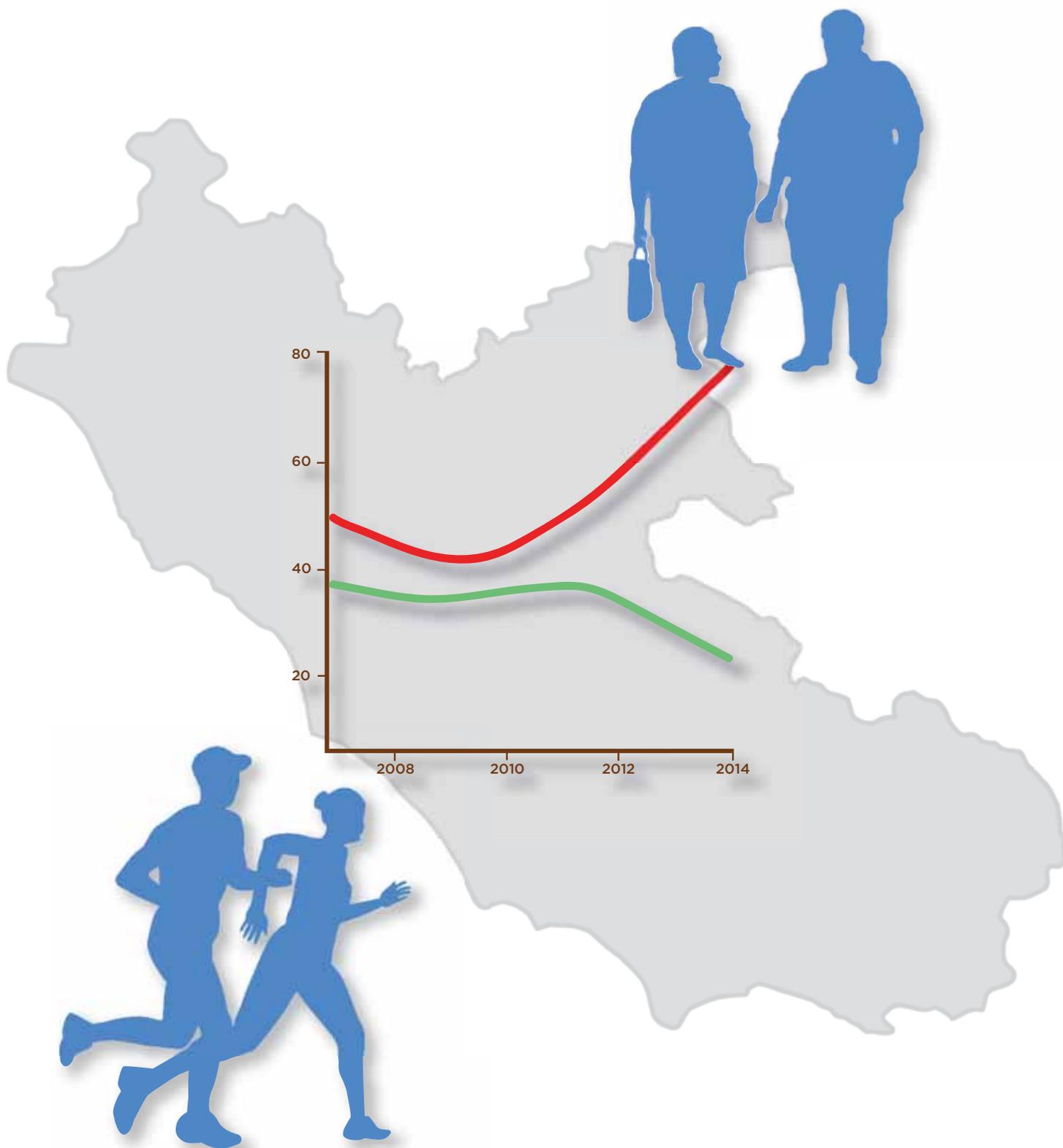


# DETERMINANTI DI **SALUTE** E **DISUGUAGLIANZE**: I RISULTATI DELLA SORVEGLIANZA **PASSI** NEL **LAZIO**



# DETERMINANTI DI SALUTE E DISUGUAGLIANZE: I RISULTATI DELLA SORVEGLIANZA PASSI NEL LAZIO



## Redazione:

Massimo O. Trinito, Andreina Lancia (Dipartimento di Prevenzione Azienda Usl Roma C), Silvia Iacovacci (Dipartimento di Prevenzione Azienda Usl Latina)

Con la collaborazione di: Fabiana Arrivi°, Valentina Pettinicchio°, Ermanno Zorzoli° e Marco Braggion°°

° Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

°° Università Ca' Foscari di Venezia - Dipartimento di Economia

## A cura dei coordinatori e vice coordinatori Passi:

Massimo O. Trinito°, Andreina Lancia°, Silvia Iacovacci°, Roberto Boggi°, Massimo Napoli°, Maria Di Fabio°, Ivana Ciaramella°, Rosanna Trivellini°, Domenico Follacchio°, Anna Bisti°, Alessio Pendenza°, Alessandra Martelli°, Vito Ruscio°, Maura Coia°, Stefania Corradi°, Oretta Micali°, Gianluca Fovi°, Sonia Iannone°

\* Coordinamento regionale Passi

° Coordinatori e vice coordinatori aziendali Passi

## Col contributo di:

### *a livello nazionale*

Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzi, Paolo D'Argenio, Angelo D'Argenzio, Pirous Fateh-Moghadam, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Alberto Perra, Valentina Possenti, Elisa Quarchioni, Mauro Ramigni, Stefania Salmaso, Massimo O. Trinito, Stefania Vasselli - Gruppo Tecnico Passi nazionale

### *a livello regionale*

Amalia Vitagliano, dirigente dell'Area Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Alessandra Barca, Diego Baiocchi - Area Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening

### *a livello aziendale*

#### **Coordinatori e Intervistatori dal 2012 ad oggi**

Asl Roma A	Roberto Boggi, Massimo Napoli, Paola Abetti, Adelaide Landi, Giuliana Ravelli, Anna Teresa Ruggeri, Stefano Zannini
Asl Roma B	Maria Di Fabio, Ivana Ciaramella, Alessandra Arcangeli, Barbara Baccari, Stefano Bruni, Aurora Castellitto, Francesca Datoli, Santa Mafaro, Viviana Salerno, Massimo Valenti, Irene Verrone
Asl Roma C	Massimo O. Trinito, Andreina Lancia, Sonia Bisceglie, Lucia Coppotelli, Albina D'Addetta, Gianna Darelli, Francesca De Luca, Patrizia Di Costanzo, Anna Fabi, Simonetta Fortini, Roberta Merenda, Anna Rita Petrella, Roberto Pistilli, Sandra B. Rivas, Marina Salvagni, Paola Tunesi, Barbara Vicca, Romina Volpicelli
Asl Roma D	Rosanna Trivellini, Domenico Follacchio, Patrizia Battilocchi, Angela Colaiacomo, Rosa Dacchille, Donatella Dori, Tiziana Fani, Giustina Faparelli, Monia Ferranti, Maria Maddalena Micello, Elisabetta Musacchio, Angela Staglianò
Asl Roma E	Anna Bisti, Alessio Pendenza, Antonella De Marchis, Maria Rosaria Nappi
Asl Roma F	Alessandra Martelli, Giuliana Cecati, Antonella Fiorentini, Patrizia Fracassa, Katuscia Privitera, Fabiola Santecchi, Francesca Silvestri, Franca Spadone
Asl Roma G	Vito Ruscio, Maura Coia, Rosa Francesca Alicata, Emanuela Capitolino, Patrizia Decanio, Maria Teresa Fernandez, Francesco Gagliarducci, Lucia Greggì, Simona Piacentini, Carla Poggi, Cinzia Persili, Alessandro Veturi
Asl Roma H	Stefania Corradi, Marina Di Geronimo, Roberta Iaboni, Giovanna Papili, Fabrizio Leofreddi, Claudia Dettori, Concetta Macelletti
Asl Viterbo	Oretta Micali, Silvana Forte, Anna Liberati, Maria Domenica Pelosi, Iaria Scrocchia, Filomena Trovato
Asl Rieti	Gianluca Fovi, Felicetta Camilli, Michele Amorosi, Rossana Bertelli, Maddalena Morante, Marina Casanica, Tiziana Cipriani, Patrizia Cuomo, Donatella Imperatori, Michela Grillotti, Maria Grazia Pipitone, Alessandra Sciumé Marchetti, Eleonora Tarquini, Antonio Tavani, Annalisa Testa, Fabio Tomassini
Asl Latina	Silvia Iacovacci, Giovanni Barbanti, Barbara Beneventi, Fausta Manzan, Francesca Palombi, Antonella Pica, Manuela Visentin
Asl Frosinone	Sonia Iannone, Roberta Castellucci, Loredana Pagliaroli, Maria Luisa Parisella, Giuseppina Risi, Patrizia Tatangelo.

