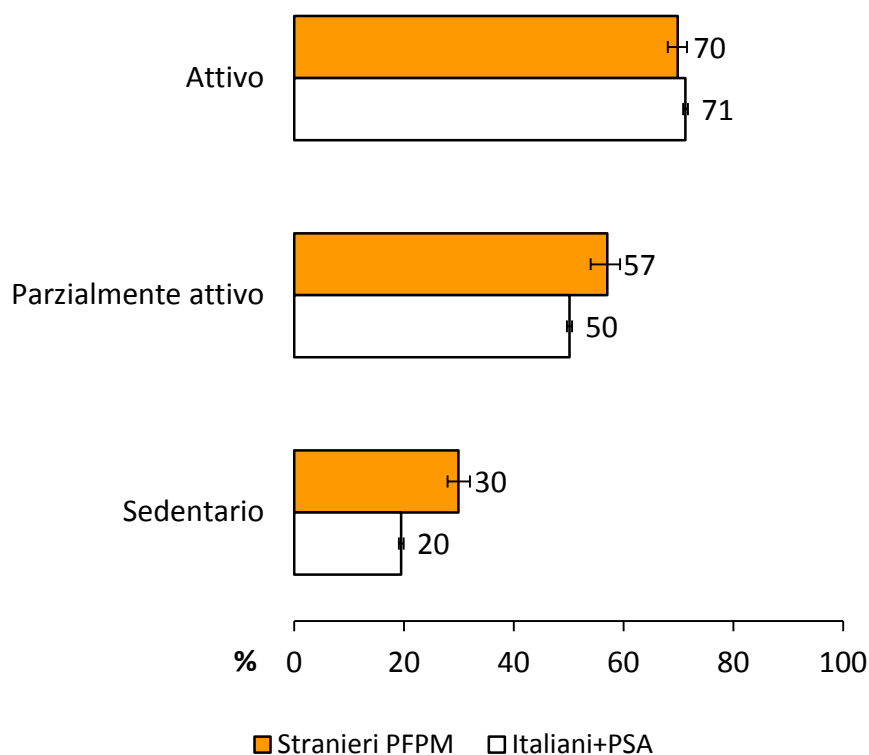
\* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un operatore sanitario nell'ultimo anno

## Percezione del proprio livello di attività fisica

• La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo. Non sempre la percezione soggettiva, elemento importante nel determinare cambiamenti nello stile di vita, corrisponde al livello di attività fisica effettivamente praticata. In particolare il 48% degli stranieri PFPM ha una percezione sufficiente del proprio livello di attività fisica, dato statisticamente minore rispetto a quello degli Italiani/PSA (54%). In particolare si osserva che la percezione sufficiente per gli stranieri PFPM parzialmente attivi e sedentari è statisticamente maggiore rispetto a quella degli Italiani/PSA.

### Autopercezione sufficiente per livello di attività fisica e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13





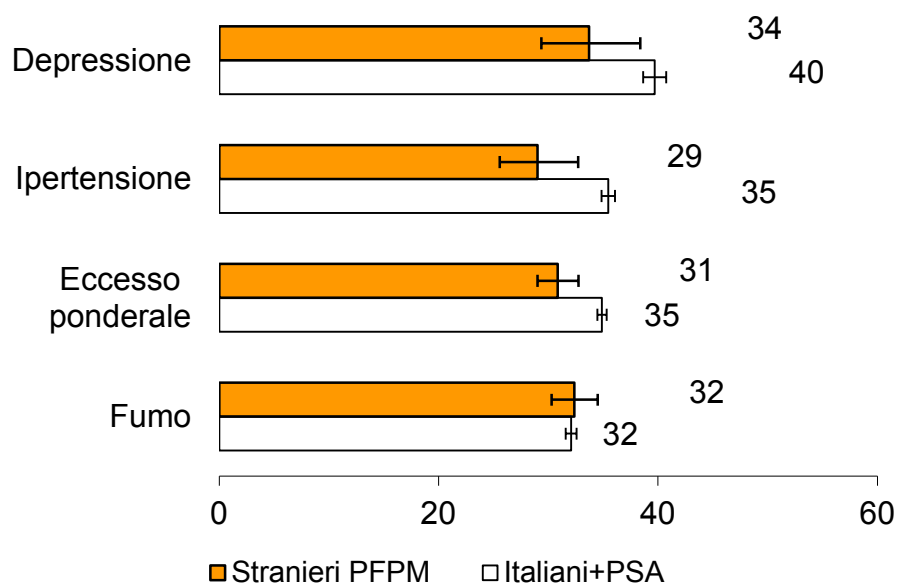
## Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

• Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare tra gli stranieri PFPM è risultato essere sedentario:

- il 34% delle persone depresse
- il 29% degli ipertesi
- il 35% delle persone in eccesso ponderale
- Il 32% dei fumatori.

Tali percentuali sono statisticamente inferiori rispetto a quelle degli Italiani/PSA ad eccezione del fumo che invece non presenta differenziale per cittadinanza.

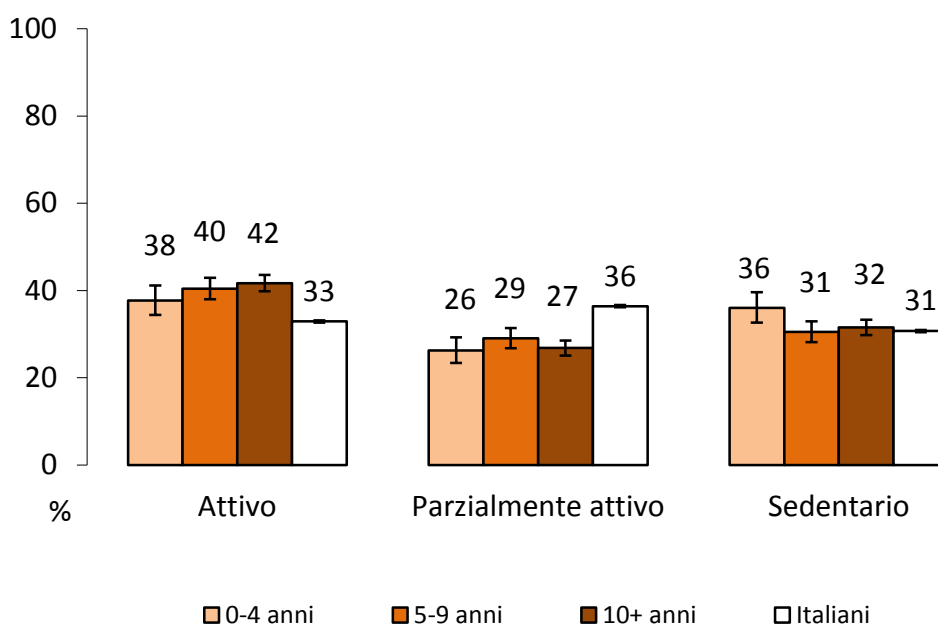
**Sedentari e altri fattori di rischio**  
**Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio**  
Pool PASSI 2008-13



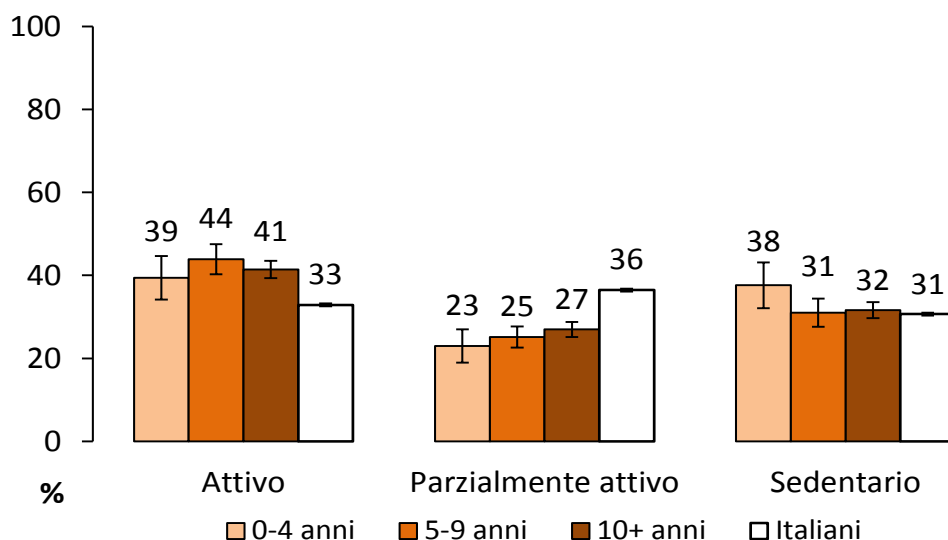
## Tempo trascorso in Italia e attività fisica

- Analizzando le informazioni in base al tempo trascorso in Italia non emergono differenze significative per il livello di attività fisica.
- Dato che il gruppo di stranieri che è presente da meno anni in Italia ha un'età media inferiore rispetto ai gruppi che vivono in Italia da più anni si mostrano i grafici che presentano i risultati ottenuti applicando la standardizzazione per genere ed età.
- Si può osservare che la medesima assenza di differenziali riscontrata nel dato non standardizzato è presente anche nel dato standardizzato.

**Livello di attività fisica per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13



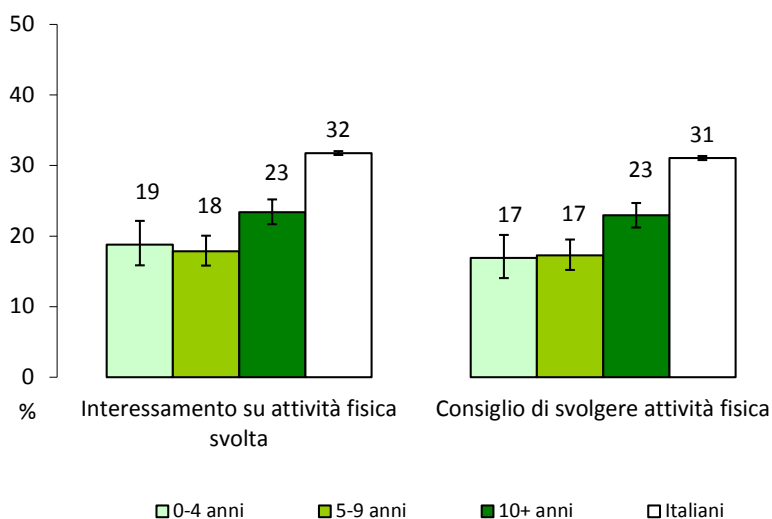
**Livello di attività fisica per tempo trascorso in Italia (%)**  
Standardizzazione per età e genere  
Pool PASSI 2008-13



- Per quanto riguarda i consigli dei medici/operatori sanitari non si evidenziano differenze statisticamente significative, comunque si può osservare che sia le prevalenze del consiglio che della richiesta sono maggiori nelle persone che vivono da più di 10 anni in Italia.
- Osservando l'interessamento sull'attività fisica svolta si evidenziano dei differenziali in base agli anni vissuti in Italia, in particolare la prevalenza di persone che hanno riferito di aver ricevuto domande sull'attività fisica svolta che vivono in Italia da più di 9 anni è statisticamente maggiore di quella riferita da stranieri che vivono in Italia da meno tempo. Lo stesso accade anche per il consiglio di svolgere attività fisica.
- Anche il dato standardizzato mostra gli stessi differenziali però la differenza tra chi vive in Italia da meno di 5 anni e da 5 a 9 anni è maggiore rispetto al dato non standardizzato, rimanendo comunque statisticamente non significativa.

**Persone a cui è stato consigliato di svolgere attività fisica e a cui è stato chiesto se svolgono attività fisica da parte degli operatori sanitari per tempo trascorso in Italia (%)**

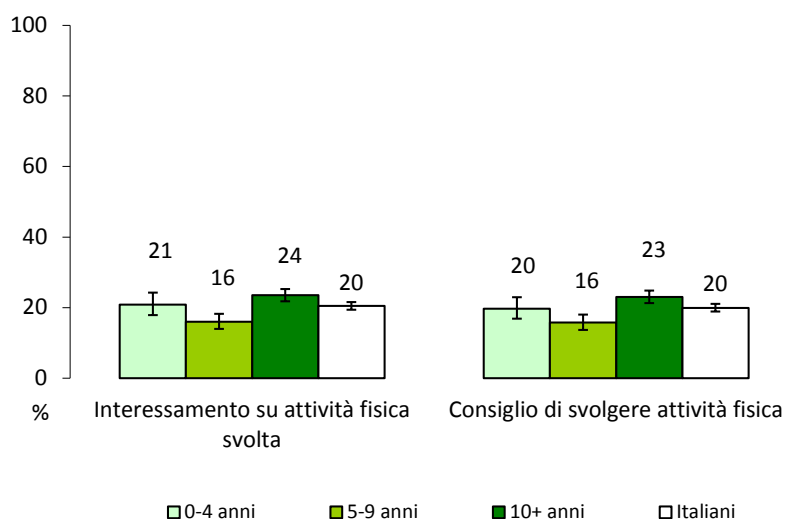
Pool PASSI 2008-13



**Persone a cui è stato consigliato di svolgere attività fisica e a cui è stato chiesto se svolgono attività fisica da parte degli operatori sanitari per tempo trascorso in Italia (%)**

Standardizzazione per età e genere

Pool PASSI 2008-13



## Sintesi e considerazioni

La prevalenza degli stranieri PFPM che dichiara uno stile di vita attivo è significativamente più elevata confrontata con quella degli italiani/PSA (40% vs. 33%). Questa differenza è interamente spiegata dalla quota di attività fisica svolta praticando un lavoro pesante<sup>5</sup>. Se si considera solo l'attività fisica praticata nel tempo libero (che è quella per cui l'impatto positivo sulla salute è supportato da prove scientifiche) la prevalenza di persone attive è simile nei due gruppi, scende infatti al 31% nel caso degli stranieri PFPM e al 30% nel caso degli italiani/PSA. La differenza più consistente tra i due gruppi, a svantaggio degli stranieri PFPM, si osserva nelle persone parzialmente attive (27% degli stranieri PFPM vs. 36% degli italiani/PSA), persone alle quali presumibilmente basterebbe poco per aumentare i propri livelli di attività fisica praticata e aumentare i vantaggi in salute di uno stile di vita attivo.

La sedentarietà è maggiore negli stranieri PFPM ed è caratterizzata, in entrambi i gruppi, dall'istruzione (cresce al diminuire del titolo di studio), dalla situazione economica (cresce all'aumentare delle difficoltà economiche) e dal lavoro (è più alta tra chi non lavora in modo continuativo o in chi non lavora affatto). Al contrario di quanto succede per gli italiani/PSA, per gli stranieri PFPM non c'è un gradiente per età: le prevalenze delle età giovani sono identiche a quelle delle età adulte. È importante sottolineare la più elevata diffusione della sedentarietà nelle classi di età giovane da parte degli stranieri PFPM in quanto la popolazione straniera PFPM (anche quella del campione PASSI) è una popolazione più giovane di quella italiana/PSA.

Seppur su livelli differenti, l'andamento della prevalenza dei sedentari per ripartizione geografica è identico tra italiani/PSA e stranieri PFPM e mostra un gradiente nord-sud. Questo gradiente potrebbe indicare l'importanza del contesto di vita sugli stili di vita che apparentemente potrebbero essere esclusivamente legati a scelte individuali, una ipotesi che tuttavia non si conferma per il consumo di alcol (vedi capitolo sul consumo di alcol).

L'interesse degli operatori sanitari sulla pratica dell'attività fisica è molto contenuto in generale e si riduce ulteriormente nei confronti degli stranieri PFPM a cui solo in un caso su cinque viene chiesto se pratici attività fisica e ancora a uno su cinque è consigliato di farla. Sarebbe auspicabile l'incremento dei consigli degli operatori sanitari, in particolare nei confronti degli stranieri PFPM che non solo sono più sedentari, ma hanno anche una maggiore scorretta percezione dell'attività fisica praticata: il 57% dei parzialmente attivi (50% degli italiani/PSA) e ben il 30% dei sedentari (20% degli italiani/PSA) reputa di fare sufficiente attività fisica.

<sup>5</sup> Riproporzionando rispetto alle prevalenze di persone attive le modalità in cui viene praticata l'attività fisica si ottiene che sia per gli stranieri PFPM che per gli italiani/PSA il 29% delle persone pratica attività fisica nel tempo libero, il 9% degli stranieri PFPM e il 3% degli italiani/PSA attraverso un'attività lavorativa pesante e il 2% degli stranieri PFPM e l'1% degli italiani/PSA con entrambe le modalità.

## Stato nutrizionale

L'eccesso di tessuto adiposo, soprattutto per la quota che si concentra a livello viscerale, è uno dei principali determinanti delle malattie croniche non trasmissibili: si associa ad altri importanti fattori di rischio, quali ipertensione e dislipidemia; favorisce l'insorgenza e l'aggravamento di numerose patologie, come quelle cardio-cerebro-vascolari, il diabete di tipo 2 e diversi tipi di tumori; determina un'augmentata mortalità ed una peggiore qualità della vita <sup>12</sup>. Di conseguenza, per la sanità pubblica è cruciale monitorare l'evoluzione dell'adiposità nella popolazione, prevenirne l'insorgenza e contrastarne gli effetti mediante appropriate strategie preventive ed assistenziali.

E' difficile misurare direttamente la quota di tessuto adiposo nell'organismo, per cui negli studi di popolazione (e in particolare in quelli basati su interviste) si ricorre ad indicatori indiretti: quello più diffusamente usato è l'Indice di Massa Corporea (IMC), corrispondente all'inglese *Body Mass Index* (BMI): si calcola dividendo il peso (in Kg) per l'altezza (in Mt) elevata al quadrato. Le persone sono classificate come in *sovrappeso* quando l'IMC è compreso tra 25,0 e 29,9, e come *obese* se l'IMC è uguale o superiore a 30,0. Si parla di *eccesso di peso*, considerando insieme sovrappeso e obesità (IMC  $\geq$  25,0). Tale indicatore comporta numerosi vantaggi: si basa su parametri di semplice rilevazione, è facile da calcolare e ha dimostrato di essere strettamente correlato alle patologie dovute all'eccesso di tessuto adiposo <sup>3</sup>. Nei singoli individui il suo potere predittivo è meno forte, per cui in ambito clinico viene spesso integrato da indicatori basati anche su altri parametri antropometrici, quali la circonferenza dell'addome, dei fianchi, delle cosce, ed eventualmente da accertamenti strumentali più sofisticati. <sup>4</sup> Va tenuto presente che le indagini e sorveglianze basate su dati riferiti, come PASSI, tendono a sottostimare l'IMC calcolato in base a misure oggettive<sup>5</sup>, ma tale minore accuratezza è compensata da una buona riproducibilità, che consente di descrivere le differenze tra aree geografiche e sottogruppi di popolazione, e di monitorare l'evoluzione temporale del fenomeno <sup>6</sup>. Nell'Unione Europea complessivamente la prevalenza di adulti con eccesso di peso (IMC  $\geq$ 25) è pari a circa metà della popolazione, con notevoli differenze tra gli stati, in particolare per quanto riguarda l'obesità (dall'8% in Romania ad oltre il 25% in Ungheria e Regno Unito). <sup>7</sup> In tutte le nazioni, la proporzione di uomini in sovrappeso è sensibilmente superiore alle donne, mentre la differenza tra i sessi è decisamente più modesta per l'obesità. Per quanto riguarda lo stato nutrizionale, la situazione dell'Italia è relativamente favorevole, in quanto la diffusione dell'obesità, nella popolazione adulta di entrambi i sessi, sembra essere meno marcata che in altri stati dell'UE (9.3 % nelle donne e 11.3 % negli uomini); <sup>8</sup> inoltre l'incremento della prevalenza negli ultimi decenni, molto evidente in diverse nazioni, è stato più modesto e sembra essersi arrestato a partire dagli anni '90 <sup>9</sup>. Tutte le differenze riscontrate nel fenomeno oggetto di studio e descritte nelle pagine successive sono statisticamente significative per provenienza.

<sup>1</sup> World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\_eng.pdf]

<sup>2</sup> Hassan MK et al. Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the US population. *International Journal of Obesity* (2003) 27, 1227-1232

<sup>3</sup> Berrington de Gonzalez Amy et al. Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults. *N Engl J Med* 2010;363:2211-9.

<sup>4</sup> Cornier M-A, Despre's J-P, Davis N, et al. Assessing adiposity: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 124: 1996-2019

<sup>5</sup> McAdams MA et al. Comparison of Self-reported and Measured BMI as Correlates of Disease Markers in U.S. Adults. *OBEsITY* 2007;15(1): 188-196

<sup>6</sup> Nelson DE, Holtzman D, Bolen J, Stanwyck CA, Mack KA. Reliability and validity of measures from the Behavioral Risk Factors Surveillance System (BRFSS). *Soz-Pravent Med* 2001; 46 (Suppl 1): S03-S42

<sup>7</sup> OECD (2012), "Overweight and obesity among adults", in *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing

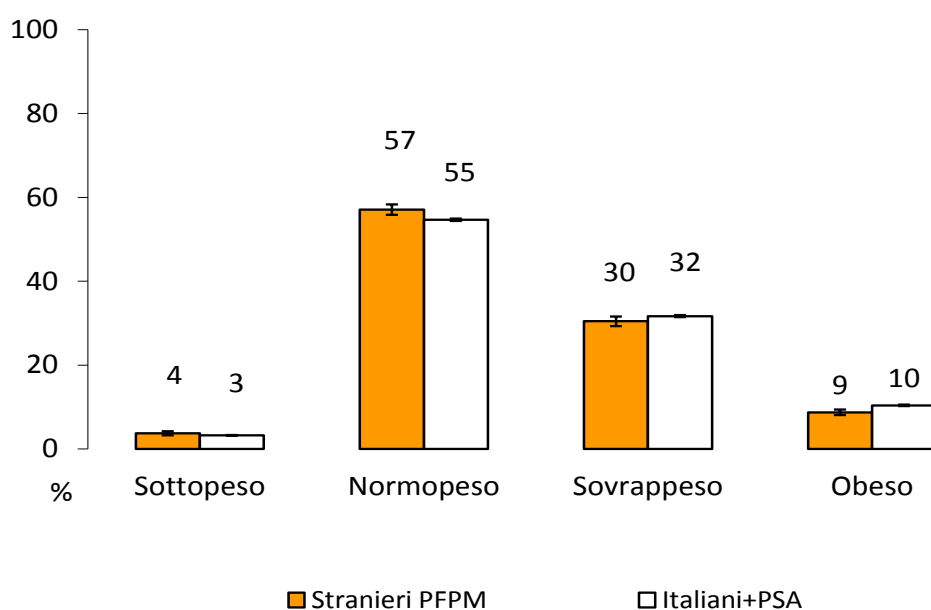
<sup>8</sup> Eurostat 2011 Overweight and obesity - BMI statistics

<sup>9</sup> S Gallus et al. Overweight and obesity in Italian adults 2004, and an overview of trends since 1983. *European Journal of Clinical Nutrition* (2006) 60, 1174-1179

## Situazione nutrizionale

- Nel periodo 2008-13 si stima che l'eccesso ponderale coinvolga una quota rilevante (39%) di stranieri PFPM: in particolare il 30% è in sovrappeso e il 9% è obeso<sup>10</sup>.
- Confrontando tali valori con quelli degli Italiani/PSA, si osserva che la prevalenza di normopeso tra gli stranieri PFPM è maggiore rispetto agli Italiani/ PSA mentre la prevalenza di obesità è inferiore. Viceversa, standardizzando per genere ed età, tra gli stranieri PFPM i normopeso hanno una prevalenza inferiore rispetto agli Italiani/PSA (53% vs 55%), mentre quelli in sovrappeso hanno una prevalenza superiore (34% vs 32%); non si evidenziano differenze per l'obesità (Vedi Appendice X).

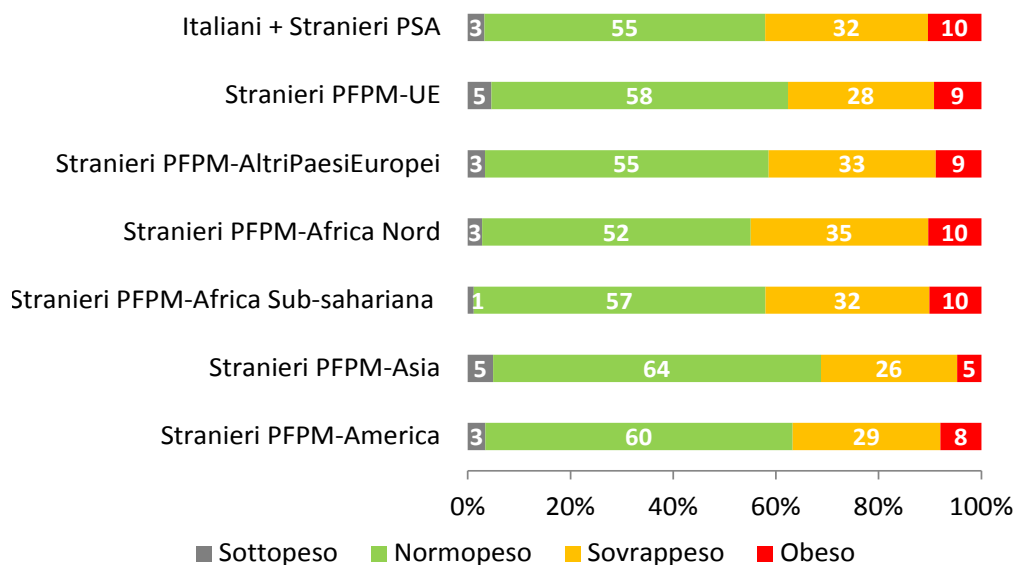
**Situazione nutrizionale (%)**  
Pool PASSI 2008-13



<sup>10</sup> Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (Body Mass Index o BMI, calcolato come peso in kg diviso altezza in metri elevata al quadrato) in 4 categorie: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9) e obeso (BMI ≥ 30)

- Analizzando il dato grezzo inerente lo stato nutrizionale rispetto all'area di provenienza degli intervistati si nota che la prevalenza di obesità è maggiore negli stranieri provenienti da Africa del Nord e Sub-Sahariana, quella di persone in sovrappeso dall'Africa del Nord e quella dei sottopeso/normopeso dall'Asia.

**Situazione nutrizionale (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13

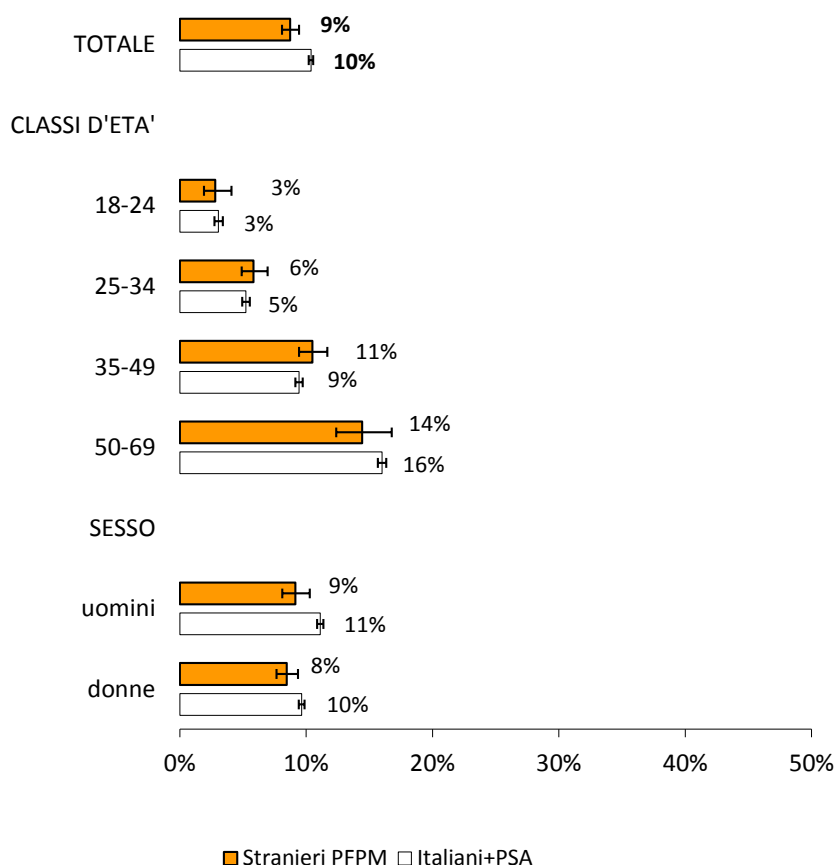


## Caratteristiche delle persone con obesità

- La prevalenza grezza dell'obesità è minore negli stranieri PFPM rispetto agli Italiani/PSA. Negli stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria si è osservata una maggiore prevalenza di obesità tra le persone:
  - in età avanzata, con un incremento progressivo nelle classi di età più elevate
  - con molte difficoltà economiche
  - che non lavorano
- Non si evidenziano differenze statisticamente significative per genere e istruzione.
- Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiani/PSA e stranieri PFPM si nota che:
  - la prevalenza di obesità tra 35 e 49 anni è più elevata tra gli stranieri PFPM
  - è più bassa l'obesità tra gli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA per entrambi i generi
  - rispetto agli italiani/PSA, gli stranieri PFPM con la laurea presentano obesità in misura maggiore, mentre in misura minore quelli con scolarità elementare e media inferiore. Si osserva inoltre che negli italiani la prevalenza cambia molto in funzione del livello di istruzione mentre ciò non avviene per gli stranieri PFPM
  - analogamente, negli italiani/PSA la diversa prevalenza di obesità in funzione delle difficoltà economiche è più evidente rispetto agli stranieri PFPM
  - per il lavoro non continuativo o per i non lavoratori la prevalenza di obesità è maggiore negli Italiani/PSA rispetto agli stranieri PFPM.

### Obesità per caratteristiche socio-demografiche (%)

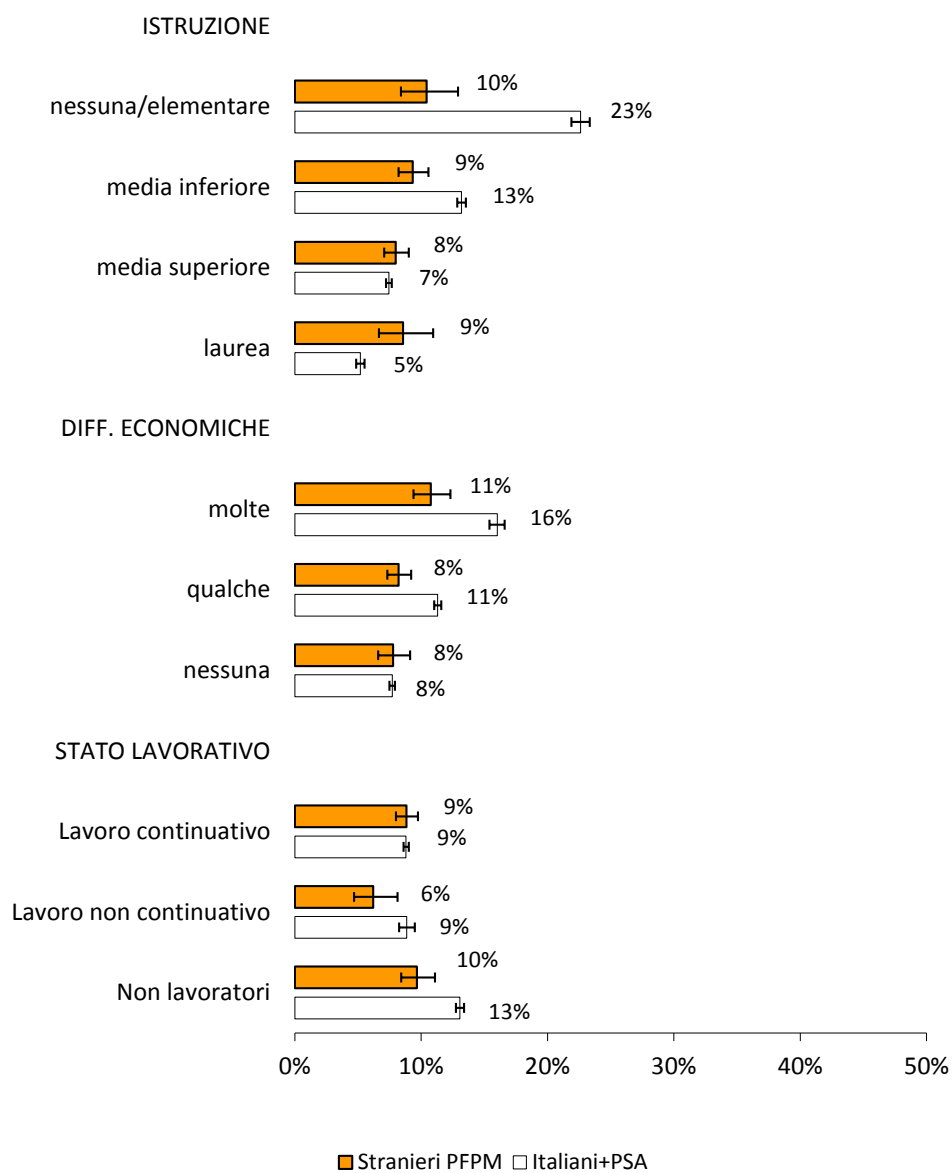
Pool PASSI 2008-13





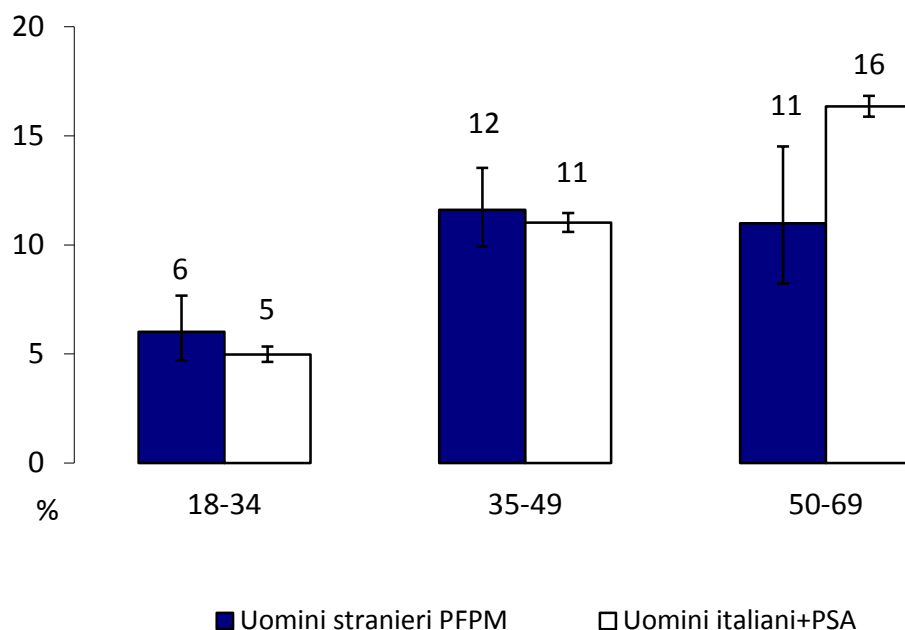
## Obesità per caratteristiche socio-demografiche (%)

Pool PASSI 2008-13

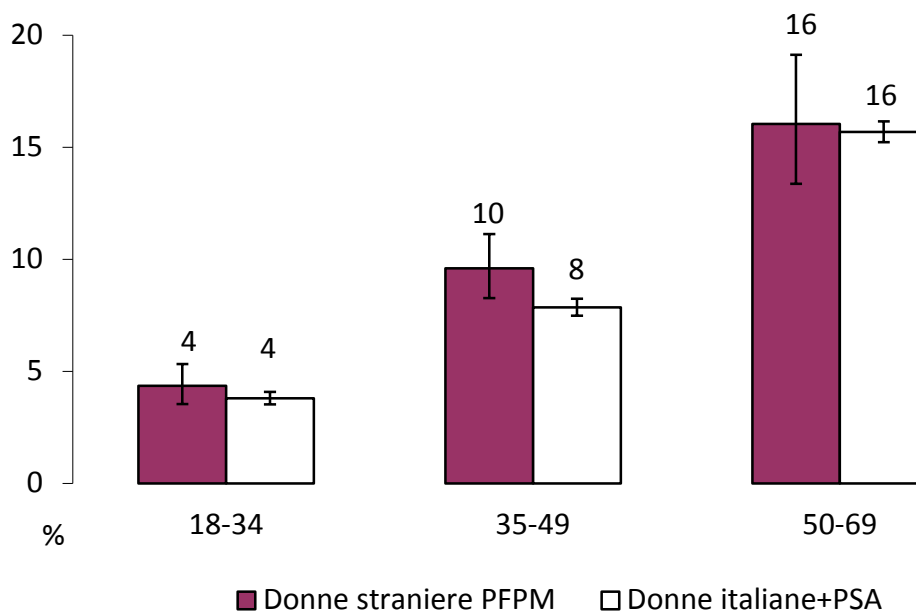


Approfondendo il fenomeno dell'obesità per classi genere-età specifiche, si osserva che gli uomini PFPM d'età comprese tra 50-69 anni hanno una prevalenza di obesità minore rispetto agli italiani/PSA. Per le donne non si osservano differenziali nelle classi d'età 18-34 e 50-69, mentre nella fascia d'età intermedia la prevalenza risulta statisticamente maggiore per le straniere PFPM.

**Uomini con obesità per età e cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13

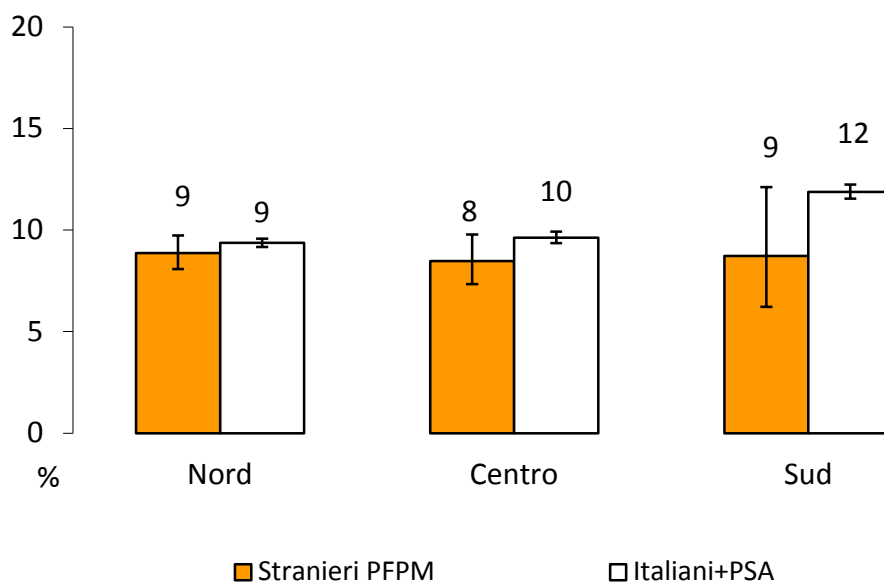


**Donne con obesità per età e cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13



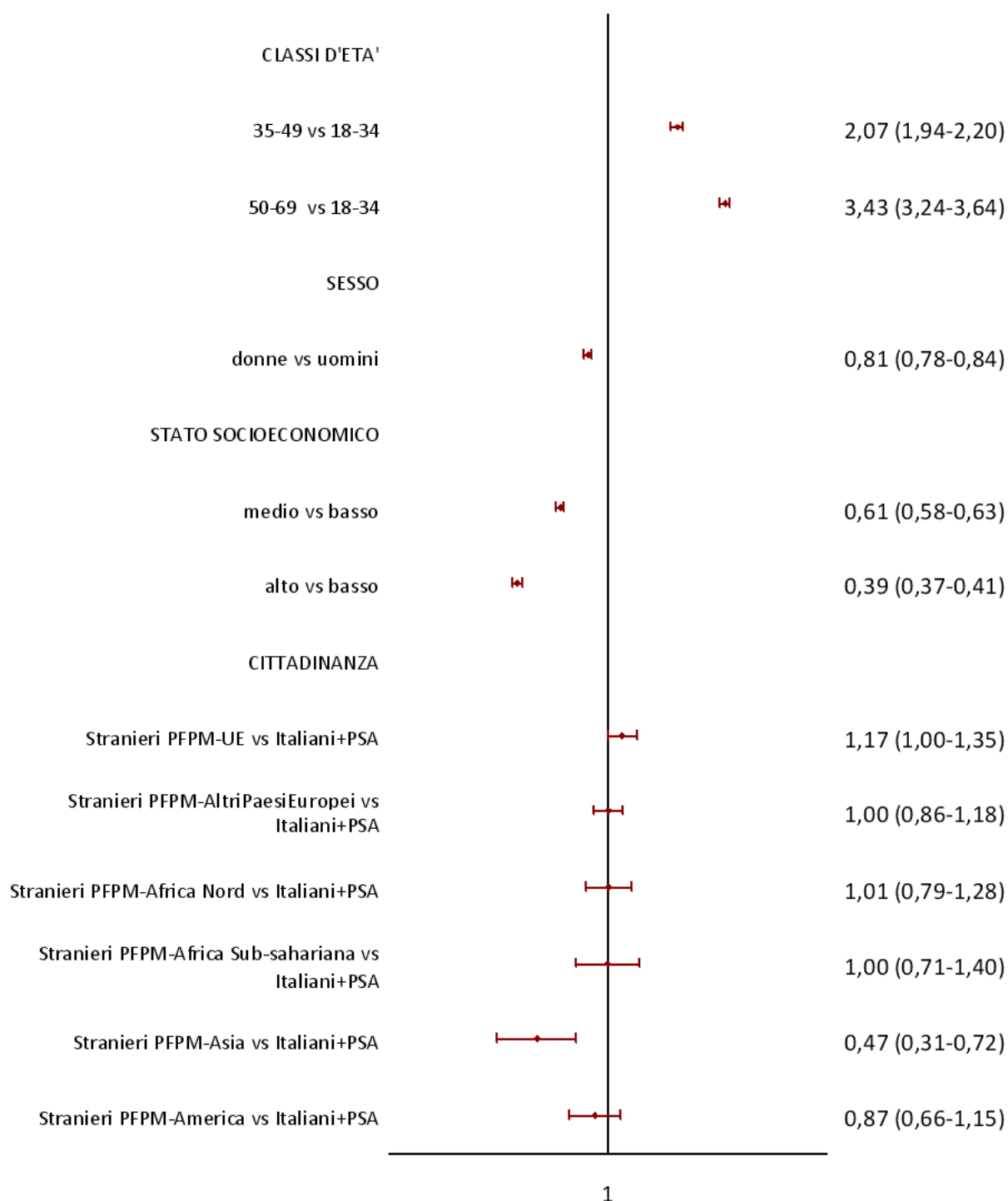
- Analizzando il fenomeno per ripartizione geografica, tra gli stranieri PFPM non si notano differenze significative, che sono invece evidenti per gli italiani/PSA, con un gradiente Nord/Sud.

**Persone con obesità per cittadinanza (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13



- Utilizzando un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come, a parità di condizioni, l'obesità sia più diffusa nelle classi d'età sopra i 34 anni, negli uomini e nelle persone con basso livello socioeconomico.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza il rischio di essere obeso è meno elevato per stranieri provenienti dall'Asia rispetto agli italiani/PSA mentre è più elevato per stranieri PFPM provenienti da Paesi dell'Unione Europea. Le altre aree di provenienza non mostrano differenziali significativi.

**Fattori associati all'obesità  
(regressione logistica)  
Pool PASSI 2008-13**

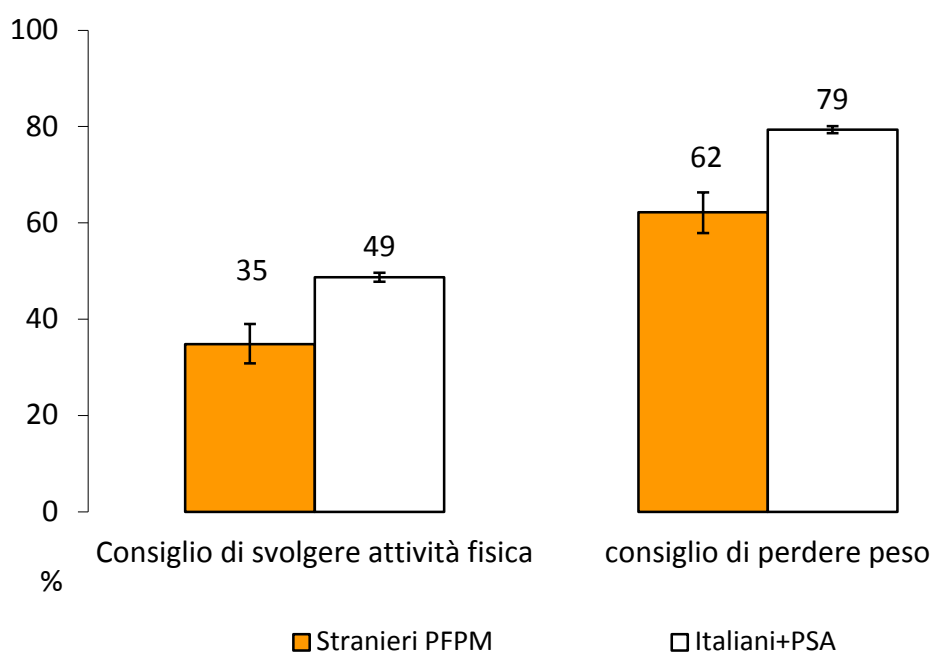


## Attenzione e consigli degli operatori sanitari

- Complessivamente più di un terzo degli stranieri obesi (35%) ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di svolgere attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario e il 62% ha ricevuto il consiglio di perdere peso.
- Analizzando il fenomeno per cittadinanza si evidenziano delle differenze nel consiglio di svolgere attività fisica e nel consiglio di perdere peso, in quanto entrambe le prevalenze sono sensibilmente inferiori negli stranieri PFPM rispetto gli italiani/PSA.

### Persone obese a cui è stato consigliato di svolgere attività fisica e di perdere peso da parte degli operatori sanitari\* per cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



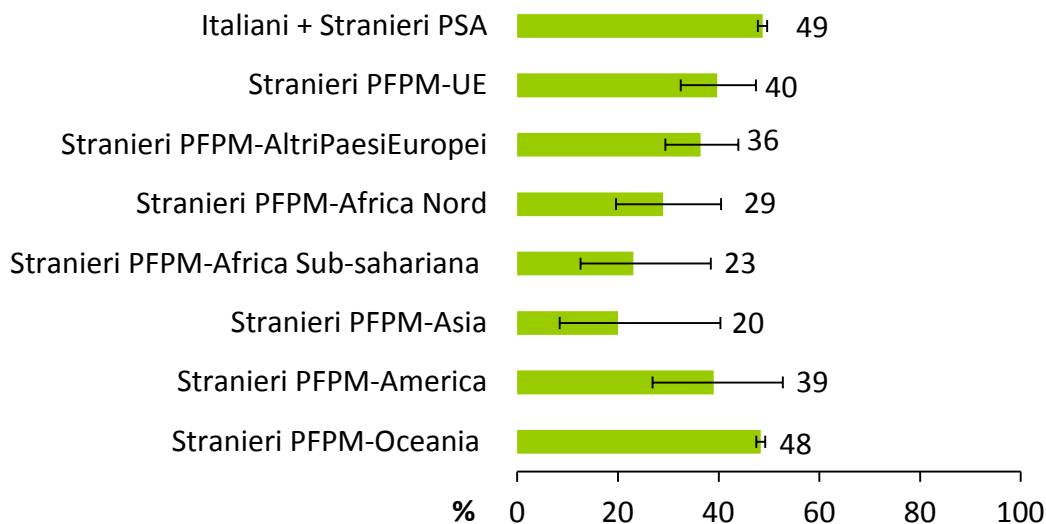
\* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Più in particolare, declinando l'analisi per cittadinanza in base all'area di provenienza delle persone intervistate, si evidenziano delle differenze per entrambi i consigli.