## Coordinamento editoriale e progetto grafico:

Camilla Di Barbora & Associati, Corinna Guercini

## Ringraziamenti:

- ai Medici di medicina generale

- alla Prof.ssa Elisabetta Franco, direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

- a tutte le persone intervistate, che hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

PREFAZIONE	p. 5
INTRODUZIONE	p. 7
OBIETTIVI, METODI E ORGANIZZAZIONE DELLA RETE PASSI	p. 9
LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE: IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018 E LA SORVEGLIANZA PASSI	p. 13
<b>GUADAGNARE SALUTE</b>	
Abitudine al fumo di sigaretta	p. 19
Sedentarietà	p. 25
Eccesso ponderale	p. 31
Consumo a maggior rischio di alcol	p. 38
<b>RISCHIO CARDIOVASCOLARE</b>	
Valutazione del rischio cardiovascolare	p. 45
Ipertensione arteriosa	p. 47
Ipercolesterolemia	p. 52
<b>PROGRAMMI DI PREVENZIONE</b>	
>Screening	
Diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina	p. 59
Diagnosi precoce dei tumori della mammella	p. 63
Diagnosi precoce dei tumori del colon-retto	p. 67
>Vaccinazioni	
Vaccinazione antinfluenzale	p. 73
Vaccinazione antirosolia	p. 77
<b>BENESSERE</b>	
Stato di salute percepito	p. 83
Sintomi di depressione	p. 89
APPENDICE - ANALISI LOGISTICHE MULTIVARIATE	p. 93
BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	p. 101



## PREFAZIONE

**N**ell'ambito della prevenzione delle malattie non trasmissibili, il sistema di sorveglianza Passi (Progressi nelle aziende sanitarie per la salute in Italia) costituisce un'importante fonte informativa per l'azione in sanità pubblica. Attivo dal 2007, i suoi risultati sono stati diffusi sia mediante report complessivi, sia con prodotti comunicativi tematici utilizzati a sostegno degli interventi di prevenzione.

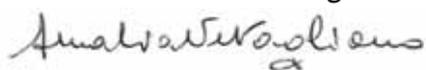
Il presente rapporto propone i risultati di alcuni aspetti legati alla salute degli adulti del Lazio, letti attraverso la lente della loro distribuzione nella popolazione.

Questo approccio è funzionale al miglioramento e all'orientamento della programmazione degli interventi. Conoscere come i determinanti prossimali di salute e l'adozione di misure preventive siano distribuiti per genere, età, ambito territoriale e livello socio-economico, fornisce elementi utili al contrasto delle disuguaglianze che, oltre a costituire un dovere etico, è anche quanto richiede espressamente il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, sulla cui base dovranno essere redatti i Piani regionali di prevenzione.

La sorveglianza Passi ha costruito in questi anni una rete di operatori sanitari, quasi tutti appartenenti ai dipartimenti di Prevenzione, non solo funzionale alla raccolta e all'analisi dei dati, ma anche capace di collaborare con reti esistenti o di promuoverne la nascita. Fornire un quadro di popolazione di un problema di salute consente ai portatori d'interesse di uscire da una conoscenza settoriale e facilita il raggiungimento di obiettivi generali.

Il coordinamento degli interventi di prevenzione si esplica tramite la costruzione di alleanze interne ed esterne al mondo sanitario, al fine di favorire la centralità della salute in tutte le politiche. La conoscenza della diseguale distribuzione dei problemi di salute aiuterà a perseguire quest'obiettivo.

Area Sanità Pubblica, Promozione della Salute,  
Sicurezza Alimentare e Screening  
Dott.ssa Amalia Vitagliano



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria  
Dott.ssa Flori Degrassi





## INTRODUZIONE

La letteratura scientifica ha prodotto molte evidenze sugli effetti dei determinanti socio-demografici in termini di disuguaglianze in salute. Quelle esposte in questo rapporto derivano dall'analisi di alcune variabili inserite nel questionario Passi e mettono in evidenza numerose disparità fra diversi gruppi di popolazione del Lazio, con età tra i 18 e i 69 anni. La diseguale copertura delle variabili indagate attraversa quasi tutti gli aspetti considerati, partendo dalla percezione soggettiva della salute, che è peggiore in chi dichiara molte difficoltà economiche, basso livello di istruzione ed età superiore ai 50 anni.

Nell'ambito dei fattori di rischio comportamentali più importanti per l'insorgenza delle malattie croniche maggiormente diffuse, l'abitudine al fumo è prevalente nella classe socio-economica più bassa tra gli uomini e in quella intermedia tra le donne. Sedentarietà ed eccesso ponderale evidenziano disuguaglianze di genere, ma, sia fra gli uomini sia fra le donne, entrambi questi fattori di rischio mantengono o ampliano, negli ultimi 6 anni, il differenziale esistente fra chi appartiene alla classe socio-economica più alta e a chi appartiene a quella più svantaggiata, a danno di quest'ultima. L'abitudine al consumo a maggior rischio di alcol, come quella al fumo, si conferma essere maggiormente diffusa nella classe d'età più giovane.

Fra gli interventi di prevenzione organizzati, la disuguaglianza per livello socio-economico non influenza le coperture della vaccinazione antirosolia mentre, nello screening coloretale, la prevalenza di esecuzione del test di prevenzione è maggiore tra chi appartiene alla categoria socio-economica più alta. Nello screening mammografico la disparità di copertura del test per livello socio-economico è correlata all'ambito territoriale di residenza.

Il presente rapporto fornisce molteplici chiavi di lettura delle disuguaglianze su importanti temi di salute che, per essere affrontati sistematicamente, non possono prescindere da interventi di prevenzione che tengano conto delle diversità socio-economiche esistenti in ogni sottopopolazione.



## OBIETTIVI, METODI E ORGANIZZAZIONE DELLA RETE PASSI

### OBIETTIVI

**Obiettivo generale del sistema di sorveglianza Passi** è quello di monitorare in continuo alcuni aspetti della salute della popolazione residente di 18-69 anni, relativi alla percezione del proprio stato di salute, ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive.

In tali ambiti è anche stimata la prevalenza di specifici indicatori nella popolazione adulta riguardanti le percezioni sullo stato di salute, i comportamenti a rischio e i consigli ricevuti dagli operatori sanitari.

**Lo scopo ultimo di ogni sistema di sorveglianza in Sanità pubblica** rivolto alla prevenzione è comunicare e diffondere i risultati della sorveglianza ai decisori per la definizione delle priorità anche attraverso l'individuazione dei gruppi a rischio ai quali indirizzare gli interventi di promozione della salute e diagnosi precoci.

**Effetto atteso, derivato ma non secondario, della sorveglianza Passi** è l'evoluzione dei suoi coordinatori aziendali in soggetti che sostengano o promuovano reti per un'azione efficace in prevenzione, ovviamente in modo organico con Asl e Regione. La raccolta dei dati e la loro diffusione a livello locale da parte di operatori sanitari costituisce un formidabile volano, anche se non automatico, per lo sviluppo di questa funzione.

**L'obiettivo specifico di questo rapporto** è fornire, con i dati raccolti in sei anni, informazioni sulla diseguale distribuzione dei comportamenti a rischio e dell'adozione di misure preventive per genere, classe d'età, ambito territoriale di residenza e per livello socio-economico. Obiettivo del presente lavoro è, altresì, valutare, per le stesse variabili, l'andamento nel tempo, dal 2008 al 2013, che esse hanno avuto complessivamente e nella popolazione con alto e basso livello socio-economico.

### METODI

**Passi** è un sistema di sorveglianza che fornisce dati a livello aziendale, regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di Asl tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato.

Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e alle finalità di un sistema di sorveglianza di Sanità pubblica; pertanto possono differire da criteri applicati in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 12 Aziende sanitarie della Regione Lazio. I criteri di inclusione nella sorveglianza Passi sono: la residenza nel territorio di competenza della Regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità a sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione della persona selezionata.

Il campionamento previsto per Passi si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età, direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle Asl.

Nel presente rapporto il dato di riferimento nazionale è denominato "pool Passi" e fa riferimento al territorio nazionale coperto in maniera sufficiente, per numerosità e rappresentatività dei campioni, dal sistema di sorveglianza. Attualmente partecipano alla rilevazione tutte le Asl d'Italia, fatta eccezione per alcune Asl della Lombardia.

#### Raccolta dei dati

I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate a seguito della somministrazione di un questionario telefonico, senza effettuazione di misurazioni dirette. Tutti gli intervistatori hanno ricevuto una medesima formazione che garantisce una modalità d'intervista standardizzata.

Le figure professionali coinvolte nella raccolta dei dati sono infermieri, assistenti sanitari e medici appartenenti prevalentemente al dipartimento di Prevenzione; partecipano alla rilevazione anche operatori sanitari afferenti a distretti e ospedali. La raccolta dati avviene con cadenza mensile; luglio e agosto sono considerati un'unica mensilità.

Le interviste sono somministrate prevalentemente tramite questionario cartaceo, in minor misura con modalità Cati (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento su un server nazionale e da una successiva analisi ad hoc dei dati inseriti.

La raccolta dati, realizzata con opportuni accorgimenti per il rispetto dell'etica e della privacy<sup>(1)</sup>, è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni indicatori.

#### Analisi dei dati

Per la redazione del presente rapporto sono state analizzate 18.678 interviste (9.700 donne e 8.978 uomini) realizzate nel Lazio dalla sorveglianza Passi, fra gennaio 2008 e dicembre 2013. La buona qualità della sorveglianza è testimoniata dall'elevato tasso di risposta, pari in media all'87%<sup>(2)</sup>.

La rappresentatività regionale è stata ottenuta per aggregazione dei dati di tutte le Asl del Lazio utilizzando un'opportuna pesatura<sup>(3)</sup>.

Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, "depurato" dagli effetti di altri determinanti, che possono giocare un ruolo di confondente, sono state effettuate analisi mediante regressione logistica. Nei modelli di analisi multivariata adottati non è stata inserita la cittadinanza perché, troppo spesso non si riescono a contattare telefonicamente i cittadini stranieri, soprattutto a Roma, con seguente possibile introduzione di un *bias* di selezione.

Per analizzare l'andamento delle variabili in studio nel tempo è stata condotta un'analisi di significatività delle serie storiche partendo dall'esplorazione delle funzioni grafiche di autocorrelazione e autocorrelazione parziale al fine di verificare eventuali dipendenze temporali. Successivamente, sempre dal punto di vista grafico, la serie è stata decomposta nelle tre classiche componenti additive (trend, stagionalità e componente erratica). Specifiche metodologie sono state utilizzate per testare i trend e le stagionalità dal punto di vista inferenziale<sup>(4)</sup>.

Le stime ottenute si riferiscono sempre a intervalli di confidenza (IC) al 95%.

Nel rapporto, il Lazio è stato diviso in tre diversi ambiti territoriali: il Comune di Roma, la Provincia di Roma e le altre Province del Lazio. Ovviamente sono aggregazioni che al loro interno possono presentare diversità importanti ma le cui Asl possono essere ritenute non eccezionalmente dissimili per distribuzione del tessuto sociale, densità abitativa, accessibilità di servizi, distribuzione e rilevanza degli Enti amministrativi sul territorio. L'attuale numerosità delle interviste non consente la conduzione delle stesse analisi a livello di Asl.

L'analisi delle disuguaglianze relative alla distribuzione nella popolazione delle variabili considerate è stata condotta anche per livello socio-economico, diviso in tre categorie costruite in modo da poter massimamente differenziare quelle estreme<sup>(5)</sup>. L'analisi di trend ha tenuto conto dell'andamento nel tempo della variabile in studio solo per le categorie con basso e alto livello socio-economico.

<sup>(1)</sup> *La tutela dei dati personali nel sistema di sorveglianza Passi:*

[http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2010/Passi\\_datipersonali\\_apr2010.pdf](http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2010/Passi_datipersonali_apr2010.pdf)

<sup>(2)</sup> *Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)*

<sup>(3)</sup> *Sistema di sorveglianza Passi. "Rapporto regionale 2007-2008. Un anno di attività", p.92*

<http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf/Lazio/Lazio07-08.pdf>

<sup>(4)</sup> *Per il test su presenza o meno di trend si sono utilizzate le regressioni con lo stimatore di Cochrane Orcutt per autocorrelazioni di ordine 1; per testare la significatività delle stagionalità è stata invece utilizzata una regressione lineare dinamica (Kleiber e Zeiles, 2008) a ritardo 12 (corretta opportunamente con eventuali ulteriori ritardi significativi di ordine inferiore). Nel primo caso è stato utilizzato il pacchetto orcutt di R (Spada et al., 2012), mentre nel secondo caso si è utilizzato il pacchetto dynlm (Zeiles, 2014). Per le altre analisi grafiche di serie storiche è stato utilizzato il pacchetto aatsa (Stoffer, 2014).*

<sup>(5)</sup> *Livello socio-economico alto: chi non ha difficoltà economiche e ha un diploma di scuola superiore o una laurea; Livello socio-economico basso: chi ha difficoltà economiche e ha un livello d'istruzione inferiore al diploma di scuola superiore; Livello socio-economico medio: tutte le altre combinazioni fra condizione economica e livello d'istruzione.*

## **ORGANIZZAZIONE DELLA RETE PASSI**

Punto di forza del network Passi è la **condivisione partecipata di obiettivi e strumenti** basata sul dialogo costante tra tutti i professionisti di sanità pubblica.

Passi è costruito come sistema su tre livelli: un livello aziendale (con le attività di rilevazione, registrazione dei dati, analisi e comunicazione alle comunità locali), un livello di coordinamento regionale (che prevede l'analisi e la comunicazione ai pianificatori regionali) e un livello centrale con compiti di progettazione, ricerca, formazione e sviluppo.

A livello di Asl è operativo il gruppo di lavoro Passi, all'interno del dipartimento di Prevenzione, costituito dagli intervistatori e dal coordinatore aziendale.

La rete dei coordinatori aziendali Passi garantisce un'organizzazione adeguata per il funzionamento continuo del sistema e per il suo monitoraggio, realizza la comunicazione dei risultati anche integrandoli con le altre fonti informative esistenti e ne promuove l'utilizzo appropriato a livello locale.

## LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE: IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018 E LA SORVEGLIANZA PASSI

La letteratura scientifica ha prodotto molte evidenze sugli effetti dei determinanti sociali in termine di disuguaglianze in salute. Esistono disuguaglianze sistematiche nello stato di salute della popolazione inique perché non giustificate dal punto di vista biologico ed evitabili attraverso politiche e strategie adeguate. I fattori che causano tali condizioni, in particolar modo le malattie croniche, sono chiamati **determinanti sociali di salute**. Le “cause delle cause” come li definì Marmot nel 2005<sup>(1)</sup>. Ne sono un esempio la mancanza di risorse, un’istruzione carente, un lavoro precario o poco sicuro.

La disuguaglianza “pesa” molto sulla salute nei Paesi sviluppati dove l’entità dei problemi sociali e sanitari è assai più correlata alla maggiore disparità economica esistente tra il 20% più benestante della popolazione e il 20% più povero, che al reddito medio pro capite<sup>(2)</sup>.

Ha certamente contribuito a un maggior coinvolgimento del mondo sanitario nel dibattito la pubblicazione, nel 2008, del documento dell’Organizzazione mondiale della sanità sui “Determinanti sociali di salute”<sup>(3)</sup>. Al centro del rapporto, l’imperativo per tutti i governi di agire sui determinanti sociali di salute al fine di eliminare le disuguaglianze di salute tra Paesi e all’interno dei Paesi stessi: “la giustizia sociale sta diventando una questione di vita o di morte. Sta influenzando il modo di vivere della gente, la probabilità di ammalarsi ed il rischio di morire prematuramente”.

I determinanti sociali, quindi, hanno un impatto diretto e immediato sulla salute: la riduzione di tali disuguaglianze e l’azione sui determinanti sociali al fine di eliminare il divario di salute tra popolazioni più o meno ricche, costituiscono per tutti i decisori un imperativo etico.

Anche l’accesso ai sistemi sanitari costituisce un determinante di salute: **istruzione, lavoro, sesso e reddito sono fortemente correlati con l’accesso e l’utilizzo dei servizi sanitari** che, quindi, a loro volta, producono meno cura per la popolazione più svantaggiata. È importante sottolineare come questa problematica sia stata recepita dal nuovo codice deontologico<sup>(4)</sup> che introduce il concetto di disuguaglianze nella salute e indica il dovere per i medici di collaborare alle politiche di contrasto.

L’art. 5 recita: “Il medico, nel considerare l’ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all’attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze nella salute, (...) informando sui principali fattori di rischio”. Le istituzioni mediche hanno dovuto prendere atto delle crescenti disuguaglianze nella salute e nella malattia tra la popolazione italiana e tra le popolazioni di diverse parti del mondo.

Se è diseguale la fruizione delle prestazioni assistenziali, richieste da un bisogno comunque riconosciuto dalle persone (la malattia sintomatica), è ovvio che quando si parla di prevenzione, con azioni rivolte quindi a popolazione sana o clinicamente sana, è attesa una disuguaglianza di

copertura e di efficacia degli interventi ancora maggiore. Di qui la necessità di orientare gli interventi di prevenzione in modo, almeno in una prima fase, da ridurre la diversità dell'impatto che essi altrimenti avrebbero.

Deve esserci piena coscienza, però, che i meccanismi generatori di disuguaglianza rimandano spesso anche ad aspetti psicosociali (atteggiamenti, stereotipi, pregiudizi, attese) e di matrice organizzativa (prassi e abitudini, modalità organizzative, regole di accesso)<sup>(5)</sup>. Da ciò consegue che l'organizzazione sanitaria non deve limitarsi ad attuare "semplicemente" interventi e servizi dedicati a target specifici di soggetti (indigenti, stranieri, ecc) altrimenti, si rischia paradossalmente di rinforzare le vulnerabilità sociale dei soggetti che intende tutelare. Nel tempo, l'organizzazione sanitaria deve sviluppare strategie complessive di contrasto alle iniquità, di analisi dei meccanismi organizzativi e di recepimento delle istanze culturali alla base della discriminazione di accesso alle iniziative di mantenimento della salute.

Il nuovo Piano nazionale della prevenzione (Pnp) 2014-2018<sup>(6)</sup> "intende adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze". È la prima volta che questo elemento è inserito nella *vision* del Piano: il precedente Piano regionale di prevenzione (Prp) 2010-2012 non si era dotato di un approccio sistematico contro le disuguaglianze, rischiando in tal modo di crearle o aumentarle come effetto dei progetti dei Prp. I macro-obiettivi di questo Piano sono stati individuati in base alle priorità d'intervento definite dal livello centrale. Rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili è una di queste priorità. Questa scelta si implementa sia come lotta alle disuguaglianze sia come messa a sistema di interventi (magari già offerti in modo diseguale) per la prevenzione di disabilità.