### Consiglio di svolgere attività fisica da parte degli operatori sanitari\* alle persone obese (%)

#### Distribuzione per area di provenienza

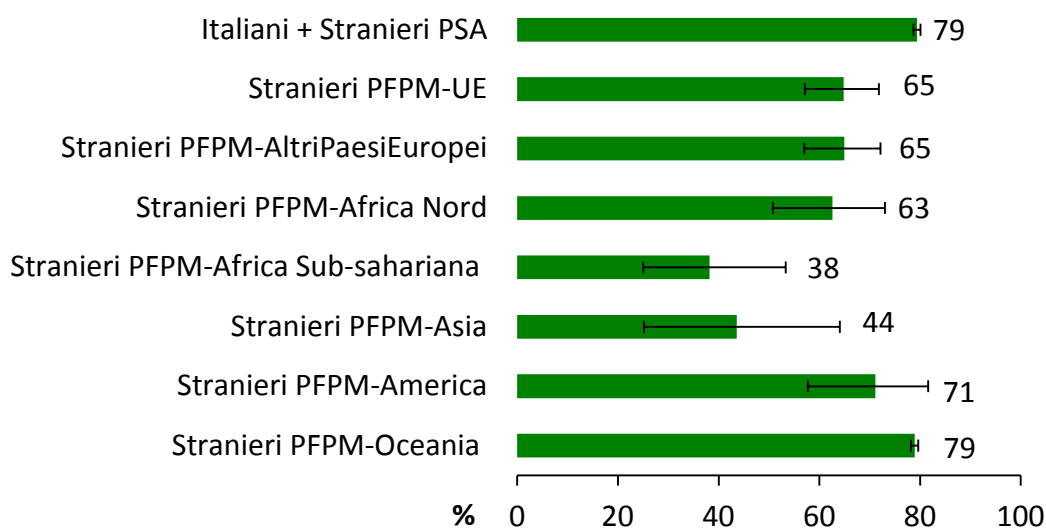
Pool PASSI 2008-13



### Consiglio di perdere peso da parte degli operatori sanitari\* alle persone obese (%)

#### Distribuzione per area di provenienza

Pool PASSI 2008-13

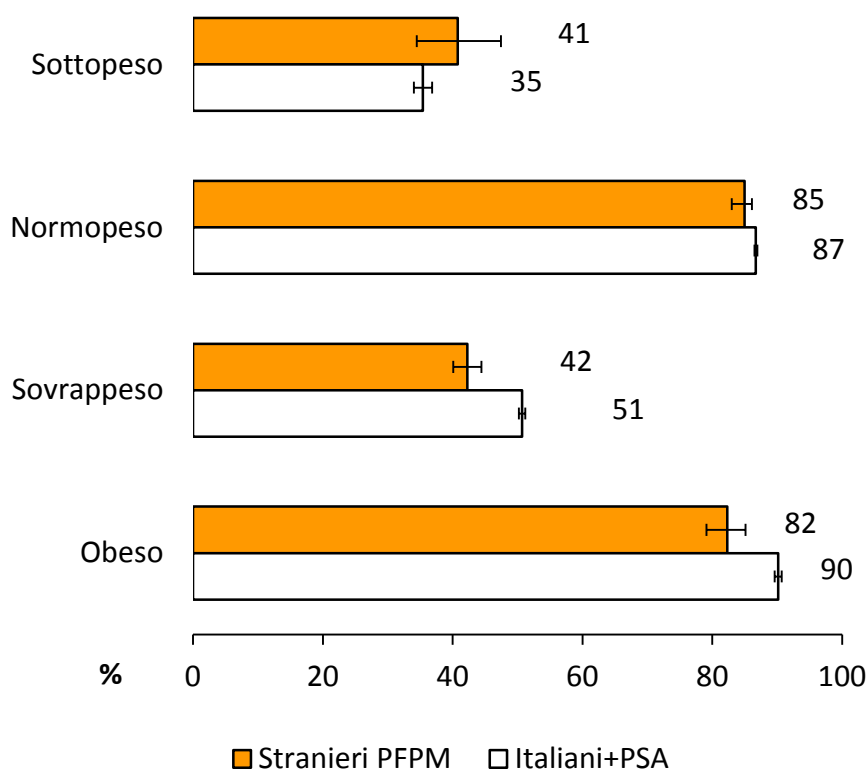


\* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un operatore sanitario nell'ultimo anno

## Percezione del proprio peso

- La percezione del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona la scelta di un cambiamento nel proprio stile di vita. La percezione del proprio peso spesso non coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: in particolare meno della metà degli stranieri in sovrappeso (42%) ritiene che il proprio peso sia eccessivo, valore minore rispetto a quello degli italiani/PSA.
- Per le persone obese invece si osserva che la prevalenza della percezione corretta è di molto superiore, ma rimane una evidente differenza in base alla cittadinanza (82% negli stranieri PFPM e 90% per gli italiani/PSA).

### Percezione corretta del proprio peso per stato nutrizionale e cittadinanza (%) Pool PASSI 2008-13



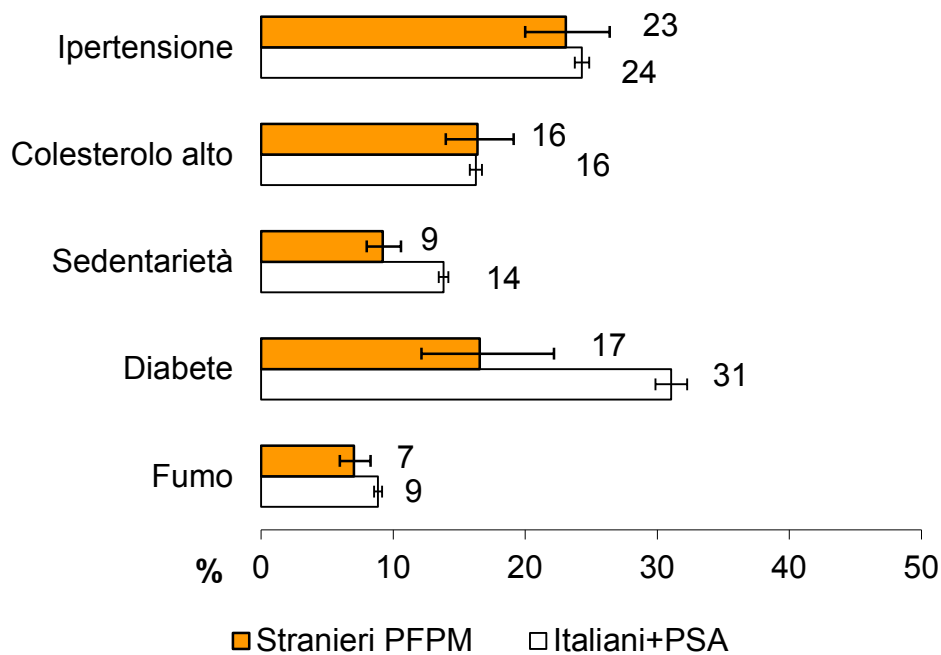
## Attuazione della dieta

Poco più di un quarto degli stranieri PFPM obesi (28%) ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso, percentuale statisticamente inferiore rispetto a quella degli italiani/PSA (33%).

## Compresenza di altri fattori di rischio

- Osservando i principali fattori di rischio nelle persone obese per cittadinanza si evidenzia che sedentarietà, diabete e abitudine tabagica sono significativamente meno presenti negli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA.

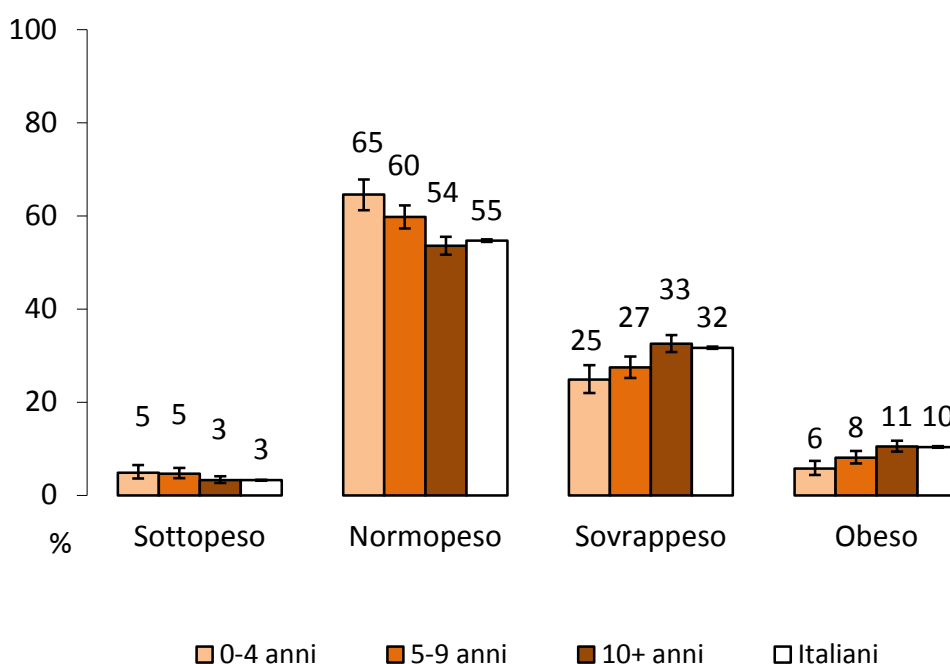
**Obesità e altri fattori di rischio**  
**Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio**  
Pool PASSI 2008-13



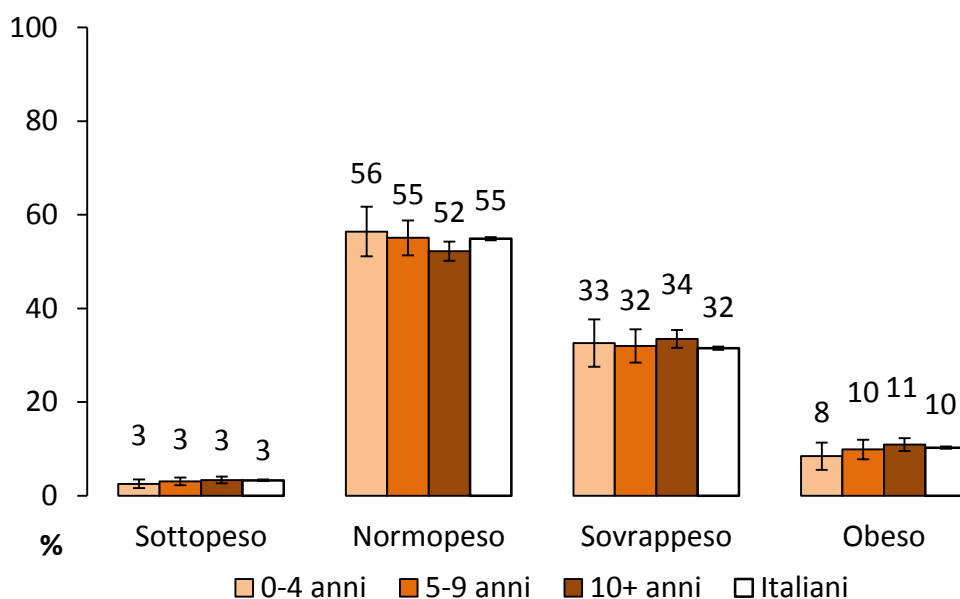


- Analizzando le informazioni in base al tempo trascorso in Italia la prevalenza di persone sovrappeso e obese è statisticamente maggiore in quelli che vivono in Italia da 10 anni e più, rispetto a quelli che ci vivono da meno di 5 anni.
- Dato che il gruppo di stranieri che è presente da meno anni in Italia ha un'età media inferiore rispetto ai gruppi che vivono in Italia da più anni è opportuno applicare la standardizzazione per genere ed età.
- Il dato standardizzato non mostra differenziali nell'obesità per tempo trascorso in Italia.

**Stato nutrizionale per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13

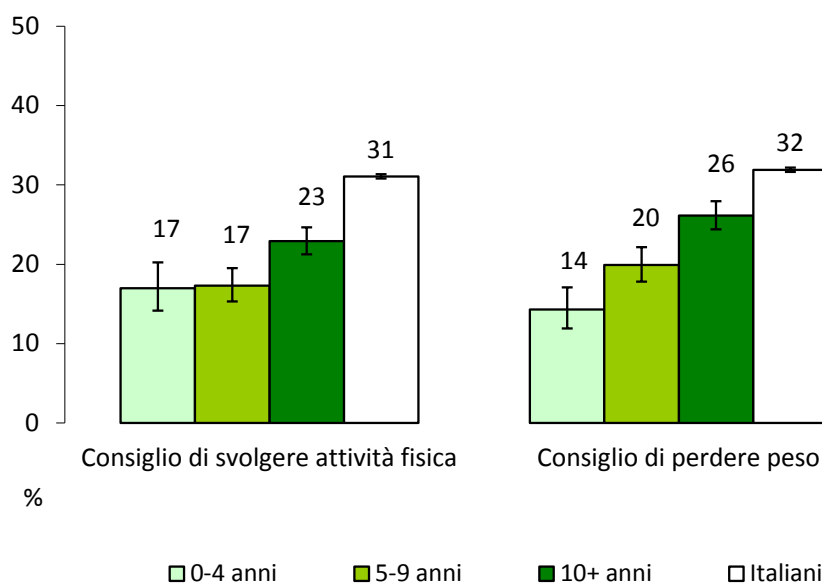


**Stato nutrizionale per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Standardizzazione per età e genere**  
Pool PASSI 2008-13

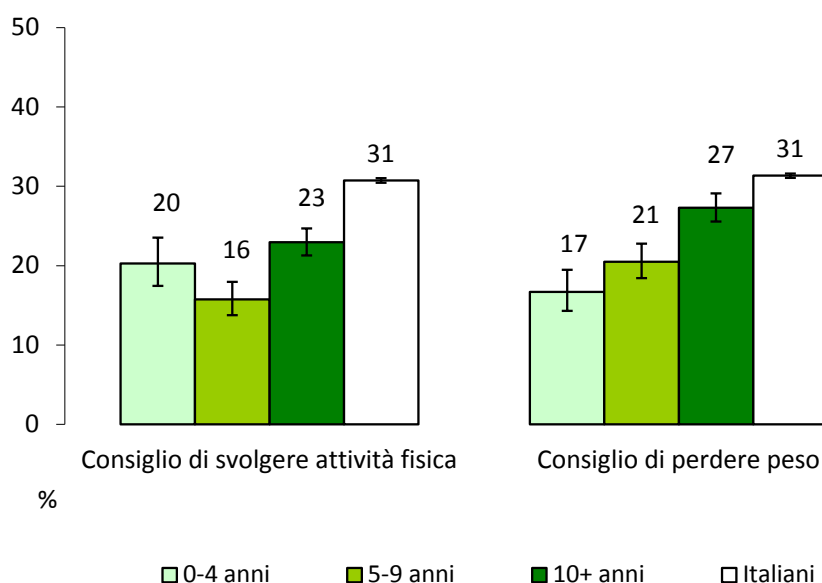


- Per quanto riguarda il consiglio di svolgere attività fisica si nota una differenza tra chi vive in Italia da meno di 10 anni e chi vive in Italia da 10 anni e più; analogamente, si nota che la prevalenza di chi riceve il consiglio di perdere peso aumenta all'aumentare del tempo trascorso in Italia.
- Anche osservando il dato standardizzato, si nota che il consiglio di svolgere attività fisica è più frequente per chi vive in Italia da più di 9 anni rispetto a chi vive in Italia da 5-9 anni; similmente il consiglio di perdere peso è più frequente per chi vive in Italia da 10 anni e più rispetto a chi vive in Italia da meno tempo.

**Persone a cui è stato consigliato di svolgere attività fisica e di perdere peso da parte degli operatori sanitari per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13



**Persone a cui è stato consigliato di svolgere attività fisica e di perdere peso da parte degli operatori sanitari per tempo trascorso in Italia (%)**  
Standardizzazione per età e genere  
Pool PASSI 2008-13



## Sintesi e considerazioni conclusive

Lo stato nutrizionale degli stranieri PFPM adulti non differisce molto da quello degli Italiani: la prevalenza standardizzata di sovrappeso è un po' più elevata, mentre non ci sono differenze per l'obesità.

Negli stranieri PFPM l'obesità risulta associata (come negli italiani) all'età, alle difficoltà economiche e alla condizione lavorativa, ma (a differenza degli italiani) non sembra dipendere dal livello di istruzione né dalla macro-area geografica di residenza. L'analisi multivariata mostra che, a parità di condizioni, la proporzione di obesi varia in funzione dell'area di provenienza, essendo superiore -rispetto agli italiani- per gli stranieri PFPM provenienti dai Paesi dell'Unione Europea, inferiore per quelli provenienti dall'Asia. Non si evidenziano invece variazioni in funzione del tempo trascorso in Italia.

Queste circostanze fanno pensare, che perlomeno negli immigrati di prima generazione, come è gran parte degli intervistati, hanno ancora una certa rilevanza gli stili di vita legati alla cultura dei paesi di origine, e che il processo di assimilazione nel nuovo contesto di vita e di lavoro non ha ancora prodotto effetti evidenti sullo stato nutrizionale. Un altro elemento, che indirizza in tal senso, è la minor diffusione, negli stranieri PFPM sovrappeso e obesi, della corretta percezione del proprio peso eccessivo.

Va sottolineato che il profilo di rischio complessivo degli stranieri PFPM obesi è più favorevole rispetto agli italiani: ipertensione ed ipercolesterolemia hanno un'uguale diffusione, mentre sedentarietà, diabete e fumo di tabacco sono significativamente meno presenti.

L'analisi dei consigli di svolgere attività fisica e di perdere peso, rivolti agli obesi da parte dei medici curanti, evidenzia che entrambe le prevalenze sono inferiori negli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA. Tuttavia, considerando il dato standardizzato, i consigli ricevuti risultano più frequenti per chi vive in Italia da 10 anni e più, rispetto a chi vive in Italia da minor tempo. Quindi, l'attenzione dei medici curanti e gli interventi di counseling tendono a migliorare nel tempo, testimoniando un progressivo processo di integrazione e di presa in carico da parte del SSN.

Le strategie di prevenzione dell'obesità in Europa sono incentrate sulla promozione di un'adeguata alimentazione e di una sufficiente attività fisica, mediante interventi intersettoriali a diversi livelli, volti a ridurre l'influenza dei determinanti socio-economici ed a favorire le scelte salutari degli individui <sup>11</sup>.

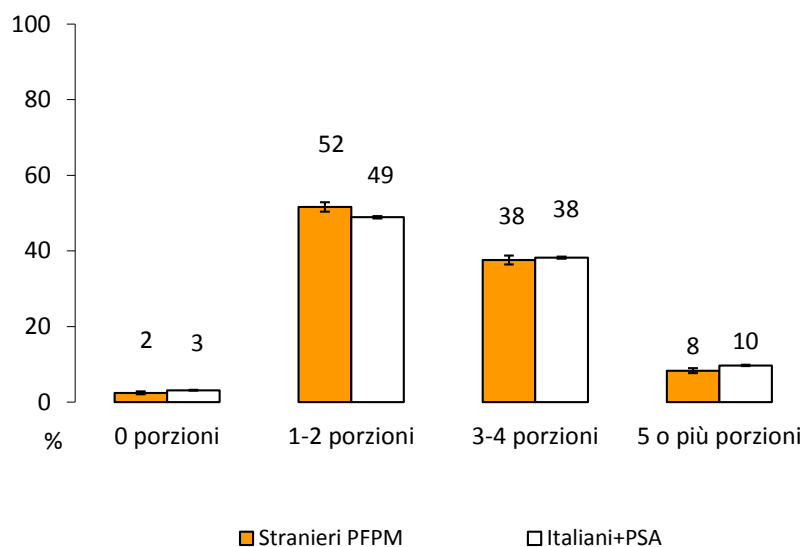
Gli aspetti peculiari della situazione dei migranti, evidenziati dai dati PASSI, vanno tenuto presenti per formulare le priorità ed indirizzare gli sforzi nel contrasto all'obesità in Italia.

<sup>11</sup> WHO Europe. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response - edited by Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein. Copenhagen 2007 [[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74746/E90711.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf?ua=1)]

## Five a day

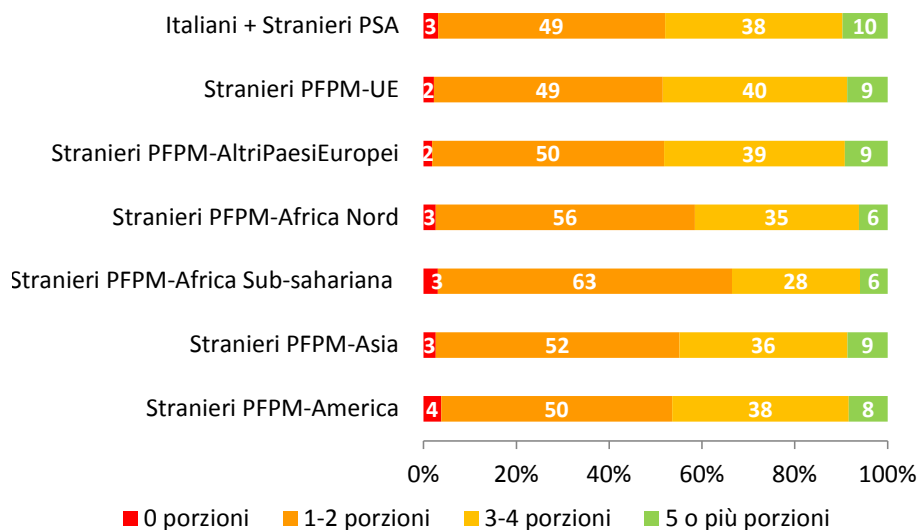
- Nel periodo 2008-13 l'8% degli stranieri PFPM mangia almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day"). Tale percentuale è statisticamente minore rispetto a quella degli italiani/PSA, mentre si osserva una percentuale statisticamente maggiore di stranieri PFPM che mangiano 1-2 porzioni. Lo stesso fenomeno si osserva anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età (Vedi Appendice X).

**Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno (%)**  
Pool PASSI 2008-13



- Analizzando il numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno rispetto all'area di provenienza degli intervistati si nota che la prevalenza di persone che aderiscono al *five a day* è maggiore negli stranieri provenienti da Altri paesi europei (9,2%).

**Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
Pool PASSI 2008-13



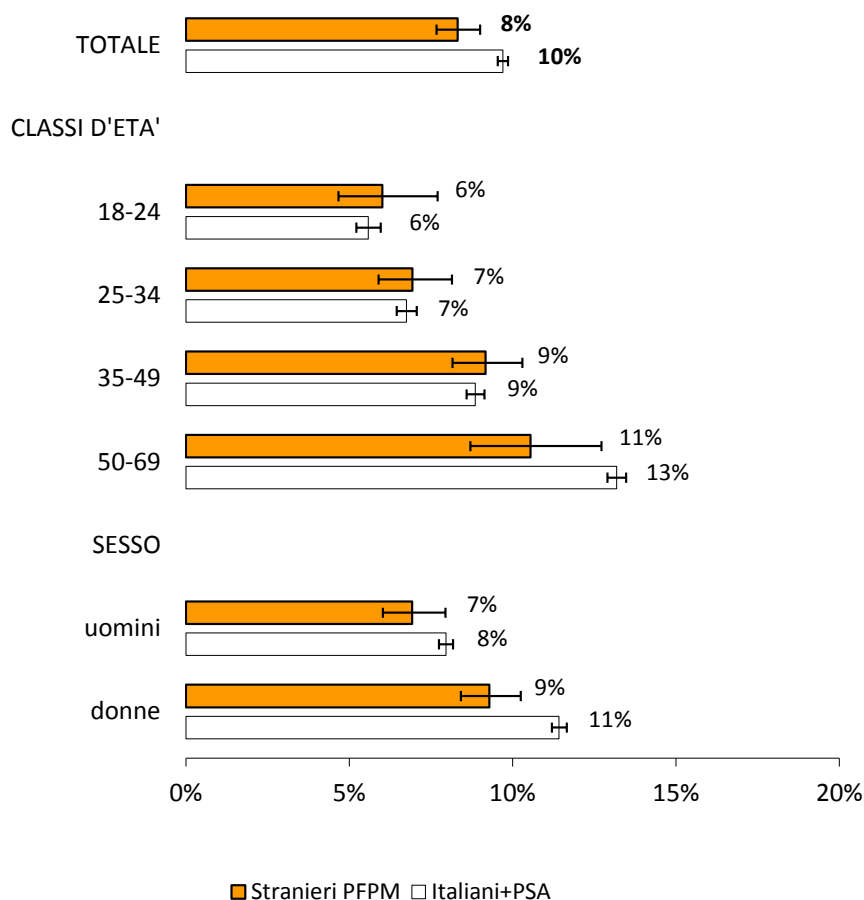
- La prevalenza delle persone che consumano 5 o più porzioni di frutta e verdura è statisticamente minore negli stranieri PFPM rispetto agli Italiani/PSA.
- Negli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria si è osservata una prevalenza più elevata di persone aderenti al *five a day*:
  - in età avanzata (50-69 anni)
  - donne
  - con la laurea
  - senza difficoltà economiche

Non si evidenziano differenze statisticamente significative per condizione lavorativa.

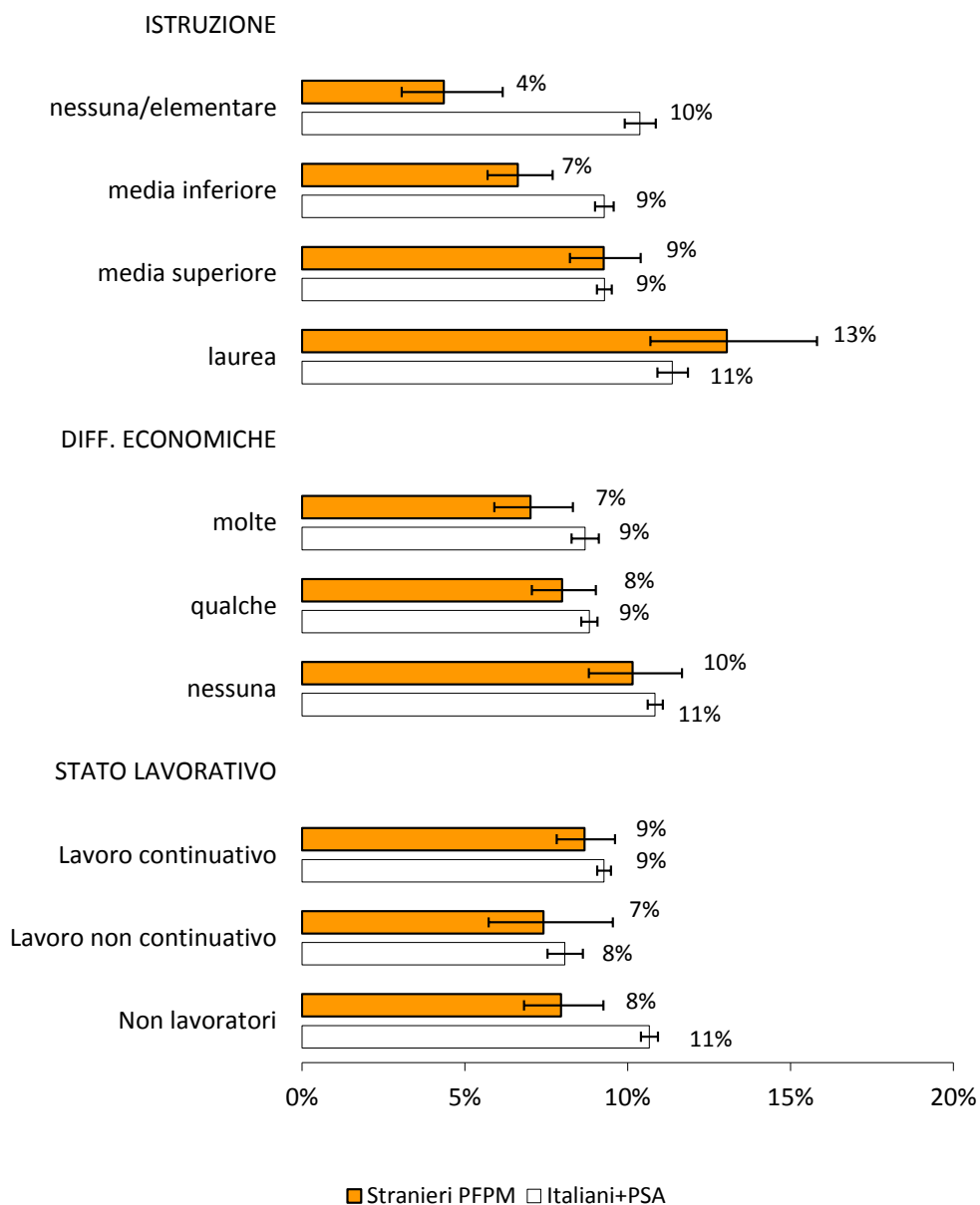
- Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiani/PSA e stranieri PFPM si nota che:
  - la prevalenza di *five a day* tra 50-69enni è significativamente più elevata tra gli italiani/PSA rispetto agli stranieri PFPM
  - la percentuale è più bassa tra le donne straniere PFPM rispetto alle italiane/PSA
  - consumano in modo minore 5 o più porzioni di frutta e verdura gli stranieri PFPM con scolarità elementare e media inferiore rispetto agli italiani/PSA; si osserva inoltre che negli stranieri PFPM la prevalenza cresce all'aumentare della scolarità
  - non sono presenti differenze significative per difficoltà economiche
  - i non lavoratori stranieri PFPM aderiscono meno al *five a day* rispetto agli italiani/PSA.

### Five a day per caratteristiche socio-demografiche (%)

Pool PASSI 2008-13



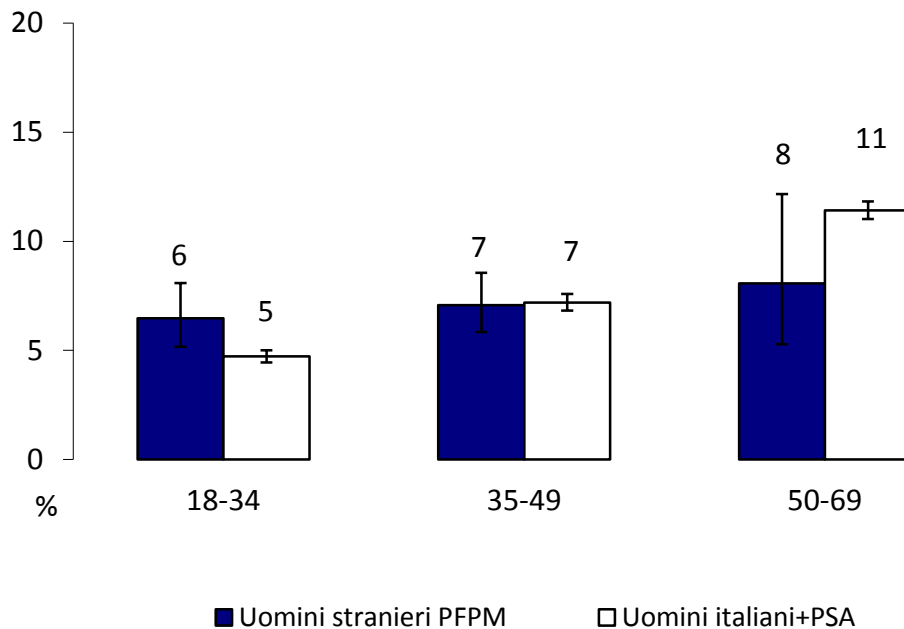
**Five a day per caratteristiche socio-demografiche (%)**  
Pool PASSI 2008-13



- Approfondendo l'adesione al *five a day* per classi d'età genere-età specifiche, si osserva che gli uomini stranieri PFPM di 18-34 anni hanno una prevalenza statisticamente maggiore rispetto agli italiani/PSA e si nota una differenza statisticamente significativa per cittadinanza nelle donne di 50-69 anni.

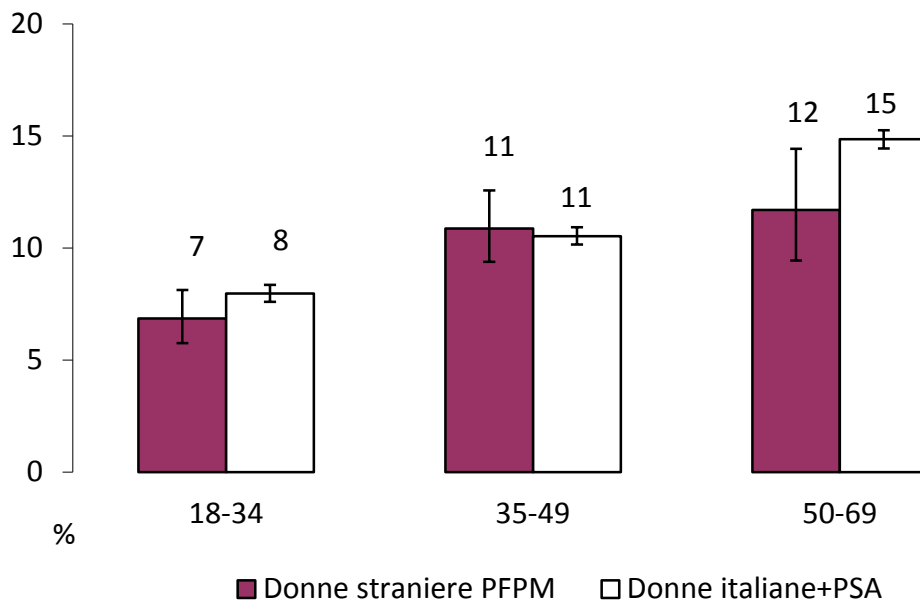
### Uomini aderenti al *five a day* per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



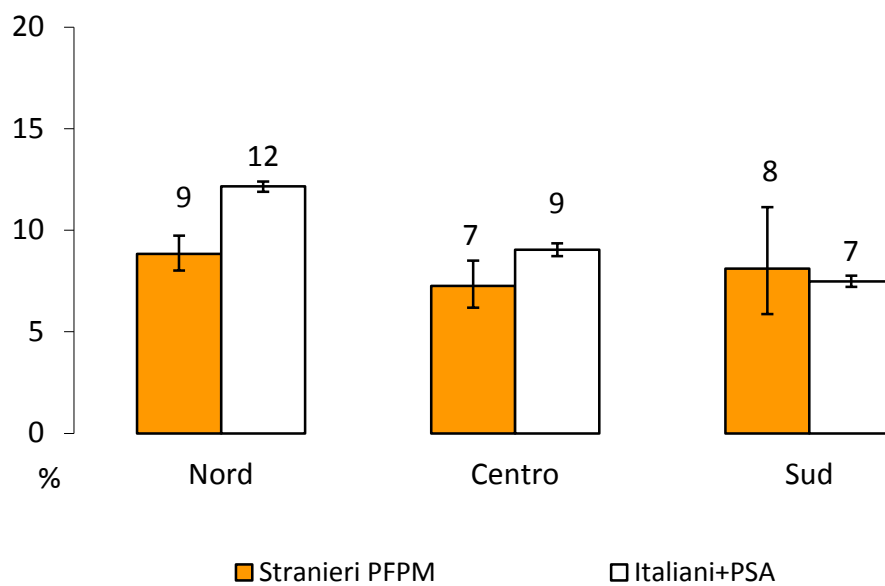
### Donne aderenti al *five a day* per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



- Analizzando il fenomeno per ripartizione geografica tra gli stranieri PFPM non si notano differenze statisticamente significative.

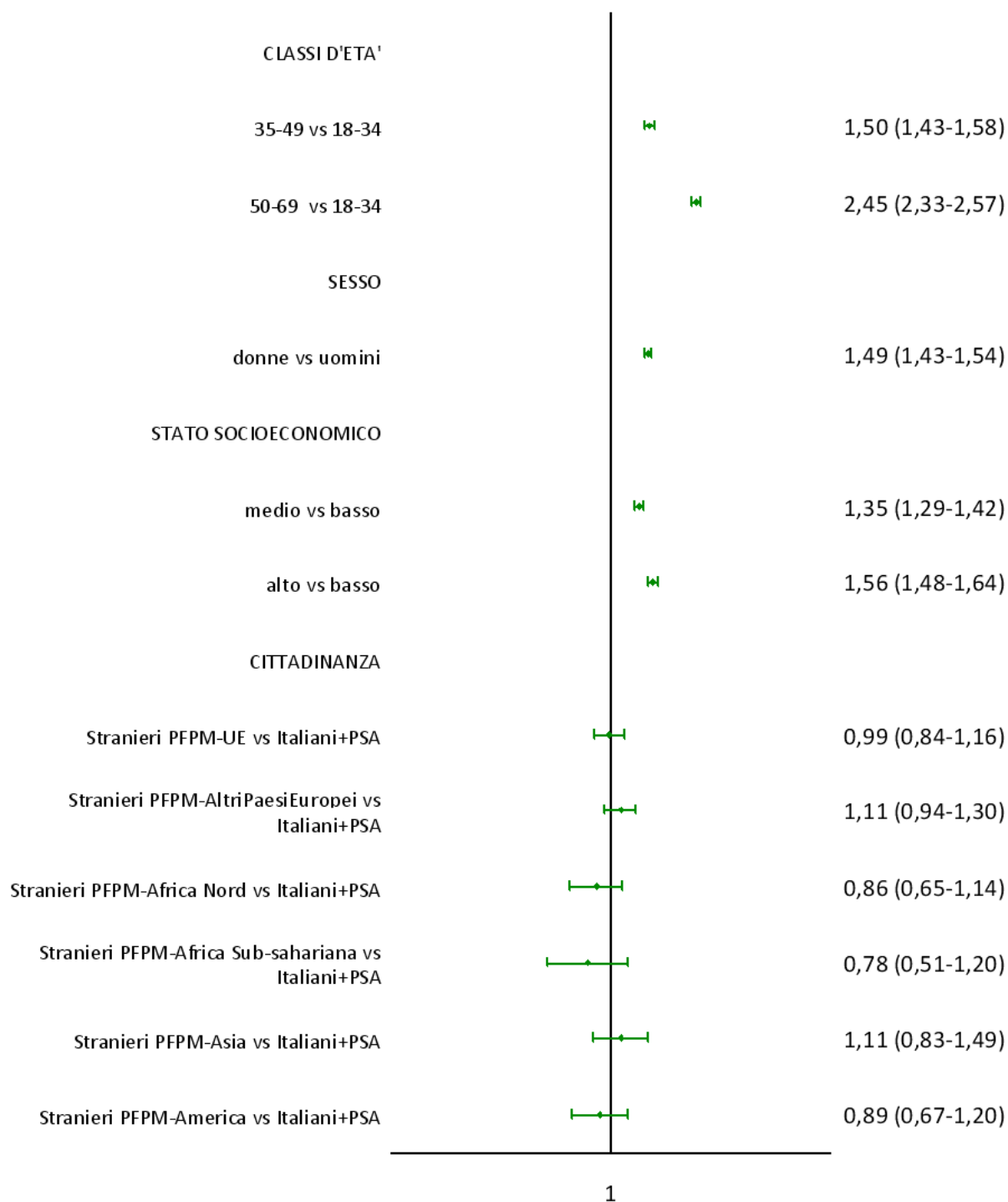
**Five a day per cittadinanza (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13





- Utilizzando un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come l'adesione al *five a day* sia più diffusa nelle classe d'età sopra ai 34 anni, nelle donne e nelle persone con stato socioeconomico medio-alto.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza l'adesione al *five a day* non mostra differenze significative.

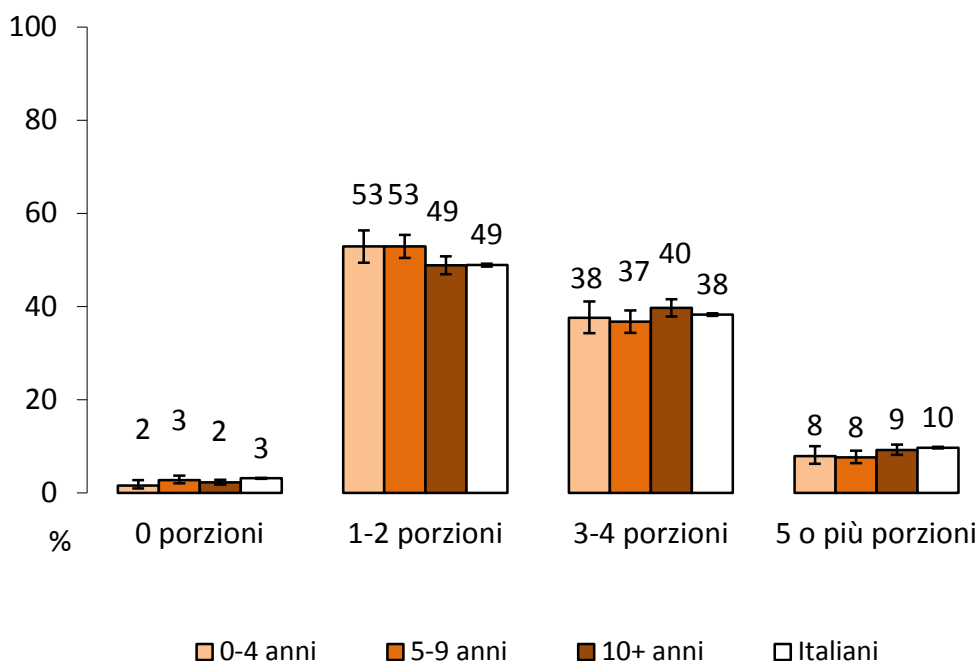
**Fattori associati al *five a day*  
(regressione logistica)  
Pool PASSI 2008-13**



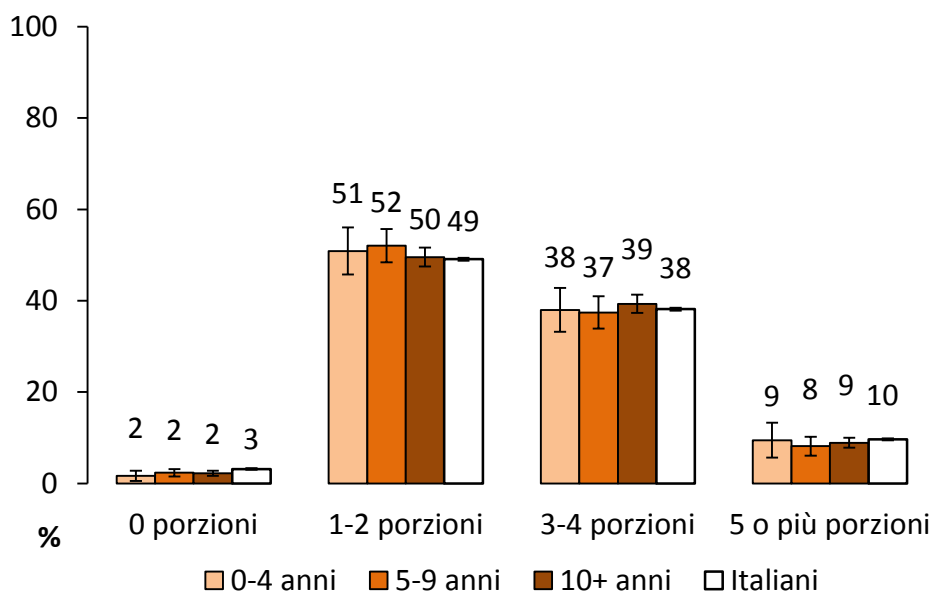
## Tempo trascorso in Italia e stato nutrizionale

- Analizzando le informazioni in base al tempo trascorso in Italia l'adesione al *five a day* non mostra differenziali statisticamente significativi sia nel dato standardizzato che in quello non lavorato.

**Five a day per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13



**Five a day per tempo trascorso in Italia (%)**  
Standardizzazione per età e genere  
Pool PASSI 2008-13



# Programmi di prevenzione individuale

## Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Nel mondo il tumore della cervice è al secondo posto tra i tumori più frequenti e la quarta causa di morte nelle donne; rappresenta il 9% del totale dei tumori femminili, con circa mezzo milione di nuovi casi e 275 mila morti (IARC 2009); il tumore della cervice è tipico dei paesi in via di sviluppo, dove vengono diagnosticati l'80% di tutti i casi mondiali. I tassi di incidenza mostrano infatti valori estremamente alti nei Paesi dell'Africa Orientale e Occidentale (*Age Standardized Rate* > 30 per 100.000 donne), del Sud Africa (27), dell'Asia meridionale e orientale (25), del Sud America e dell'Africa Centrale (23), mentre la più bassa incidenza è osservata in Stati Uniti, Canada, Australia, Regno Unito, Finlandia e nei Paesi Bassi (<6). La variabilità osservata è correlata sia alla maggiore prevalenza dell'infezione da Papilloma virus, agente infettivo riconosciuto come causa del tumore, sia alla mancanza o diversa organizzazione di programmi di screening.

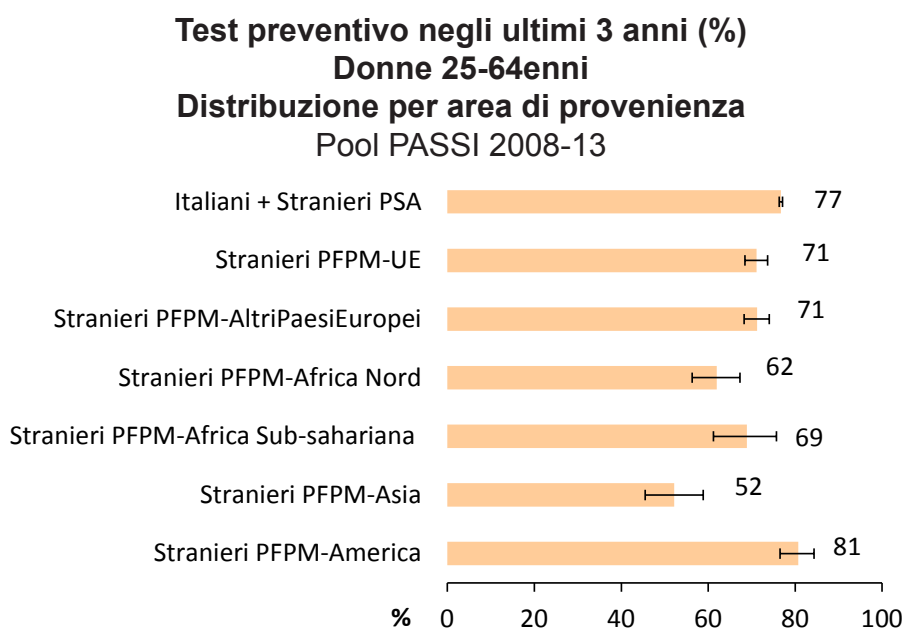
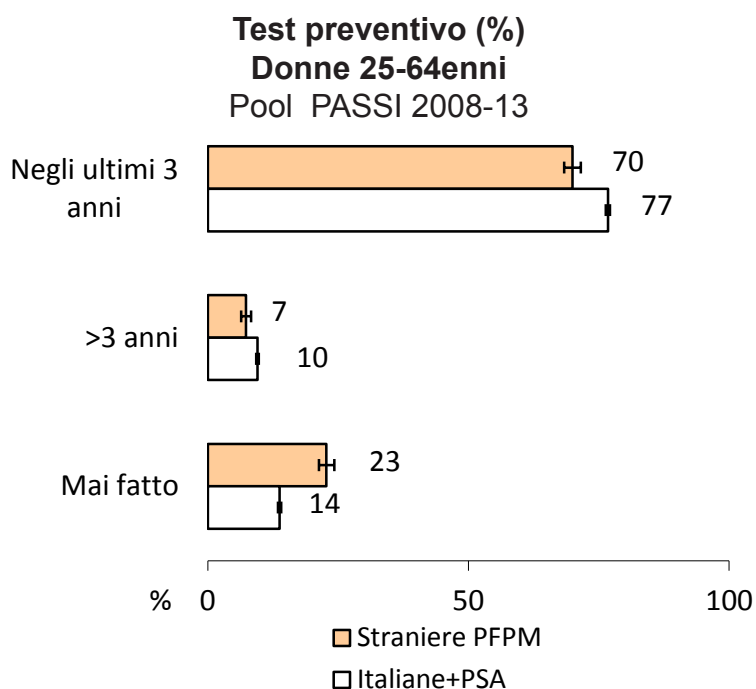
In Europa si stimano oltre 34.000 nuovi casi all'anno e circa 16.000 decessi (*European Journal of Cancer* 2009); anche tra i Paesi europei sono presenti significative differenze in particolare tra i "vecchi" e "nuovi" membri dell'UE: i tassi di mortalità sono già diminuiti notevolmente nei paesi dell'Europa occidentale, mentre nell'Europa orientale stanno diminuendo più lentamente (Polonia, Repubblica Ceca) o rimangono costanti (Estonia e Slovacchia) o in alcuni casi sono in aumento (Bulgaria, Lettonia, Lituania, Romania). In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno e 1.000 decessi, con un andamento in significativa diminuzione.