I Piani regionali saranno valutati ex ante sulla base di diversi criteri tra cui l'attenzione alle disuguaglianze quale principio ritenuto essenziale per la qualità della proposta progettuale e dell'efficacia complessiva del piano.

Tra i principi ispiratori del Piano nazionale 2014-2018 si riconosce l'importanza fondamentale della genesi e fruizione della conoscenza e pertanto riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

La raccolta in continuo dei dati, caratteristica strutturale dei sistemi di sorveglianza, consente di intercettare cambiamenti che dovessero registrarsi a seguito o nel corso di un evento, come è accaduto in occasione della pandemia da virus H1N1 nel 2011<sup>(7)</sup>. Ovviamente, analisi di questo tipo possono essere condotte anche relativamente all'effetto sulla disuguaglianza determinato da eventi socio-economici eccezionali come la grave crisi economica che l'Italia, insieme ad altri Paesi occidentali, sta attraversando.

Con Passi, come già dimostrato a livello nazionale, è possibile monitorare come si stanno modificando i determinanti sociali della salute maggiormente correlati alla crisi economica, come la condizione lavorativa e le difficoltà economiche percepite<sup>(8)</sup>.

Il sistema di sorveglianza Passi fornisce, e questo rapporto lo dimostra, anche informazioni importanti sulla diversa distribuzione nella popolazione dei fattori di rischio comportamentali e dell'adesione a programmi organizzati di prevenzione. Elementi di conoscenza non solo speculativi ma che, nello spirito dei sistemi di sorveglianza di Sanità pubblica, hanno il preciso obiettivo di orientare al meglio gli interventi. Sapere che, al di là della loro prevalenza di diffusione, alcune variabili sono maggiormente presenti in una determinata fascia d'età, in uno specifico ambito territoriale o in uno specifico sottogruppo di popolazione più o meno istruito o con maggiore o minore disponibilità economica, può costituire elemento di programmazione coerente con quanto richiesto dal Piano nazionale di prevenzione vigente. L'andamento negli ultimi anni dei fenomeni analizzati per livello socio-economico aggiunge conoscenza sull'aumento o riduzione della forbice della disuguaglianza, suggerendo il mantenimento o la modificazione del quadro complessivo degli interventi che la Sanità pubblica è chiamata a realizzare direttamente o a promuovere con funzione di *advocacy* nei confronti del mondo non strettamente sanitario.

<sup>(1)</sup> Marmot M. "Social determinants of health inequalities". *The Lancet* 2005; 365:1099-104.

<sup>(2)</sup> Wilkinson R, Pickett K. "La misura dell'anima". Feltrinelli, 2009.

<sup>(3)</sup> World Health Organization - Csdh. "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health" (2008).

<sup>(4)</sup> Federazioni degli Ordini dei Medici e degli odontoiatri. "Codice di deontologia medica" (18 maggio 2014).

<sup>(5)</sup> Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia Romagna. Area Comunità, equità e partecipazione. "Gestire le differenze nel rispetto dell'equità" (Maggio 2012).

<sup>(6)</sup> Piano regionale della prevenzione 2014-2018. "Accordo Conferenza Stato Regioni del 13 novembre 2014": [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_045549\\_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045549_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf)

<sup>(7)</sup> Ferrante G, Baldissera S, et al. "Surveillance of perceptions, knowledge, attitudes and behaviors of the Italian adult population (18–69 years) during the 2009–2010 A/H1N1 influenza pandemic". *Eur J Epidemiol.* 2011 Mar;26(3):211-9.

<sup>(8)</sup> Progetto Crisalide. "Dati Passi: effetti della crisi sugli stili di vita" [http://www.agenas.it/images/agenas/ricerca/agenas\\_ccm\\_corrente\\_finalizzata/LEA/CRISALIDE/3\\_crisalidi\\_dati\\_Passi.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/ricerca/agenas_ccm_corrente_finalizzata/LEA/CRISALIDE/3_crisalidi_dati_Passi.pdf)



## **GUADAGNARE SALUTE**



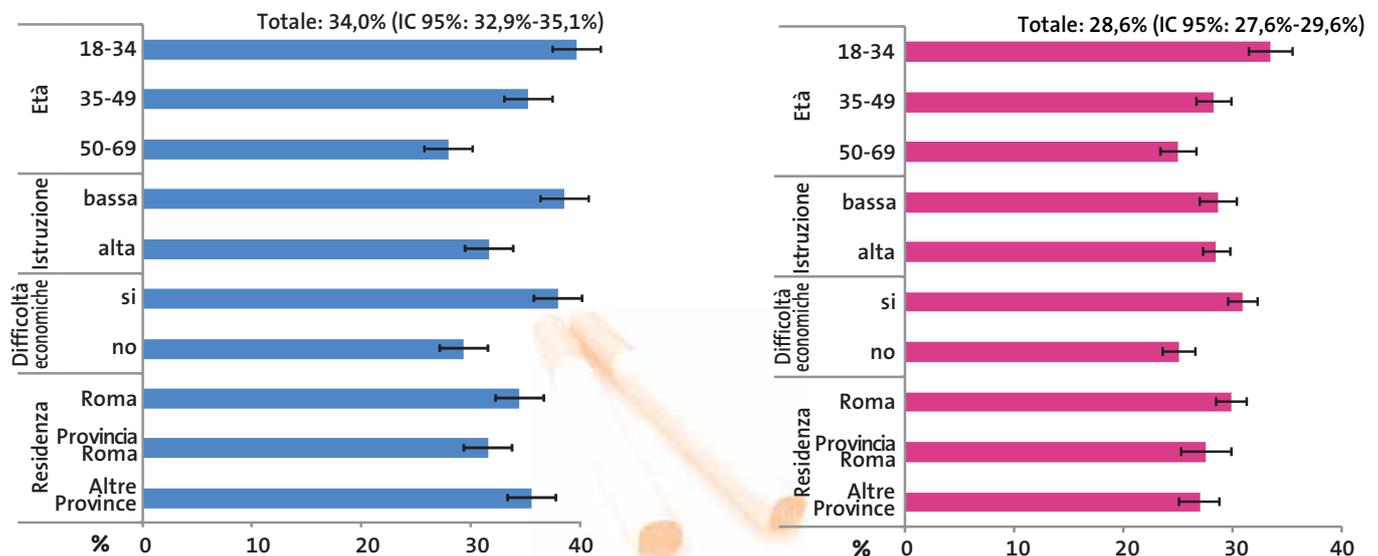
# ABITUDINE AL FUMO DI SIGARETTA



■ % significativamente superiore al pool  
 ■ % non significativamente diversa dal pool  
 ■ % significativamente inferiore al pool  
 Prevalenza di fumatori - Passi 2010-2013  
 Pool di Asl: 28,0% (IC 95%: 27,7%-28,3%)

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie; il fumo contribuisce all'insorgenza di un tumore su quattro. Il fumo di tabacco, oggi in Italia, costituisce la prima causa di morte prematura evitabile; si stima, che provochi, secondo il metodo di calcolo utilizzato, fra i 70 e gli 85 mila decessi all'anno, con oltre un milione di anni di vita potenziali persi. Nel quadriennio 2010-13, il 28% degli italiani di 18-69 anni ha riferito di fumare sigarette quotidianamente. L'abitudine al fumo è più diffusa in Umbria, Lazio e Campania. Nel Lazio, i dati Passi relativi agli anni 2008-13, indicano una prevalenza di fumatori\* pari al 31,2% (IC 95%: 30,5%-31,9%). Fumano di più gli uomini (34% vs 29%) e, in entrambi i generi, le persone più giovani e quelle che riferiscono di avere molte difficoltà economiche. L'abitudine al fumo negli uomini è più diffusa fra chi ha un basso livello d'istruzione.

Prevalenza dell'abitudine al fumo di sigaretta negli uomini e nelle donne del Lazio. Lazio, Passi 2008-2013



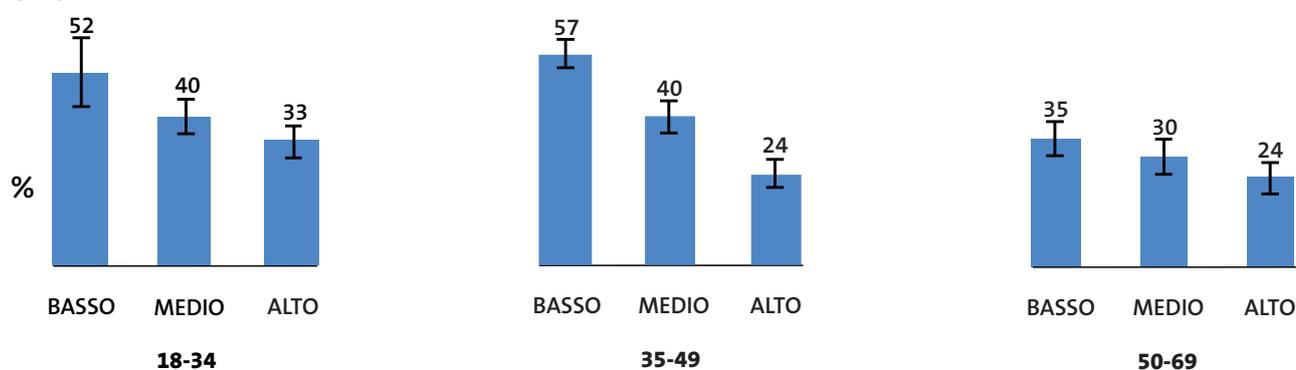
All'analisi multivariata\*\*, in un modello contenente anche altri fattori di rischio comportamentali, la salute percepita e la presenza di sintomi di depressione, in entrambi i generi, si conferma l'associazione, statisticamente significativa, fra l'abitudine al fumo e l'aver riferito molte difficoltà economiche. Negli uomini essere fumatori è significativamente associato anche a un basso livello d'istruzione, ad avere meno di 50 anni, alla sedentarietà, al consumo a rischio di alcol e alla presenza di sintomi di depressione. Nelle donne essere fumatrici è significativamente associato alla classe d'età 18-34 anni, a una non buona percezione del proprio stato di salute, all'obesità, al consumo a rischio di alcol e alla presenza di sintomi di depressione. L'abitudine al fumo nelle donne è significativamente associata a chi risiede a Roma. Per gli uomini si registra una minore associazione, significativa, fra l'essere fumatore e risiedere in Provincia di Roma rispetto a chi vive a Roma o nelle altre Province.

### FUMATORI E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

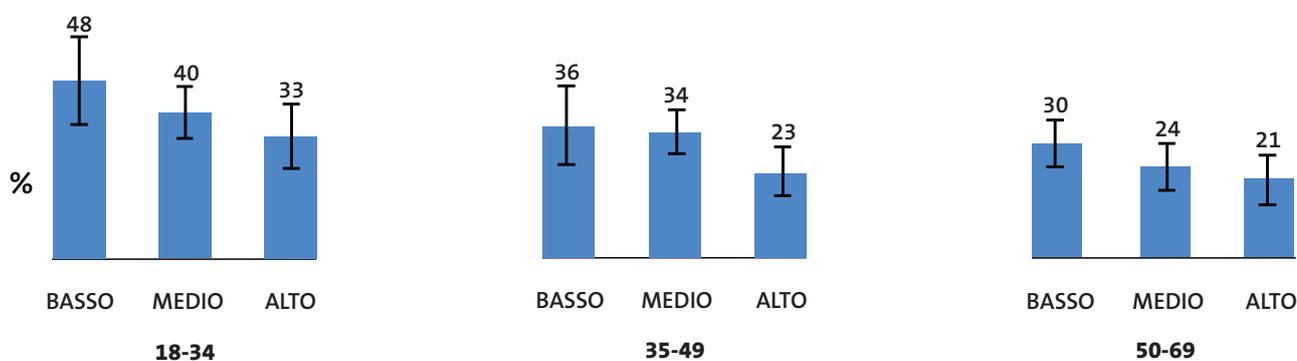
Fra gli uomini, la prevalenza di fumatori è maggiore nella categoria socio-economica più svantaggiata, in tutti gli ambiti territoriali considerati. Nel Comune di Roma la prevalenza di fumatori nella popolazione con basso livello socio-economico è significativamente maggiore, in ogni classe d'età, di quella con livello socio-economico alto. In Provincia di Roma e nelle altre Province del Lazio, il gradiente socio-economico appare analogo a quello metropolitano, lievemente attenuato nella classe d'età 35-49 anni; in tutti e tre i livelli socio-economici della popolazione la prevalenza di fumatori è massima nella classe d'età 18-34 anni.

Prevalenza di fumatori per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013

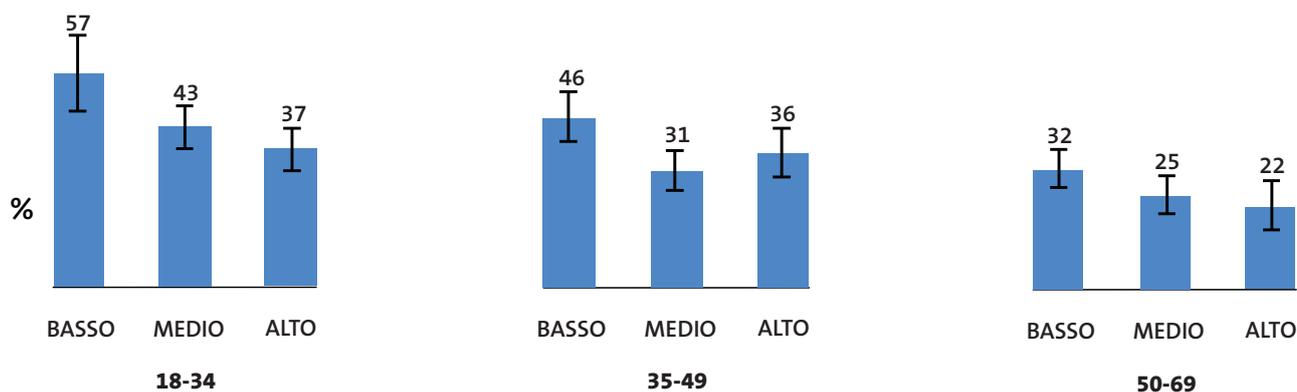
#### Roma



#### Provincia di Roma



#### Altre Province del Lazio



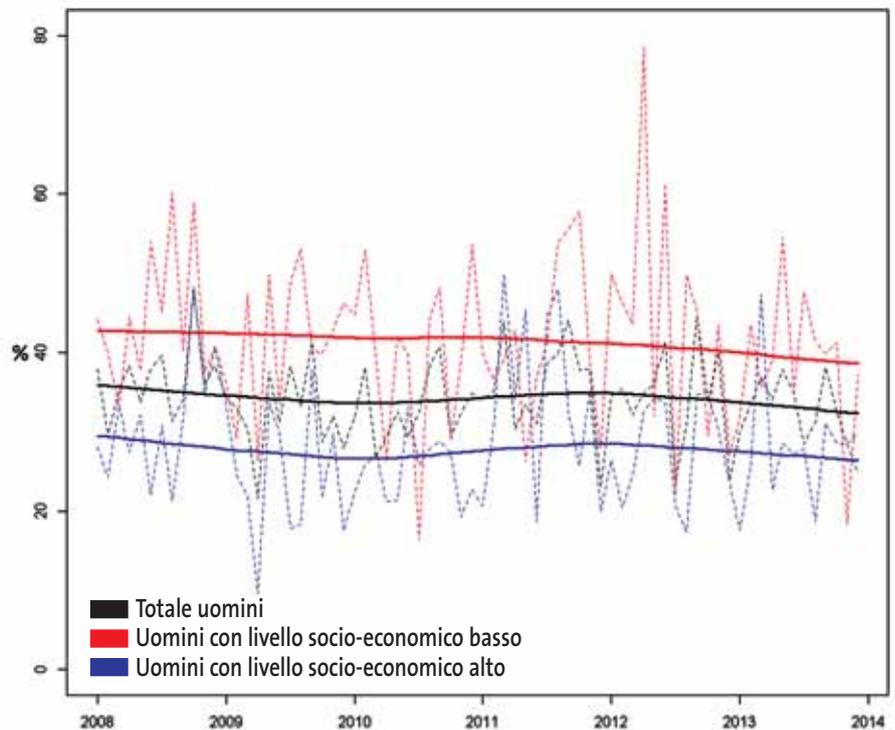


**TREND DELLE PREVALENZE DEI FUMATORI PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO**

Negli ultimi 6 anni si registra una lieve ma non significativa diminuzione negli uomini fumatori del Lazio (si passa in media da 35,9% del gennaio 2008 a 32,3% del dicembre 2013).

Il trend dei fumatori diminuisce nella popolazione sia con alto sia con basso livello socio-economico, sebbene si mantenga una differenza di più di 10 punti percentuali. I due trend relativi al livello socio-economico non sono tuttavia significativi.

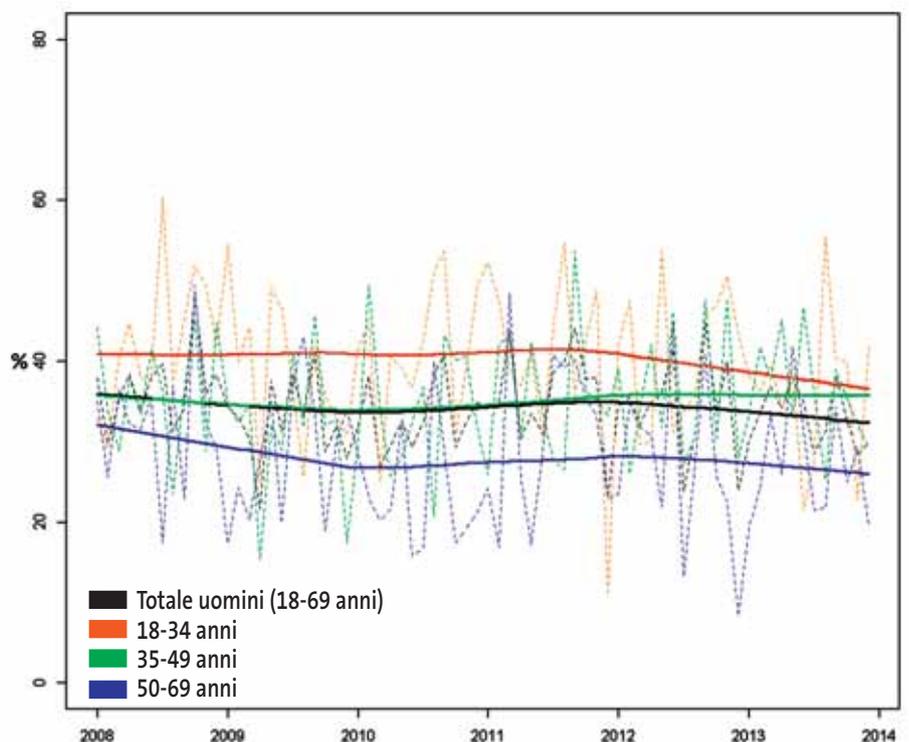
*Prevalenza di fumatori per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



Stratificando per classi d'età si registra un calo della prevalenza di fumatori sia per gli under 35 sia per gli over 49. Non si tratta di variazioni significative.