L'applicazione di uno screening cervicale sistematico sulla popolazione di donne a rischio (25-64 anni) ha contribuito a far diminuire in maniera significativa (pari al 70-80%): all'interno dei programmi organizzati le donne nella fascia a rischio vengono sistematicamente invitate per l'esecuzione del Pap test a cadenza triennale; negli ultimi anni è stato anche introdotto come test di screening anche il test dell'HPV.

Nel 2012 sono circa 12 milioni le donne italiane di 25-64 anni residenti in aree in cui è attivo un programma di screening organizzato (pari all'80% della popolazione target); l'estensione dei programmi è ormai ampia nelle regioni del Nord e del Centro, mentre cresce molto lentamente nelle regioni meridionali. La gratuità e l'offerta attiva dei programmi di screening organizzati sono elementi importanti per favorire l'equità d'accesso, riducendo le disuguaglianze non solo per condizione economica-sociale, ma anche per cittadinanza. In Italia le donne straniere in fascia di età per lo screening cervicale sono circa 1.450.000, pari a quasi il 10% della popolazione bersaglio. Le donne migranti, pur avendo spesso un maggior rischio di patologia, aderiscono in percentuale minore rispetto alle italiane: nell'esecuzione del test di screening assume grande importanza il Paese di provenienza a bassa/alta prevalenza di lesioni e infezioni da HPV e l'approccio culturale alla prevenzione e alla malattia.

## Prevalenza del test preventivo per la diagnosi delle neoplasie cervicali

- Nel periodo 2008-13 il 70% delle straniere PFPM 25-64enni ha riferito di aver eseguito un test preventivo per la diagnosi delle neoplasie cervicali negli ultimi tre anni; questo valore è statisticamente minore rispetto a quello delle donne Italiane/PSA (77%).
- Il 23% delle donne straniere PFPM 25-64enni invece ha dichiarato di non aver mai eseguito il test preventivo, valore statisticamente maggiore rispetto a quello delle italiane/PSA. Lo stesso fenomeno si osserva anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età. (Vedi Appendice X)



## Caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno eseguito il test preventivo negli ultimi 3 anni

- Nelle donne straniere PFPM la copertura del test preventivo è più alta:
  - nella classe 35-49 anni
  - nelle donne con scolarità medio-alta
  - nelle coniugate o conviventi
  - nelle lavoratrici in modo continuativo

Non si sono evidenziate differenze statisticamente significative per difficoltà economiche.

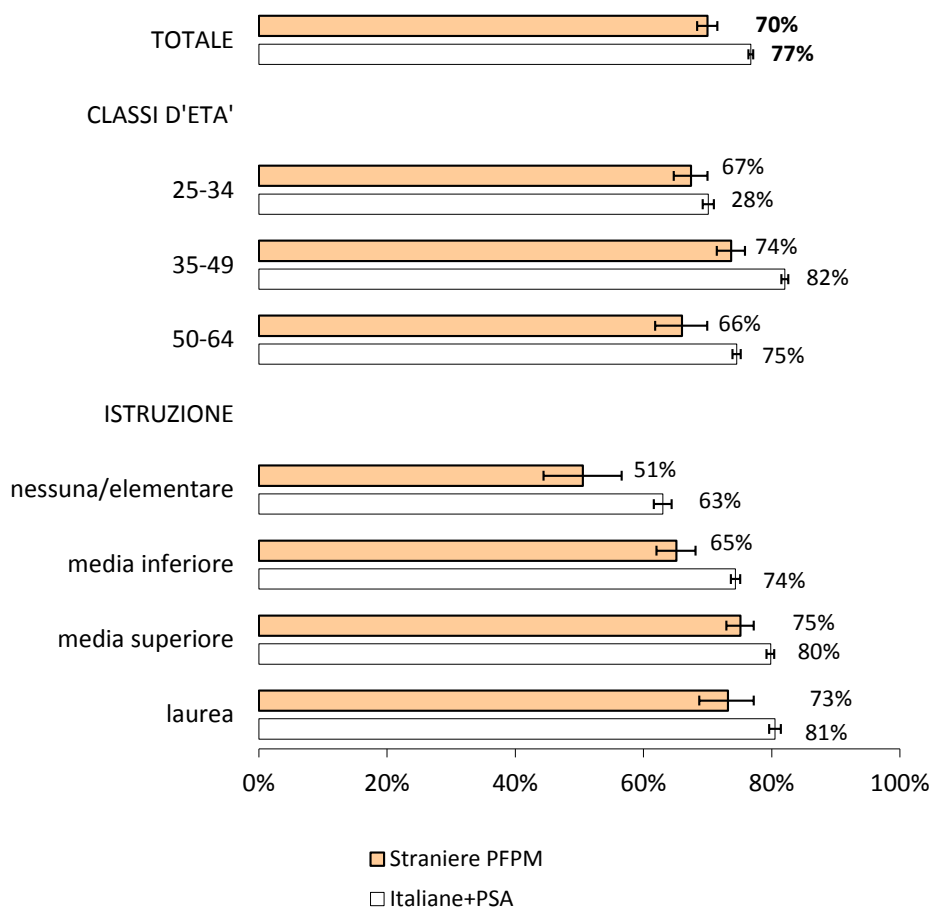
Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiane/PSA e straniere PFPM si osserva che:

- nelle fasce d'età 35-69 anni la prevalenza è statisticamente minore nelle straniere PFPM rispetto alle italiane/PSA
- per tutti i livelli d'istruzione la prevalenza è statisticamente minore nelle straniere PFPM
- nelle straniere PFPM senza difficoltà economiche o con qualche difficoltà la prevalenza è minore rispetto alle italiane/PSA e lo stesso si può dire per lo stato civile e la convivenza
- nelle donne straniere PFPM con lavoro continuativo la prevalenza è minore significativamente rispetto alle italiane/PSA.

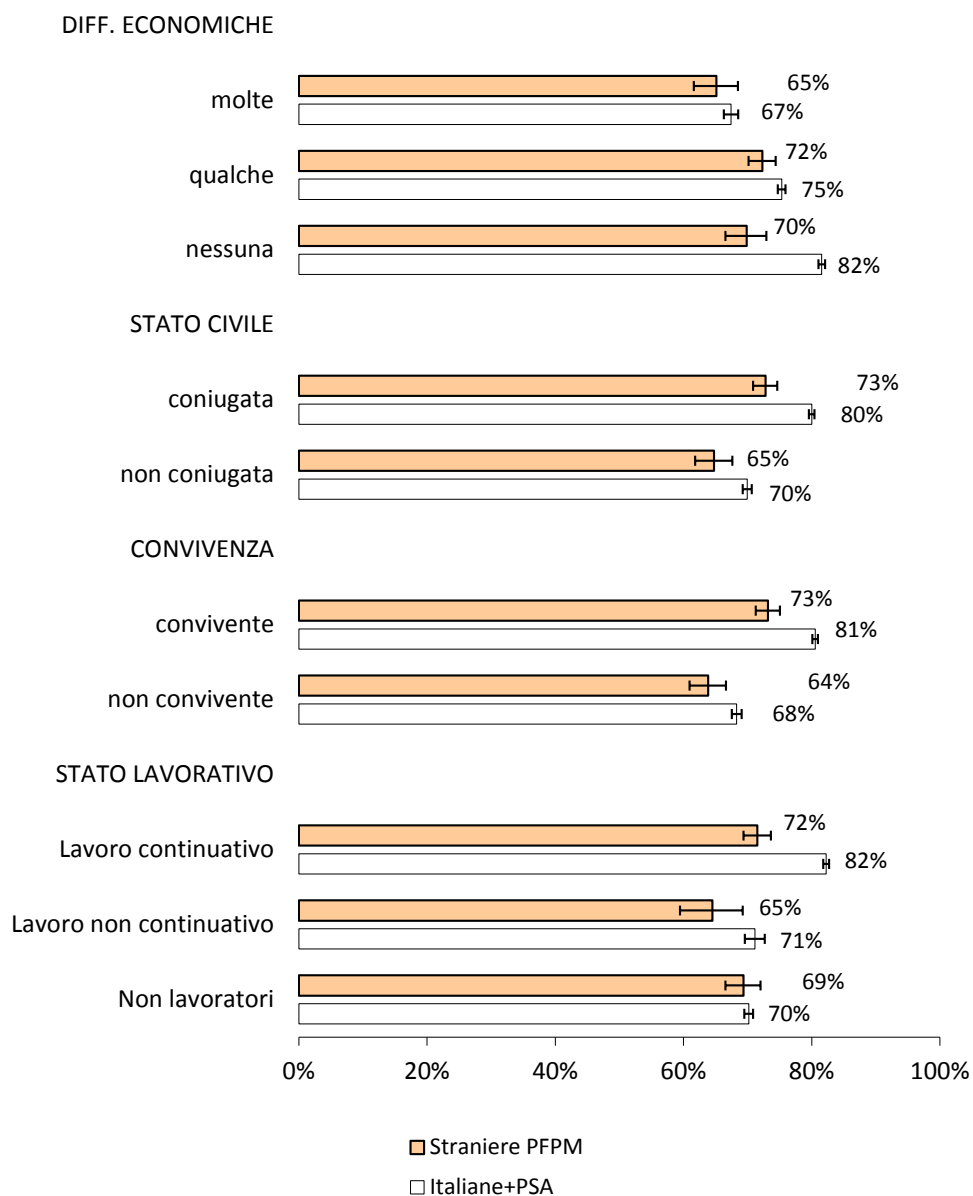
### Test preventivo negli ultimi 3 anni per caratteristiche socio-demografiche (%)

#### Donne 25-64enni

Pool PASSI 2008-13

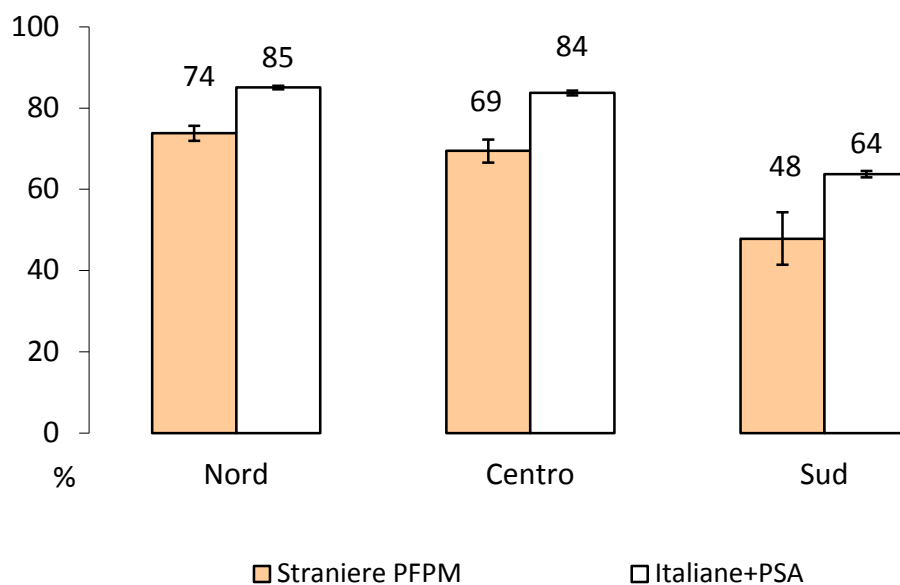


**Test preventivo negli ultimi 3 anni  
per caratteristiche socio-demografiche (%)  
Donne 25-64enni  
Pool PASSI 2008-13**



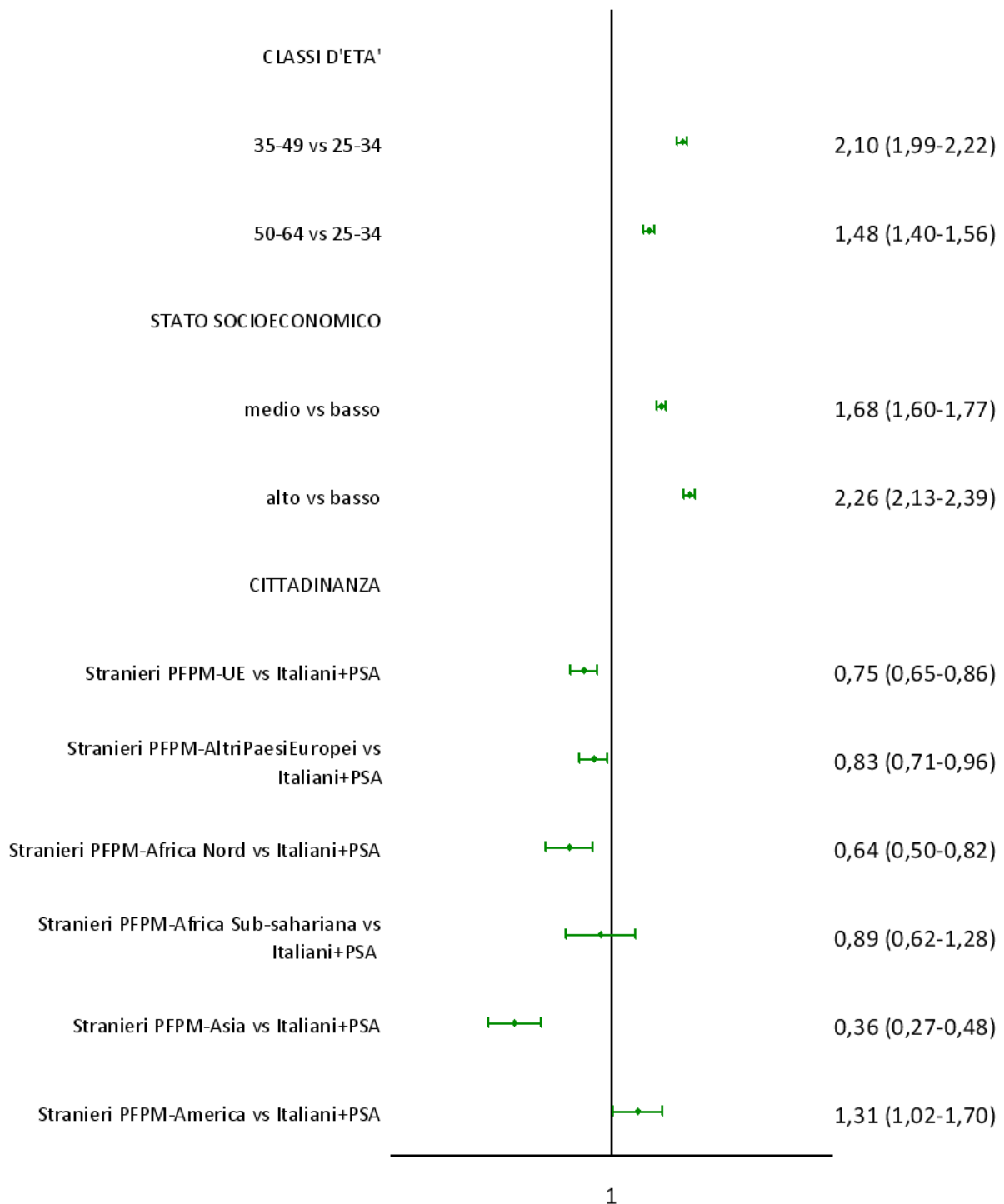
- Analizzando il fenomeno per ripartizione geografica, tra le donne straniere PFPM si nota una prevalenza maggiore di esecuzione del test preventivo negli ultimi 3 anni al Nord e al Centro rispetto al Sud, analogamente a quanto accade per le italiane/PSA.

**Test preventivo negli ultimi 3 anni (%)**  
**Donne 25-64enni**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13



- Utilizzando un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come l'esecuzione del test preventivo sia più diffusa nelle classi d'età superiori ai 34 anni e nelle persone con stato socio-economico medio-alto.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza la probabilità di eseguire il test preventivo è minore, rispetto alle donne italiane/PSA, per le straniere provenienti dall'Unione Europea, da Altri paesi europei, dall'Africa del Nord e dall'Asia, mentre è maggiore per quelle provenienti dall'America.

**Fattori associati all'esecuzione del test preventivo negli ultimi 3 anni  
(regressione logistica)  
Pool PASSI 2008-13**

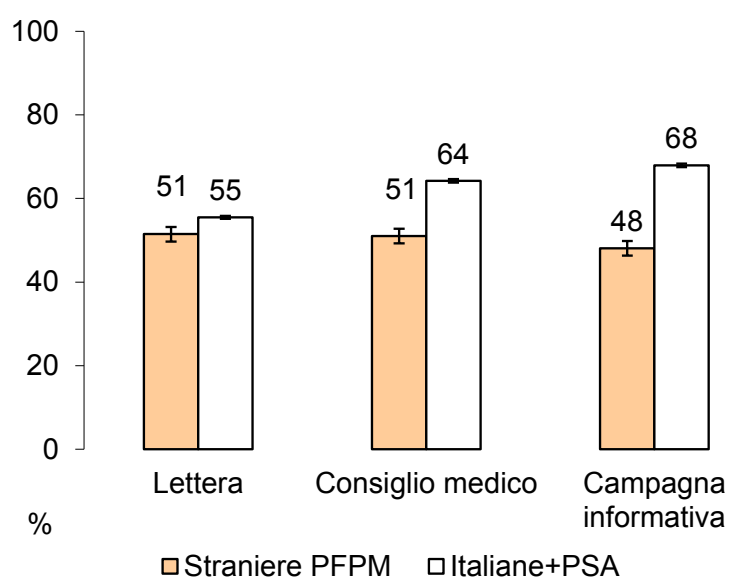




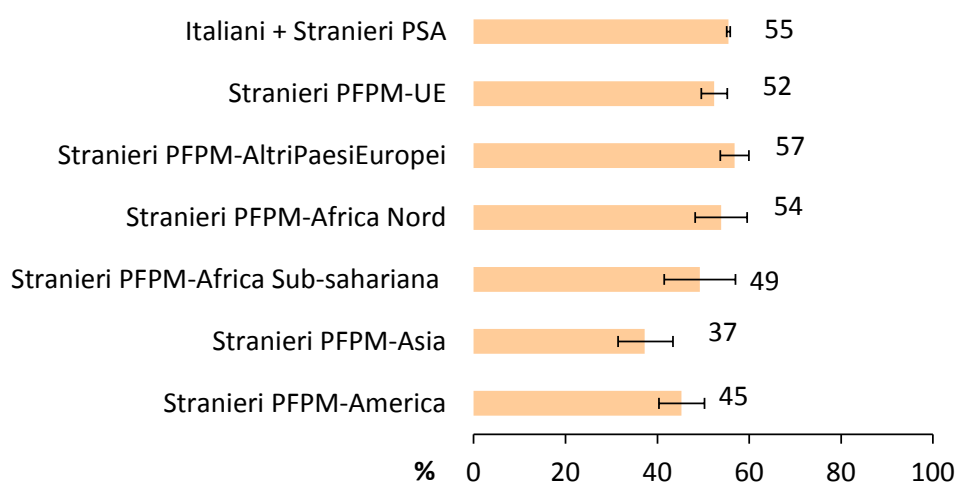
## Promozione per l'esecuzione di un test preventivo per la diagnosi precoce dei tumori cervicali

- Complessivamente circa la metà delle donne straniere PFPM ha dichiarato di aver ricevuto la lettera di invito dall'ASL (51%), il consiglio da un operatore sanitario di eseguire un test preventivo (51%) e di aver visto o sentito una campagna informativa (48%). Questi valori risultano statisticamente inferiori rispetto a quelli delle donne italiane/PSA.
- Nella valutazione del fenomeno per area di provenienza, si notano differenziali interessanti per tutti i tipi di interventi: in particolare le donne provenienti dall'Asia mostrano prevalenze minori rispetto a tutte le altre.

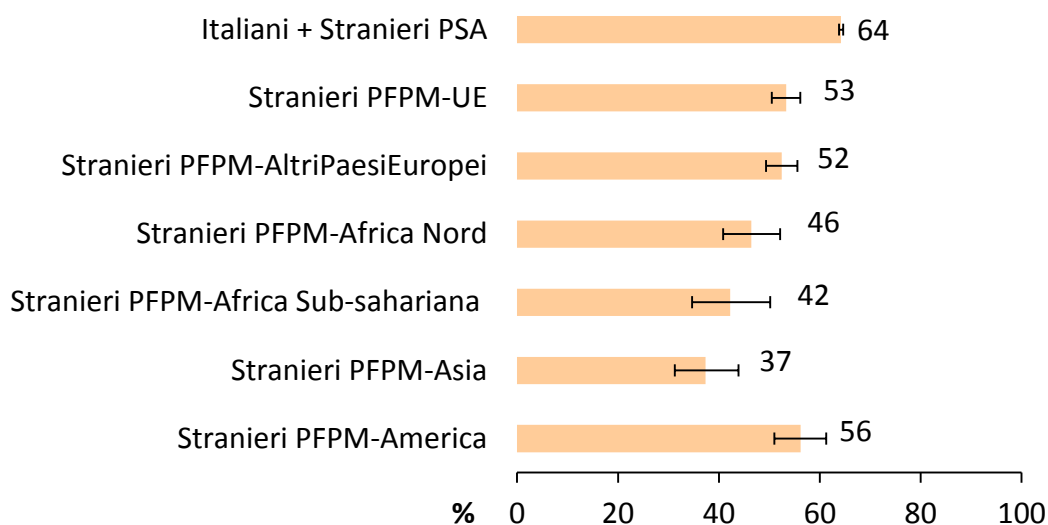
**Interventi di promozione per cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13



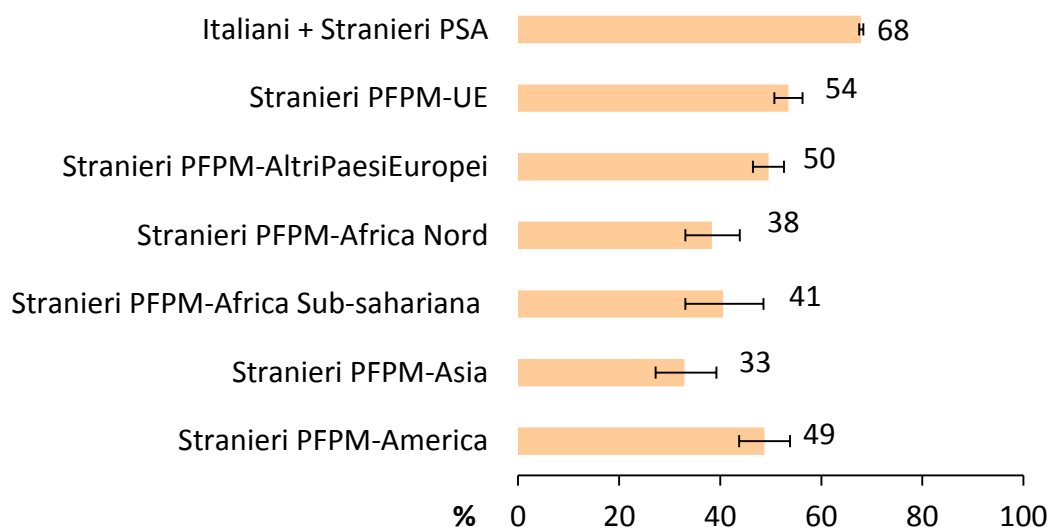
**Convocazione tramite lettera (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
Pool PASSI 2008-13



**Consiglio di eseguire un test preventivo da parte di un operatore sanitario (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13

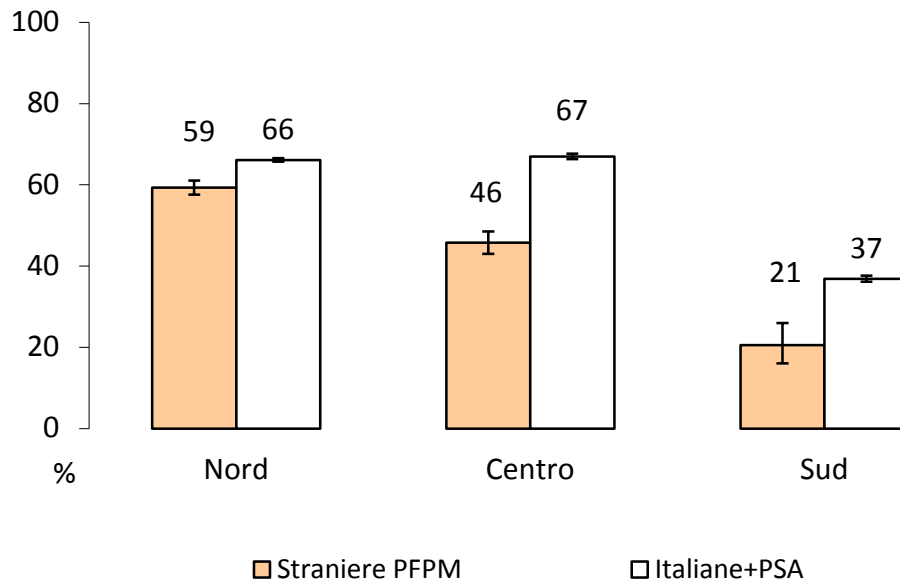


**Visione o ascolto di una campagna informativa (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
 Pool PASSI 2008-13

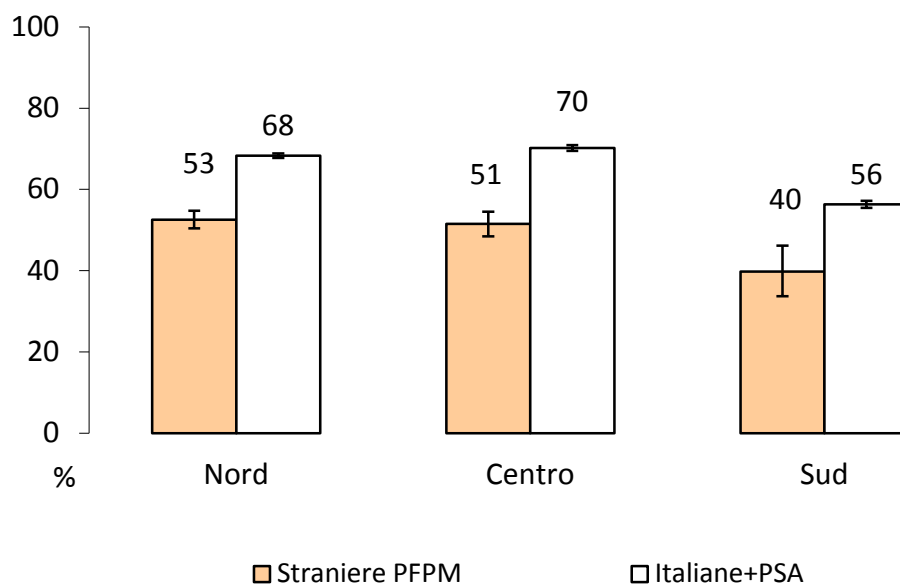


- Analizzando infine gli interventi di promozione per ripartizione territoriale, nelle donne straniere PFPM si evidenziano un gradiente Nord-Sud per la convocazione tramite lettera, una differenza nel consiglio tra Nord e Centro rispetto al Sud, mentre non si evidenziano differenziali per la visione o ascolto di campagne informative.

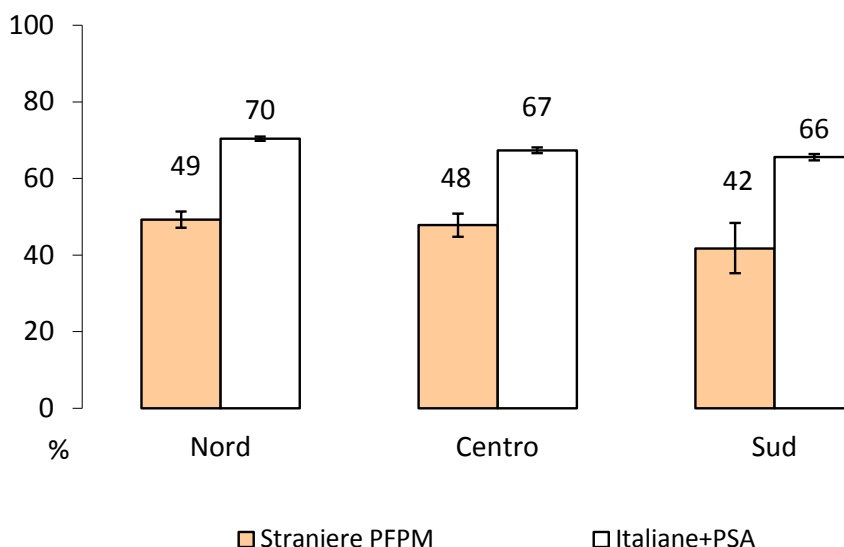
**Convocazione tramite lettera (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
 PASSI 2008-13



**Consiglio di eseguire un test preventivo da parte di un operatore sanitario (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
 PASSI 2008-13



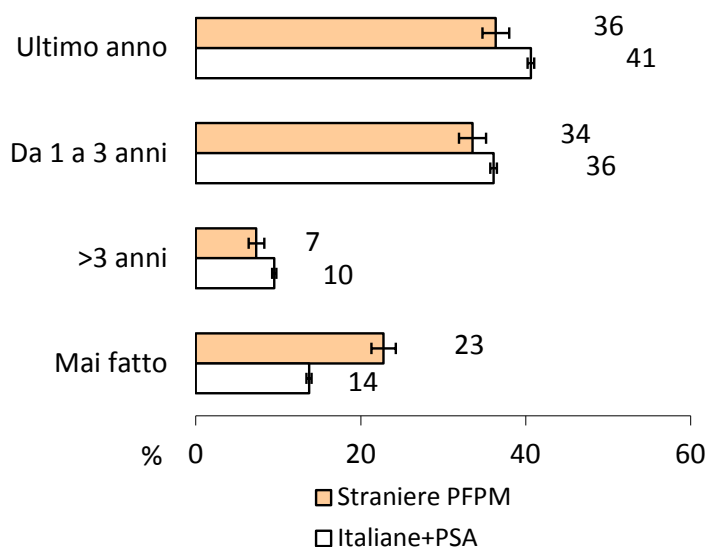
**Visione o ascolto di una campagna informativa (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
 PASSI 2008-13



**Periodicità di esecuzione del test preventivo**

- Il 36% delle donne straniere PFPM 25-64enni ha riferito di aver eseguito un test preventivo nel corso nell'ultimo anno; questo valore risulta inferiore rispetto a quello rilevato nelle donne italiane/PSA.
- Le prevalenze sono maggiori rispetto a quelle attese di un terzo sia per le donne italiane/PSA sia per le straniere PFPM. Questo può essere correlato a un ricorso al test con una periodicità più frequente rispetto a quella raccomandata ("*sovra copertura*"), anche se è influenzato dalla tendenza a ravvicinare nel tempo gli eventi ("*telescoping bias*").

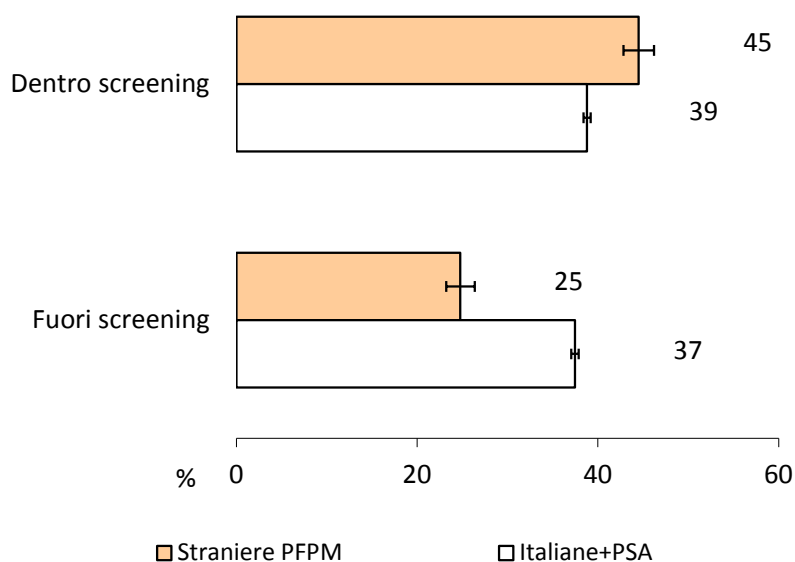
**Periodicità di esecuzione del test preventivo (%)**  
 Pool PASSI 2008-13



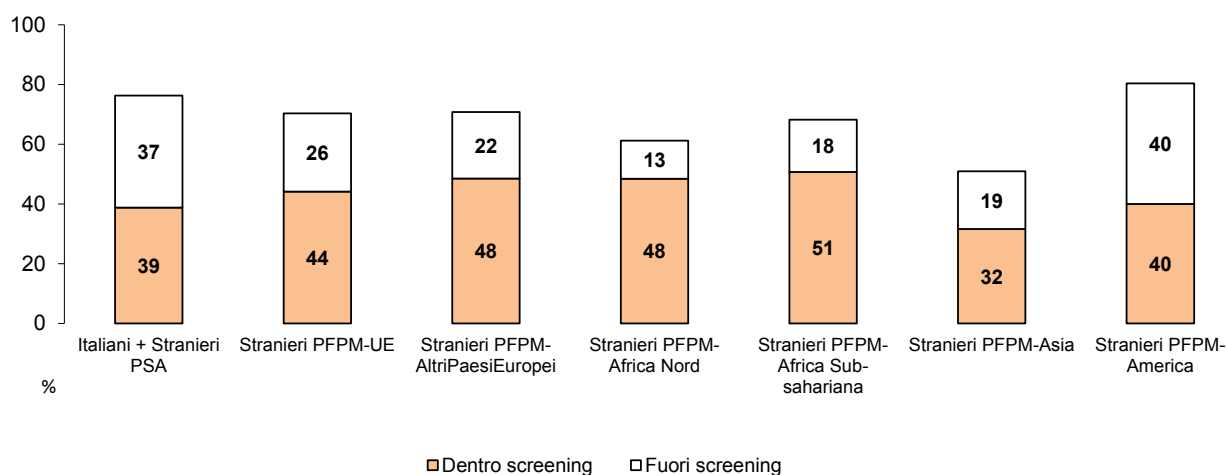
## Esecuzione del test preventivo dentro o fuori programma di screening organizzato

- Si stima che il 45% delle donne straniere PFPM 25-64enni abbiano eseguito il test preventivo all'interno di un programma di screening organizzato, dato statisticamente superiore rispetto a quello delle italiane/PSA.
- Per quanto riguarda le donne che hanno eseguito il test fuori da programmi di screening organizzati si nota che la prevalenza è statisticamente maggiore per le italiane/PSA rispetto alle straniere/PFPM.

**Esecuzione test preventivo dentro/fuori programma di screening organizzato (%)**  
Pool PASSI 2008-13



**Esecuzione test preventivo dentro/fuori programma di screening organizzato (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
Pool PASSI 2008-13

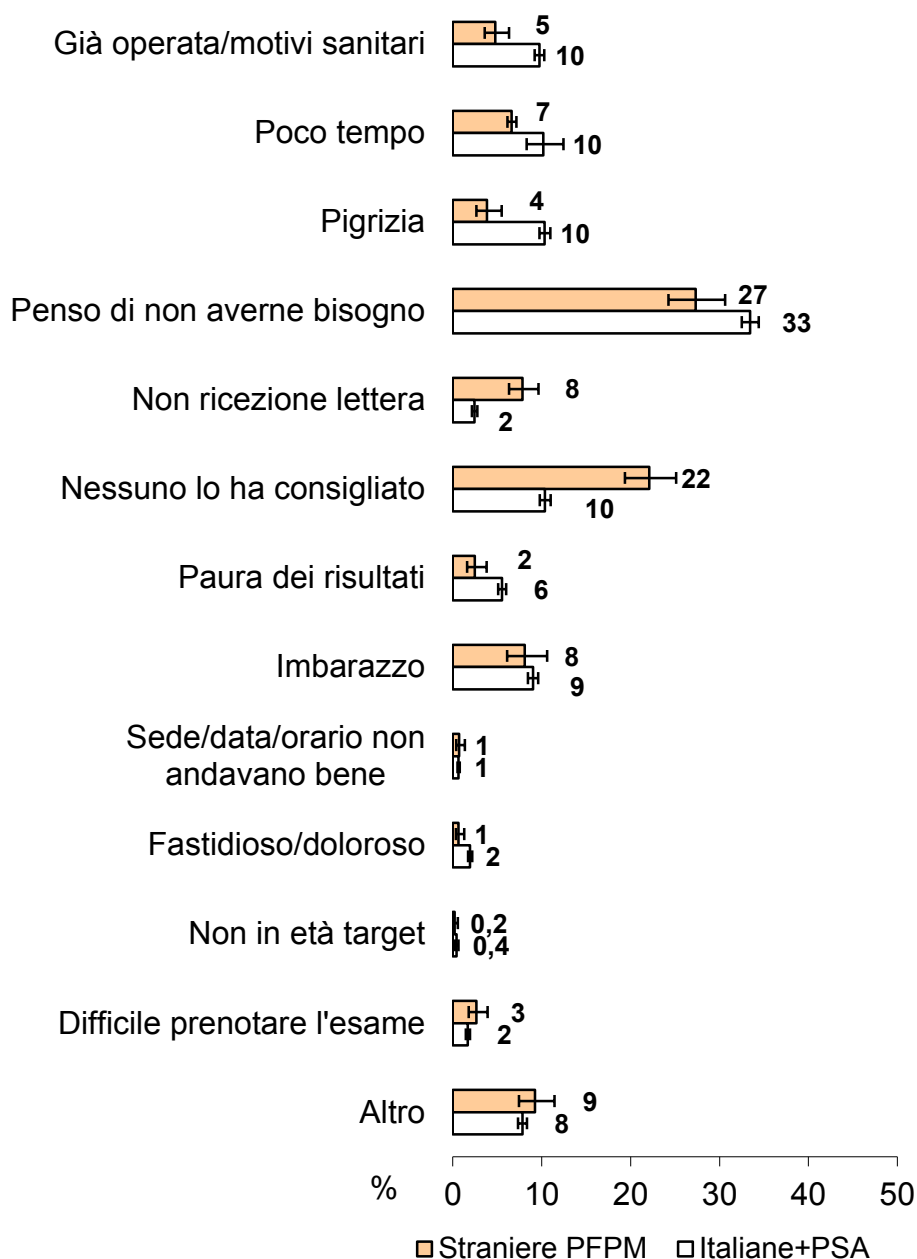


## Motivi della non esecuzione di un test preventivo secondo le linee guida

- Circa un terzo (30%) delle donne straniere PFPM 25-64enni non è risultata coperta per l'esecuzione del test preventivo di diagnosi precoce dei tumori cervicali, in quanto non ha mai eseguito un test preventivo (23%) o l'ha eseguito da oltre tre anni (7%).
- La non esecuzione pare associata a una molteplicità di fattori: escluse le donne che riferiscono la presenza di patologie, le motivazioni più frequenti riferite dalle straniere PFPM sono: non averne bisogno (27%) e non aver ricevuto consiglio di farlo (22%).

### Motivi di non esecuzione del test di screening (%)

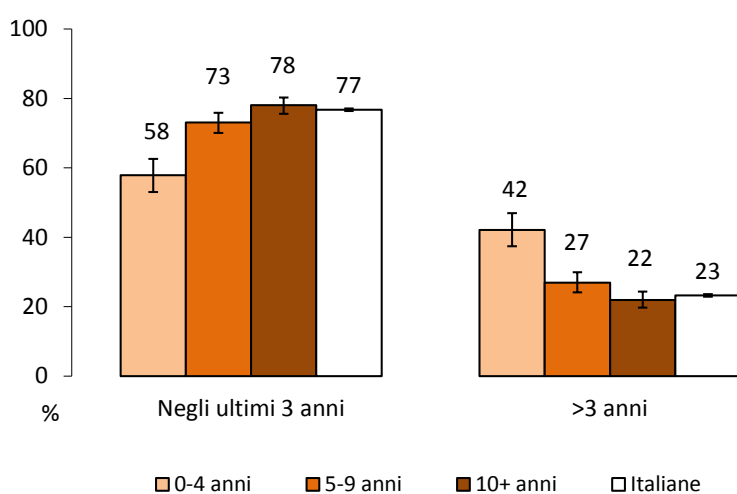
Pool PASSI 2008-13



## Tempo trascorso in Italia e diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero

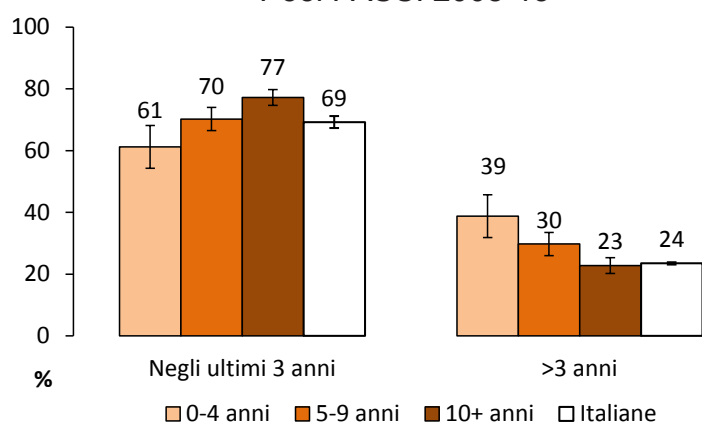
- Analizzando le informazioni in base al tempo trascorso in Italia, l'esecuzione del test preventivo nei tempi raccomandati (ultimi 3 anni) è statisticamente maggiore per le donne straniere che vivono in Italia da più di 4 anni rispetto a quelle che vi risiedono da meno tempo.
- Il gruppo di donne straniere presente da meno di 5 anni in Italia ha un'età media inferiore rispetto ai gruppi che vivono in Italia da più anni: si mostrano pertanto anche i risultati ottenuti applicando la standardizzazione per genere ed età.

**Test preventivo per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13

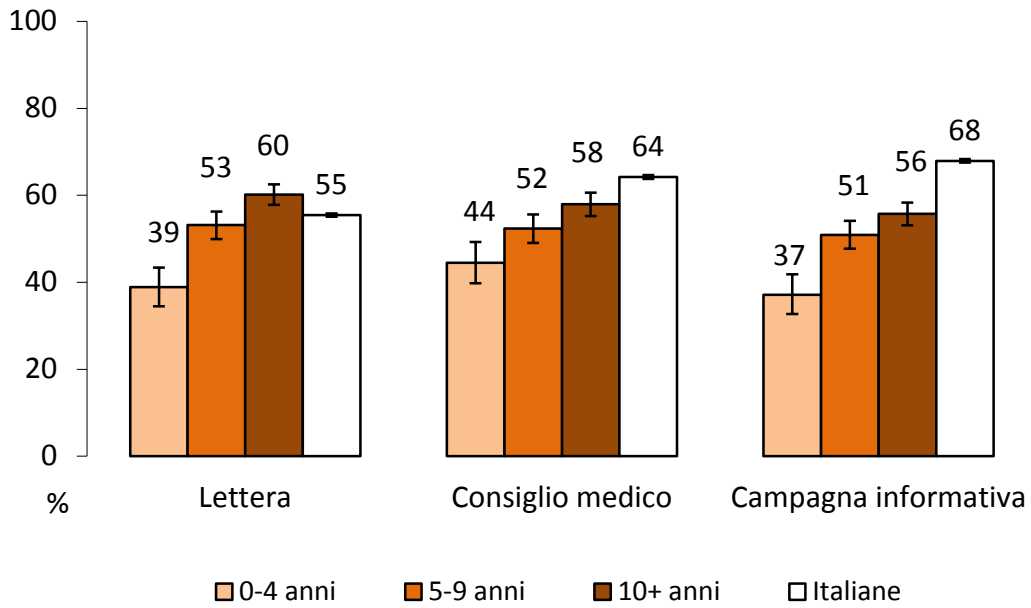


- I risultati standardizzati mostrano una differenza statisticamente significativa tra chi vive in Italia da meno di 5 anni e le donne che vi risiedono da 10 o più anni.
- Per quanto riguarda gli interventi di promozione dell'esecuzione del test preventivo, si osserva che i tre interventi considerati (lettera, consiglio e campagna informativa) sono meno frequenti nelle donne straniere che vivono in Italia da meno di 5 anni rispetto a quelle che vi risiedono da più tempo; il dato standardizzato conferma queste osservazioni.

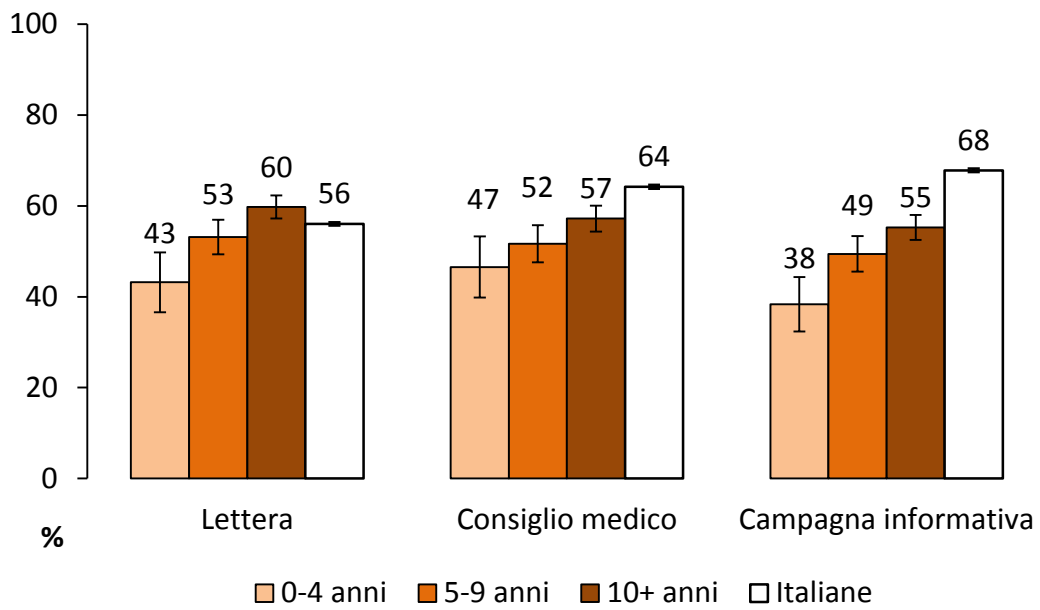
**Test preventivo per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Standardizzazione per età e genere**  
Pool PASSI 2008-13



**Interventi di promozione per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13



**Interventi di promozione per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Standardizzazione per età e genere**  
Pool PASSI 2008-13





## Sintesi e considerazioni

Nelle donne straniere PFPM la copertura al test di screening per la diagnosi precoce dei tumori cervicali è significativamente inferiore a quelle italiane; la copertura in particolare è bassa nelle donne provenienti dal continente asiatico e dai Paesi dell’Africa del Nord e Sub-sahariana, aree di alta endemia per l’infezione da HPV.