Per i soggetti di età compresa fra 35 e 49 anni la prevalenza di fumatori appare in lievissimo e non significativo aumento.

*Prevalenza di fumatori per classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013*

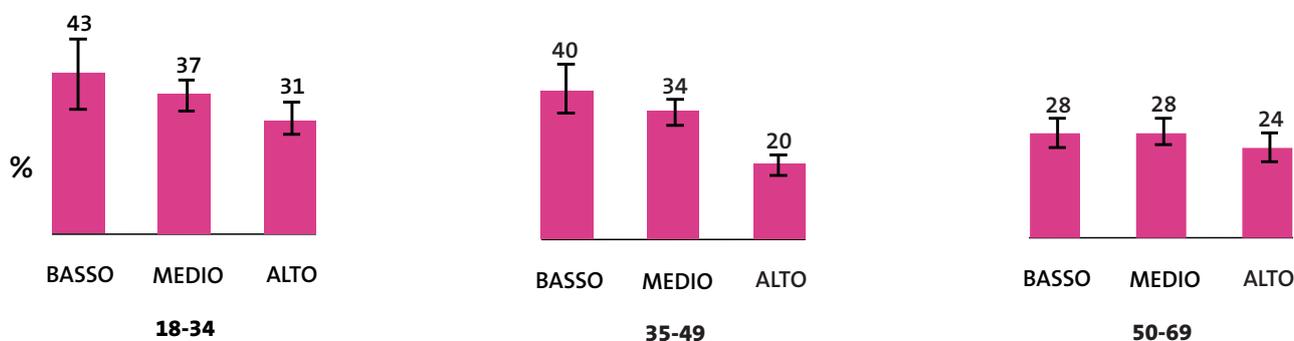


## FUMATRICI E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

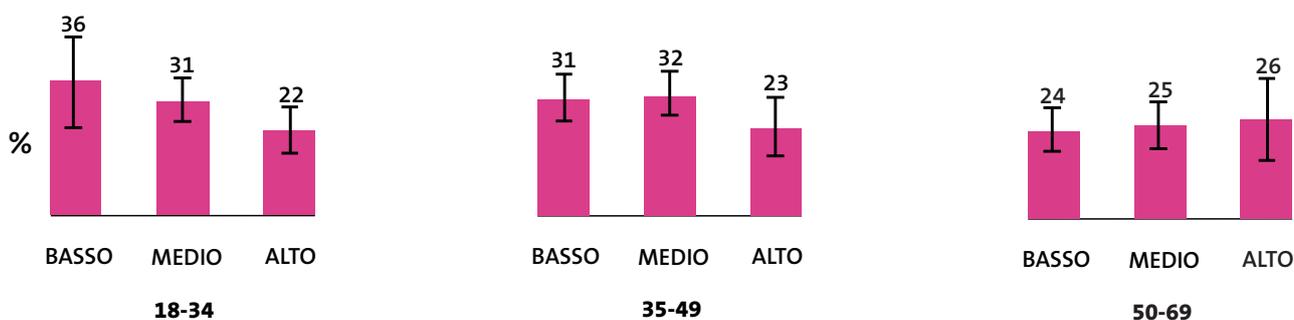
La percentuale di donne fumatrici è maggiore nella popolazione appartenente al livello socio-economico intermedio (33% nel Comune di Roma, 30% nella Provincia di Roma e 31% nelle altre Province del Lazio). Nella classe d'età più giovane, la popolazione appartenente allo status socio-economico più svantaggiato presenta una quota di fumatrici maggiore di quella di status elevato, ma in maniera statisticamente significativa solo fuori dal Comune e dalla Provincia di Roma. La significativa differenza di donne che fumano nei due livelli socio-economici si evidenzia anche fra le 35-49enni di Roma. Le differenze di prevalenza per livello socio-economico mancano o sono molto ridotte fra le 50-69enni di tutti gli ambiti territoriali.

Prevalenza di fumatrici per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013

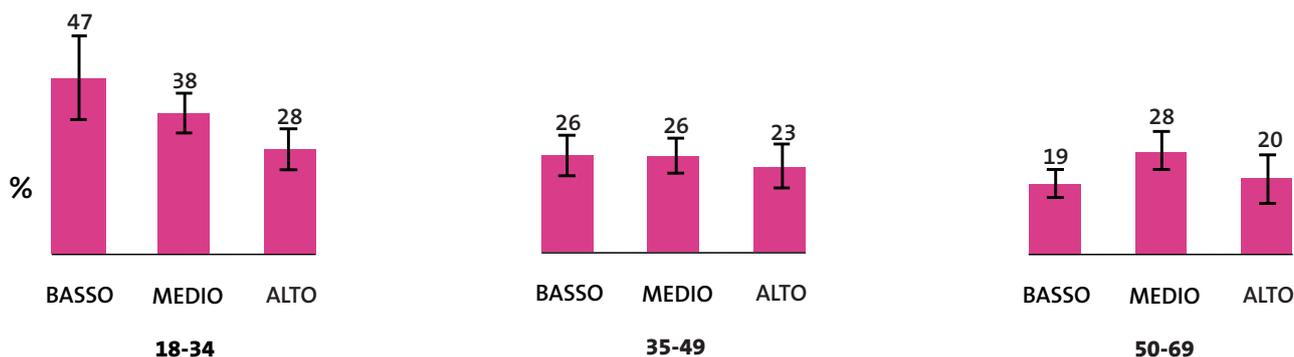
### Roma



### Provincia di Roma



### Altre Province del Lazio

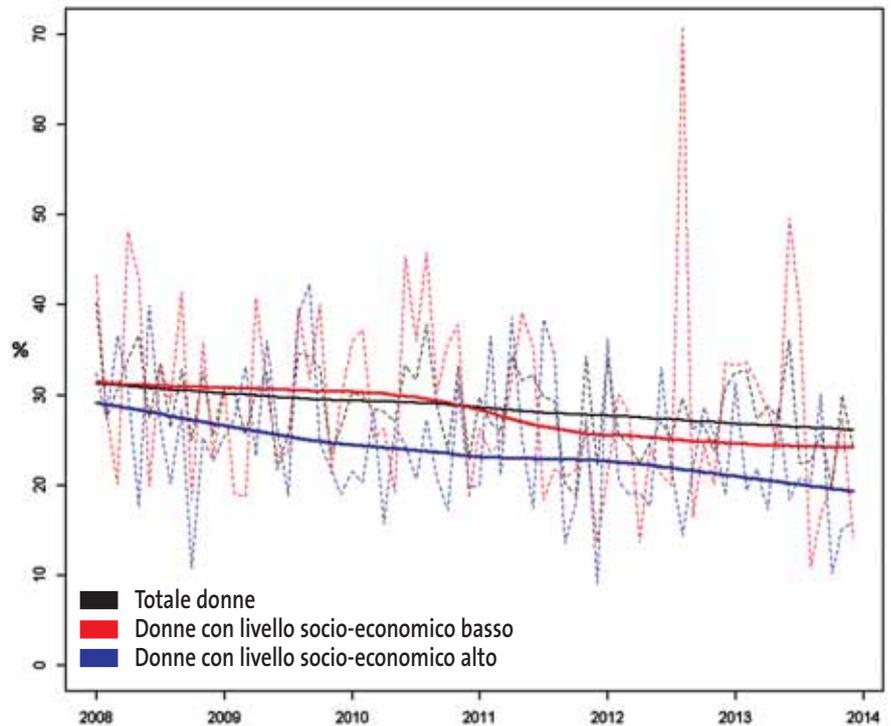




**TREND DELLE PREVALENZE DELLE FUMATRICI PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO**

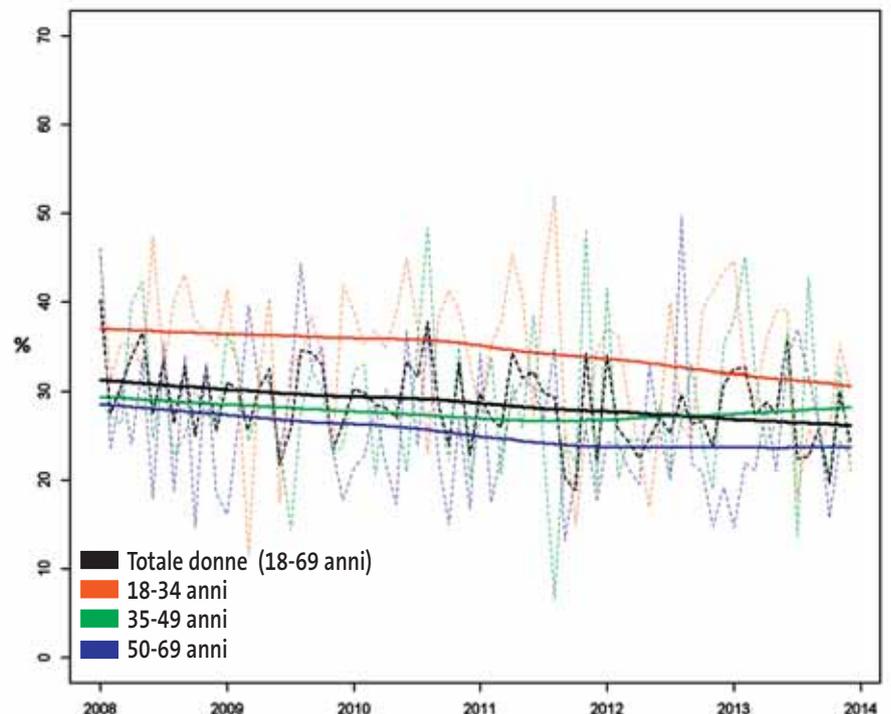
Per le donne il decremento della serie storica totale delle fumatrici nel periodo considerato è significativo ( $p=0,008$ ), passato da 31,3% a 26,2%. Esaminando l'andamento della serie per livello socio-economico, il calo registrato è significativo per il gruppo con alto livello socio-economico ( $p=0,003$ ), mentre non lo è per il gruppo con basso livello socio-economico.

*Prevalenza di fumatrici per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



La significativa differenza di decremento delle fumatrici per livello socio-economico non è attribuibile alle diverse classi d'età, le cui variazioni nel tempo non sono significative.

*Prevalenza di fumatrici per classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013*



## CONCLUSIONI

Il Lazio è una delle Regioni con maggior prevalenza di fumatori fra i 18 e i 69 anni; Passi stima che siano oltre 1.200.000. L'abitudine al fumo, maggiore fra gli uomini e, in entrambi i sessi, nella classe d'età più giovane, è associata a sintomi di depressione e al consumo a rischio di alcol.

In ognuno dei tre ambiti territoriali, l'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini di livello socio-economico più basso e le donne di livello intermedio. In entrambi i sessi la classe d'età con maggior prevalenza di fumatori nella popolazione del Lazio appartenente al livello socio-economico più svantaggiato è quella fra i 18 e i 34 anni.

Nel Lazio, negli ultimi 6 anni (2008-2013), il trend di prevalenza dei fumatori diminuisce in entrambi i generi: tale andamento non è significativo per gli uomini mentre lo è per le donne. Per queste ultime, in particolare, la diminuzione registrata, non dissimile nelle tre fasce d'età considerate, è stata **significativa solo nella popolazione femminile con alto livello socio-economico**. La prevalenza di fumatori appartenenti al livello socio-economico più svantaggiato in questi 6 anni ha mantenuto negli uomini uno scarto di 10 punti percentuali rispetto alla prevalenza di fumatori della fascia più elevata; la forbice si è invece allargata per le donne, con una differenza che è aumentata, in questo periodo, da 2 a 5 punti percentuali.



\* Passi misura la prevalenza di non fumatori, fumatori ed ex fumatori, utilizzando le definizioni operative dell'Organizzazione mondiale della sanità. Coloro che non hanno avuto un contatto importante col fumo di sigarette, cioè chi dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella propria vita, sono classificati come non-fumatori; gli individui che hanno fumato più di 100 sigarette nella vita, se dichiarano di fumare attualmente (o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi), sono classificati come fumatori, se invece dichiarano di non fumare al momento dell'intervista e di aver smesso da più di sei mesi sono classificati come ex-fumatori.

\*\* Vedi capitolo "Analisi logistiche multivariate".



# SEDENTARIETÀ



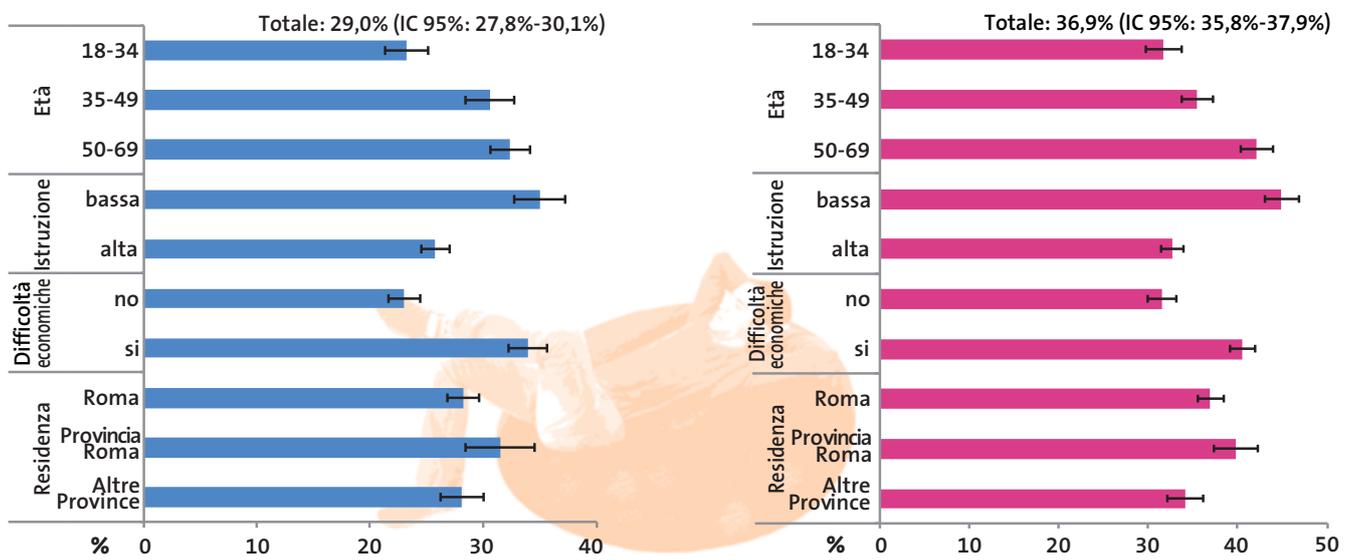
■ % significativamente superiore al pool  
 ■ % non significativamente diversa dal pool  
 ■ % significativamente inferiore al pool  
 Prevalenza di sedentari - Passi 2010-2013  
 Pool di Asl: 31,1% (IC 95%: 30,7%-31,4%)

**N**umerose evidenze scientifiche concordano nell'affermare che l'attività fisica regolare svolge un ruolo importante per la prevenzione di malattie cardiovascolari, ipertensione, obesità, diabete tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani e alcuni tipi di neoplasie.

In Europa si stima che la sedentarietà sia responsabile di un milione di morti l'anno e di oltre 8 milioni di anni di vita in buona salute persi.

Nel periodo 2010-2013, il 31% degli italiani intervistati di 18-69 anni viene classificato da Passi come sedentario\*, le Regioni centromeridionali presentano prevalenze più alte rispetto alla media nazionale. Nel Lazio, i dati Passi relativi agli anni 2008-13, indicano una prevalenza di persone sedentarie pari al 33% (IC 95%: 32,2%-33,8%). Le donne sono più sedentarie degli uomini (37% vs 29%). In entrambi i generi, la sedentarietà è più diffusa tra le persone meno giovani, tra coloro che hanno un basso livello d'istruzione e molte difficoltà economiche.

Prevalenza di persone sedentarie tra gli uomini e le donne. Lazio, Passi 2008-2013



All'analisi multivariata\*\*, in un modello contenente anche altri fattori di rischio comportamentali, la salute percepita e la presenza di sintomi di depressione, in entrambi i generi, si conferma l'associazione, statisticamente significativa, tra la sedentarietà e l'aver riferito un basso livello d'istruzione e molte difficoltà economiche. Inoltre, risultano associati alla sedentarietà una percezione non positiva dello stato di salute e l'obesità. Con il consumo a rischio di alcol si riscontra, invece, un'associazione inversa. Negli uomini essere sedentari è significativamente associato anche ad avere più di 35 anni, alla presenza di sintomi di depressione e all'abitudine al fumo. Relativamente al territorio, le donne che risiedono fuori dalla Provincia di Roma sono significativamente più attive.