Come per le donne italiane/PSA, la copertura è significativamente inferiore nelle donne straniere PFPM svantaggiate sotto il profilo socio-economico (ad esempio con basso titolo d’istruzione o che non lavorano in modo continuativo) e in quelle residenti nelle Regioni meridionali, dove l’estensione dei programmi di screening organizzati è sensibilmente minore.

La maggior parte delle donne straniere PFPM (in particolare di provenienza dal Nord Africa e Dall’Africa Subsahariana) ha eseguito il test di screening all’interno dei programmi di screening organizzati, senza pagare alcun ticket per l’esame; il ricorso alla prevenzione individuale rimane infatti molto più limitato rispetto alle donne italiane. Nelle donne straniere PFPM gli interventi di promozione del test preventivo (lettera, consiglio di personale sanitario, campagne informative) sono riferiti meno frequentemente; in particolare le donne provenienti dai Paesi asiatici risultano essere “meno raggiungibili” rispetto alle altre provenienze geografiche. Tra donne straniere PFPM, quelle residenti nelle regioni meridionali sono meno raggiunte dagli interventi di promozione considerati.

Il tempo trascorso in Italia è un altro elemento importante, che condiziona la copertura al test di screening: le donne straniere PFPM residenti nel nostro Paese da meno di 5 anni hanno infatti livelli di copertura al test bassi e sono raggiunte con difficoltà dagli interventi di promozione, mentre quelle residenti da 10 e più anni si avvicinano maggiormente ai valori riscontrati nelle donne italiane.

Questi dati richiamano all’importanza di estendere i programmi di screening su tutto il territorio italiano e di individuare “strategie” e definire politiche mirate, che tengano conto anche della diversità culturali nel raggiungere le donne straniere.

## Diagnosi precoce del tumore della mammella

Nel mondo il tumore della mammella è la neoplasia più frequente nelle donne; rappresenta il 22% dei tumori femminili, con circa un milione di nuovi casi all'anno e 375 mila decessi. I tassi d'incidenza mostrano notevoli differenze nelle diverse aree geografiche: circa la metà dei casi si concentra in Europa e nel Nord America, mentre è inferiore nei Paesi in via di sviluppo.

In Italia si stimano circa 45mila nuovi casi all'anno (pari al 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali), con un'incidenza superiore nelle Regioni settentrionali. Nelle donne il tumore della mammella è la principale causa di morte oncologica in ogni classe di età, con 13.000 decessi stimati all'anno (AIRTUM 2012).

Dagli anni Novanta negli Stati Uniti e nei principali paesi Europei sono stati avviati programmi di screening organizzati di popolazione; secondo i dati dell'OMS, uno screening mammografico di qualità, con un invito periodico per eseguire la mammografia ogni 2 anni nella popolazione target (50-69 anni) può ridurre la mortalità del 35%.

In Europa e in Italia l'estensione dei programmi di screening e il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici stanno determinando un cambiamento nell'epidemiologia del tumore della mammella: i tassi standardizzati di mortalità mostrano infatti un rilevante decremento negli ultimi 40 anni, con un punto di flessione che risale al 1990; in Italia questo risultato è in larga parte dovuto alla diminuzione della mortalità nel Centro-Nord Italia, mentre nel Sud si assiste a una stabilizzazione della crescita.

Nei Paesi in via di sviluppo si assiste invece a un aumento dell'incidenza (anche per l'allungamento della vita), non accompagnato dal miglioramento nelle cure e nella sopravvivenza registrati nei Paesi industriali: circa il 45% dei nuovi casi di cancro al seno diagnosticati riguarda donne di Paesi a basso o medio reddito, così come il 55% dei decessi.

Lo screening mammografico consente interventi chirurgici meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (beneficio di comunità); a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è pari al 50% (*British Journal of Cancer 2008*).

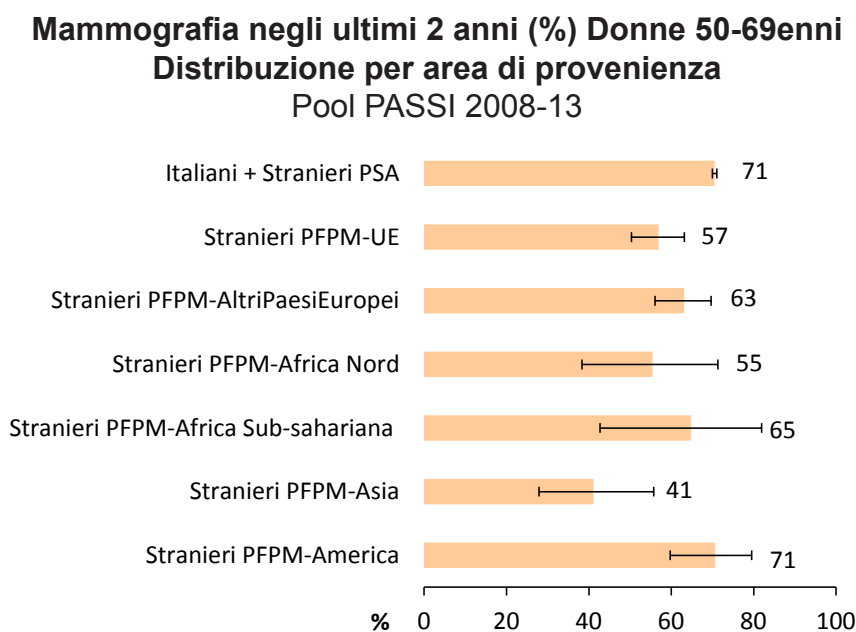
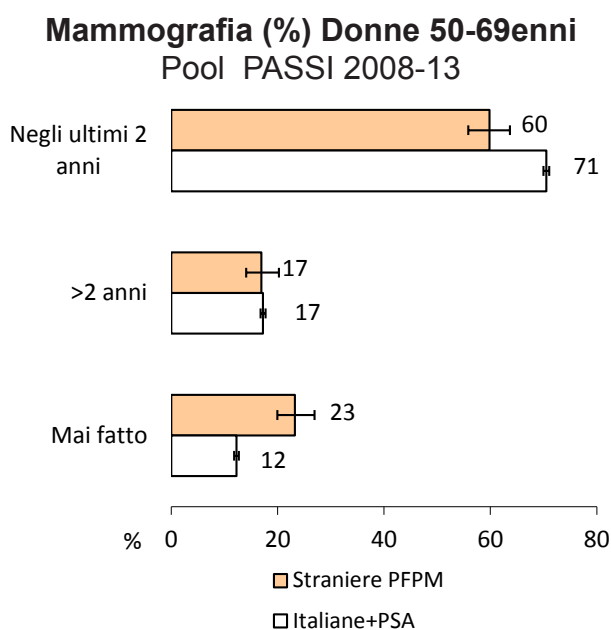
Una vasta revisione della letteratura disponibile sui programmi europei di screening organizzati della mammella ha concluso che i benefici in termini di vite salvate superano del doppio i casi di sovradiagnosi: ogni 1000 donne, sottoposte a screening biennale a partire dai 50 anni fino ai 68-69, il guadagno di vite oscilla tra 7 e 9, a fronte di 4 casi di possibile sovradiagnosi.

Nel 2012 sono oltre 5 milioni le donne italiane di 50-69 anni residenti in aree in cui è attivo un programma di screening organizzato (pari al 75% circa della popolazione target); l'estensione dei programmi è ormai ampia nelle regioni del Nord e del Centro, mentre cresce molto lentamente nelle regioni meridionali.

La gratuità e l'offerta attiva dei programmi di screening organizzati sono elementi importanti per favorire l'equità d'accesso, riducendo le disuguaglianze non solo per condizione economica-sociale, ma anche per cittadinanza. Le donne migranti aderiscono in percentuale minore rispetto alle italiane, in particolare quelle residenti nelle Regioni meridionali e da meno anni in Italia .

## Prevalenza della mammografia preventiva

- Nel periodo 2008-13 il 60% delle straniere PFPM 50-69enni ha riferito di aver eseguito una mammografia negli ultimi due anni; questo valore è statisticamente inferiore rispetto a quello delle Italiane/PSA (71%).
- Il 23% delle donne straniere PFPM 50-69enni invece ha riferito di non aver mai eseguito la mammografia, valore statisticamente maggiore rispetto a quello delle italiane/PSA. Lo stesso fenomeno si osserva anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età (Vedi Appendice X).
- Rispetto all'area di provenienza delle intervistate si nota che la prevalenza di donne che hanno riferito di aver eseguito una mammografia nei tempi raccomandati è minore nelle straniere provenienti da paesi dell'Asia (41%), mentre nelle donne PFPM provenienti dall'America la copertura è sovrapponibile a quella delle italiane/PSA (71%).



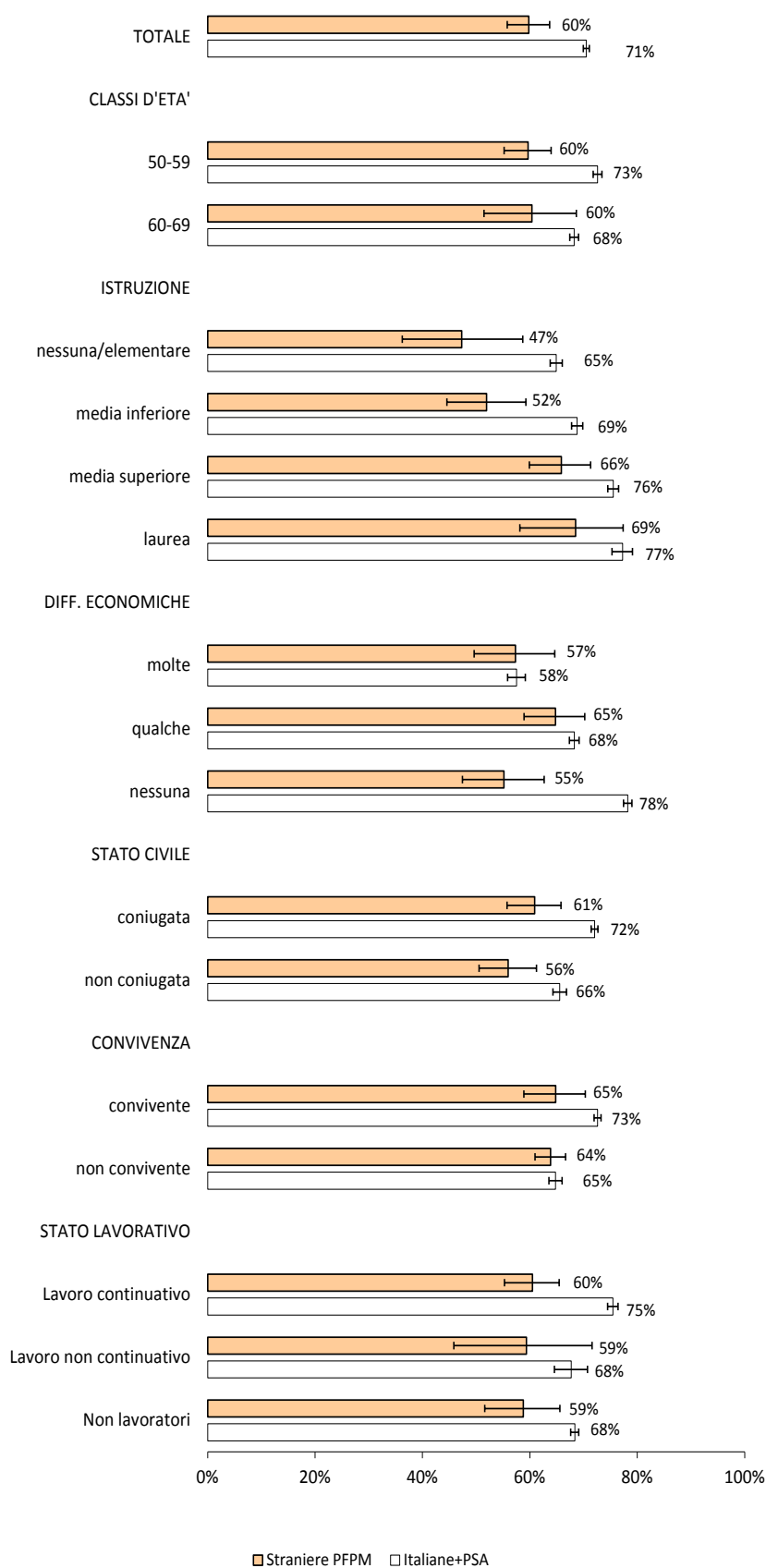
## **Caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno eseguito la mammografia negli ultimi 2 anni**

- Nelle straniere PFPM la prevalenza di esecuzione della mammografia nei tempi raccomandati non presenta in genere differenziali significativi per caratteristiche socio-demografiche: l'unica differenza statisticamente significativa si osserva nell'istruzione tra scolarità media inferiore e superiore.

Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiane/PSA e straniere PFPM si osserva che:

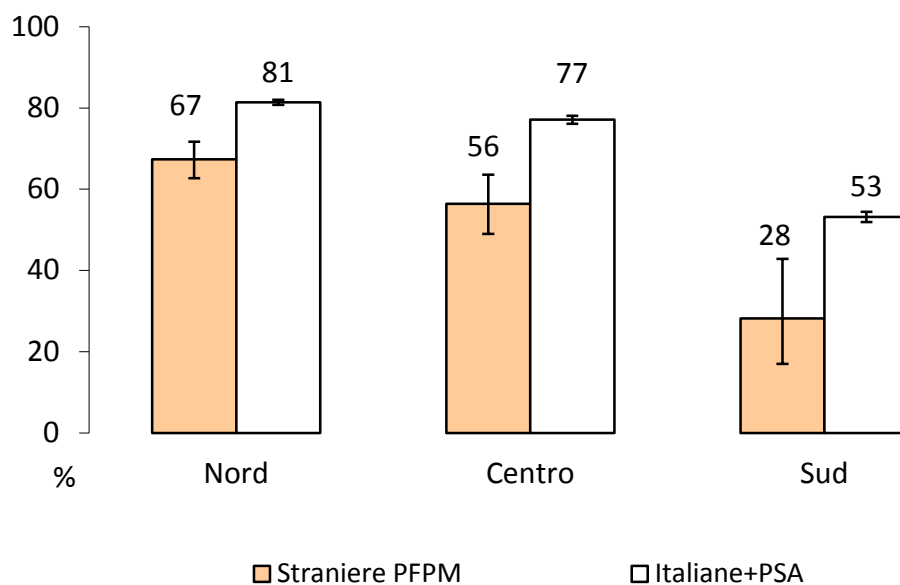
- nella fascia d'età 50-59 anni la prevalenza è statisticamente minore nelle straniere PFPM rispetto alle italiane/PSA
- per ogni livello d'istruzione la prevalenza è statisticamente maggiore nelle italiane/PSA, tranne la laurea; nelle straniere PFPM si evidenzia un gradiente per istruzione più marcato
- nelle straniere PFPM senza difficoltà economiche la prevalenza è minore rispetto alle italiane/PSA, mentre i valori sono sovrapponibili in presenza di molte e qualche difficoltà economica.
- nelle straniere PFPM la prevalenza di esecuzione della mammografia non mostra il gradiente osservato nelle italiane /PSA
- sono presenti differenziali per lo stato civile: le donne straniere PFPM conviventi eseguono meno la mammografia rispetto alle italiane/PSA
- rispetto allo stato lavorativo, le donne straniere PFPM presentano in ogni condizione valori inferiori a quelli delle italiane/PSA.

## Mammografia negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio-demografiche (%) Donne 50-69enni Pool PASSI 2008-13



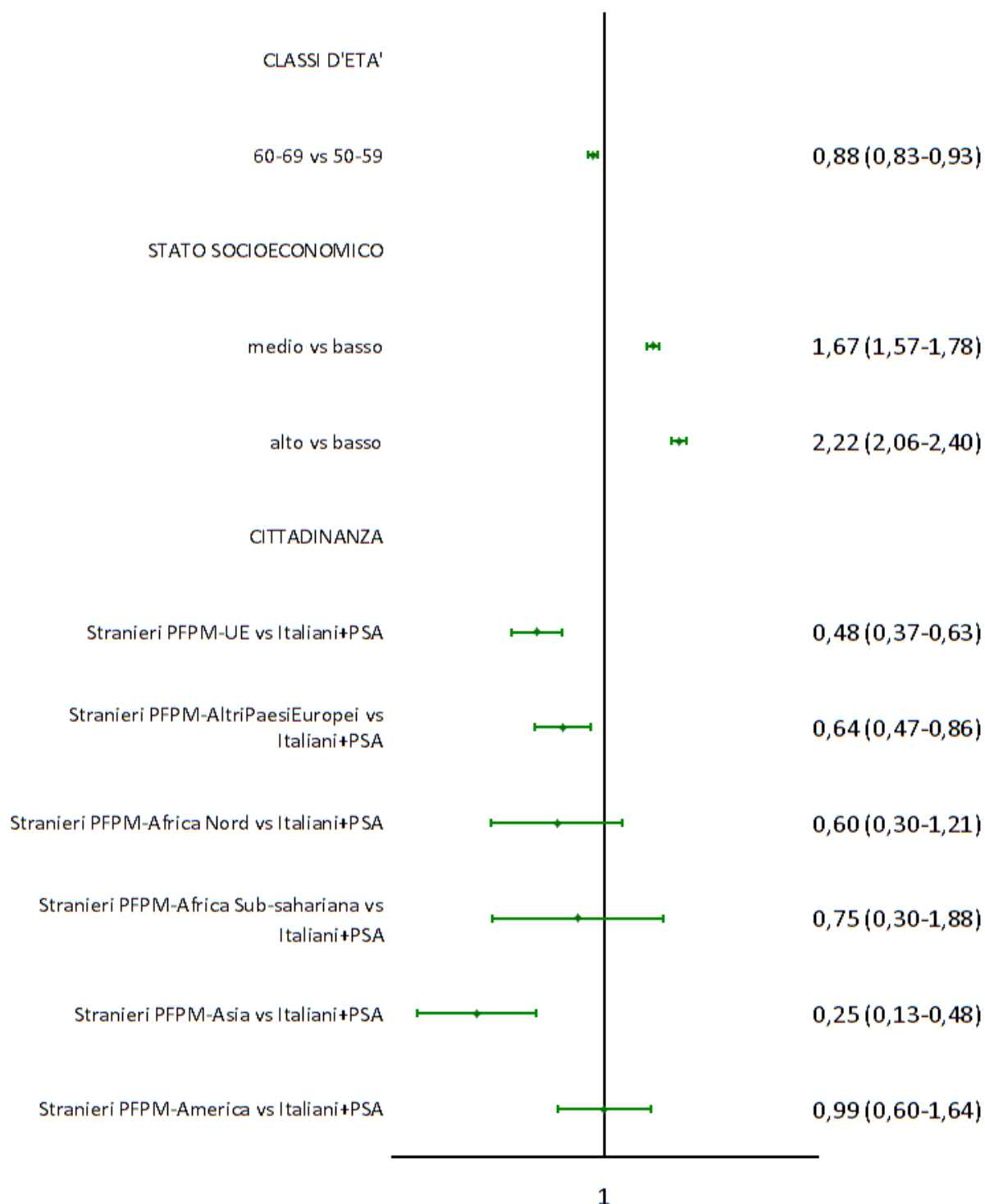
- Analizzando il fenomeno per ripartizione geografica, tra le donne straniere PFPM si nota una prevalenza maggiore di esecuzione della mammografia negli ultimi 2 anni al Nord e al Centro rispetto al Sud; il gradiente risulta più marcato di quello presente tra le italiane/PSA.

**Mammografia negli ultimi 2 anni (%)**  
**Donne 50-69enni**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13



- Utilizzando un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come l'esecuzione della mammografia nei tempi raccomandati sia più diffusa nelle donne 50-59 anni e nelle donne con stato socio-economico medio-alto.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza, la probabilità di eseguire la mammografia è minore per straniere provenienti dall'Unione Europea, da Altri paesi europei e dall'Asia rispetto alle italiane/PSA.

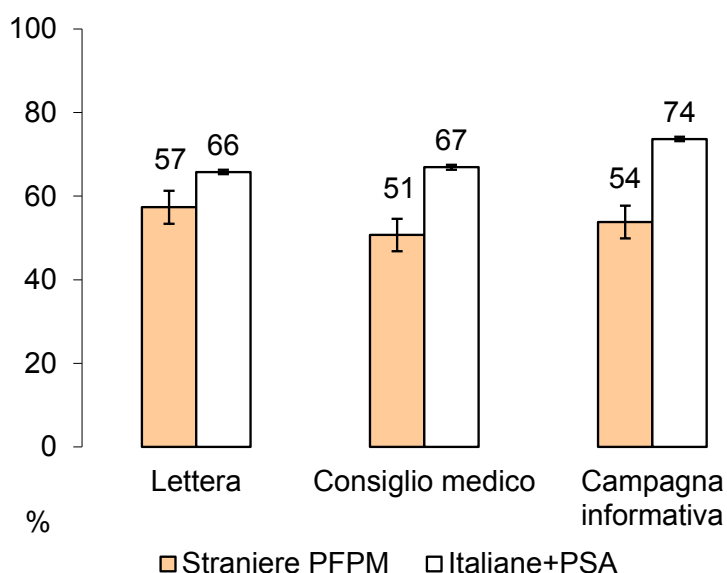
**Fattori associati all'esecuzione della mammografia negli ultimi 2 anni  
(regressione logistica)  
Pool PASSI 2008-13**



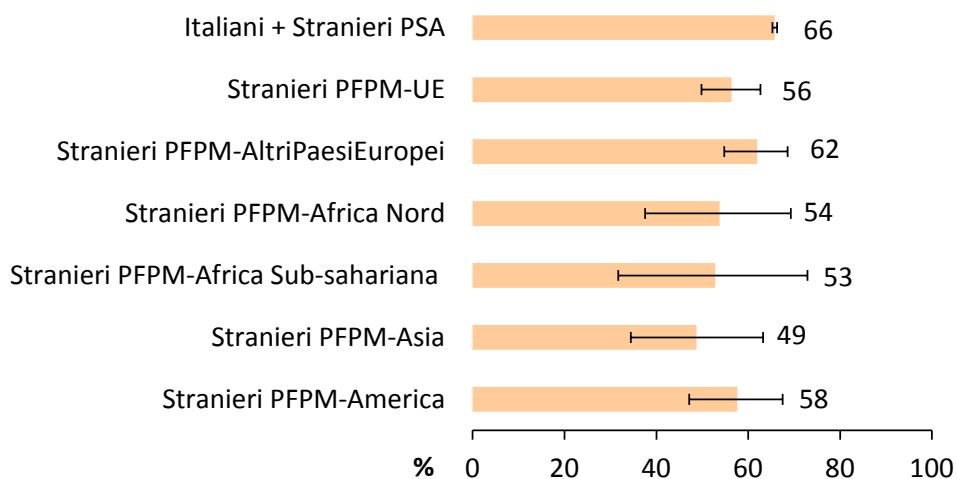
## Promozione per l'esecuzione della mammografia per la diagnosi precoce dei tumori alla mammella

- Complessivamente più della metà delle donne straniere PFPM ha dichiarato di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL (57%), il consiglio da un operatore sanitario di eseguire la mammografia (51%) e di aver visto o sentito una campagna informativa (54%). Questi valori risultano statisticamente inferiori rispetto a quelli delle donne italiane/PSA.
- Nella valutazione del fenomeno per area di provenienza, si notano differenziali interessanti per tutti i tipi di interventi: in particolare per la convocazione tramite lettera le donne provenienti dall'Asia mostrano una prevalenza minore (49%) rispetto a tutte le altre aree di provenienza, per il consiglio medico l'Africa Sub-Sahariana (29%) e per le campagne informative l'Africa del Nord (39%).

**Interventi di promozione per cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13

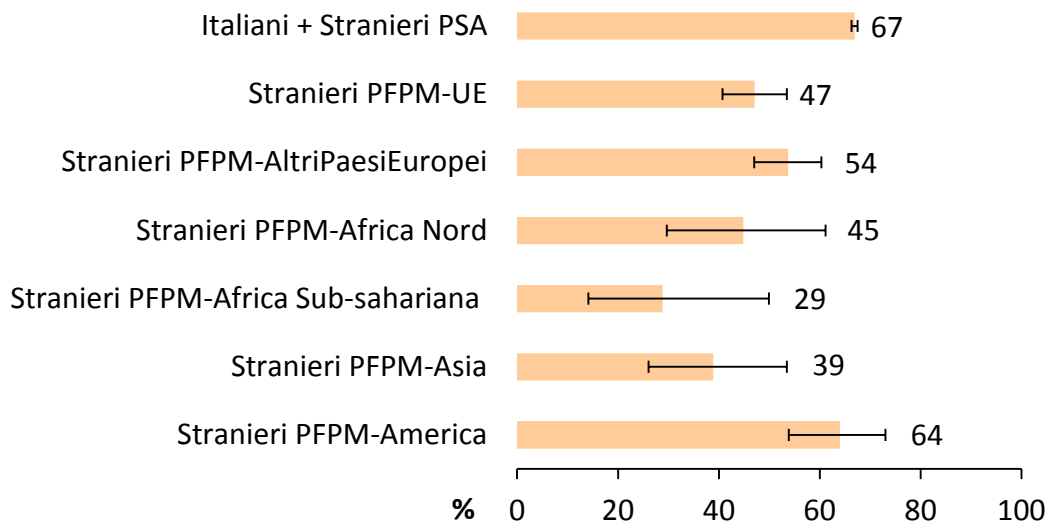


**Convocazione tramite lettera (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
Pool PASSI 2008-13

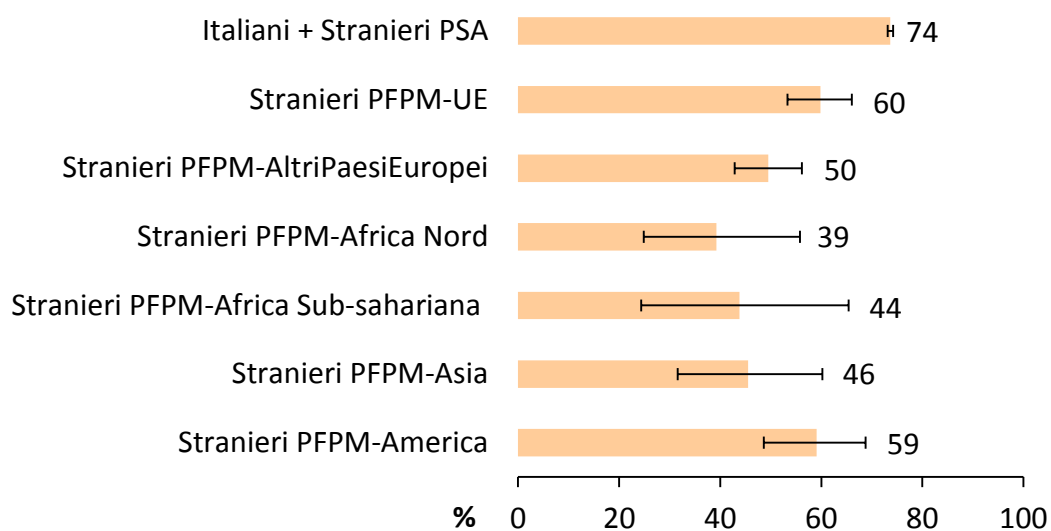




**Consiglio di eseguire una mammografia  
da parte di un operatore sanitario (%)**  
Distribuzione per area di provenienza  
Pool PASSI 2008-13

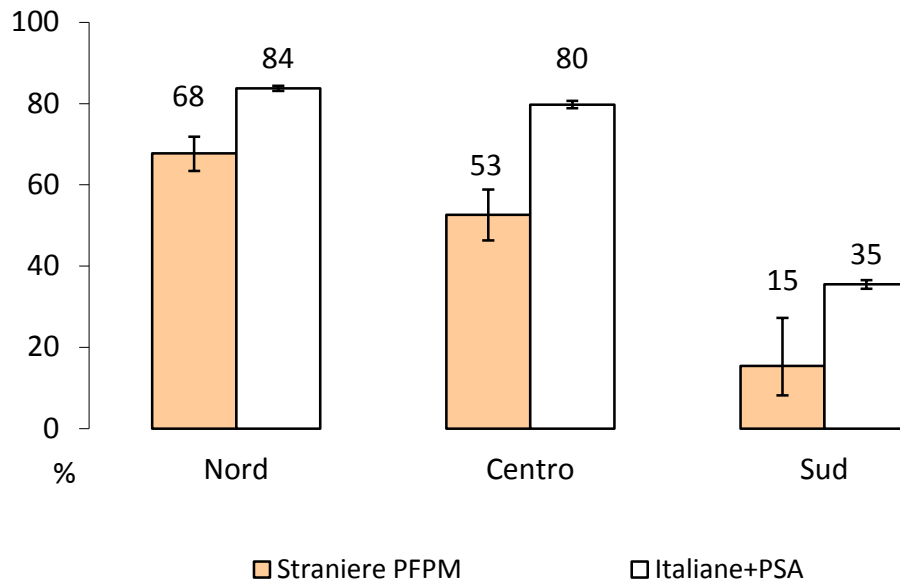


**Visione o ascolto di una campagna informativa (%)**  
Distribuzione per area di provenienza  
Pool PASSI 2008-13

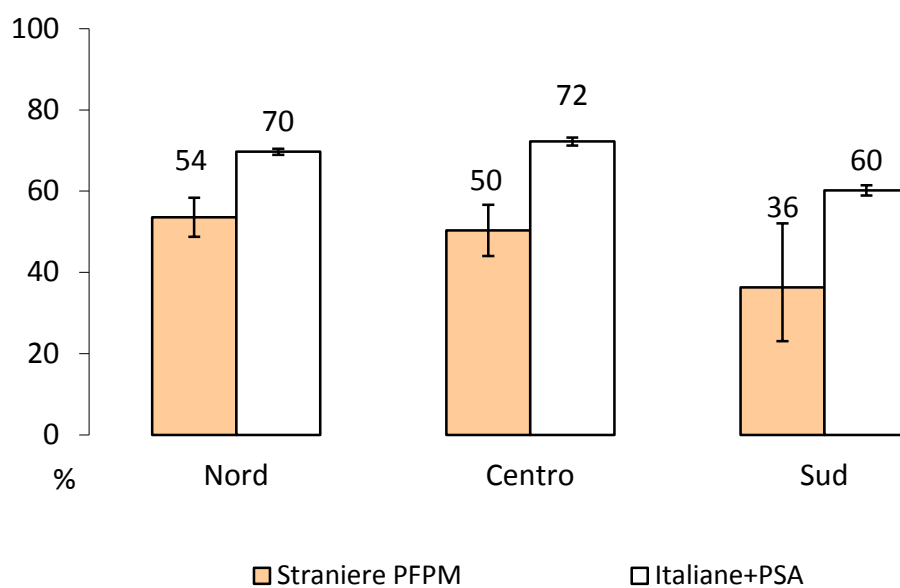


- Analizzando infine gli interventi di promozione per ripartizione territoriale, nelle donne straniere PFPM si evidenzia un gradiente Nord-Sud per la convocazione tramite lettera, mentre non si evidenziano differenziali per il consiglio e per le campagne informative.

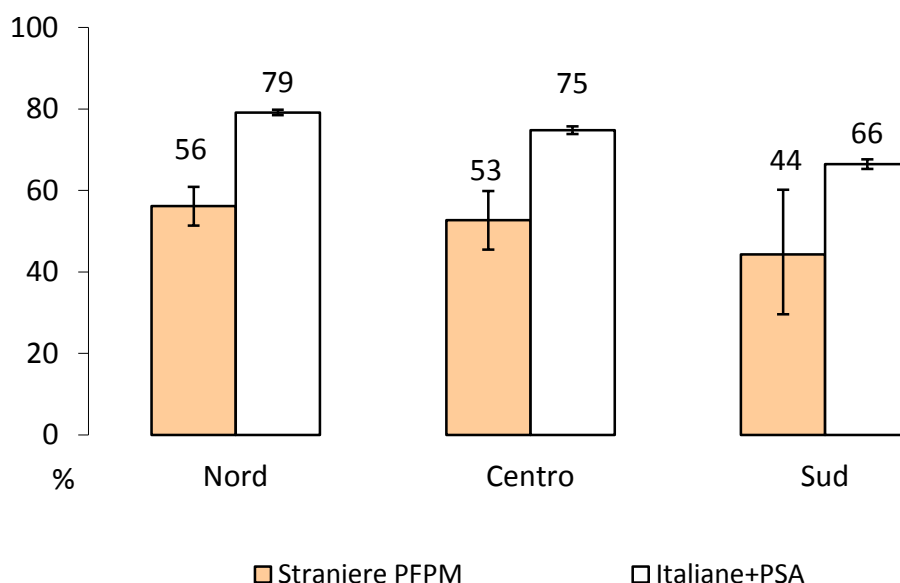
**Convocazione tramite lettera (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
 PASSI 2008-13



**Consiglio di eseguire una mammografia da parte di un operatore sanitario (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
 PASSI 2008-13



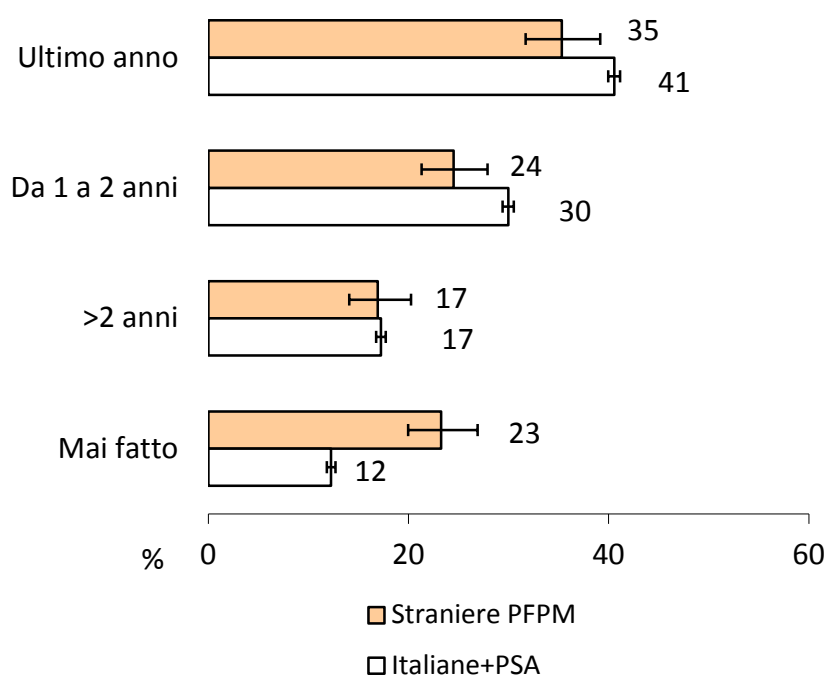
**Visione o ascolto di una campagna informativa (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
 PASSI 2008-13



**Periodicità di esecuzione della mammografia**

- Il 35% delle donne straniere PFPM 50-69enni ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva nel corso nell'ultimo anno; questo valore risulta minore rispetto a quello rilevato nelle donne italiane/PSA.
- Il 23% delle donne straniere PFPM ha riferito di non aver mai eseguito una mammografia, valore statisticamente maggiore rispetto a quella delle italiane/PSA.

**Periodicità di esecuzione della mammografia (%)**  
 Pool PASSI 2008-13

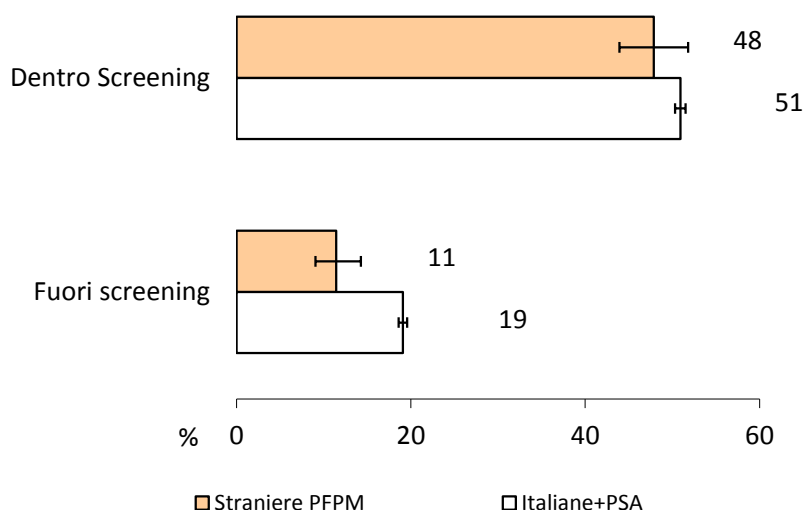


## Esecuzione della mammografia dentro o fuori programma di screening organizzato

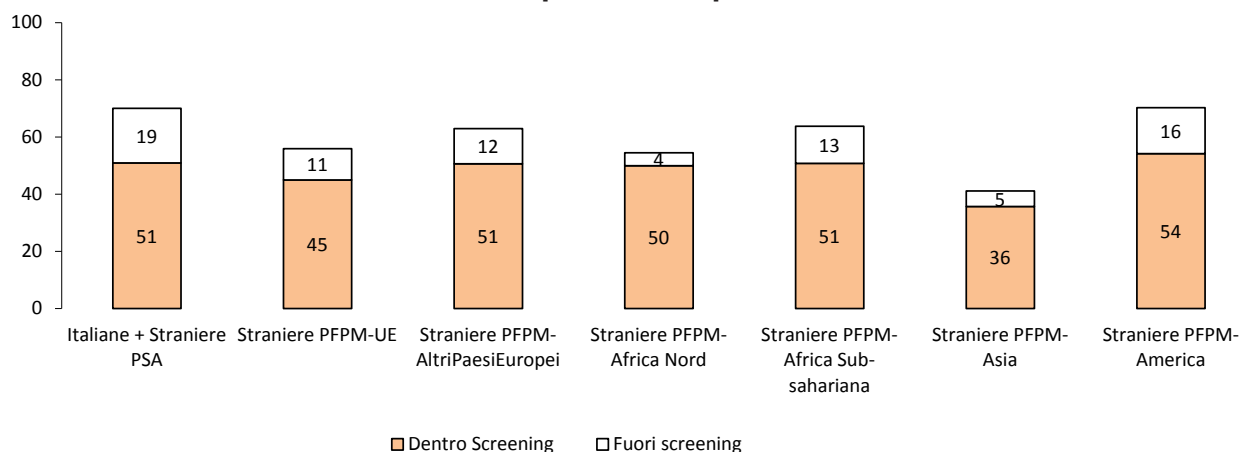
- Si stima che il 48% delle donne straniere PFPM abbiano eseguito la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato e tale prevalenza non differisce significativamente da quella delle italiane/PSA.
- Per quanto riguarda le donne che hanno eseguito la mammografia fuori da programmi di screening organizzati si nota che la prevalenza è statisticamente maggiore per le italiane/PSA rispetto alle straniere/PFPM.

Analizzando il fenomeno per area di provenienza, le straniere PFPM provenienti dall'America sono quelle che maggiormente eseguono la mammografia sia all'interno che al di fuori di programmi di screening organizzati.

**Esecuzione mammografia dentro/fuori programma di screening organizzato (%)**  
Pool PASSI 2008-13



**Esecuzione mammografia dentro/fuori programma di screening organizzato (%)**  
Distribuzione per area di provenienza

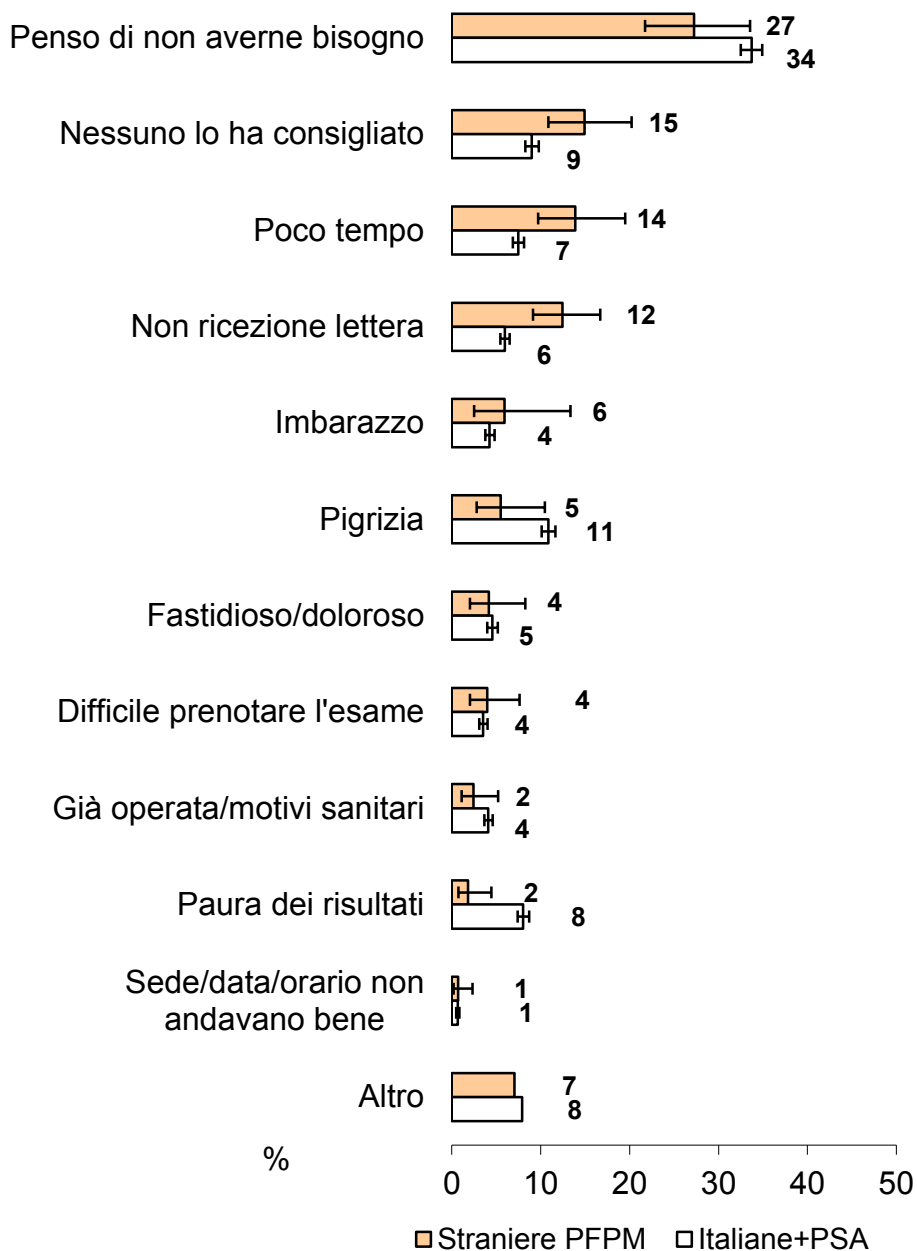


## Motivi della non esecuzione della mammografia nei tempi raccomandati

- Una quota pari al 40% delle donne straniere PFPM 50-69enni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce dei tumori alla mammella, in quanto non ha mai eseguito l'esame (23%) o l'ha eseguito da oltre due anni (17%).
- La non esecuzione pare associata a una molteplicità di fattori: escluse le donne che riferiscono la presenza di patologie, le motivazioni più rilevanti riferite dalle straniere PFPM sono: non averne bisogno (27%), non aver ricevuto il consiglio (15%) e poco tempo (14%). La prevalenza di donne straniere PFPM che dichiarano di non aver ricevuto il consiglio e di aver avuto poco tempo è statisticamente maggiore rispetto alle italiane/PSA.

### Motivi di non esecuzione della mammografia (%)

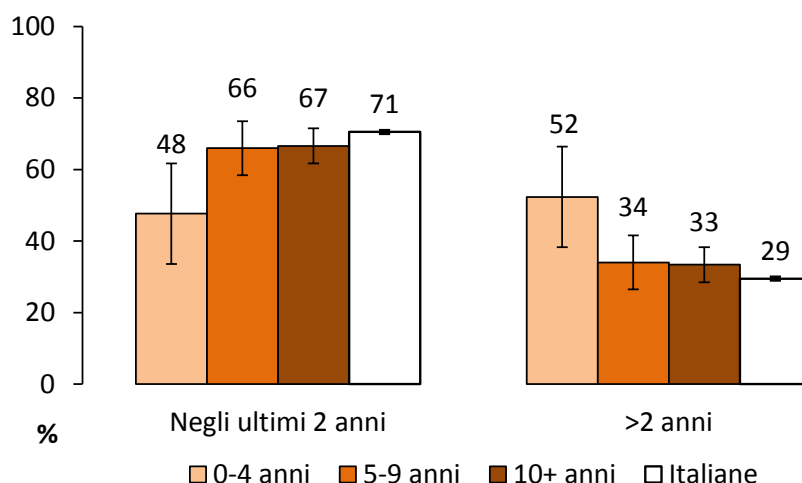
Pool PASSI 2008-13



## Tempo trascorso in Italia e diagnosi precoce dei tumori alla mammella

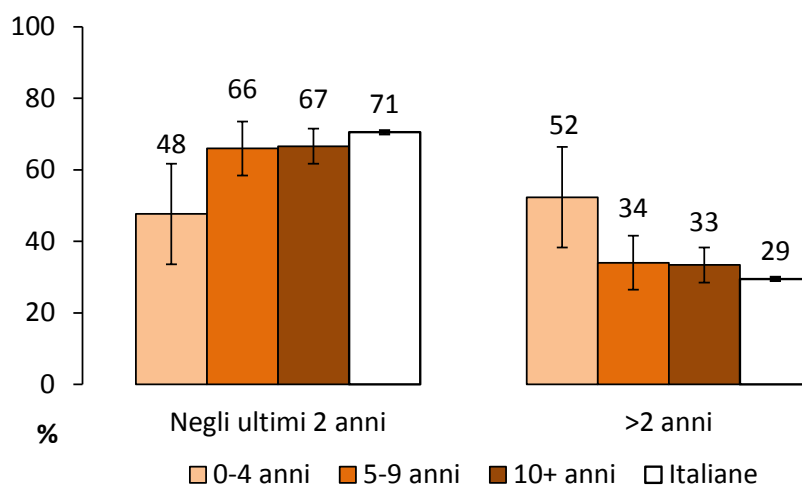
- Analizzando le informazioni in base al tempo trascorso in Italia, non si evidenziano differenze statisticamente significative nella prevalenza della mammografia nei tempi raccomandati (negli ultimi 2 anni).
- Si osserva comunque che la prevalenza è maggiore nelle donne straniere PFPM che vivono in Italia da più di 4 anni rispetto a quelle che vi risiedono da meno tempo.

**Mammografia per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13

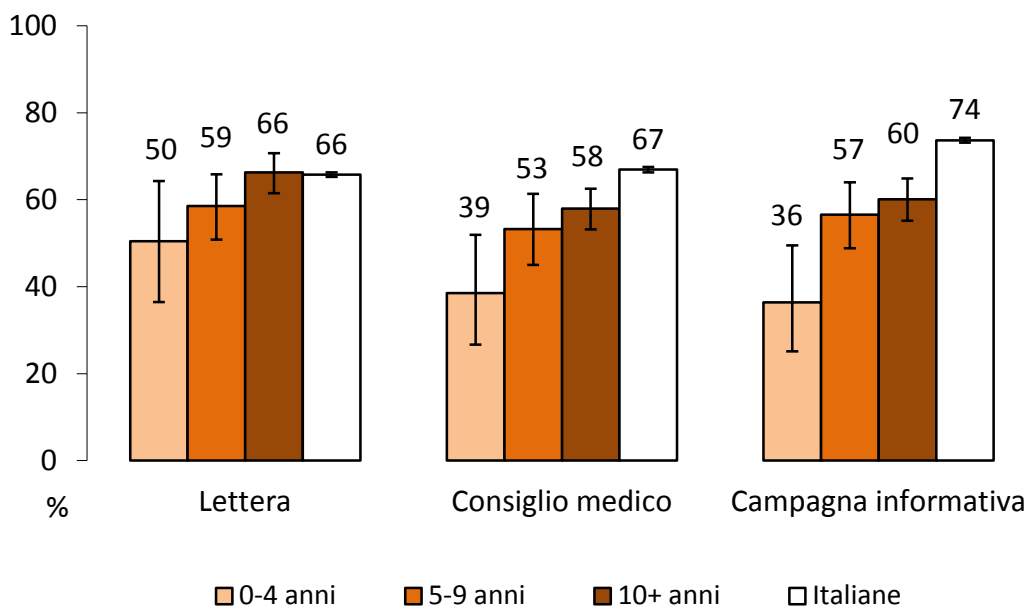


- I risultati standardizzati confermano le informazioni ottenute dal dato non standardizzato.
- Per quanto riguarda gli interventi di promozione dell'esecuzione della mammografia, si osserva che i tre interventi considerati (lettera, consiglio e campagna informativa) sono meno frequenti nelle donne che vivono in Italia da meno di 4 anni e crescono progressivamente all'aumentare degli anni passati in Italia; i differenziali non raggiungono la significatività statistica sia nel dato standardizzato sia in quello non standardizzato.

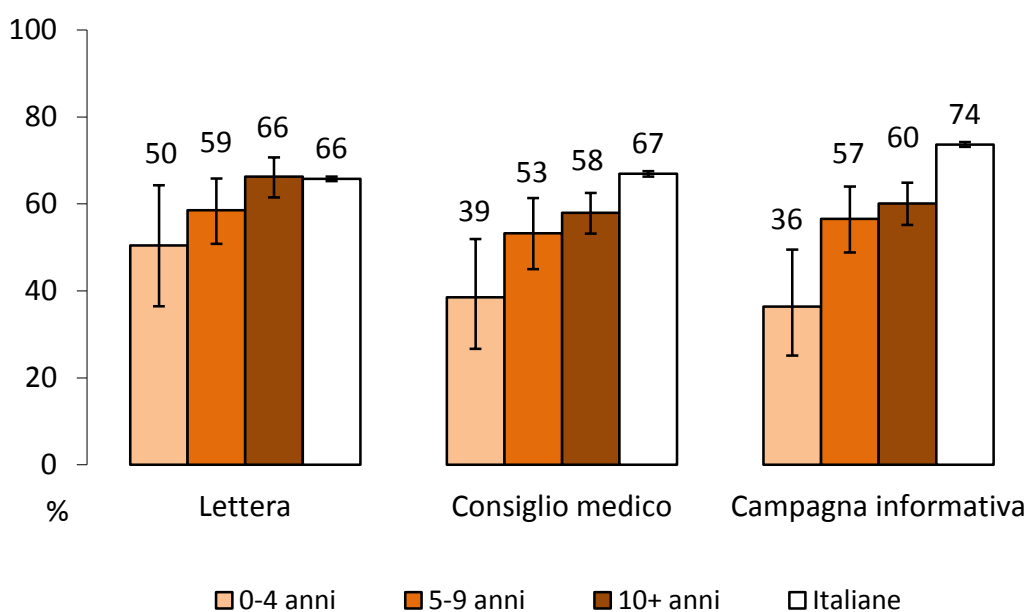
**Mammografia per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Standardizzazione per età e genere**  
Pool PASSI 2008-13



**Interventi di promozione  
per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2008-13



**Interventi di promozione  
per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Standardizzazione per età e genere**  
Pool PASSI 2008-13



## Sintesi e considerazioni

Nelle donne straniere PFPM la copertura al test di screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella è significativamente inferiore a quelle italiane; la copertura in particolare è bassa nelle donne provenienti dal continente asiatico.

Come per le donne italiane/PSA, la copertura è significativamente inferiore nelle donne straniere PFPM con basso titolo d'istruzione e in quelle residenti nelle Regioni meridionali, dove l'estensione dei programmi di screening organizzati è sensibilmente minore. La maggior parte delle donne straniere PFPM (in particolare di provenienza dal Nord Africa e dai Paesi asiatici) ha eseguito il test di screening all'interno dei programmi di screening organizzati, senza pagare alcun ticket per l'esame; il ricorso alla prevenzione individuale rimane in genere più limitato rispetto alle donne italiane.

Gli interventi di promozione della mammografia (lettera, consiglio di un sanitario, campagne informative) raggiungono solo la metà delle donne straniere PFPM, con valori sensibilmente più bassi rispetto a quelle italiane/PSA; in particolare le donne straniere residenti nelle regioni meridionali sono ancor meno raggiunte dagli interventi di promozione considerati.

Rispetto alle provenienze geografiche si evidenziano alcune differenze nella penetrazione degli interventi di promozione: la lettera raggiunge meno frequentemente le donne asiatiche, il consiglio quello dell'Africa sub-sahariana e le campagne informative quelle del Nord Africa.

Il tempo trascorso in Italia è un altro elemento importante, che condiziona la copertura al test di screening: le donne straniere PFPM residenti nel nostro Paese da meno di 5 anni hanno infatti livelli di copertura alla mammografia bassi e sono raggiunte con maggiore difficoltà dagli interventi di promozione, mentre quelle residenti da 10 e più anni si avvicinano maggiormente ai valori riscontrati nelle donne italiane/PSA.

Questi dati richiamano all'importanza di estendere i programmi di screening su tutto il territorio italiano e di individuare "strategie" mirate, che tengano conto anche della diversità culturali nel raggiungere le donne straniere.



## Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Il carcinoma coloretale è una delle neoplasie più frequenti per incidenza e mortalità nei paesi industrializzati.

In Italia i tumori del colon retto sono un problema sanitario rilevante e si collocano al terzo posto per incidenza tra gli uomini, al secondo tra le donne. In entrambi i sessi, l'incidenza è aumentata tra la metà degli anni Ottanta e gli anni Novanta, seguita da una lieve riduzione della mortalità.

In Italia sono circa 52.000 i nuovi casi diagnosticati ogni anno con tassi di incidenza nella popolazione italiana di 30 casi per 100 mila nelle donne e 52 casi per 100 mila negli uomini. Sulla base della situazione attuale si prevedono per il 2012 quasi 20.000 decessi per carcinoma del colon-retto (di cui il 55% negli uomini) (AIRTUM 2012).

Riguardo alla sopravvivenza, l'Italia è in linea con la media europea: 49% per gli uomini e 51% per le donne. )

Lo screening coloretale è il programma di screening più recentemente attivato. Il programma di prevenzione dei tumori coloretali regionale prevede lo screening con la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-69 anni, la colonscopia nei familiari di primo grado dei casi riscontrati e la promozione della colonscopia per le persone di età 70-74 anni che non l'abbiano eseguita nei dieci anni precedenti.

Complessivamente in Italia nel 2012 sono state invitate oltre 4 milioni di persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni (+9% rispetto al 2011); di queste circa 50.000 persone hanno ricevuto un invito alla retto-sigmoidoscopia. Il trend di espansione del programma di screening complessivamente

raggiunge il 57%, ma sono presenti marcate differenze territoriali: nel Nord quasi 8 persone su 10 sono regolarmente invitate, quasi 6 su 10 nel Centro e meno di 2 su 10 nel Sud Italia (ONS, 2013).

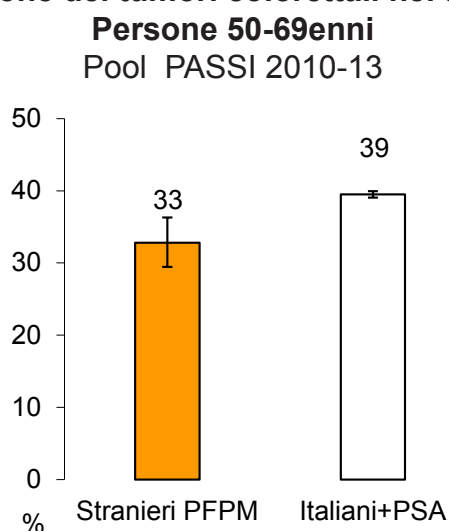
La gratuità e l'offerta attiva dei programmi di screening organizzati sono elementi importanti per favorire l'equità d'accesso, riducendo le diseguaglianze non solo per condizione economica-sociale, ma anche per cittadinanza. Le persone migranti aderiscono in percentuale minore rispetto alle italiane, in particolare quelle residenti nelle Regioni meridionali e da meno anni in Italia .

Si riportano i dati relativi agli anni compresi tra il 2010 e il 2013 a causa delle modifiche effettuate al questionario.

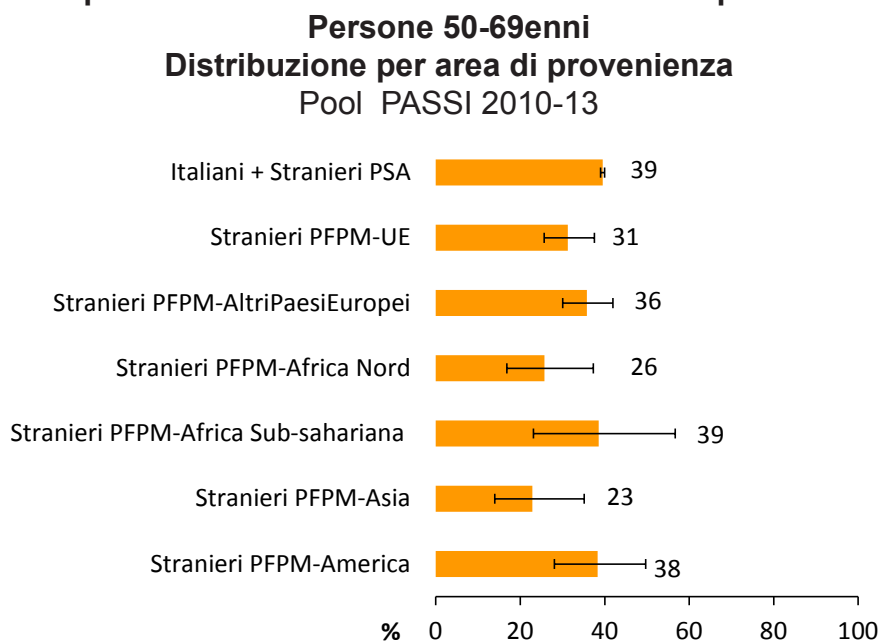
## Prevalenza degli esami di screening coloretali

- Nel periodo 2010-13 il 33% degli stranieri PFPM 50-69enni ha riferito di aver eseguito un esame di screening coloretale<sup>1</sup>; questo valore è statisticamente minore rispetto agli italiani/PSA (39%). Lo stesso fenomeno si osserva anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età. (Vedi Appendice X)
- Rispetto all'area di provenienza degli intervistati si nota che la prevalenza di persone che hanno riferito di aver eseguito un esame di screening coloretale nei tempi raccomandati è minore negli stranieri provenienti da paesi dell'Asia (23%).

### Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati (%)



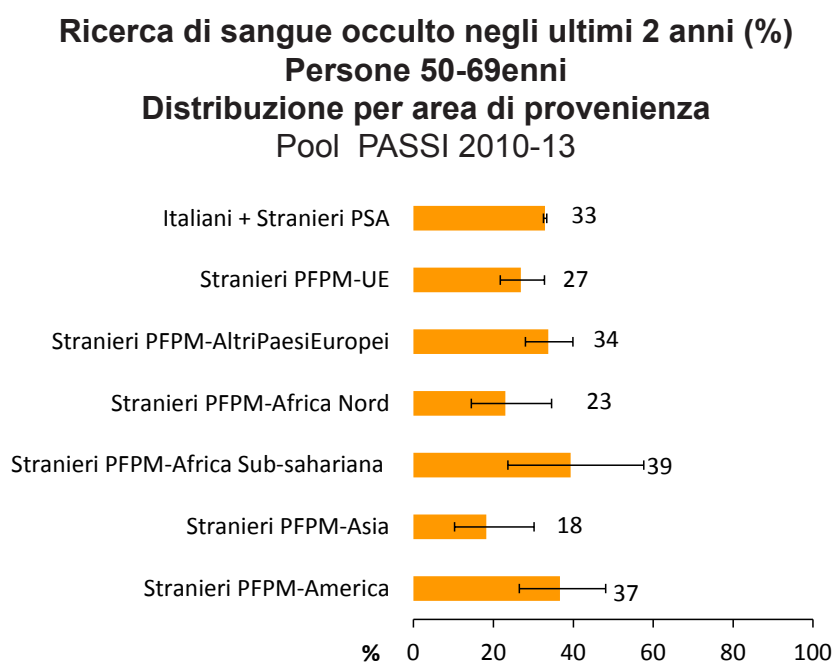
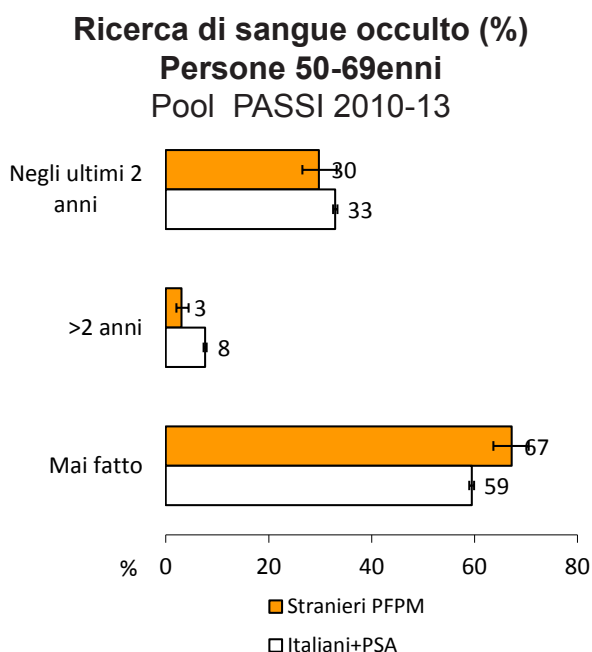
### Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati (%)



<sup>1</sup>Aver eseguito un sangue occulto negli ultimi 2 anni oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni; il Piemonte contribuisce al dato nazionale con un algoritmo dedicato che tiene conto del diverso protocollo di screening (rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni)

## Prevalenza della ricerca del sangue occulto nelle feci

- Nel periodo 2010-13 il 30% degli stranieri PFPM 50-69enni ha riferito di aver eseguito una ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni, valore che non differisce in modo significativo da quella degli italiani/PSA, mentre il 67% riferisce di non averla mai eseguita e risulta statisticamente maggiore rispetto agli italiani/PSA. Lo stesso fenomeno si osserva anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età. (Vedi Appendice X)
- Rispetto all'area di provenienza degli intervistati si nota che la prevalenza di persone che hanno riferito di aver eseguito la ricerca del sangue occulto nei tempi raccomandati è minore negli stranieri provenienti da paesi dell'Asia (18%).



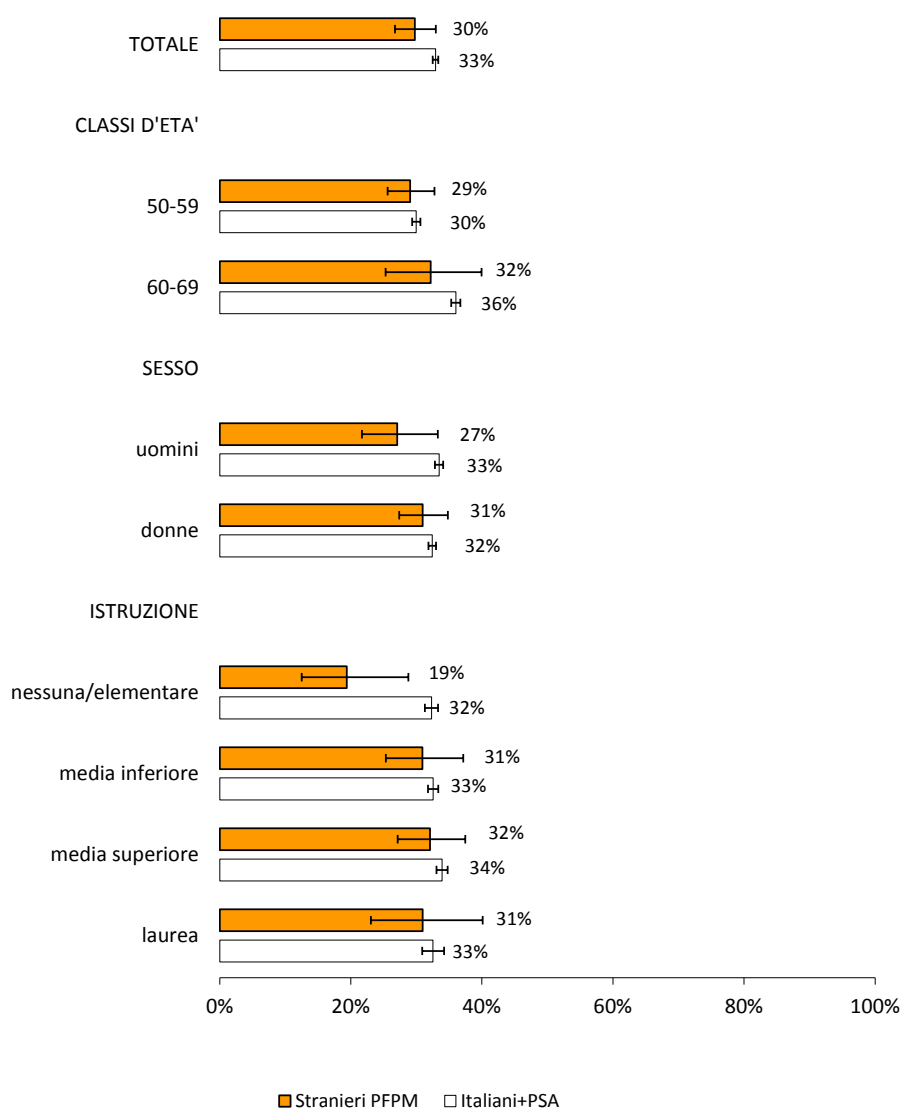
## Caratteristiche delle persone che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni

- Negli stranieri PFPM la prevalenza di esecuzione della ricerca del sangue occulto non presenta differenziali statisticamente significativi per caratteristiche socio-demografiche.
- Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiani/PSA e stranieri PFPM si osserva che:
  - la prevalenza è minore negli stranieri PFPM con bassa scolarità rispetto agli italiani/PSA
  - la prevalenza è minore negli stranieri PFPM senza difficoltà economiche rispetto agli italiani/PSA; inoltre la prevalenza negli italiani/PSA cresce al diminuire delle difficoltà riferite, mentre ciò non avviene negli stranieri PFPM
  - non si evidenziano differenziali per età, sesso e condizione lavorativa.

### Ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio-demografiche (%)

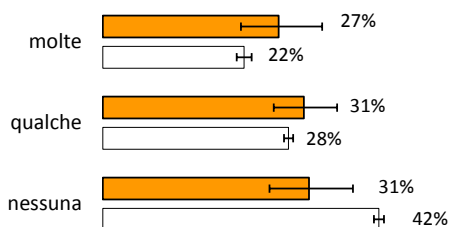
Persone 50-69enni

Pool PASSI 2010-13

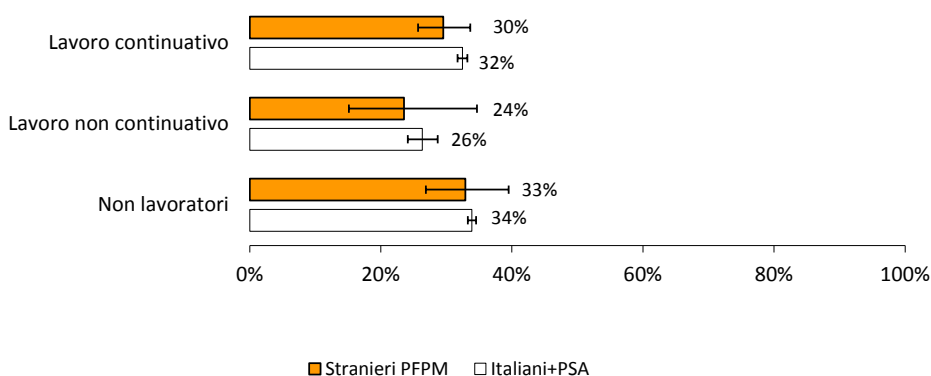


**Ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni  
per caratteristiche socio-demografiche (%)  
Persone 50-69enni  
Pool PASSI 2010-13**

**DIFF. ECONOMICHE**

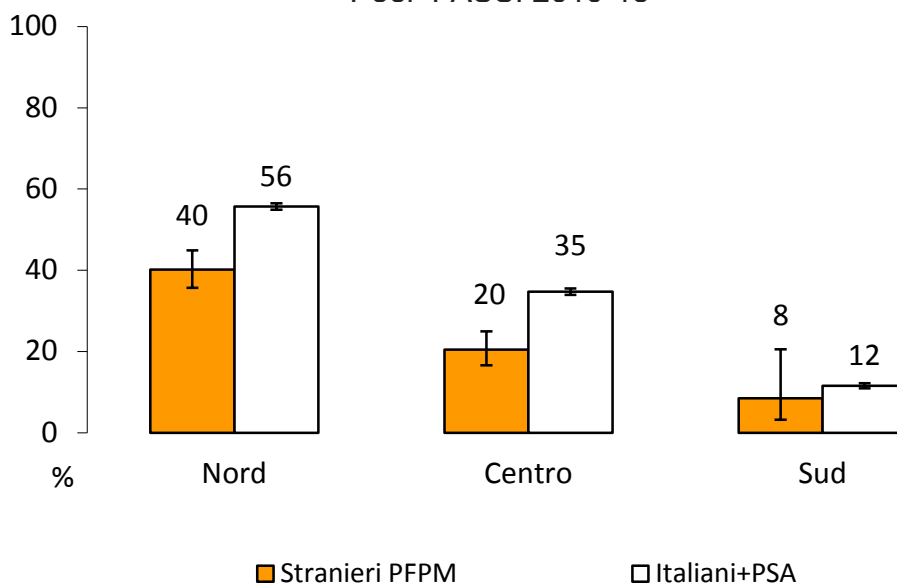


**STATO LAVORATIVO**



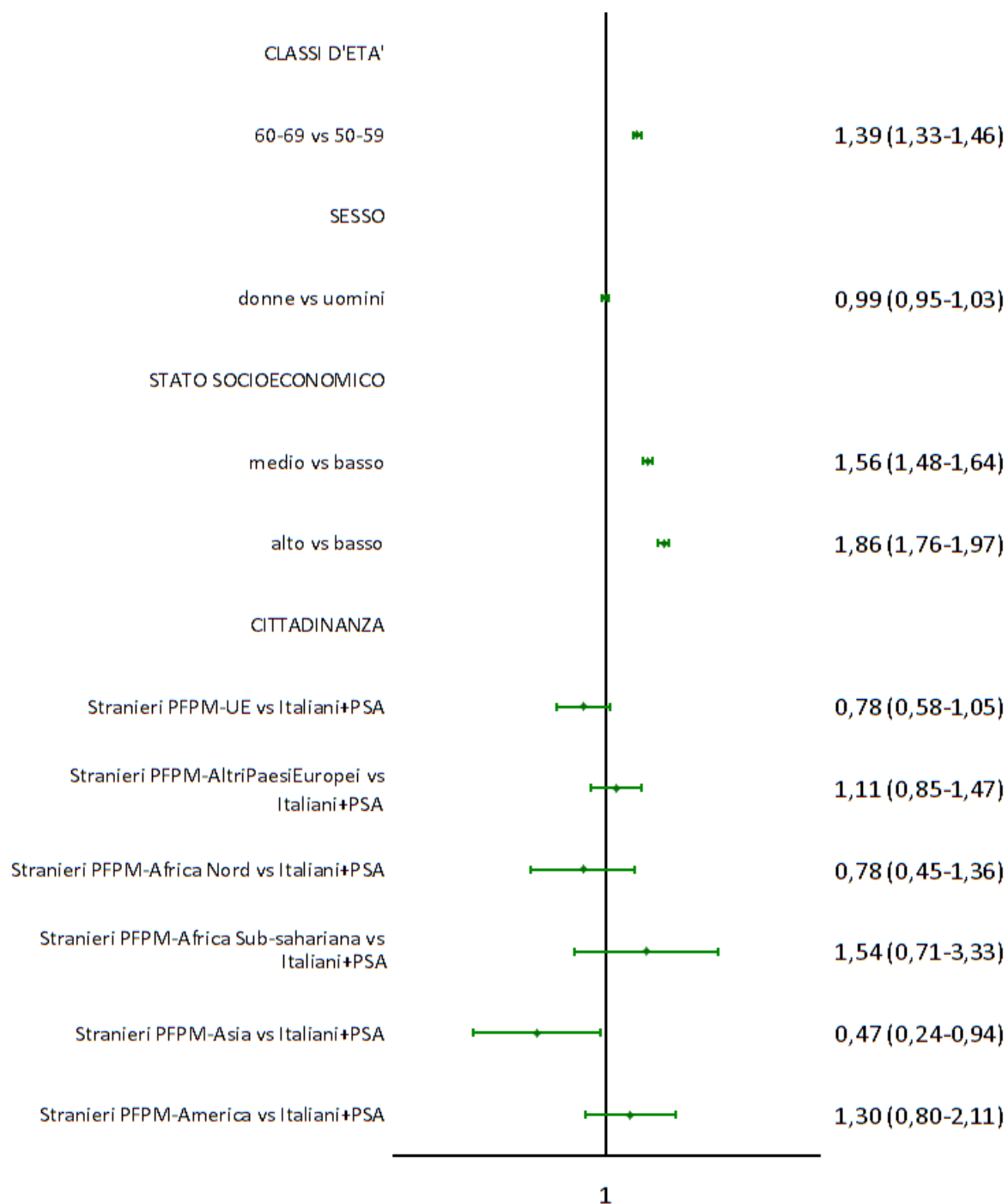
- Analizzando il fenomeno per ripartizione geografica, tra gli stranieri PFPM si nota una prevalenza maggiore di esecuzione della ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni al Nord rispetto al Centro e soprattutto al Sud; il gradiente è presente anche tra gli italiani/PSA.

**Ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)  
Persone 50-69enni  
Distribuzione per ripartizione  
Pool PASSI 2010-13**



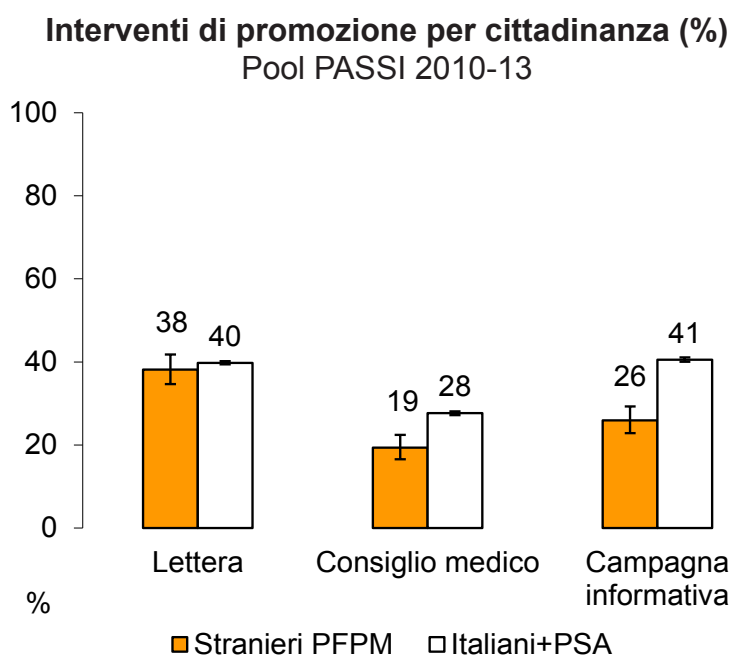
- Utilizzando un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come l'esecuzione della ricerca del sangue occulto nei tempi raccomandati sia più diffusa nelle persone di 60-69 anni e in quelle con stato socio-economico medio-alto, mentre non si evidenziano differenze per sesso.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza la probabilità di eseguire la ricerca è minore per stranieri provenienti dall'Asia rispetto agli italiani/PSA, mentre non si evidenziano differenziali significativi per le altre aree di provenienza.

**Fattori associati all'esecuzione della ricerca di  
sangue occulto negli ultimi 2 anni  
(regressione logistica)  
Pool PASSI 2010-13**

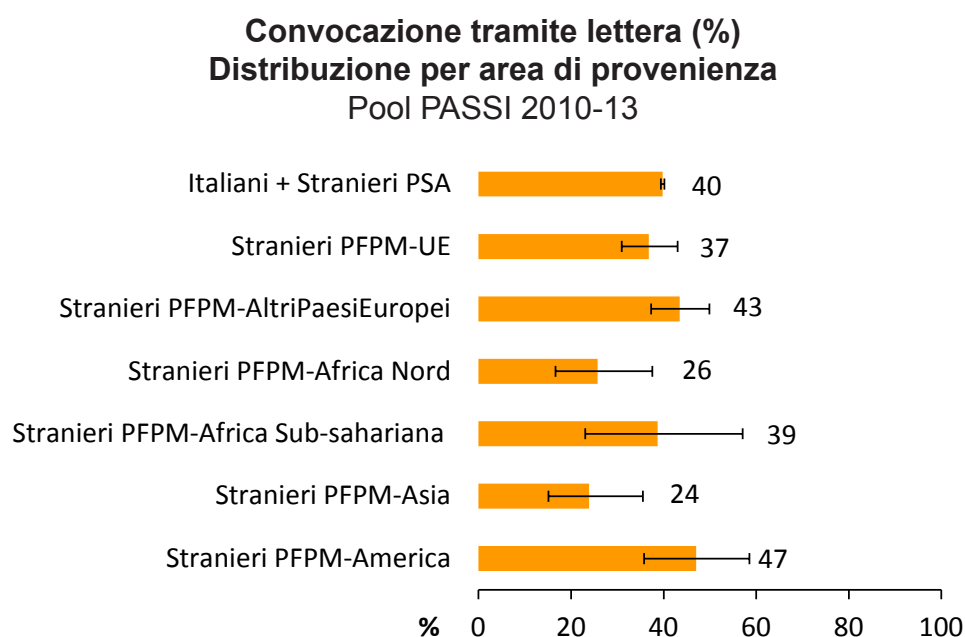


## Promozione per l'esecuzione della ricerca del sangue occulto per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto

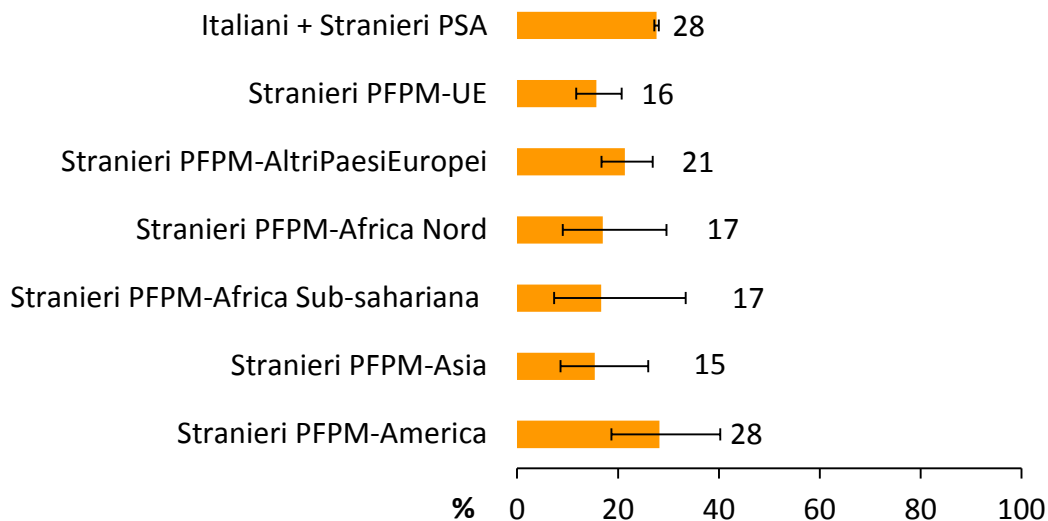
- Complessivamente più di un terzo degli stranieri (38%) ha dichiarato di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, il 19% il consiglio da un operatore sanitario di eseguire l'esame e il 26% di aver visto o sentito una campagna informativa. I valori riferiti al consiglio e alle campagne informative risultano statisticamente inferiori rispetto a quelle degli italiani/PSA.



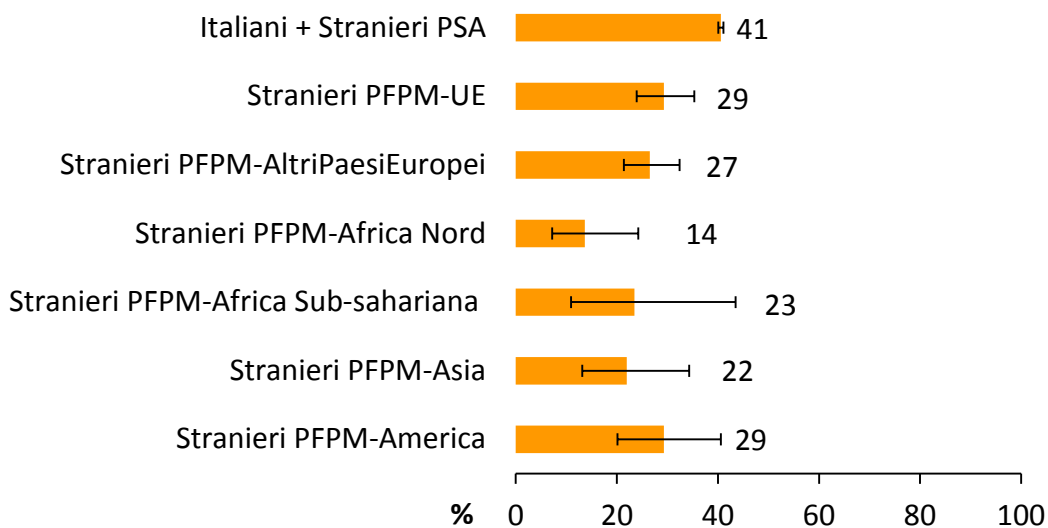
- Nella valutazione del fenomeno per area di provenienza, si notano differenziali interessanti per tutti i tipi di interventi: in particolare le persone provenienti dall'Asia mostrano prevalenze minori per la convocazione tramite lettera e il consiglio medico, mentre l'Africa del Nord per la visione o ascolto di campagne formative.



**Consiglio di eseguire una ricerca di sangue occulto  
da parte di un operatore sanitario (%)**  
Distribuzione per area di provenienza  
Pool PASSI 2010-13



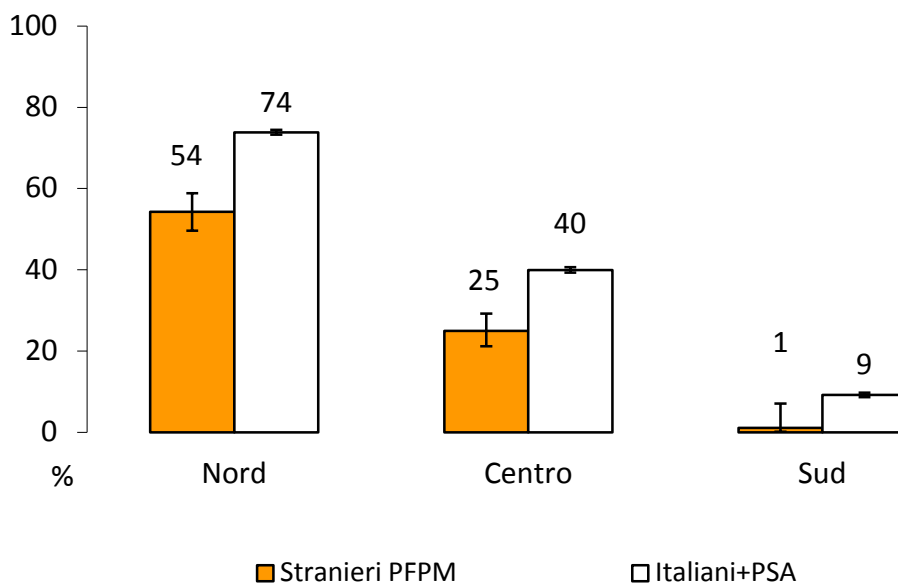
**Visione o ascolto di una campagna informativa (%)**  
Distribuzione per area di provenienza  
Pool PASSI 2010-13



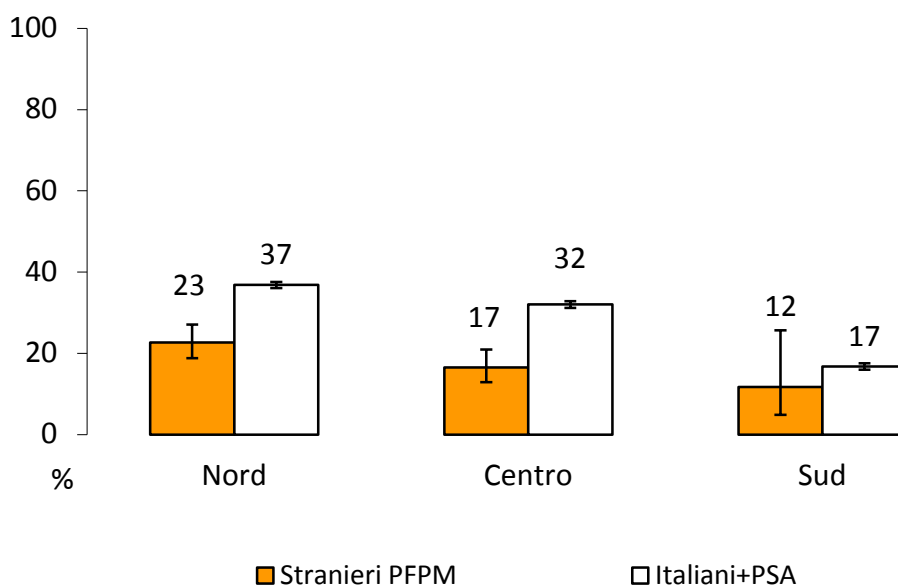


- Analizzando infine gli interventi di promozione per ripartizione territoriale, negli stranieri PFPM si evidenzia un gradiente Nord-Sud per la convocazione tramite lettera, mentre non si evidenziano differenziali statisticamente significativi per il consiglio. Per quanto riguarda la visione o ascolto di campagne formative si evidenzia una prevalenza maggiore al Nord rispetto al Centro e al Sud.

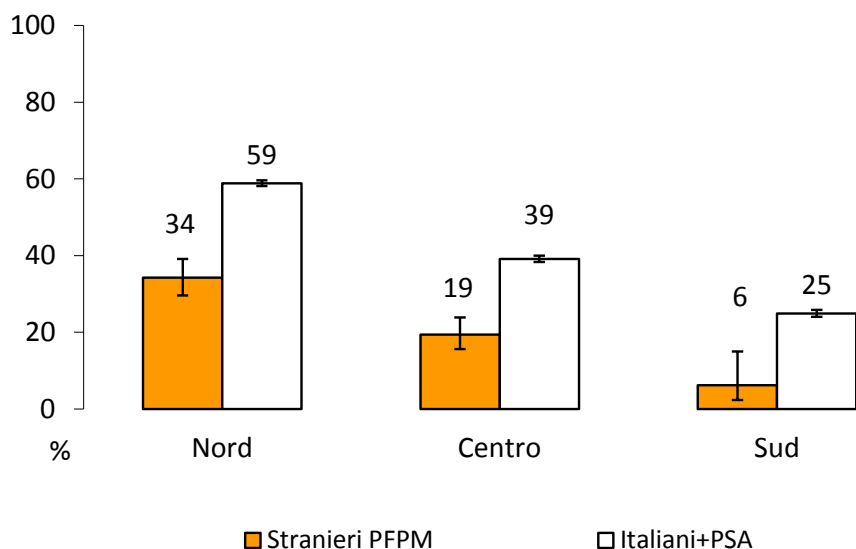
**Convocazione tramite lettera (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
 PASSI 2010-13



**Consiglio di eseguire una ricerca di sangue occulto da parte di un operatore sanitario (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
 PASSI 2010-13



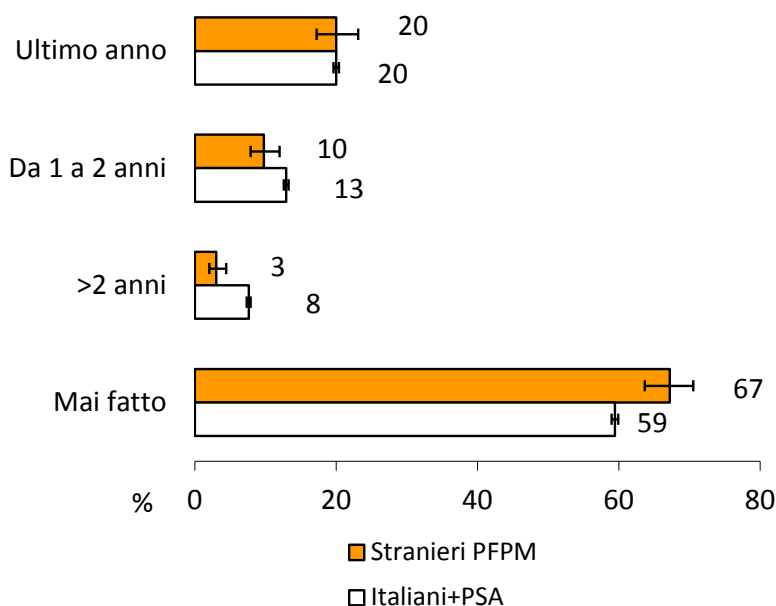
**Visione o ascolto di una campagna informativa (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
 PASSI 2010-13



**Periodicità di esecuzione della ricerca del sangue occulto**

- Il 20% delle persone straniere PFPM 50-69enni ha riferito di aver eseguito una ricerca del sangue occulto nel corso nell'ultimo anno; questo valore non differisce da quello rilevato negli italiani/PSA.
- Oltre i due terzi (67%) degli stranieri PFPM dichiara di non aver mai eseguito una ricerca del sangue occulto, percentuale statisticamente maggiore rispetto a quella degli italiani/PSA.

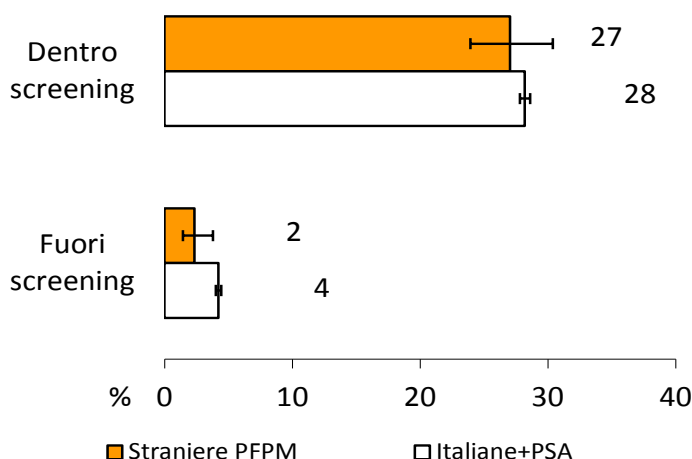
**Periodicità di esecuzione (%)**  
**della ricerca di sangue occulto**  
 Pool PASSI 2010-13



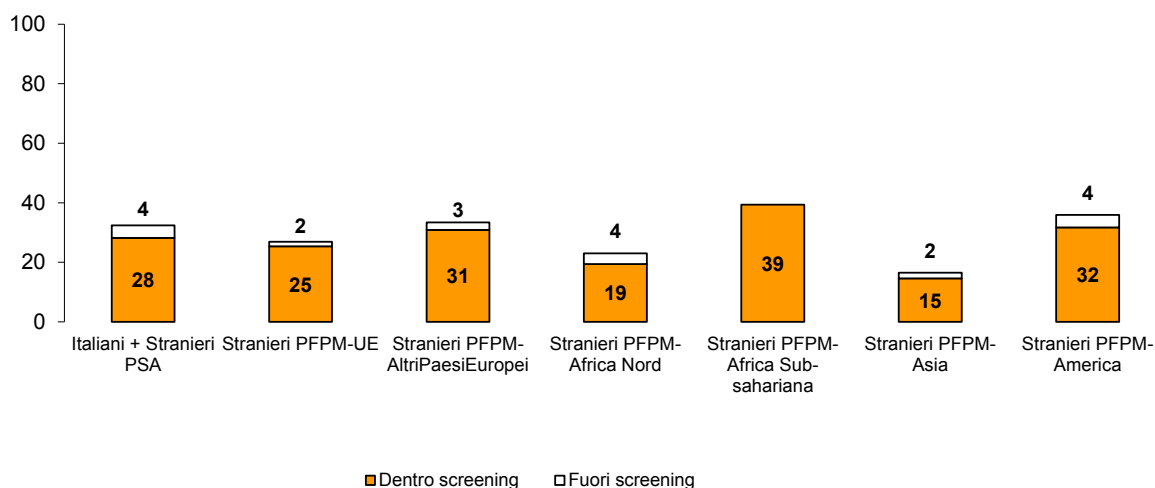
## Esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci dentro o fuori programma di screening organizzato

- Si stima che il 27% degli stranieri PFPM abbiano eseguito la ricerca del sangue occulto all'interno di un programma di screening organizzato e tale prevalenza non differisce significativamente da quella degli italiani/PSA.
  - Per quanto riguarda gli stranieri PFPM che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto fuori da programmi di screening organizzati si nota che la prevalenza è statisticamente maggiore per gli italiani/PSA rispetto agli stranieri/PFPM.
- Analizzando il fenomeno per area di provenienza, gli stranieri PFPM provenienti dall'Africa Sub-Sahariana sono quelli che maggiormente eseguono la ricerca mentre non la eseguono al di fuori di programmi di screening organizzati.

**Esecuzione della ricerca di sangue occulto dentro/fuori programma di screening organizzato (%)**  
Pool PASSI 2010-13



**Modalità di pagamento della ricerca di sangue occulto (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
Pool PASSI 2010-13

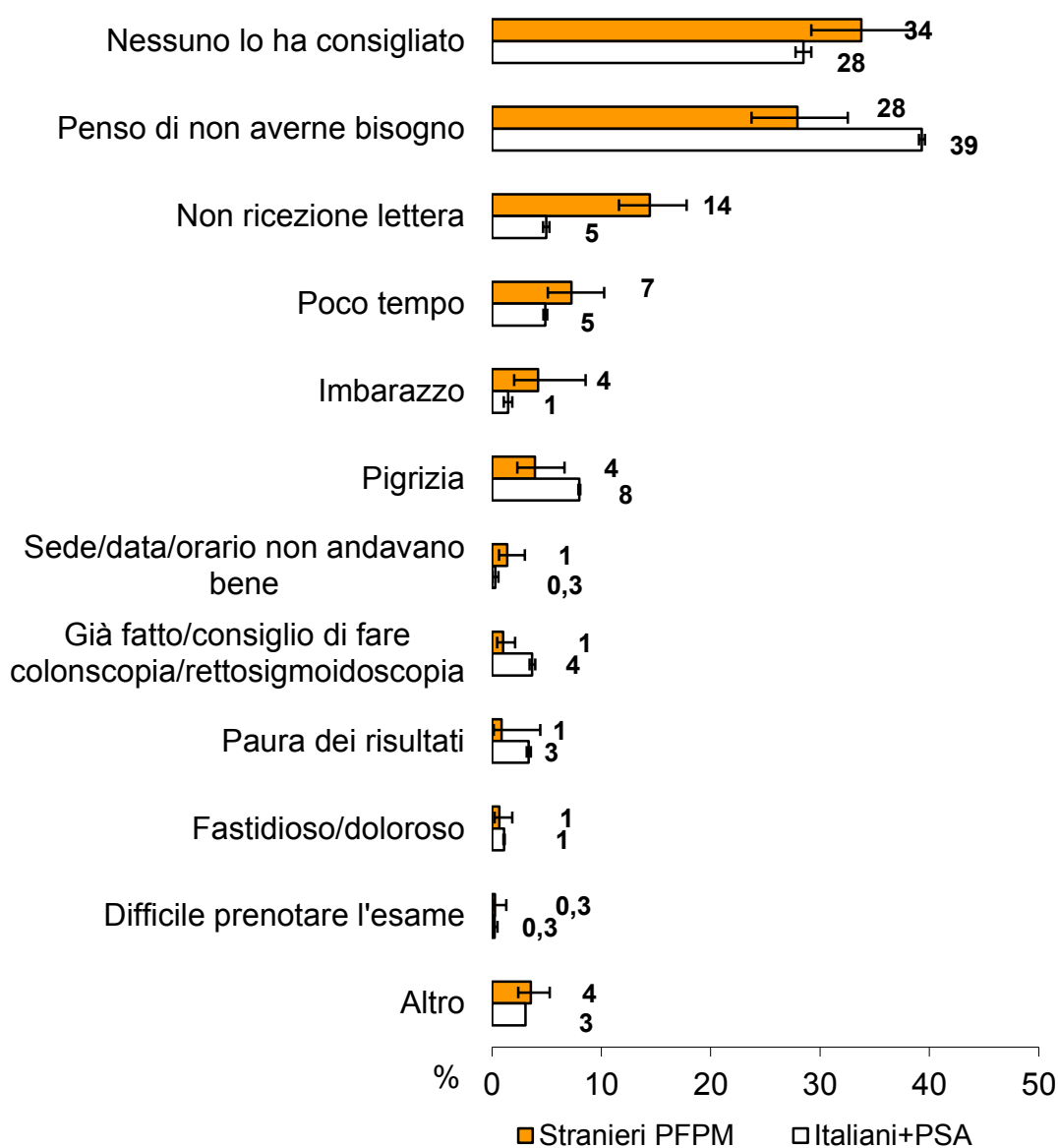


## Motivi della non esecuzione della ricerca del sangue occulto

- Una quota pari al 70% degli stranieri PFPM 50-69enni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce dei tumori al colon-retto, in quanto non ha mai eseguito una ricerca del sangue occulto (67%) o l'ha eseguita da oltre due anni (3%).
- La non esecuzione pare associata a una molteplicità di fattori: escluse le persone che riferiscono la presenza di patologie, le motivazioni più rilevanti riferite dagli stranieri PFPM sono: nessuno lo ha consigliato (34%) e non averne bisogno (28%).
- La prevalenza di stranieri PFPM che dichiarano di non aver ricevuto il consiglio e di aver avuto poco tempo è statisticamente diversa da quella degli italiani/PSA.

### Motivi di non esecuzione della ricerca di sangue occulto (%)

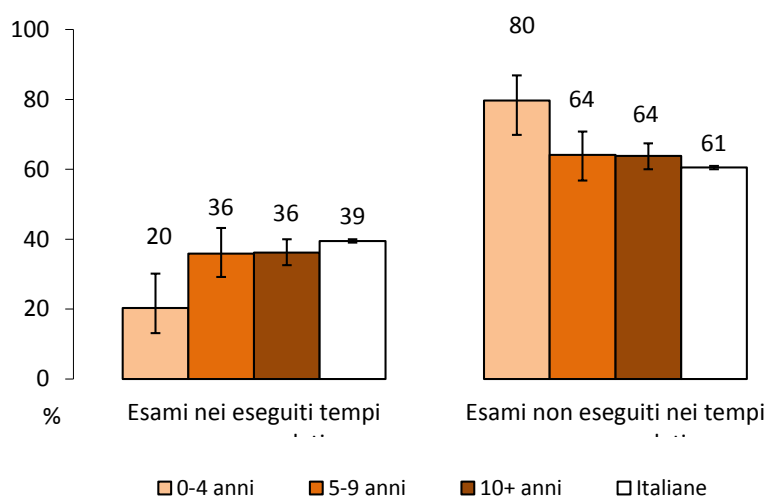
Pool PASSI 2010-13



## Tempo trascorso in Italia e diagnosi precoce dei tumori al colon-retto

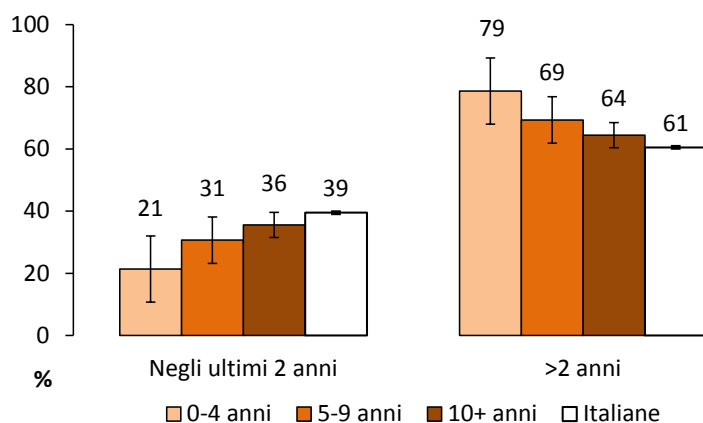
- Analizzando le informazioni in base al tempo trascorso in Italia, non si evidenziano differenze statisticamente significative nella prevalenza di persone che ha effettuato un esame di screening coloretto nei tempi raccomandati.
- Si osserva comunque che la prevalenza è maggiore per le persone che vivono in Italia da più di 4 anni rispetto a quelle che vi risiedono da meno tempo.

**Esami per la prevenzione dei tumori coloretto per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2010-13



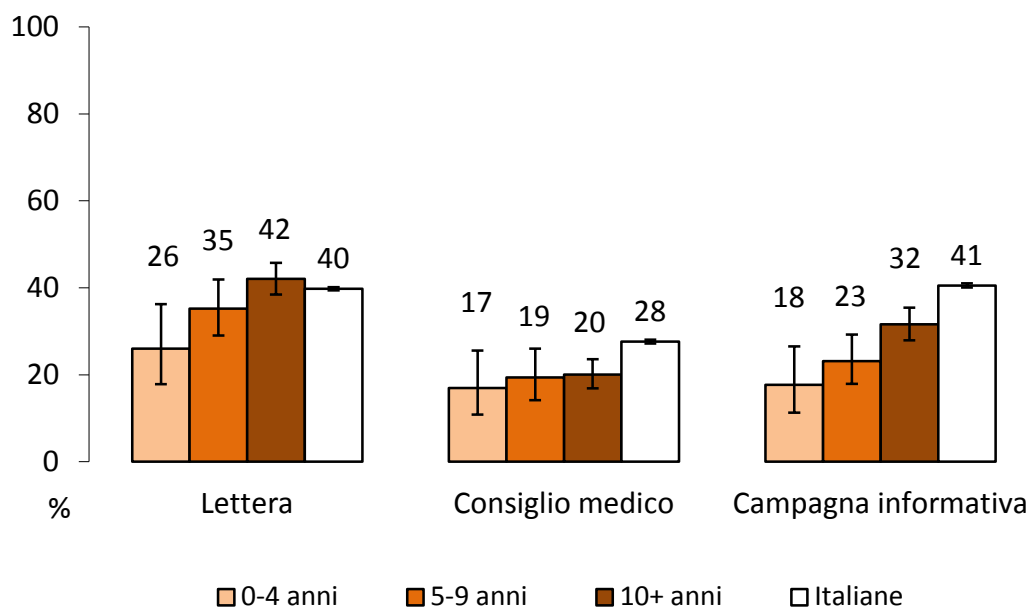
- I risultati standardizzati confermano le informazioni ottenute col dato non standardizzato, anche se sembra delinearsi un andamento crescente con l'aumentare degli anni passati in Italia per l'esecuzione della ricerca nei tempi raccomandati.

**Esami per la prevenzione dei tumori coloretto per tempo trascorso in Italia (%)**  
Standardizzazione per età e genere  
Pool PASSI 2010-13



- Per quanto riguarda gli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto non si evidenziano differenziali statisticamente significativi sia nel dato standardizzato che in quello non standardizzato. Nel dato non standardizzato per la lettera e la campagna informativa si osserva un andamento crescente della prevalenza all'aumentare degli anni passati in Italia.

**Interventi di promozione per tempo trascorso in Italia (%)**  
Pool PASSI 2010-13



## Sintesi e considerazioni

Nelle persone straniere PFPM la copertura al test di screening per la diagnosi precoce dei tumori coloretali è significativamente inferiore a quelle italiane; la copertura in particolare è bassa nelle persone provenienti dal continente asiatico.

La copertura è significativamente inferiore nelle persone straniere PFPM con basso titolo d'istruzione e in quelle residenti al Centro e, soprattutto, al Sud dove l'estensione dei programmi di screening organizzati è sensibilmente minore.

La maggior parte delle persone straniere PFPM (in particolare di provenienza dall'Africa Subsahariana e dai Paesi dell'Unione Europea) ha eseguito il test di screening all'interno dei programmi di screening organizzati, senza pagare alcun ticket per l'esame; il ricorso alla prevenzione individuale rimane molto contenuto.

Riguardo gli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto, gli stranieri PFPM sono meno coinvolti rispetto agli italiani/PSA: solo un terzo ha ricevuto la lettera di convocazione per eseguire l'esame e ancor meno il consiglio medico o le campagne; in particolare le persone straniere residenti nelle regioni centrali e soprattutto meridionali sono ancor meno raggiunte dagli interventi di promozione considerati.

Rispetto alle provenienze geografiche si evidenziano alcune differenze nella penetrazione degli interventi di promozione: la lettera e il consiglio raggiungono meno frequentemente le persone asiatiche, mentre le campagne informative quelle provenienti del Nord Africa.

Il tempo trascorso in Italia è un altro elemento importante, che condiziona la copertura al test di screening: le persone straniere PFPM residenti nel nostro Paese da meno di 5 anni hanno infatti livelli di copertura all'esame di screening bassi e sono raggiunte con maggiore difficoltà dagli interventi di promozione, mentre quelle residenti da 10 e più anni si avvicinano maggiormente ai valori riscontrati negli italiani/PSA.

Questi dati richiamano all'importanza di estendere i programmi di screening su tutto il territorio italiano e di individuare "strategie" mirate, che tengano conto anche della diversità culturali nel raggiungere le persone straniere.





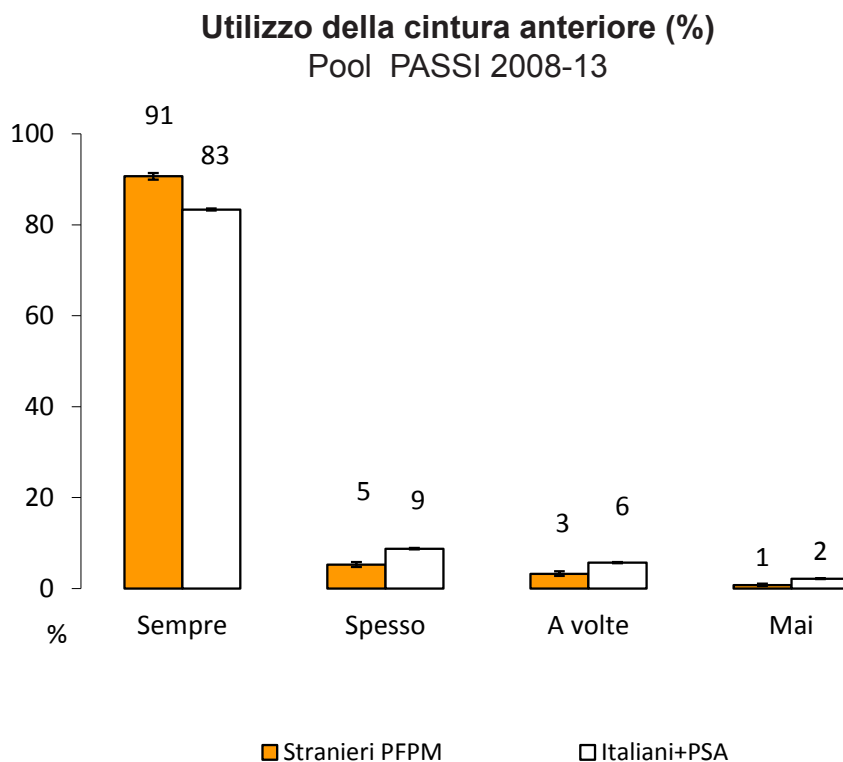
# Sicurezza

## Dispositivi per la sicurezza stradale

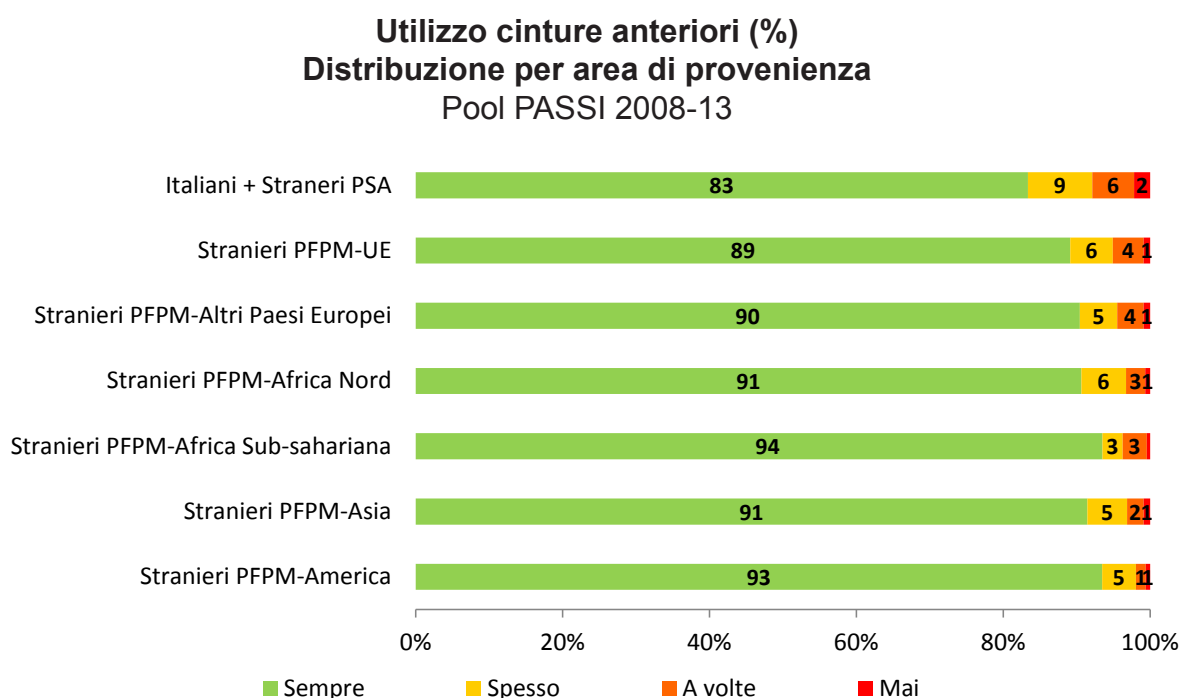
Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte e di disabilità sotto ai 40 anni. Gli eventi più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida in stato di ebbrezza. In ambito preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono azioni di provata efficacia l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuali (casco, cinture e seggiolini) e i controlli delle Forze dell'Ordine.

### Utilizzo della cintura anteriore

- Nel periodo 2008-13 si stima che il 91% degli stranieri PFPM usano sempre le cinture di sicurezza anteriori, il 5% le utilizza spesso, il 3% a volte e l'1% mai.
- Confrontando tali valori con quelli degli Italiani/PSA si osserva che la prevalenza di stranieri PFPM che usano la cintura sempre è statisticamente maggiore di quella degli Italiani/PSA e di conseguenza la prevalenza di stranieri PFPM che la utilizza con altre modalità è statisticamente inferiore. Lo stesso fenomeno si osserva anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età (Vedi Appendice X).



- Analizzando l'utilizzo delle cinture di sicurezza anteriori rispetto all'area di provenienza degli intervistati si nota che la prevalenza di persone che usano sempre la cintura anteriore è maggiore negli stranieri provenienti dall'Africa Sub-Sahariana.



## Caratteristiche delle persone che utilizzano sempre le cinture anteriori

- La prevalenza di persone che usano sempre le cinture di sicurezza anteriori è statisticamente maggiore negli stranieri PFPM rispetto agli Italiani/PSA.
- Negli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria si è osservata una prevalenza più elevata di utilizzo sempre della cintura anteriore tra:
  - le donne
  - persone con scolarità superiore alle elementari
  - persone senza difficoltà economiche
  - lavoratori in modo continuativo o non lavoratori

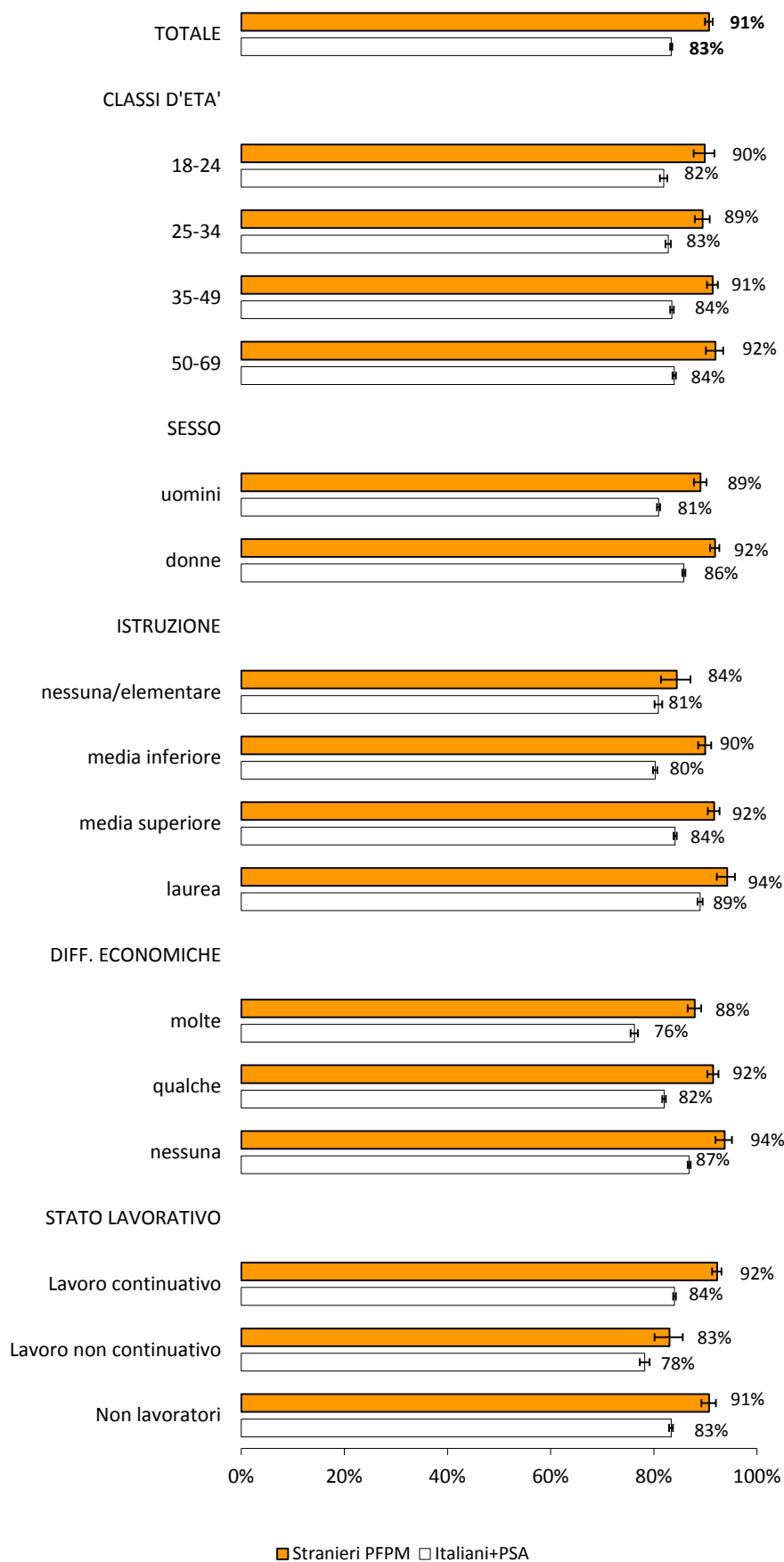
Non si evidenziano differenze statisticamente significative per età.

Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiani/PSA e stranieri PFPM si nota che:

- per tutte le variabili la prevalenza è sempre maggiore negli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA
- è presente un leggero gradiente sia per istruzione che per difficoltà economiche negli stranieri PFPM
- per stato lavorativo italiani/PSA e stranieri PFPM hanno lo stesso comportamento

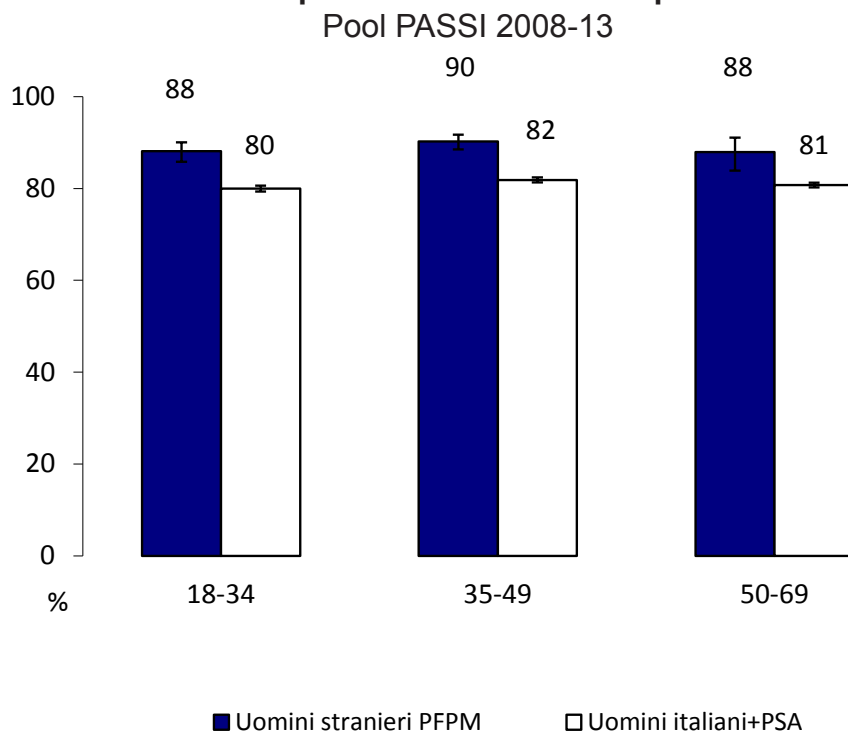
## Utilizzo sempre delle cinture anteriori per caratteristiche socio-demografiche (%)

Pool PASSI 2008-13

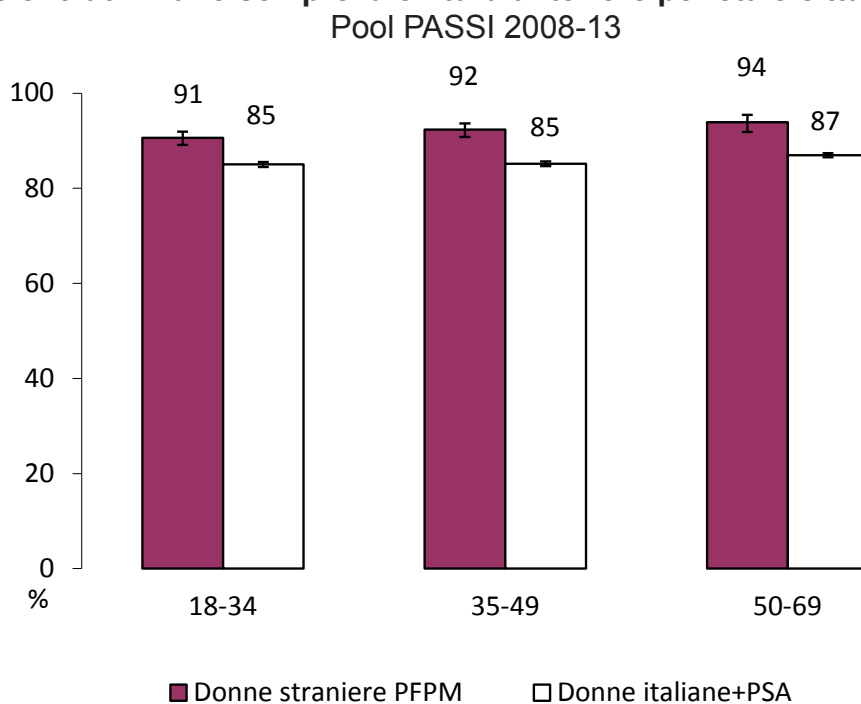


- Approfondendo il fenomeno dell'utilizzo delle cinture di sicurezza anteriori per classi d'età genere-età specifiche, si osserva che gli stranieri PFPM sia uomini che donne per tutte le fasce d'età presentano prevalenze statisticamente maggiori rispetto agli italiani.

### Uomini che utilizzano sempre la cintura anteriore per età e cittadinanza (%)

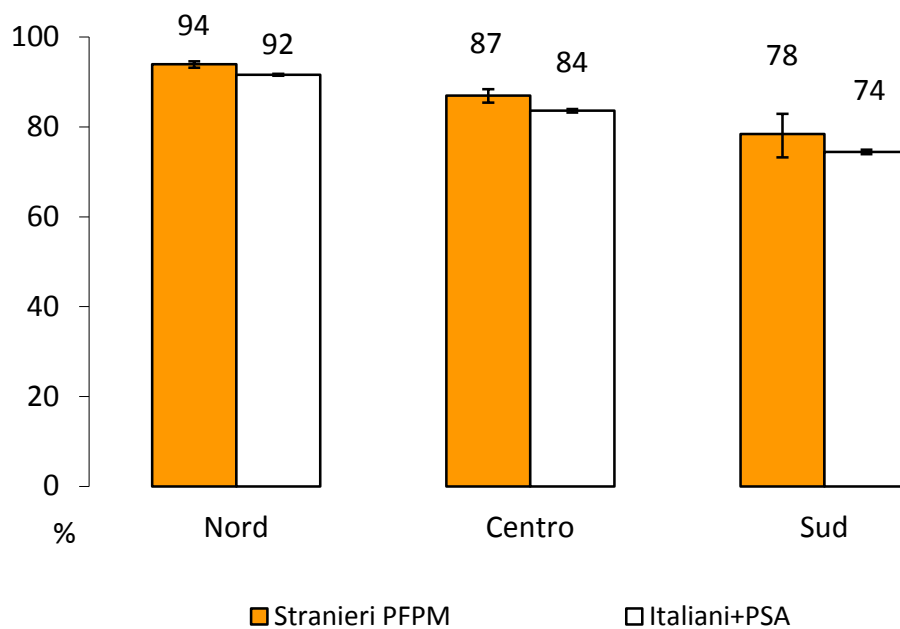


### Donne che utilizzano sempre la cintura anteriore per età e cittadinanza (%)



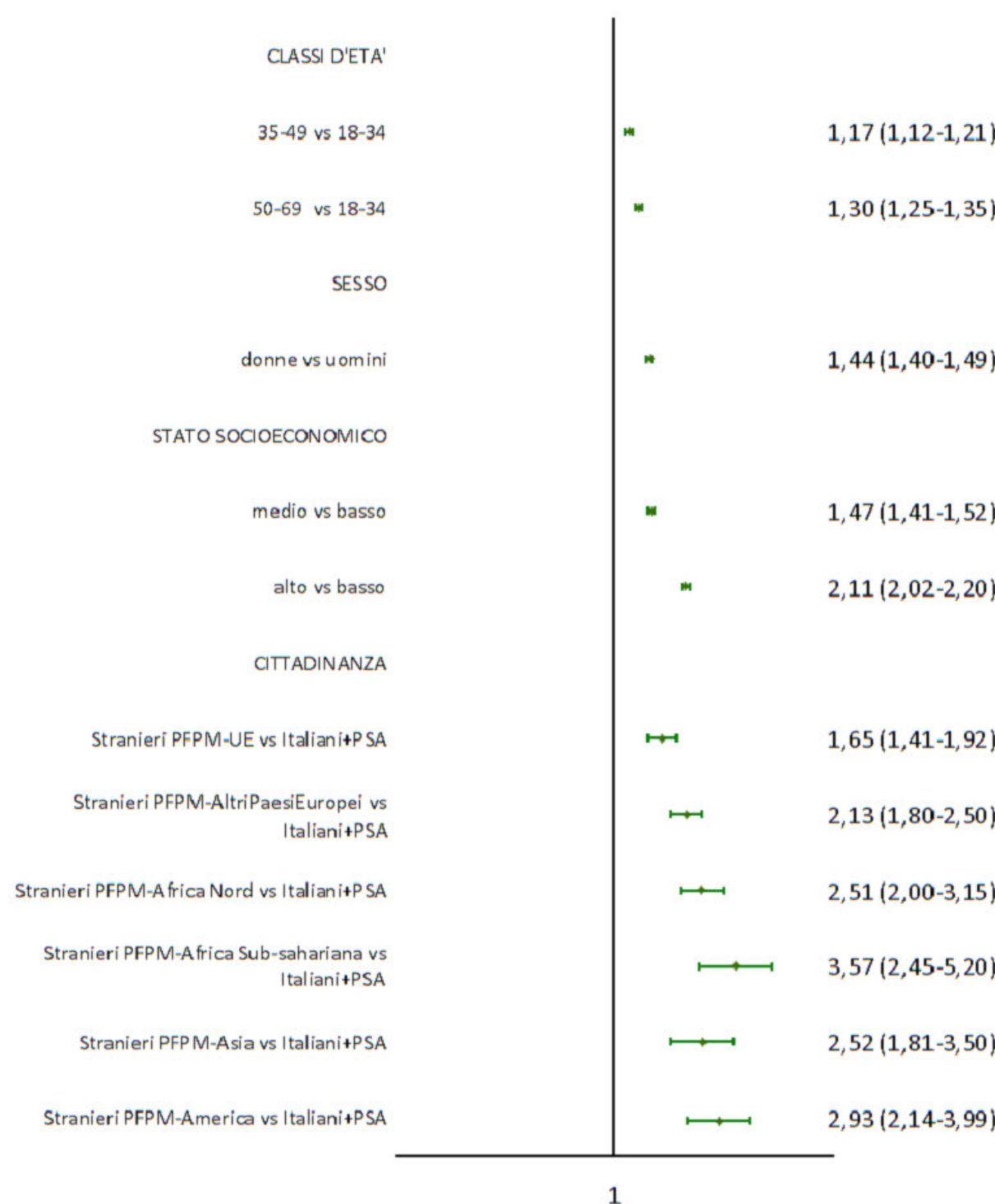
- Analizzando il fenomeno per ripartizione geografica tra gli stranieri PFPM si nota un gradiente nord-sud statisticamente significativo.

**Persone che utilizzano sempre la cintura anteriore per cittadinanza (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13



- Utilizzando un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come la probabilità di utilizzare sempre le cinture anteriori sia più diffusa nella classe d'età sopra ai 34 anni, nelle donne e nelle persone con stato socio-economico medio-alto.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza la probabilità di utilizzare sempre le cinture anteriori è più elevata per gli stranieri provenienti da qualsiasi area rispetto agli italiani/PSA.

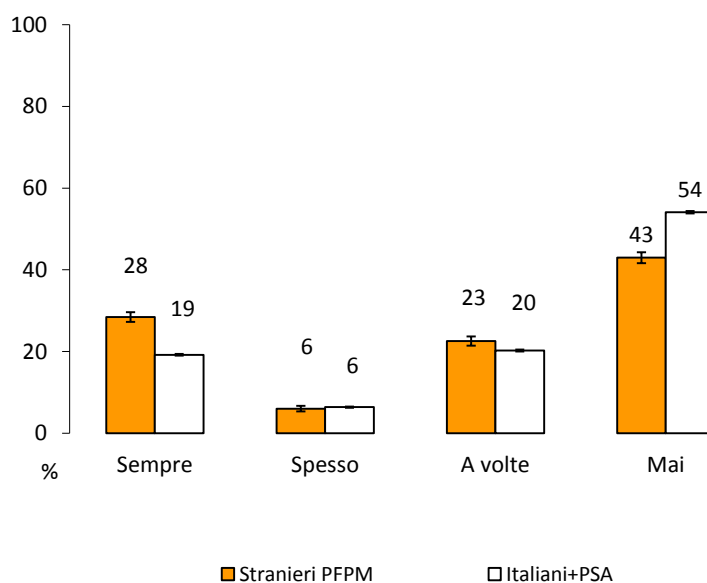
**Fattori associati all'utilizzo sempre della cintura anteriore  
(regressione logistica)  
Pool PASSI 2008-13**



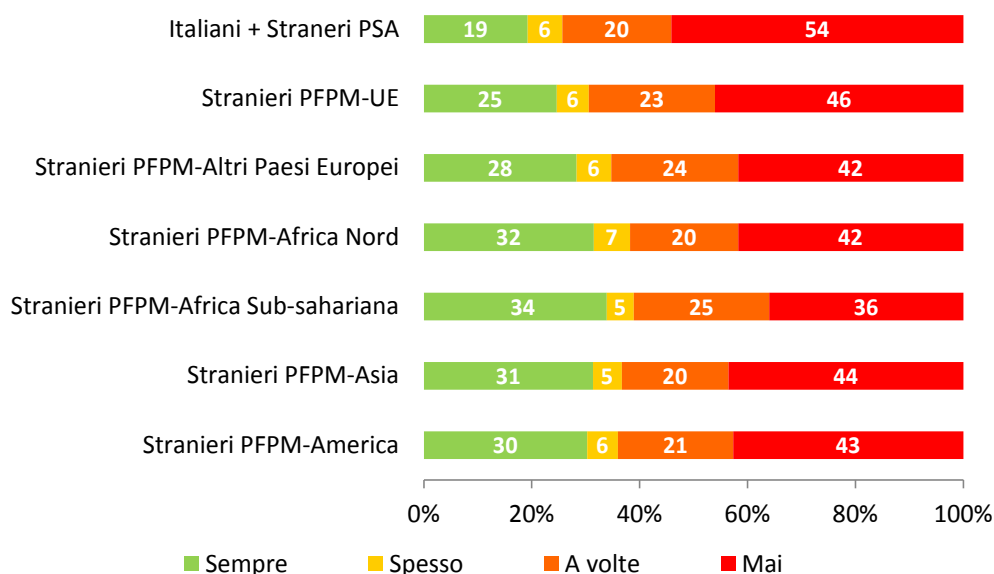
## Utilizzo della cintura posteriore

- Nel periodo 2008-13 si stima che il 29% degli stranieri PFPM usano sempre le cinture di sicurezza posteriori, il 6% le utilizza spesso, il 23% a volte e il 43% mai.
- Confrontando tali valori con quelli degli Italiani/PSA si osserva che la prevalenza di stranieri PFPM che usano la cintura sempre è statisticamente maggiore di quella degli Italiani/PSA. Lo stesso fenomeno si osserva anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età (Vedi Appendice X).

**Utilizzo della cintura posteriore (%)**  
Pool PASSI 2008-13



**Utilizzo cinture posteriori (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
Pool PASSI 2008-13



## **Caratteristiche delle persone che utilizzano sempre le cinture posteriori**

- La prevalenza di persone che usano sempre le cinture di sicurezza posteriori è statisticamente maggiore negli stranieri PFPM rispetto agli Italiani/PSA.
- Negli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria si è osservata una prevalenza più elevata di utilizzo sempre della cintura posteriore tra le persone:
  - 35-69enni
  - persone senza difficoltà economiche
  - lavoratori in modo continuativo o non lavoratori

Non si evidenziano differenze statisticamente significative per genere e istruzione.

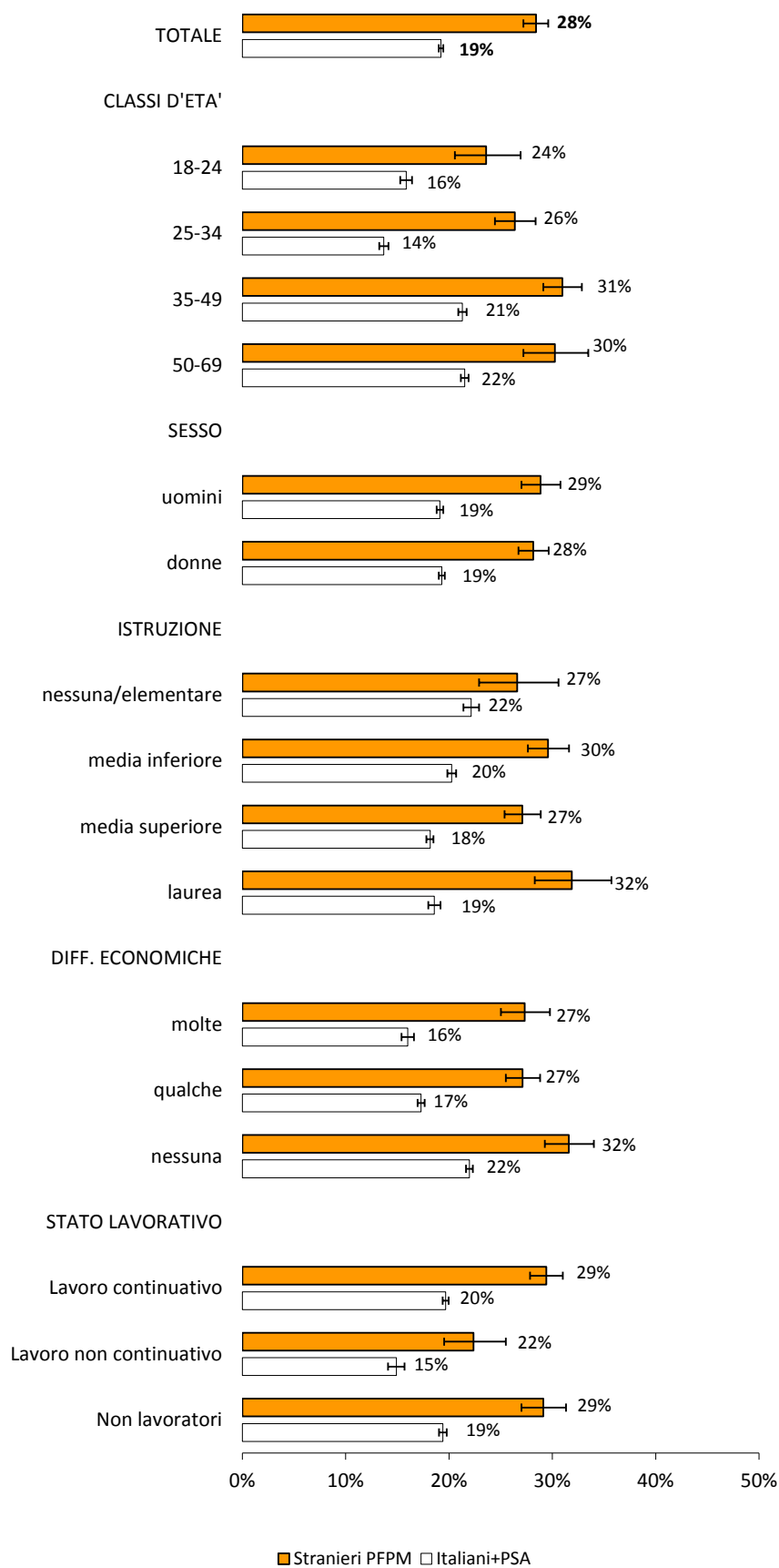
Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiani/PSA e stranieri PFPM si nota che:

- per tutte le variabili la prevalenza è sempre maggiore negli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA
- è presente un leggero gradiente per classe d'età negli stranieri PFPM
- per stato lavorativo italiani/PSA e stranieri PFPM hanno lo stesso comportamento



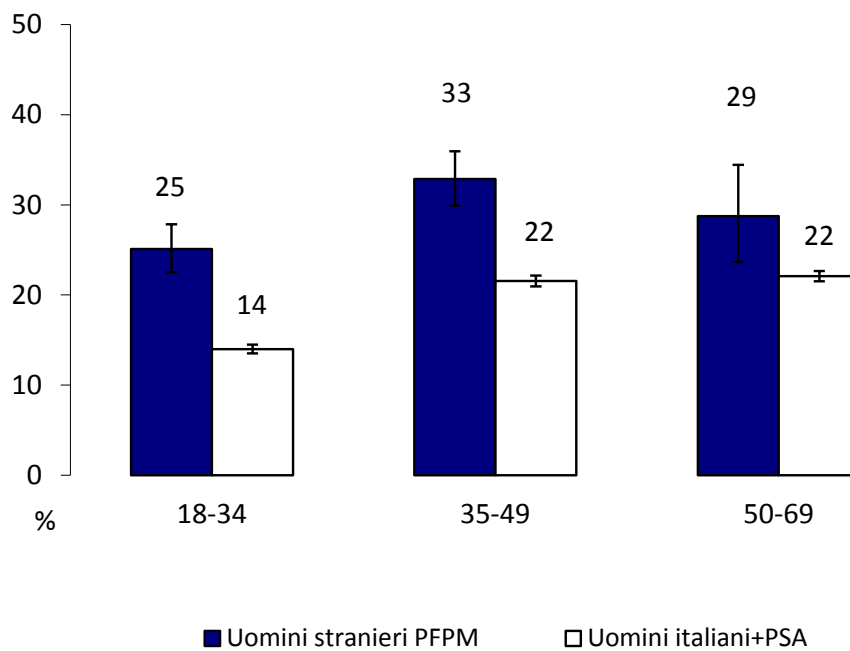
## Utilizzo sempre delle cinture posteriori per caratteristiche socio-demografiche (%)

Pool PASSI 2008-13

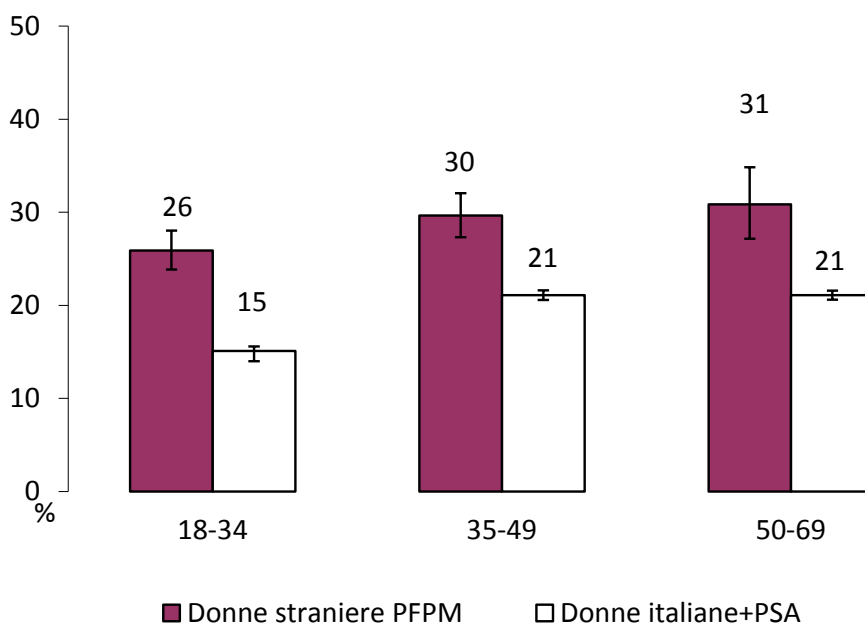


- Approfondendo il fenomeno dell'utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori per classi d'età genere-età specifiche, si osserva che gli stranieri PFPM sia uomini che donne per tutte le fasce d'età presentano prevalenze statisticamente maggiori rispetto agli italiani. Nelle donne si osserva una crescita non significativa della prevalenza all'aumentare dell'età.

**Uomini che utilizzano sempre la cintura posteriore per età e cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13

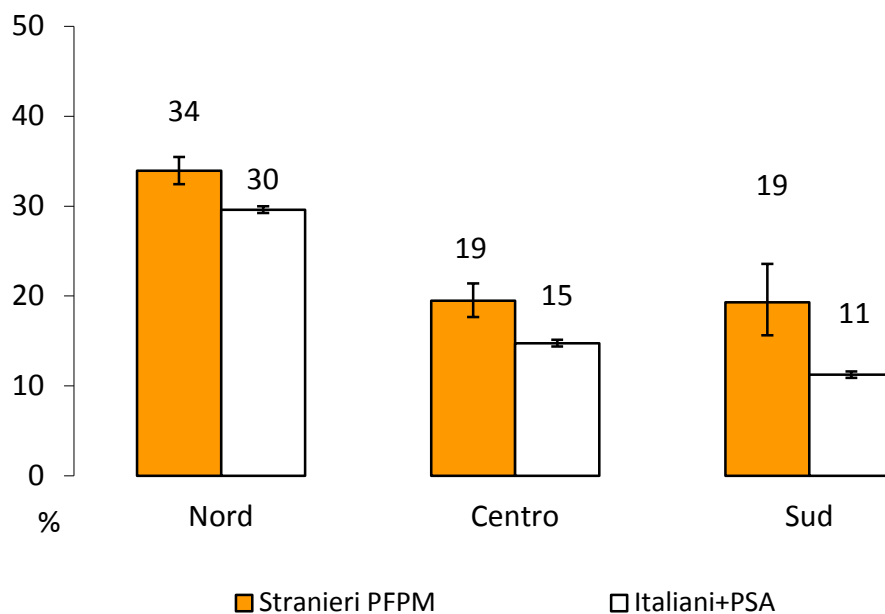


**Donne che utilizzano sempre la cintura posteriore per età e cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13



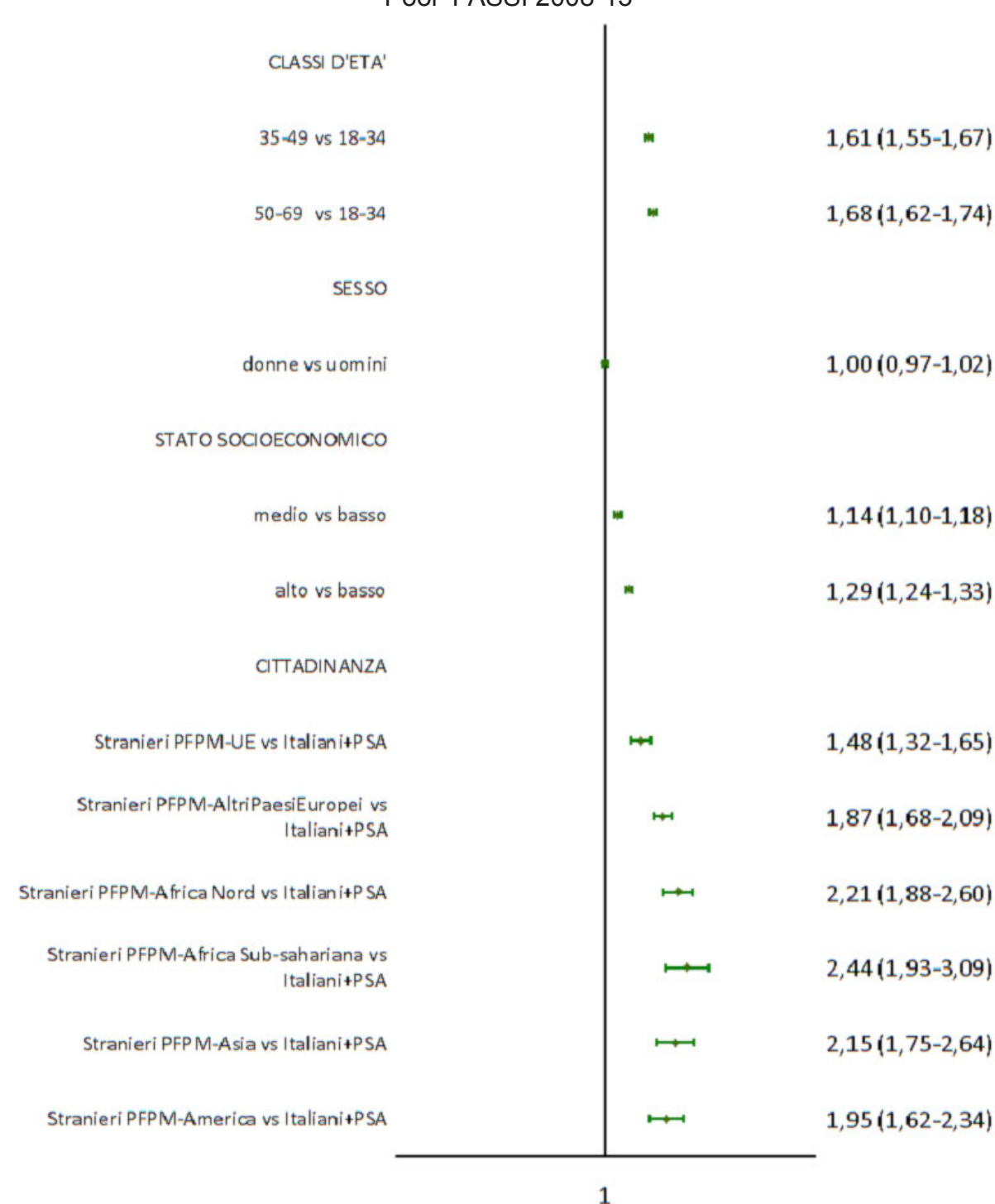
- Analizzando il fenomeno per ripartizione geografica tra gli stranieri PFPM si nota una differenza statisticamente significativa tra nord e centro-sud.

**Persone che utilizzano sempre la cintura posteriore per cittadinanza (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13



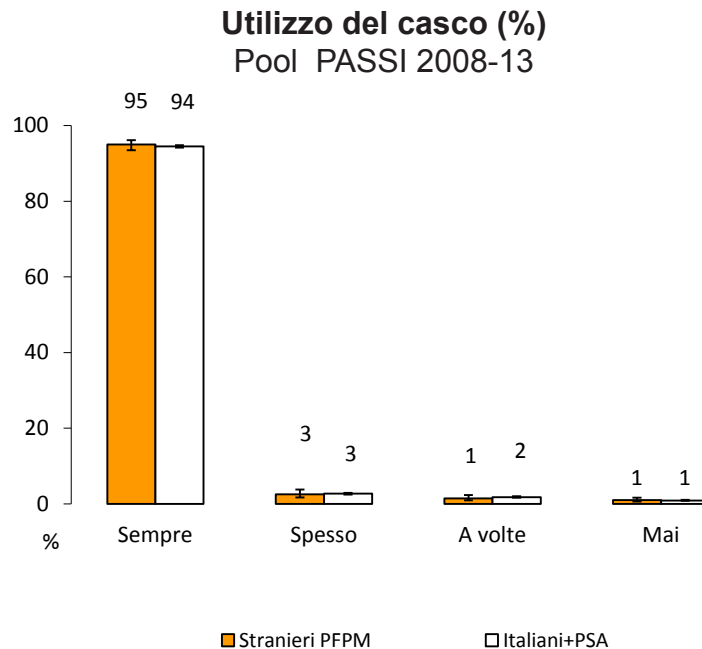
- Utilizzando un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come la probabilità di utilizzare sempre le cinture posteriori sia più diffusa nella classe d'età sopra ai 34 anni e nelle persone con stato socio-economico medio-alto. Non si evidenziano differenze per genere.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza la probabilità di utilizzare sempre le cinture posteriori è significativamente maggiore per tutte le aree di provenienza rispetto agli italiani/PSA.

**Fattori associati all'utilizzo sempre delle cinture posteriori  
(regressione logistica)  
Pool PASSI 2008-13**

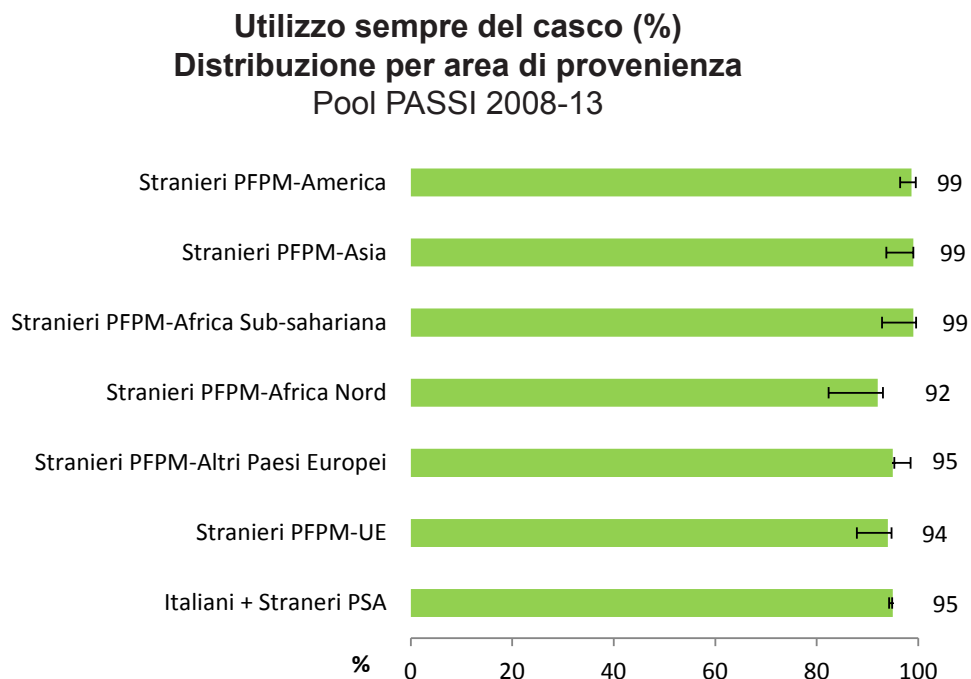


## Utilizzo del casco

- Nel periodo 2008-13 si stima che quasi la totalità degli stranieri PFPM (95%) usano sempre il casco e tale valore non differisce significativamente da quello italiano. Lo stesso fenomeno si osserva anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età (Vedi Appendice X).



- Analizzando l'utilizzo del casco sempre rispetto all'area di provenienza degli intervistati si nota che la prevalenza di persone che usano sempre il casco è minore negli stranieri provenienti dall'Africa del Nord.

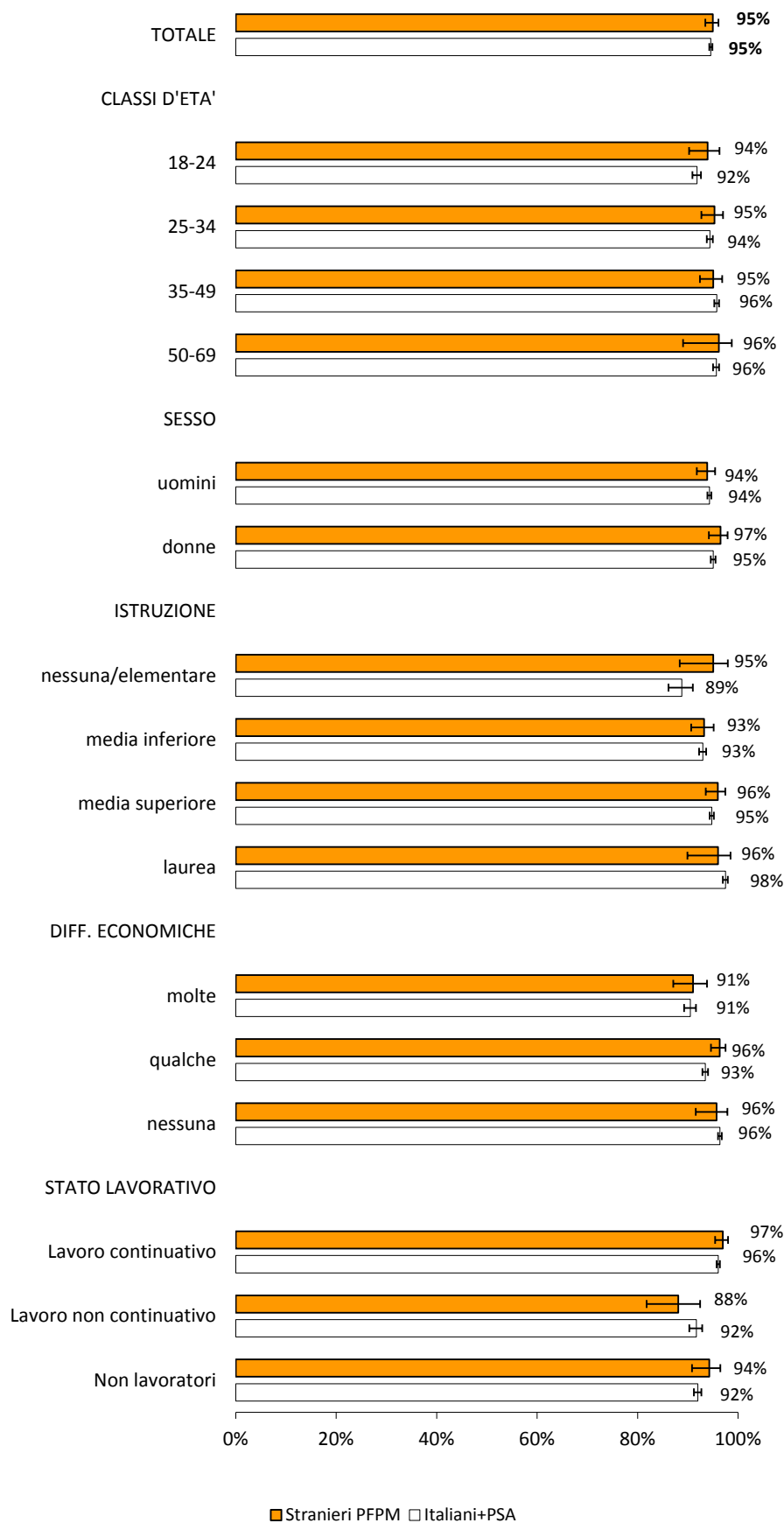


## **Caratteristiche delle persone che utilizzano sempre il casco**

- La prevalenza di persone che usano sempre il casco non differisce significativamente per cittadinanza.
- Negli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria non si osservano differenze significative per caratteristiche socio-demografiche, fatta eccezione lo stato lavorativo per il quale si evidenzia una prevalenza più elevata di utilizzo sempre del casco nelle persone con lavoro continuativo rispetto a quelle con lavoro non continuativo.
- Anche confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiani/PSA e stranieri PFPM non si notano differenze statisticamente significative, ad eccezione delle difficoltà economiche poiché la prevalenza di stranieri PFPM con qualche difficoltà economica che utilizzano sempre il casco è statisticamente maggiore rispetto a quella degli italiani/PSA.

## Utilizzo sempre del casco per caratteristiche socio-demografiche (%)

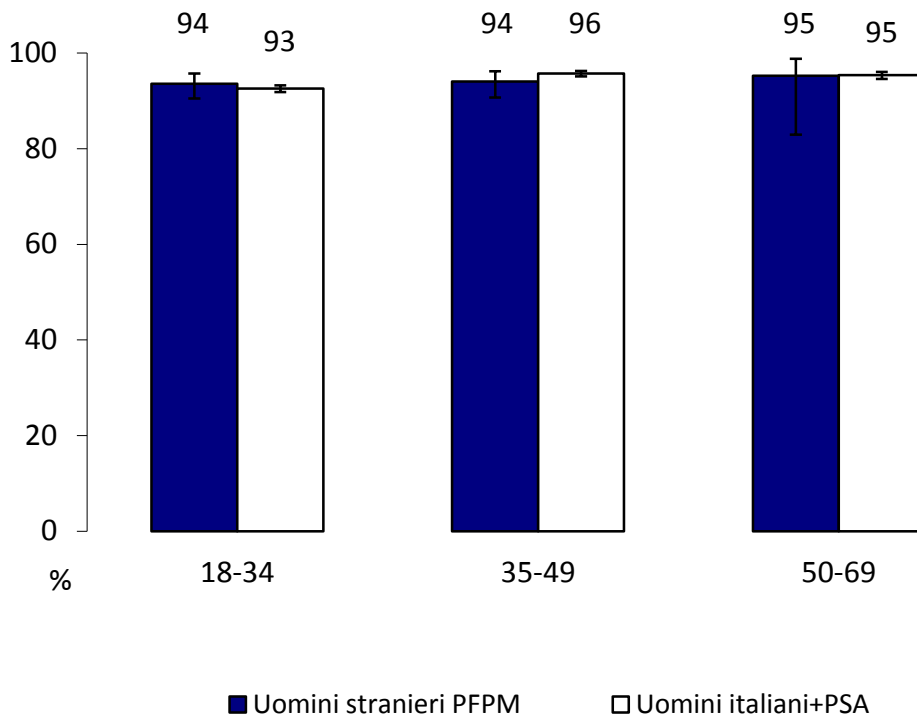
Pool PASSI 2008-13



- Approfondendo il fenomeno dell'utilizzo del casco per classi d'età genere-età specifiche, si osserva che sia per gli stranieri PFPM che per gli italiani/PSA non si evidenziano differenze statisticamente significative per età e per genere.

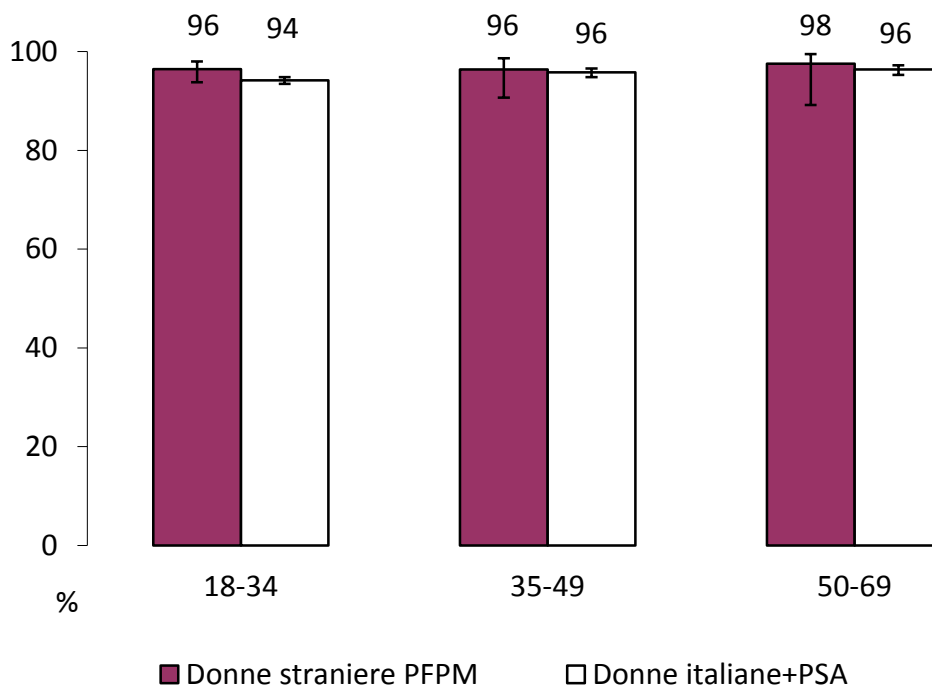
### Uomini che utilizzano sempre il casco per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



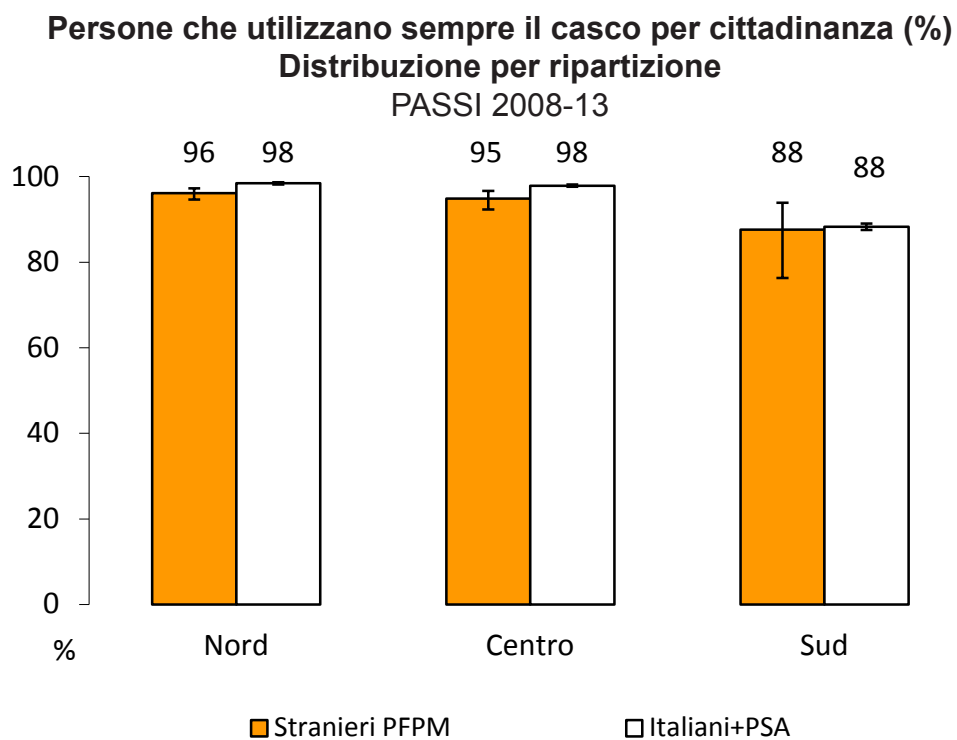
### Donne che utilizzano sempre il casco per età e cittadinanza (%)

Pool PASSI 2008-13



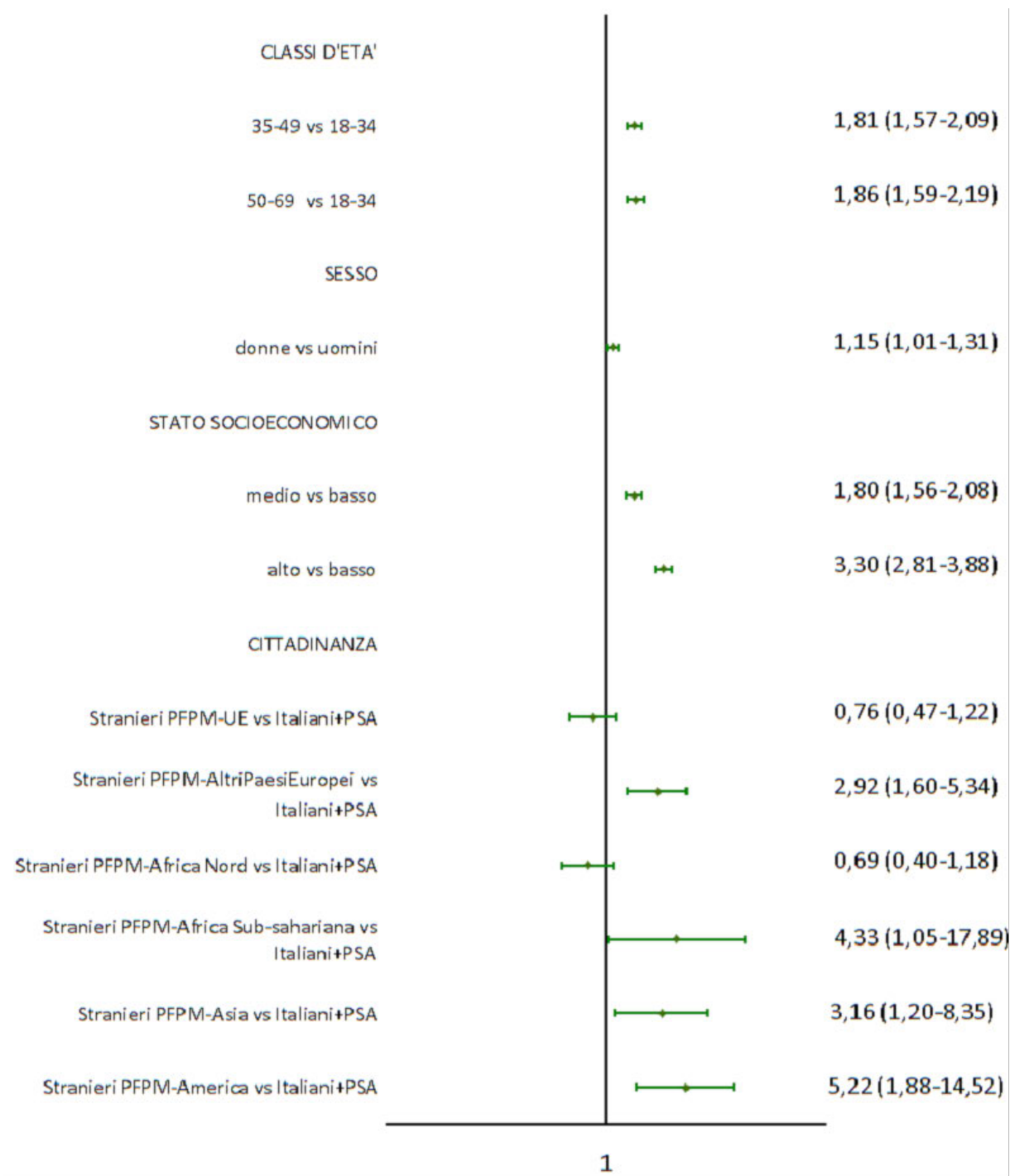


- Analizzando il fenomeno per ripartizione geografica tra gli stranieri PFPM non si notano differenze statisticamente significative. Si osserva però che al nord e al centro la prevalenza è statisticamente minore rispetto a quella degli italiani/PSA.



- Utilizzando un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come la probabilità di utilizzare sempre il casco sia più diffusa nella classe d'età sopra ai 34 anni, nelle donne e nelle persone con stato socio-economico basso.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza la probabilità di utilizzare sempre il casco è più elevata per stranieri provenienti da Altri paesi europei, dall'Africa Sub-Sahariana, dall'Asia e dall'America rispetto agli italiani/PSA.

**Fattori associati all'utilizzo sempre del casco**  
**regressione logistica)**  
 Pool PASSI 2008-13



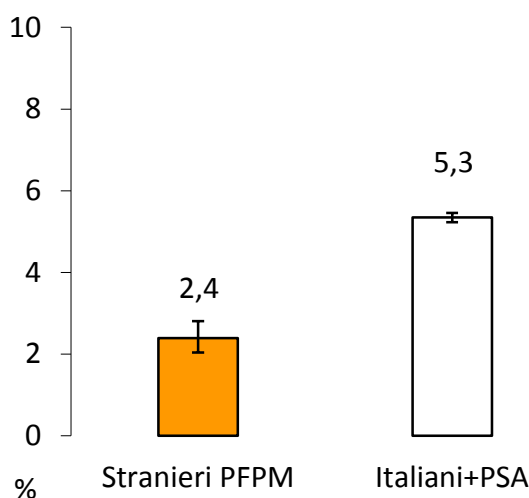
## Persone che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol

- Nel periodo 2008-13 si stima che il 2,4% degli stranieri PFPM abbiano guidato sotto l'effetto dell'alcol, tale dato è statisticamente minore rispetto a quello rilevato negli italiani/PSA pari al 5,3%.

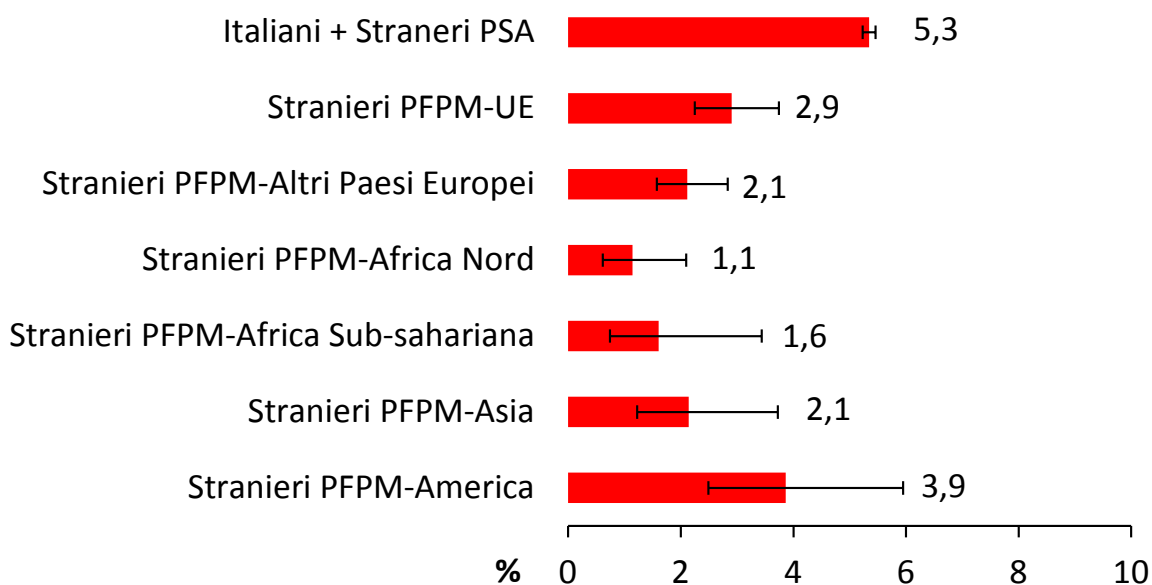
Lo stesso fenomeno si osserva anche confrontando le popolazioni standardizzate per genere ed età (Vedi Appendice X).

- Analizzando la guida sotto l'effetto di alcol rispetto all'area di provenienza degli intervistati si nota che la prevalenza di persone è maggiore negli stranieri provenienti dall'America.

**Guida sotto l'effetto dell'alcol\* (%)**  
Pool PASSI 2008-13



**Guida sotto l'effetto dell'alcol\* (%)**  
**Distribuzione per area di provenienza**  
Pool PASSI 2008-13

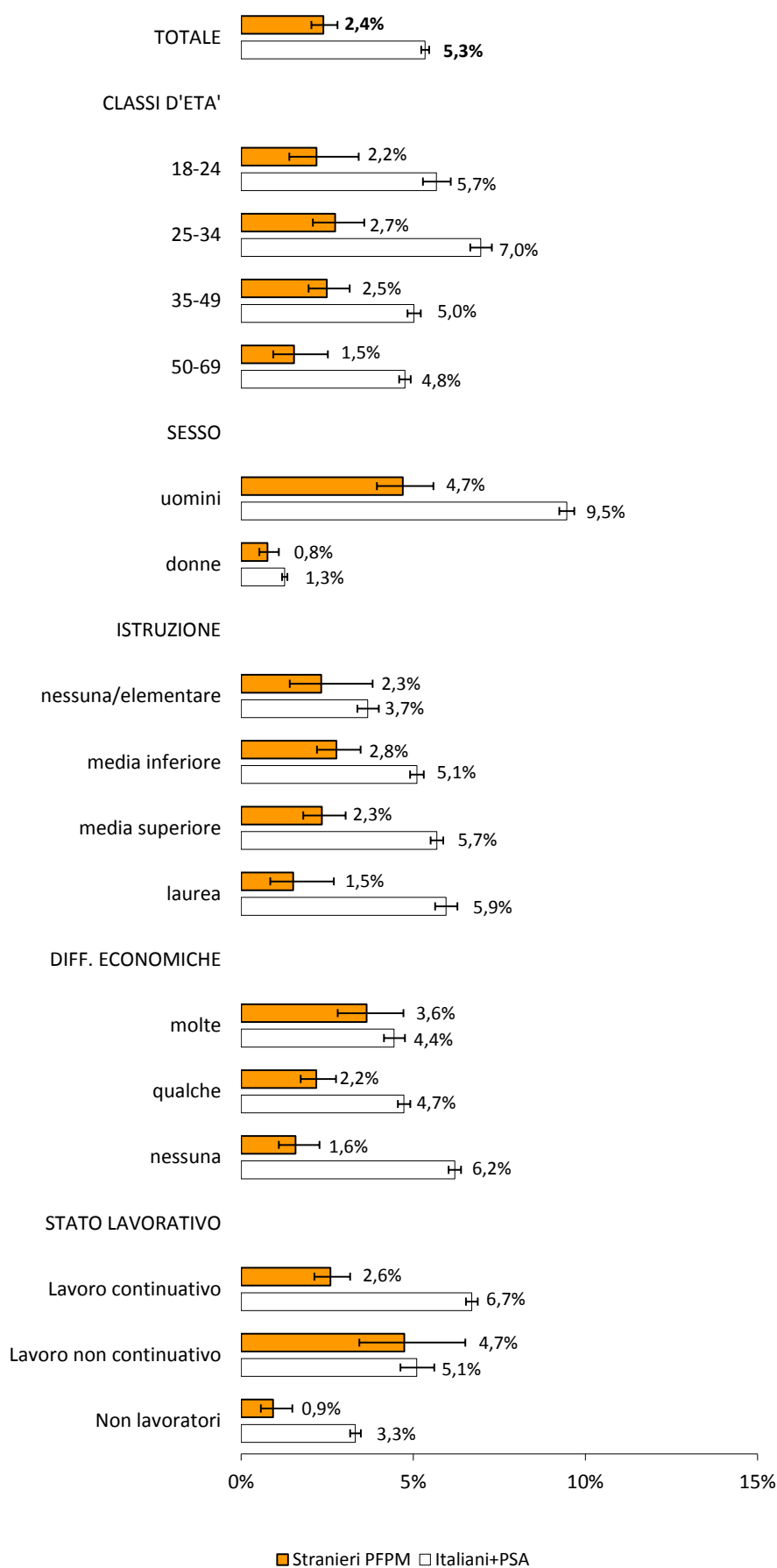


\* Su coloro che hanno bevuto e guidato nell'ultimo mese

## **Caratteristiche delle persone che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol**

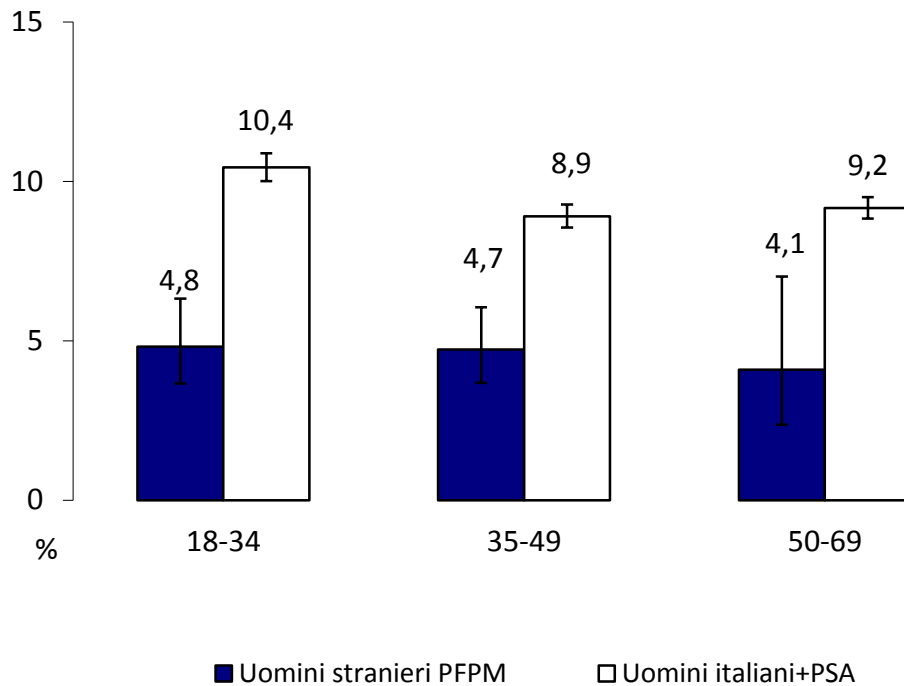
- La prevalenza di persone che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol è statisticamente minore negli stranieri PFPM.
- Negli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria non si osservano differenze significative per classe d'età ed istruzione mentre si osserva che la prevalenza di guidatori sotto l'effetto dell'alcol è maggiore tra:
  - uomini
  - persone con molte difficoltà economiche
  - lavoratori in modo non continuativo
- Confrontando le principali caratteristiche socio-demografiche tra italiani/PSA e stranieri PFPM si nota che:
  - la prevalenza è minore negli stranieri PFPM per tutte le variabili
  - la prevalenza negli stranieri PFPM diminuisce all'aumentare delle difficoltà economiche riferite mentre accade l'opposto negli italiani/PSA
  - il gradiente per stato lavorativo visibile negli italiani/PSA non si osserva negli stranieri PFPM

## Guida sotto l'effetto dell'alcol per caratteristiche socio-demografiche (%) Pool PASSI 2008-13

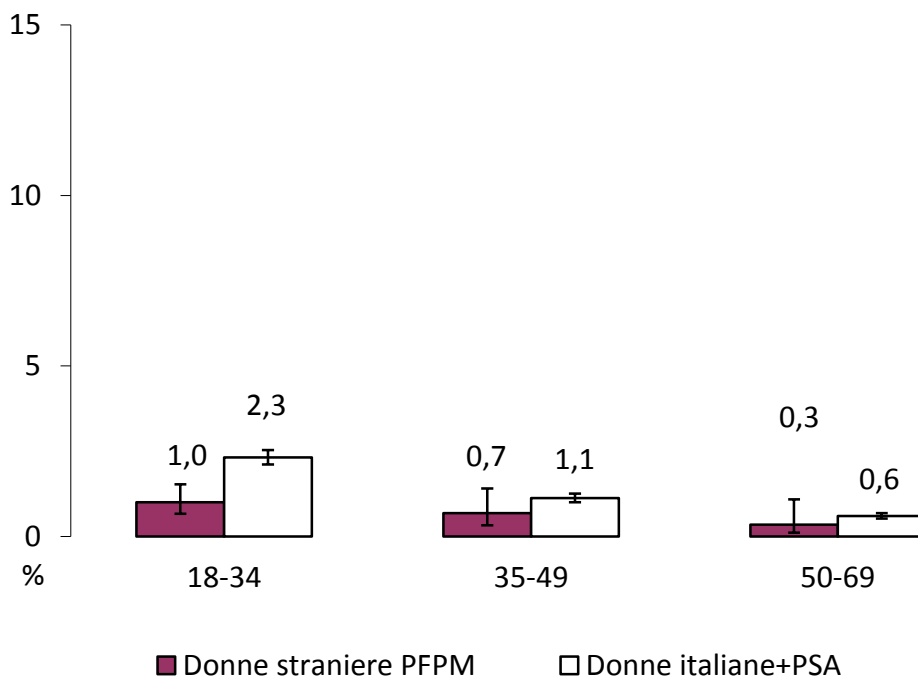


- Approfondendo il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol per classi d'età genere-età specifiche, si osserva che per gli stranieri PFPM la prevalenza diminuisce all'aumentare dell'età, anche se in modo non statisticamente significativo.

**Uomini che guidano sotto l'effetto dell'alcol per età e cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13

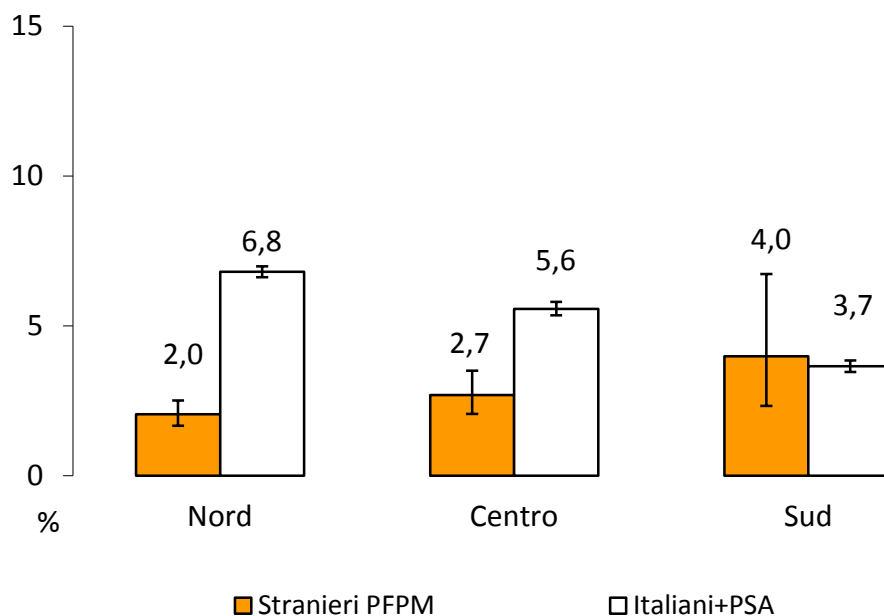


**Donne che guidano sotto l'effetto dell'alcol per età e cittadinanza (%)**  
Pool PASSI 2008-13



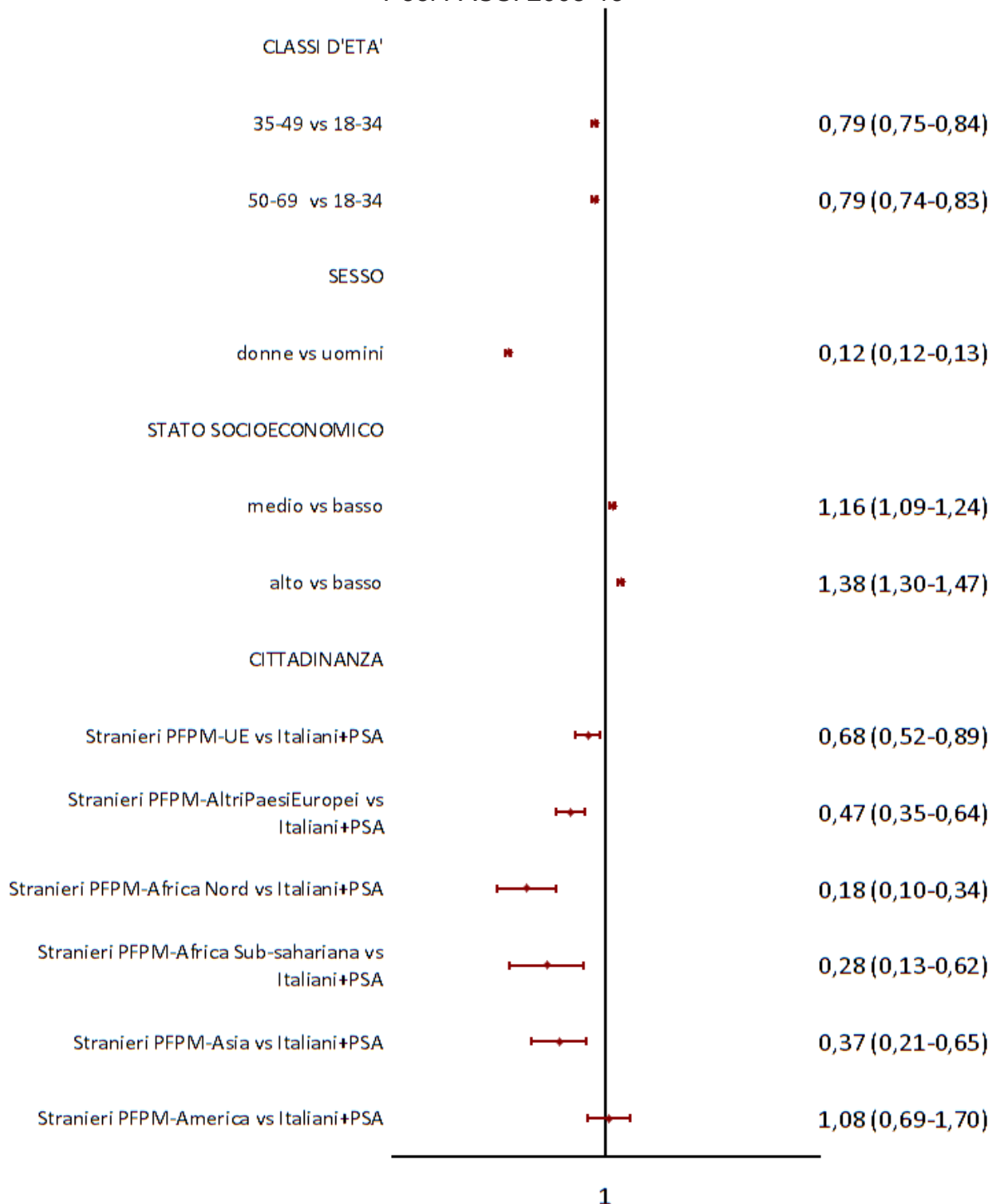
- Analizzando il fenomeno per ripartizione geografica tra gli stranieri PFPM si osserva un gradiente nord-sud per la prevalenza della guida sotto effetto dell'alcol non statisticamente significativo e opposto al gradiente degli italiani.

**Persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol per cittadinanza (%)**  
**Distribuzione per ripartizione**  
PASSI 2008-13



- Utilizzando un *modello logistico multivariato*, si evidenzia come la guida sotto l'effetto dell'alcol sia più diffusa nella classe d'età sotto ai 18-34 anni, negli uomini e nelle persone con stato socio-economico medio-alto.
- Per quanto riguarda l'area di provenienza il rischio di guidare sotto l'effetto dell'alcol è meno elevato per tutte le aree di provenienza rispetto agli italiani/PSA, fatta eccezione per gli stranieri provenienti dall'America che invece non differiscono dagli italiani/PSA.

**Fattori associati alla guida sotto l'effetto dell'alcol  
(regressione logistica)  
Pool PASSI 2008-13**

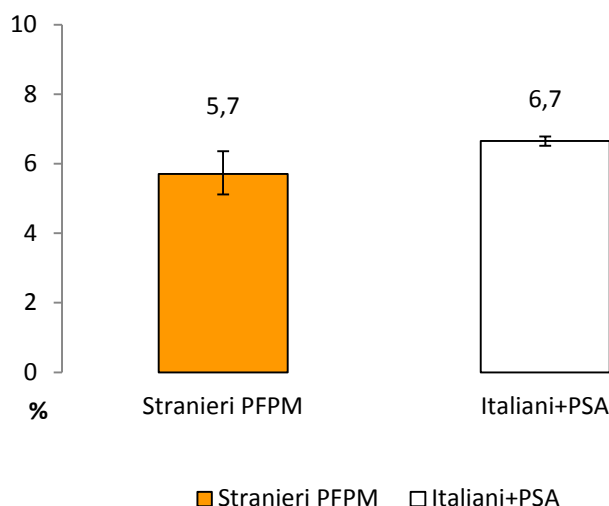




## Persone che sono salite in auto con un guidatore sotto l'effetto di alcol

- Nel periodo 2008-13 si stima che il 5,7% degli stranieri PFPM siano saliti in auto con un guidatore sotto l'effetto dell'alcol, tale dato è statisticamente minore rispetto a quello rilevato negli italiani/PSA pari al 6,7%.

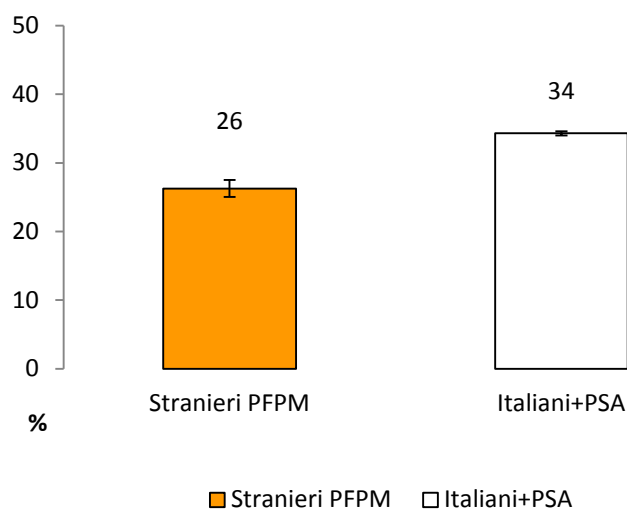
**Passeggeri di guidatori sotto l'effetto dell'alcol (%)**  
Pool PASSI 2008-13



## Controlli delle forze dell'ordine

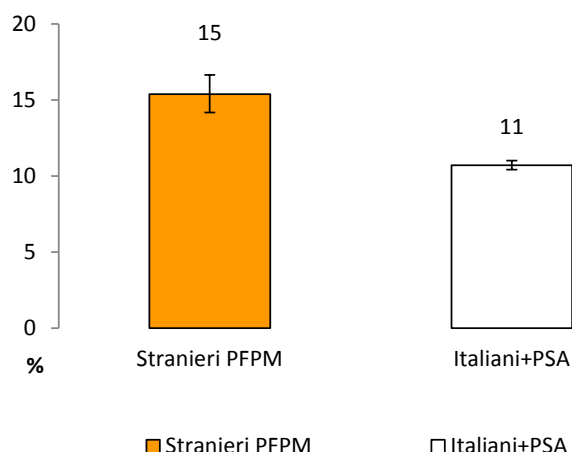
- Nel periodo considerato si stima che il 26% degli stranieri PFPM ha riferito di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine, tale dato è statisticamente minore rispetto a quello rilevato negli italiani/PSA pari al 34%. In particolare, i controlli tramite etilotest sono stati effettuati maggiormente agli stranieri PFPM rispetto agli italiani/PSA.

**Controllo da parte delle Forze dell'ordine (%)**  
Pool PASSI 2008-13



## Etilotest effettuato al guidatore (%)

Pool PASSI 2008-13

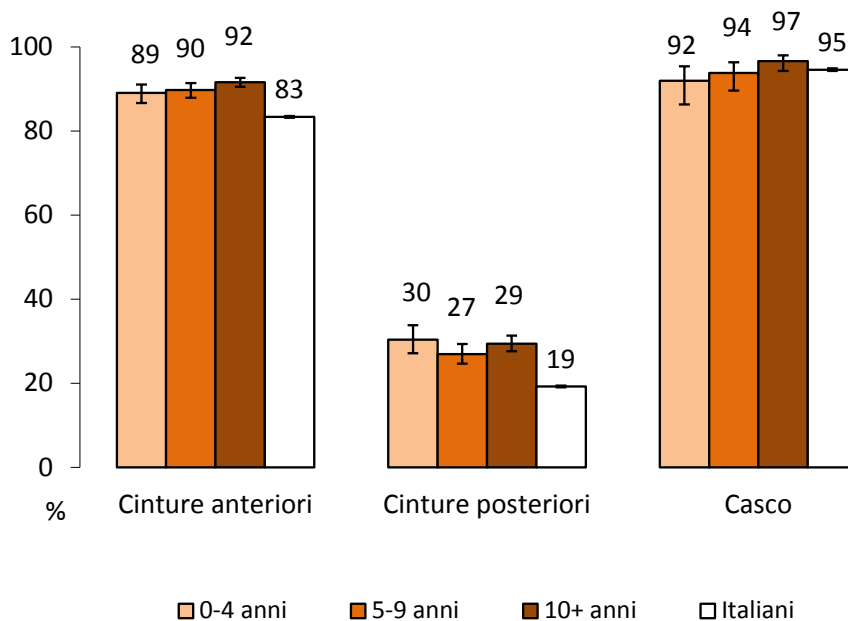


## Tempo trascorso in Italia e sicurezza stradale

- Analizzando le informazioni in base al tempo trascorso in Italia la prevalenza di stranieri PFPM che utilizzano sempre i dispositivi di sicurezza stradale non differisce in modo statisticamente significativo per anni vissuti in Italia.
- Si può asserire lo stesso anche analizzando le altre categorie di utilizzo dei dispositivi di sicurezza.
- Dato che il gruppo di stranieri che è presente da meno anni in Italia ha un'età media inferiore rispetto ai gruppi che vivono in Italia da più anni si mostrano i grafici che presentano i risultati ottenuti applicando la standardizzazione per genere ed età.

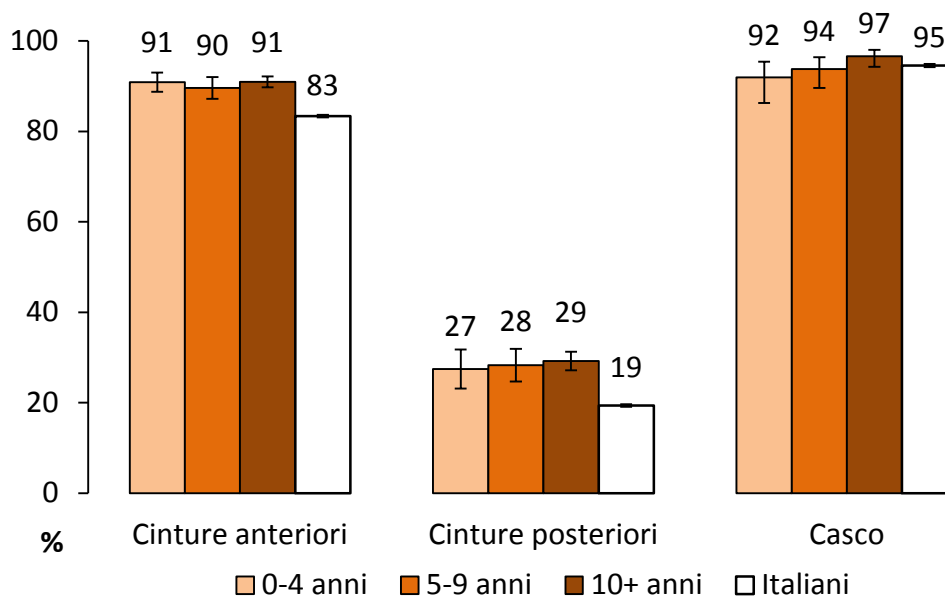
## Dispositivi di sicurezza stradale sempre usati per tempo trascorso in Italia (%)

Pool PASSI 2008-13



- Il dato standardizzato non mostra differenziali per tempo trascorso in Italia come aveva evidenziato il dato non standardizzato.

**Dispositivi di sicurezza stradale sempre usati per tempo trascorso in Italia (%)**  
**Standardizzazione per età e genere**  
 Pool PASSI 2008-13

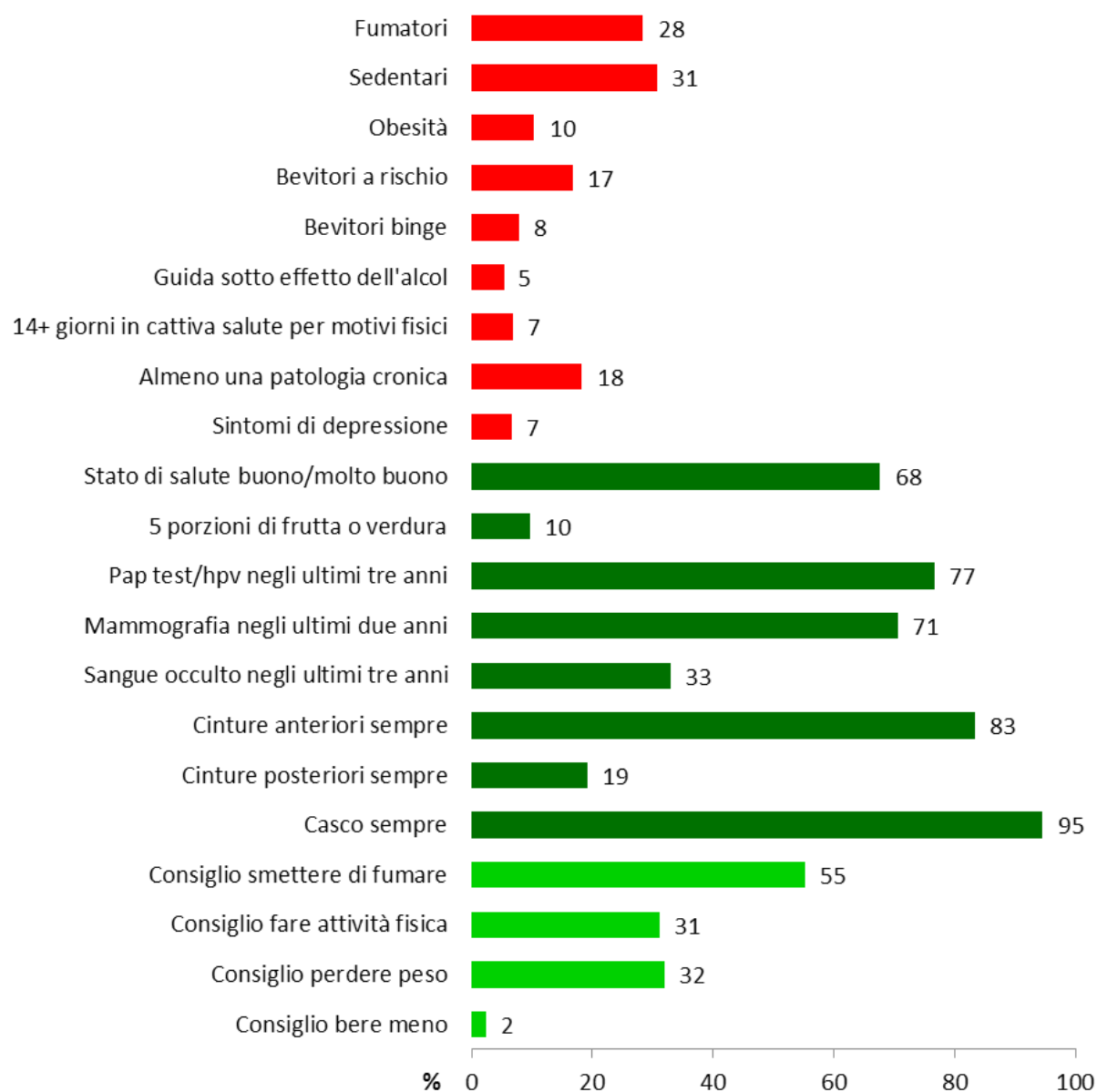




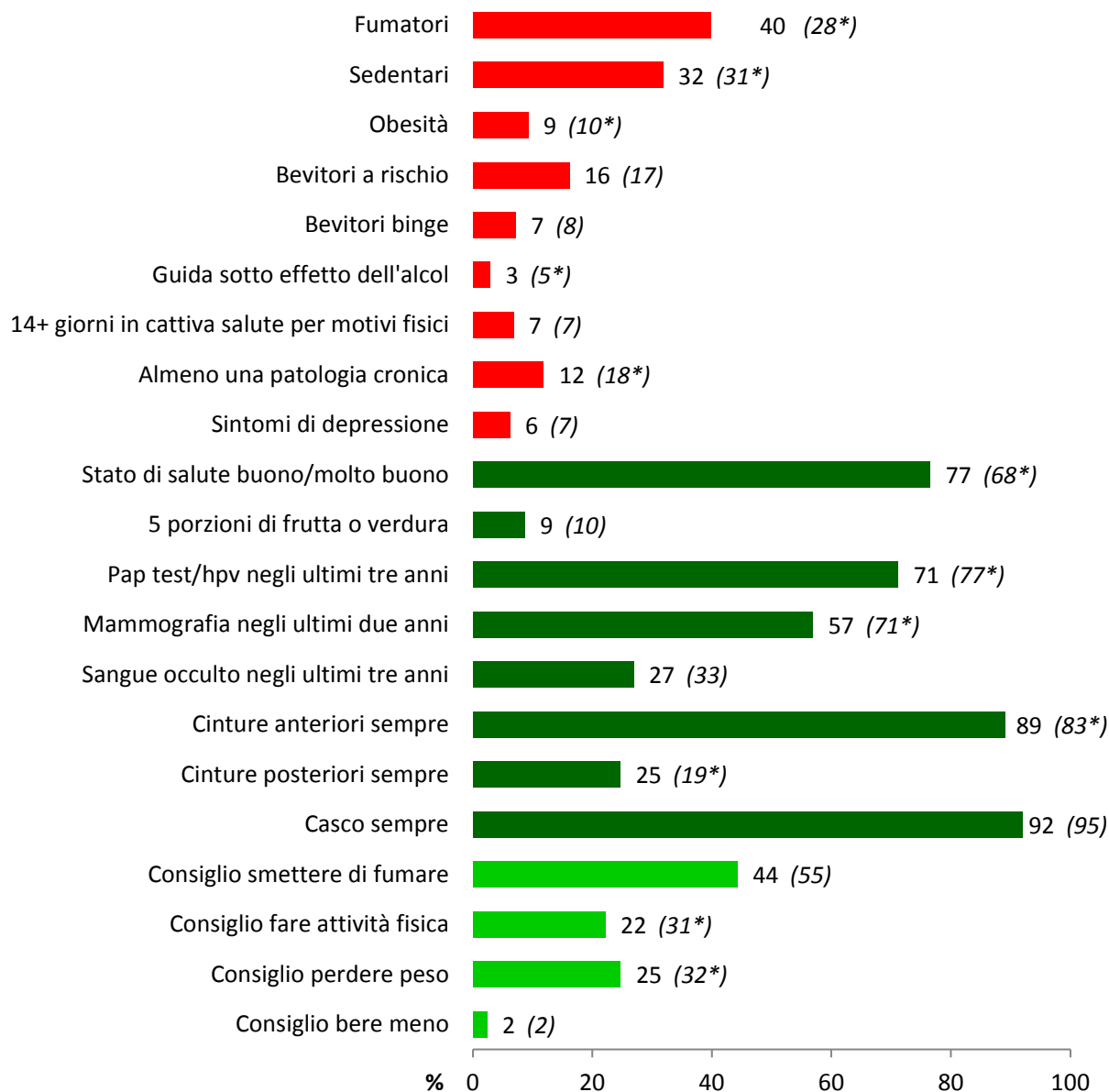
# Appendice

## Profili di provenienza

Italiani e stranieri provenienti da paesi a sviluppo avanzato (PSA)  
Pool PASSI 2008-13

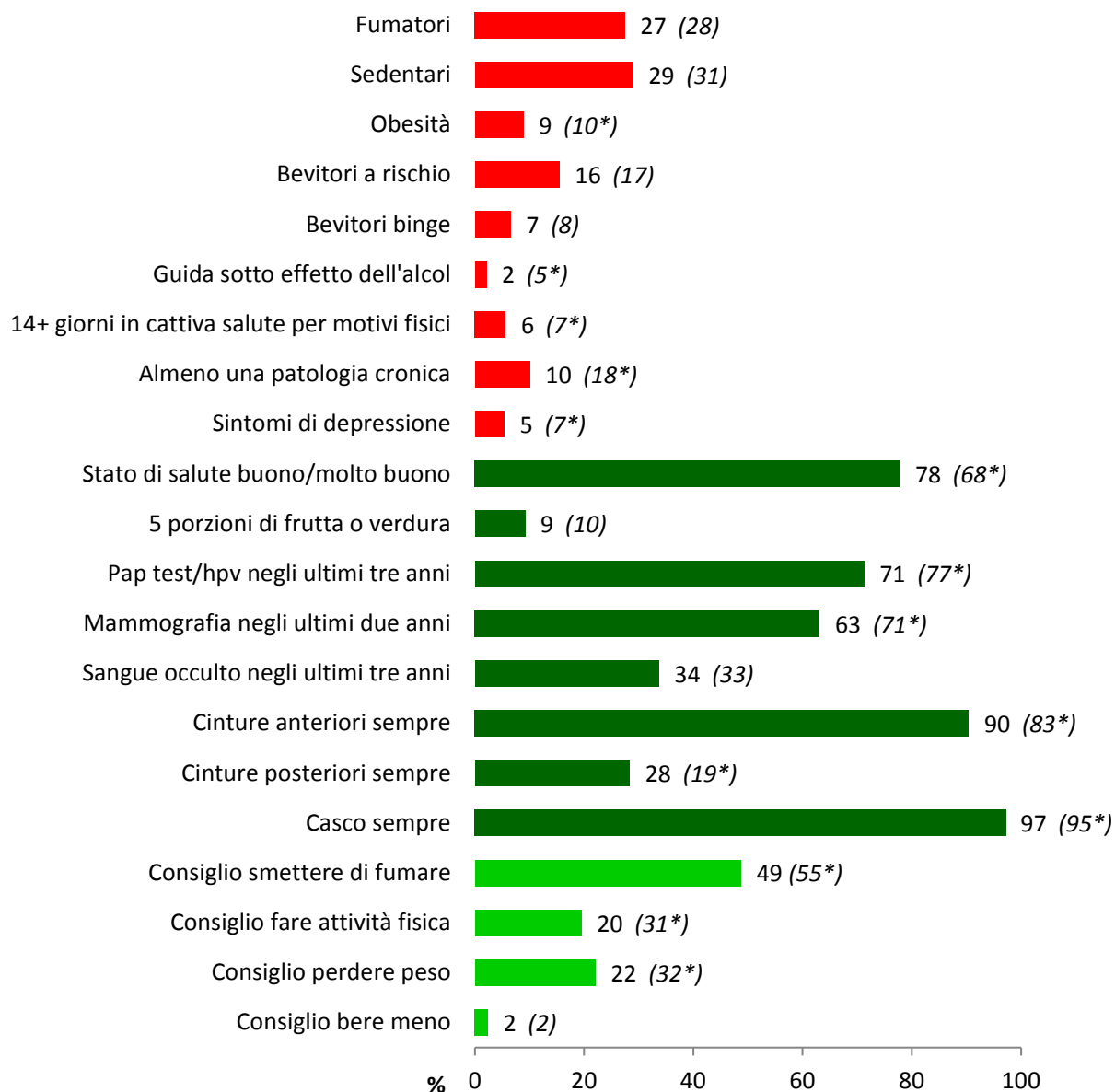


## Stranieri provenienti da paesi dell'Unione Europea Pool PASSI 2008-13



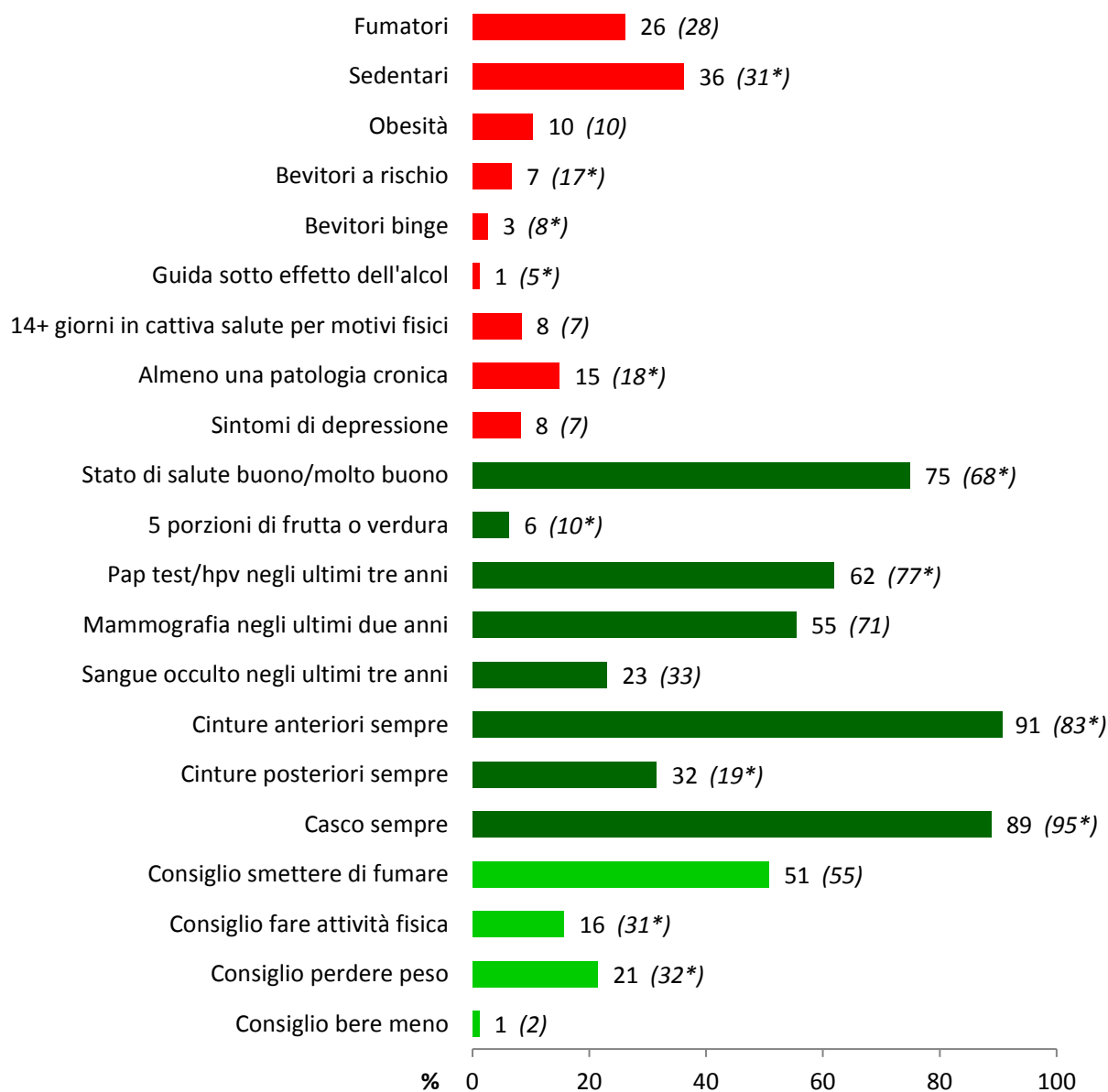
\* differenza statisticamente significativa

## Stranieri provenienti da Altri paesi europei Pool PASSI 2008-13



\* differenza statisticamente significativa

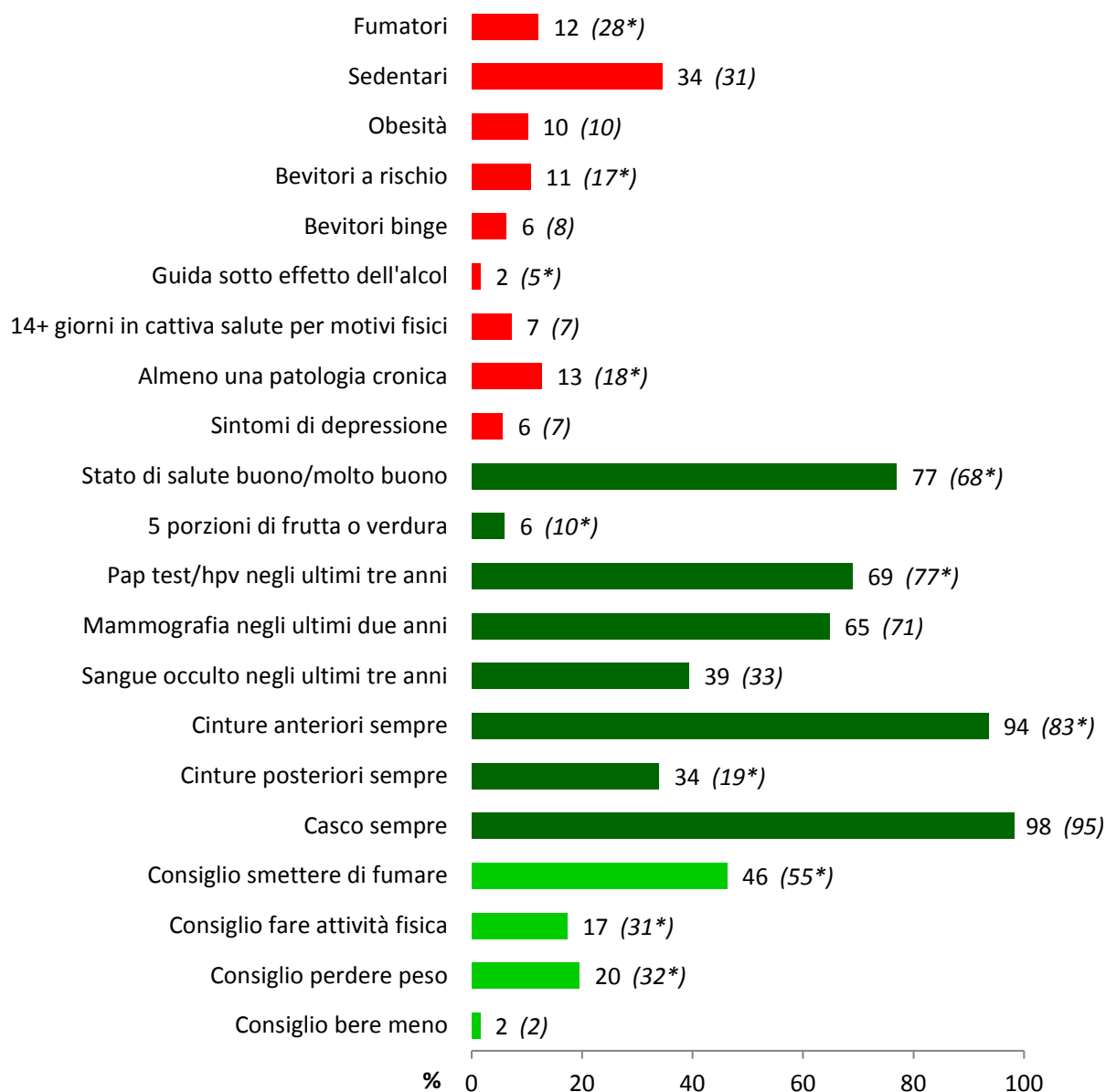
## Stranieri provenienti dall'Africa del Nord Pool PASSI 2008-13



\* differenza statisticamente significativa

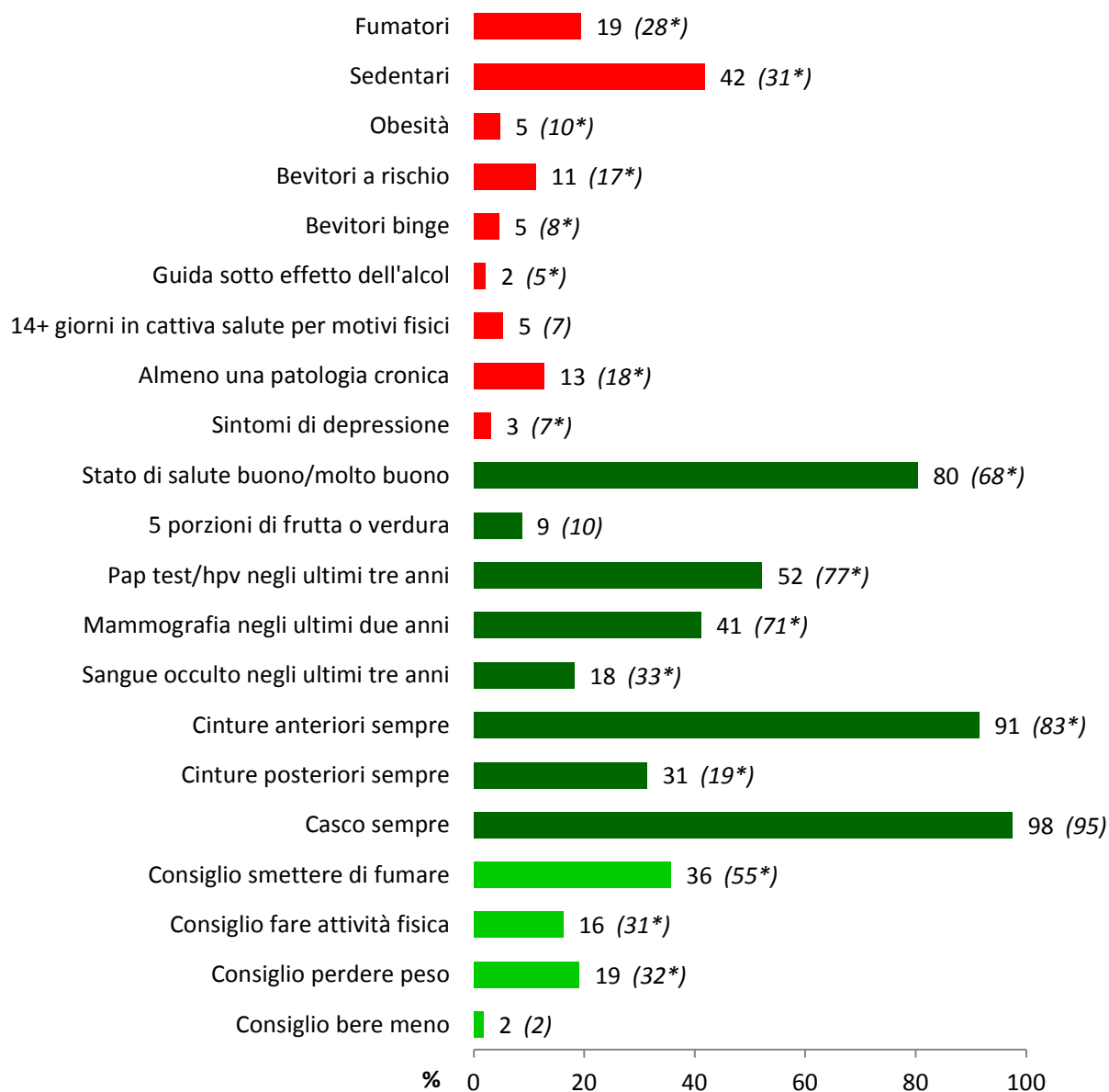


## Stranieri provenienti dall'Africa Sub-Sahariana Pool PASSI 2008-13



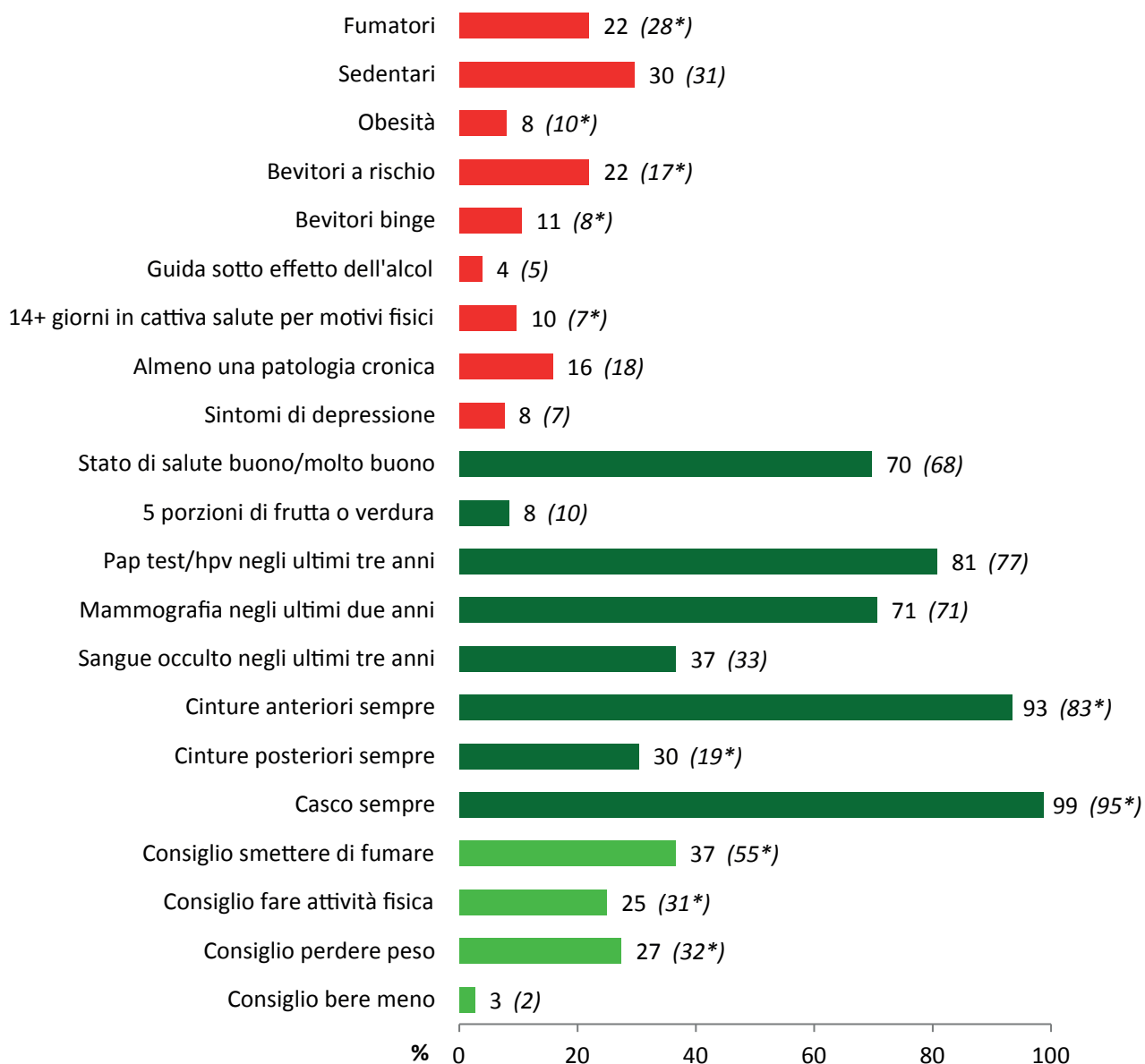
\* differenza statisticamente significativa

## Stranieri provenienti dall'Asia Pool PASSI 2008-13



\* differenza statisticamente significativa

## Stranieri provenienti dall'America Pool PASSI 2008-13



\* differenza statisticamente significativa

## Standardizzazioni

Benessere	Italiani+PSA			Stranieri PFPM		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inf	Sup		Inf	Sup
<b>Stato di salute</b>						
Buono/molto buono	68,00	67,76	68,24	73,21	71,87	74,55
Discretamente	28,35	28,11	28,59	22,13	20,86	23,39
Male/molto male	3,65	3,54	3,76	4,67	4,00	5,33
<b>N° giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici</b>						
0 giorni	63,67	63,41	63,94	66,55	65,14	67,95
1-13 giorni	29,55	29,30	29,81	25,69	24,40	26,98
14+ giorni	6,77	6,63	6,92	7,77	6,92	8,62
<b>Patologie croniche</b>						
Nessuna	82,10	81,90	82,30	84,21	83,03	85,38
1 patologia	14,43	14,24	14,61	12,86	11,80	13,91
2 patologie	2,71	2,62	2,80	2,39	1,78	2,99
3 o più patologie	0,76	0,72	0,81	0,55	0,25	0,84
<b>Depressione</b>						
Presenza	6,68	6,54	6,82	6,05	5,33	6,76
Assenza	93,32	93,18	93,46	93,95	93,24	94,67

GUADAGNARE SALUTE	Italiani+PSA			Stranieri PFFM		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inf	Sup		Inf	Sup
<b>Abitudine al fumo di sigaretta</b>						
Fumatore	28,52	28,27	28,77	29,11	27,79	30,42
Ex-fumatore	18,66	18,46	18,86	13,42	12,40	14,44
Non fumatore	52,82	52,55	53,09	57,47	56,07	58,88
<b>Consumo di alcol</b>						
Consumatori di alcol	56,45	56,19	56,71	43,96	42,53	45,40
Consumatori di alcol a maggior rischio	16,82	16,63	17,00	14,35	13,36	15,34
Forti consumatori abituali di alcol	4,30	4,21	4,40	3,90	3,30	4,51
Consumatori di alcol fuori pasto	7,93	7,80	8,07	7,33	6,69	7,98
Consumatori binge	7,92	7,78	8,06	6,70	5,96	7,43
<b>Attività fisica</b>						
Attivo	32,88	32,62	33,14	41,10	39,64	42,56
Parzialmente attivo	36,47	36,20	36,73	26,02	24,72	27,33
Sedentario	30,66	30,40	30,91	32,88	31,45	34,30
<b>Stato nutrizionale</b>						
Sottopeso	3,30	3,20	3,39	2,94	2,52	3,36
Normopeso	54,92	54,65	55,18	52,96	51,50	54,43
Sovrappeso	31,52	31,27	31,77	34,13	32,70	35,55
Obeso	10,27	10,10	10,44	9,97	9,08	10,87
<b>Consumo abituale di frutta e verdura</b>						
0 porzioni	3,14	3,04	3,24	2,34	1,92	2,76
1-2 porzioni	49,07	48,80	49,35	51,46	50,00	52,93
3-4 porzioni	38,14	37,88	38,41	37,60	36,17	39,02
5 o più porzioni	9,64	9,48	9,79	8,60	7,73	9,47

PROGRAMMI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE	Italiani+PSA			Stranieri PFPM		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inf	Sup		Inf	Sup
<b>Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero</b>						
Negli ultimi tre anni	76,49	76,11	76,86	69,25	67,33	71,17
Maggiore di tre anni	9,94	9,67	10,20	8,69	7,47	9,92
Mai fatto	13,57	13,26	13,89	22,09	20,35	23,83
<b>Diagnosi precoce del tumore della mammella</b>						
Negli ultimi due anni	70,51	69,95	71,07	59,82	55,87	63,76
Maggiore di due anni	17,25	16,77	17,72	16,93	13,85	20,02
Mai fatto	12,24	11,81	12,68	23,25	19,77	26,73
<b>Diagnosi precoce del tumore del colon-retto</b>						
Negli ultimi due anni	32,93	32,51	33,36	29,76	26,53	33,21
Maggiore di due anni	7,62	7,33	7,91	3,03	2,06	4,43
Mai fatto	59,45	58,98	59,92	67,21	63,69	70,55

SICUREZZA STRADALE	Italiani+PSA			Stranieri PFPM		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inf	Sup		Inf	Sup
<b>Utilizzo delle cinture di sicurezza anteriori</b>						
Sempre	83,37	83,15	83,58	90,62	89,71	91,53
Spesso	8,75	8,59	8,92	5,60	4,86	6,35
A volte	5,71	5,57	5,85	2,94	2,46	3,41
Mai	2,17	2,08	2,26	0,84	0,53	1,16
<b>Utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori</b>						
Sempre	19,35	19,13	19,57	28,97	27,47	30,46
Spesso	6,40	6,25	6,54	6,18	5,36	6,99
A volte	20,18	19,94	20,42	21,71	20,38	23,04
Mai	54,07	53,78	54,36	43,15	41,48	44,82
<b>Utilizzo del casco</b>						
Sempre	95,18	94,86	95,50	95,59	93,99	97,19
Spesso	2,09	1,92	2,27	2,10	0,91	3,29
A volte	1,63	1,44	1,83	0,93	0,52	1,34
Mai	1,09	0,90	1,29	1,38	0,37	2,39

## Metodologia

### Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza di popolazione su base locale, con valenza anche regionale e nazionale. La raccolta dei dati è realizzata, con riferimento allo specifico territorio, da operatori delle AUsl che somministrano telefonicamente un questionario standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale a campioni di popolazione selezionati in maniera casuale.

### Popolazione di studio

- Popolazione di studio: persone 18-69enni residenti in ASL e registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, con disponibilità di un recapito telefonico.
- Criteri di inclusione: residenti nel territorio residenti in grado di sostenere una intervista telefonica in italiano (o altra lingua ufficiale della Regione/prov.aut).
- Criteri di esclusione: non disponibilità di recapito telefonico, non conoscenza della lingua italiana, impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), ricovero ospedaliero o istituzionalizzazione.

### Interviste

Le interviste PASSI vengono condotte con periodicità mensile da operatori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, specificamente formato attraverso corsi di formazione comprendenti attività di tirocinio sul campo. I cittadini selezionati - e i loro Medici di Medicina Generale - vengono informati con una lettera personale spedita dall'AUsl. I dati presentati in questo rapporto sono quelli riferiti dalle persone intervistate, senza l'esecuzione di misurazioni dirette.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni indicatori sviluppati nell'ambito del sistema di raccolta centralizzato via web ([www.passidati.it](http://www.passidati.it)).

La qualità dei dati poi è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ed eventuale correzione delle anomalie riscontrate.

### Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software Stata 11.0. Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando stime puntuali con intervalli di confidenza al 95%.

Per garantire idonea rappresentatività, in ciascuna Regione sono stati aggregati i dati delle singole ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per le principali indicatori studiati sono mostrati i risultati delle analisi univariate in

forma grafica con i relativi intervalli di confidenza al 95%.

Per valutare la presenza di eventuali fattori di confondimento o modificatori d'effetto (quali ad esempio età e genere) sono state effettuate analisi mediante *stratificazione e regressione logistica*.

## **Etica e privacy**

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (D.L. n. 196/2003 *Codice in materia di protezione dei dati personali*). Il sistema PASSI è stato inoltre valutato 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.

Il personale intervistante ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire nel trattamento dei dati personali. Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente obiettivi e metodi dell'indagine e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

Gli elenchi nominativi e i questionari compilati contenenti il nome degli intervistati sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del Coordinatore aziendale. Relativamente ai supporti informatici utilizzati sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e protezione, al fine di impedire l'accesso non autorizzato.

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

## **Utilizzo della pesatura**

Il tipo di campionamento scelto è un campione stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni) effettuato a livello aziendale. L'analisi dei dati a livello regionale e dell'intero pool PASSI necessita pertanto di una pesatura dei dati per migliorare l'affidabilità delle stime, in particolare per le variabili con forte eterogeneità interaziendale.

La procedura di pesatura influenza l'ampiezza degli Intervalli di confidenza: garantisce la correttezza delle stime pur accettando in genere una minor precisione.

La modalità di pesatura è dipendente dal tipo di campionamento stabilito: nella sorveglianza PASSI si utilizza un campionamento stratificato proporzionale, per cui i pesi sono strato-dipendenti.

Il peso utilizzato nelle analisi è l'inverso della frazione campionaria ed è dato dal rapporto tra la popolazione ISTAT della i-esima ASL dello strato k e il numero di interviste della



i-esima ASL dello strato k, formalmente:

$${}_i\text{Peso}_k = \frac{\text{Pop strato}_k \text{ASL}_i}{n.\text{Interviste strato}_k \text{ASL}_i}$$

Nelle sezioni con target di età particolari (screening, vaccinazioni, carta del rischio cardiovascolare) vengono appositamente calcolati pesi per le classi d'età specifiche.

## Riflessioni conclusive e prospettive

La letteratura che si è occupata della salute dei migranti si è spesso concentrata sulle emergenze immediate o sulle ‘problematiche’ derivanti dalla migrazione (Kasl and Berkam, 1983; Venema et al., 1995; Kristiansen et al., 2007; Priebe et al., 2011), evidenziando la necessità di una conoscenza tesa a migliorarne gli interventi (Gushulak and MacPherson, 2006), dunque collocando eventuali problemi in una prospettiva più complessiva, legata ai diritti umani (Tam, 2006) e valori di giustizia sociale.

In particolare nel contesto europeo, riconoscendo il crescente interesse (Rechel et al., 2013), e la portata del fenomeno si evidenzia come spesso le politiche si siano limitate ad interventi mirati a patologie o condizioni specifiche (Mladovsky et al., 2012), mentre un approccio più complessivo in termini di politiche deve essere sviluppato (WHO, 2010).

In questo quadro di sicura complessità e rilevanza, anche alla luce dei risultati descritti in questo report, ci sembra opportuno *affiancare* la prospettiva specifica della *promozione della salute* alle diverse prospettive già ampiamente discusse in letteratura.

Come si è visto dai dati relativi al *caso Italia*, i migranti (una volta insediati, ricordiamo che è questa la prospettiva –e il limite- dello studio qui discusso che, per costruzione, non coglie gli immigrati che non sono registrati nelle anagrafe sanitarie e che non parlano l’Italiano), presentano atteggiamenti e comportamenti molto variegati sia rispetto ai fattori di rischio sia rispetto all’accesso a servizi preventivi e di promozione della salute a questi collegati. Anche se qui non si è proposta un’analisi approfondita di questo, è facilmente intuibile (anche in riferimento ai diversi lavori presentati nella letteratura sopra citata) che i fattori che portano ad evidenziare le grandi differenze (positive e negative nel confronto tra sottogruppi di migranti e popolazione italiana) rilevate sono molteplici, sia legati alla cultura dei paesi di provenienza, sia a come questa sia “accolta” nel paese di arrivo (l’Italia nel nostro caso) ed al processo di integrazione.

Le differenze in negativo, viste dal punto di vista del “problema”, possono essere affrontate e spiegate con diversi quadri logici, abbastanza lineari (ne riportiamo qui di seguito uno, solo a titolo di esempio, in Fig. 2).

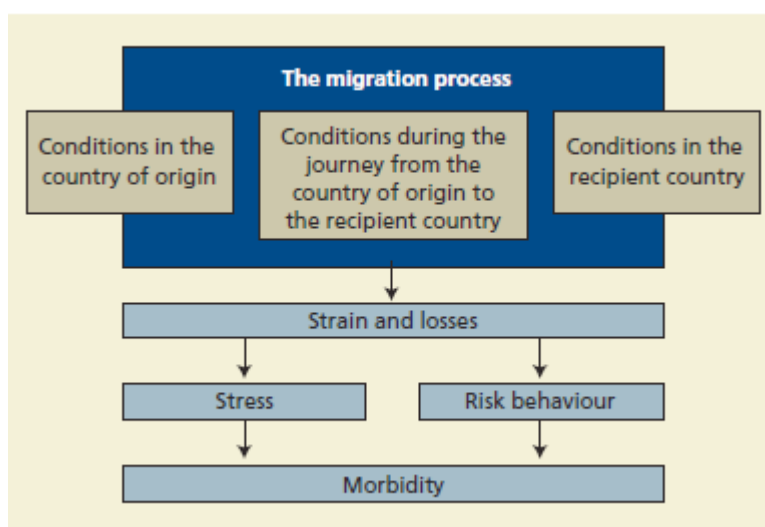


Fig. 2: L’influenza del processo migratorio sulla morbilità dei migranti (Kristiansen et al., 2007)

Pensando invece alle differenze, anche positive riscontrate e ponendole in una logica che veda l'azione di promozione della salute che si tiene conto dei possibili aspetti negativi, ma soprattutto si concentra sulle positività per enfatizzarle e realizzare, soprattutto a livello di comunità, processi di *empowerment*, si potrebbe pensare ad un quadro quale quello riportato nella figura successiva.

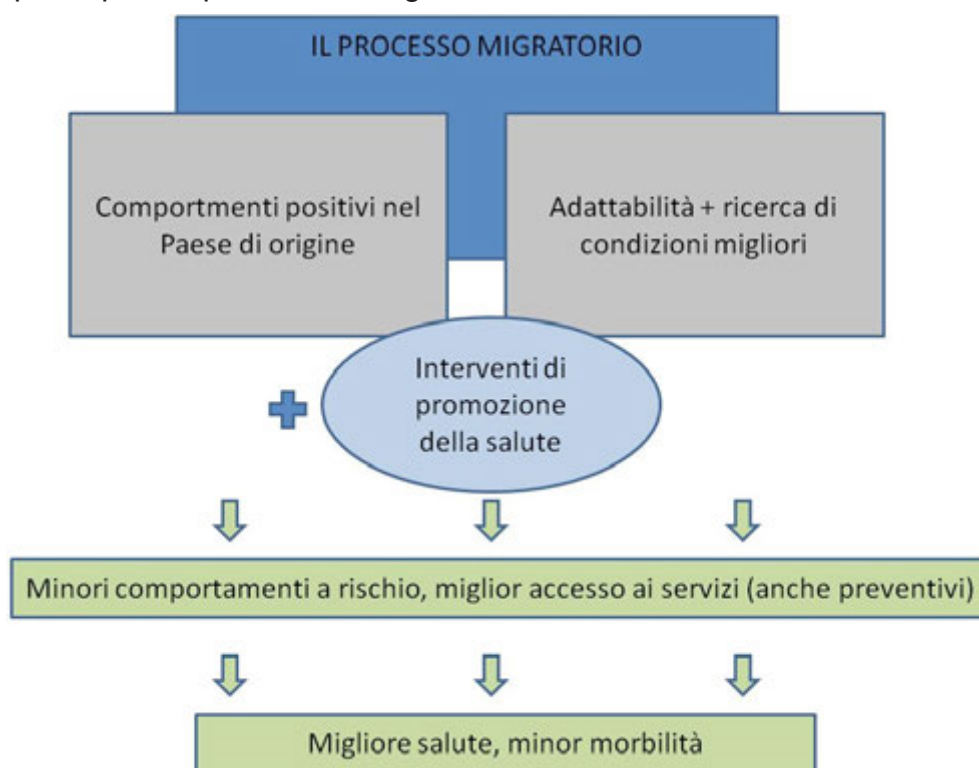


Fig. 3: Il processo migratorio combinato con azioni di promozione come fattore di miglioramento della salute.

Le condizioni di migrante portano infatti spesso sì a stress e ad una serie di condizioni potenzialmente negative per la salute, ma non bisogna dimenticare che i migranti sono anche portatori anche di comportamenti che spesso nei paesi di origine sono migliori che in Italia o altri paesi europei (tipicamente relativamente all'alcol, attività fisica, etc.) e che la loro stessa decisione di migrare spesso presuppone una serie di caratteristiche positive quali la volontà di ricercare condizioni migliori per sé e la propria famiglia, l'adattabilità e la voglia di ricercare percorsi di adattamento positivo alla nuova situazione. Tali condizioni, se ignorate, possono portare paradossalmente ad un "adattamento negativo", avvicinando la popolazione migrata a quegli strati sociali culturalmente ed economicamente meno fortunati nei paesi europei che tipicamente presentano maggiori comportamenti a rischio, un peggior accesso ai servizi sanitari e alla fine maggior morbilità e mortalità. Se invece si riuscisse a sfruttare (da qui il più riportato in figura, assolutamente necessario) le potenzialità sopra descritte si riuscirebbe a mantenere (se non addirittura migliorare) i comportamenti salutari e, stimolando al contempo un efficace accesso ai servizi sanitari, si avrebbero migliori condizioni di salute, minor morbilità e mortalità.

In Europa le sfide che i sistemi sanitari sono chiamati a sostenere sono forti e molteplici. In un'Europa che sta, ormai da decenni, accogliendo continui flussi migratori pensare a politiche ed interventi tesi al miglioramento della salute, in particolare su quegli ambiti che presentano maggior morbilità e mortalità quali le malattie croniche per i quali gli stati si sono fissati importanti obiettivi riassunti nell'Action Plan 2020

([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1819\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1819_allegato.pdf)), senza prendere in considerazione, tra gli altri rilevanti determinanti sociali, la condizione di migrante è miope ed anacronistico.

Con questo report speriamo di aver dato un piccolo contributo, soprattutto nell'evidenziare la complessità del tema, le diverse sfaccettature e le possibilità di intervento, mostrando come un buon sistema di sorveglianza, quale quello italiano, possa contribuire a fornire informazioni utili all'azione anche sulla salute dei migranti.

## Riferimenti bibliografici

Mladovsky, P., Rechel, B., Ingleby, D., & McKee, M. (2012). Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health policy*, 105(1), 1-9.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*, 11(1), 187.

Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*, 381(9873), 1235-1245.

Venema, H. P., Garretsen, H. F. L., & Van der Maas, P. J. (1995). Health of migrants and migrant health policy, The Netherlands as an example. *Social Science & Medicine*, 41(6), 809-818.

Zimmerman C, Kiss L, Hossain M (2011) Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med* 8(5): e1001034. doi:10.1371/journal.pmed.1001034

WHO (2010) How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/127526/e94497.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf?ua=1)).

Copertina, design grafico e impaginazione a cura di  
**Pietro Maiozzi**  
Istituto Superiore di Sanità - CNESPS - Roma