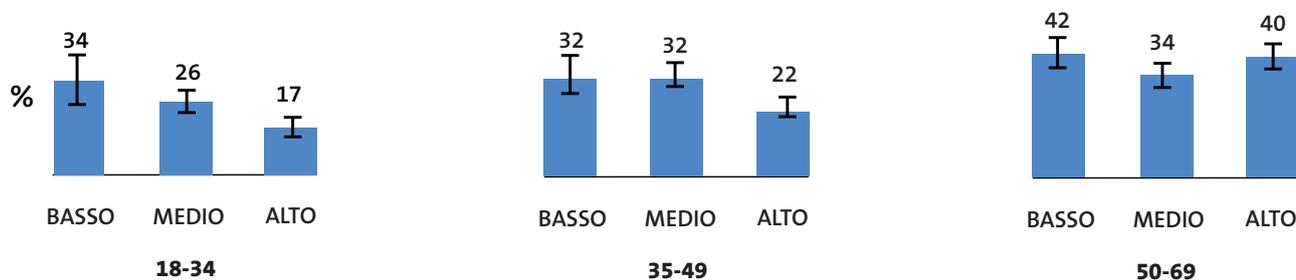
## UOMINI SEDENTARI E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Fra gli uomini, in tutti gli ambiti territoriali considerati, la prevalenza di sedentari con livello socio-economico svantaggiato è significativamente maggiore di quella registrata nella popolazione con alto livello.

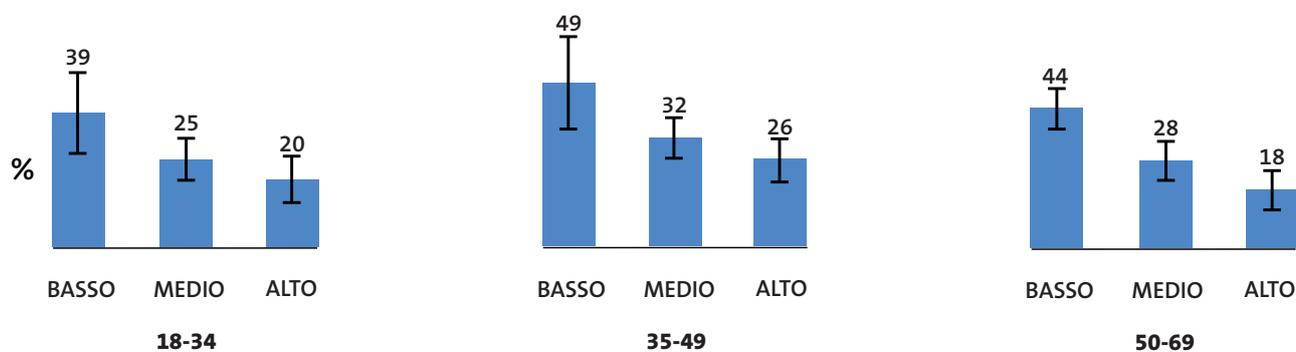
Stratificando per le classi d'età, questa differenza rimane significativa nel Comune di Roma, ad eccezione dei 50-69enni, e nella Provincia di Roma; nelle altre Province del Lazio, invece, le differenze tra i livelli socio-economici perdono di significatività.

Prevalenza di uomini sedentari per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-13

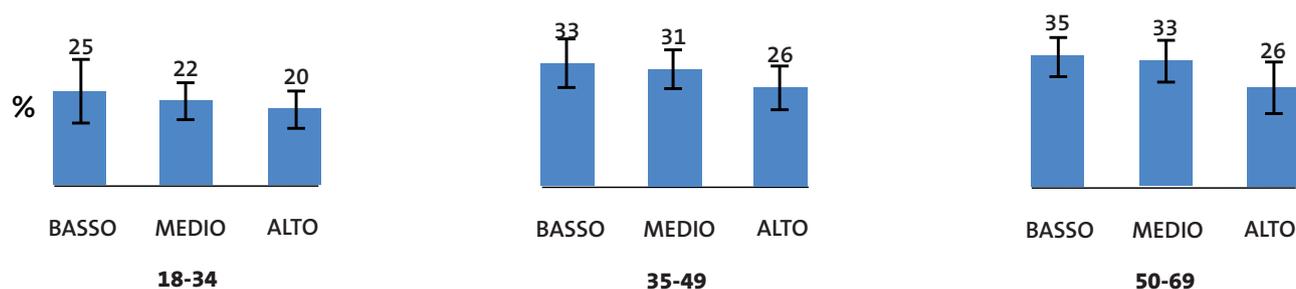
### Roma



### Provincia di Roma



### Altre Province del Lazio



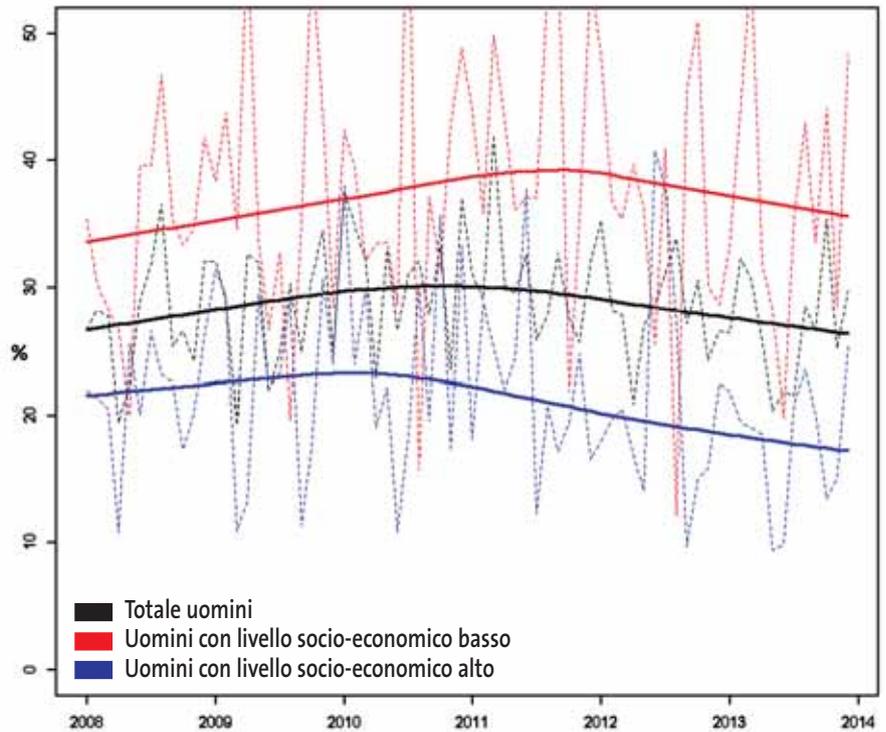


**TREND DELLE PREVALENZE DEGLI UOMINI SEDENTARI PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO**

Negli ultimi 6 anni la prevalenza degli uomini sedentari del Lazio non è variata (in media da 26,7% del gennaio 2008 a 26,4% del dicembre 2013).

Tra il 2008 e il 2013, i sedentari con livello socio-economico basso sono leggermente aumentati, mentre quelli con alto livello sono diminuiti (in media da 21,5% a 17,2%), aumentando col passare del tempo la forbice fra i due gruppi. Nessuno dei due trend relativi al livello socio-economico è tuttavia significativo.

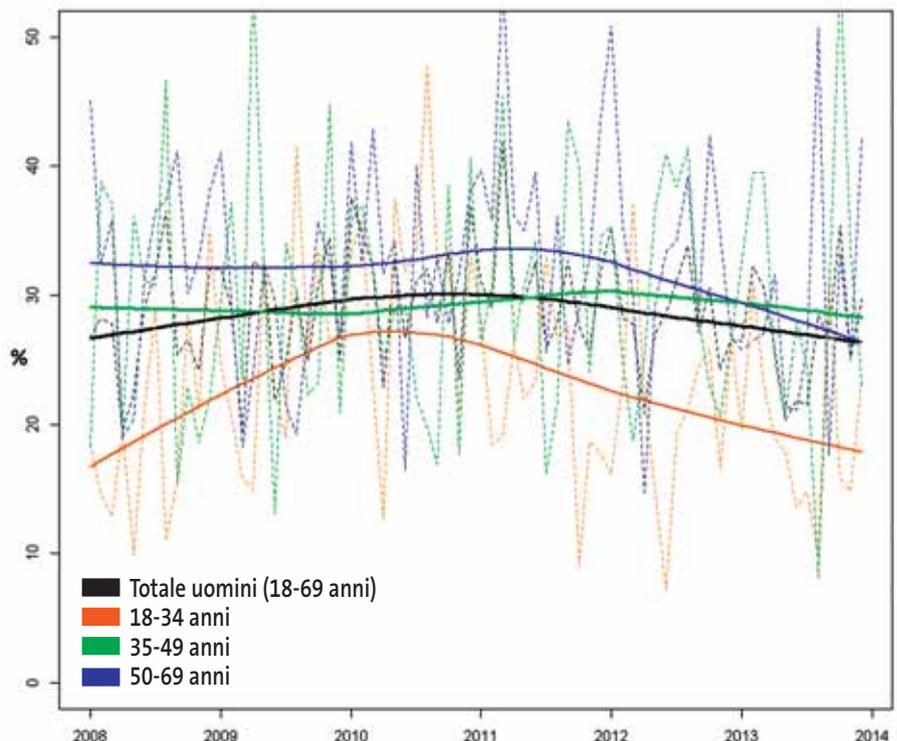
*Prevalenza di uomini sedentari per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



*Prevalenza di uomini sedentari per classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013*

Stratificando per classi d'età, in nessuna classe l'oscillazione della prevalenza di sedentari risulta statisticamente significativa.

Tra i sedentari più giovani, tuttavia, si registra un significativo cambio di verso del trend di prevalenza.



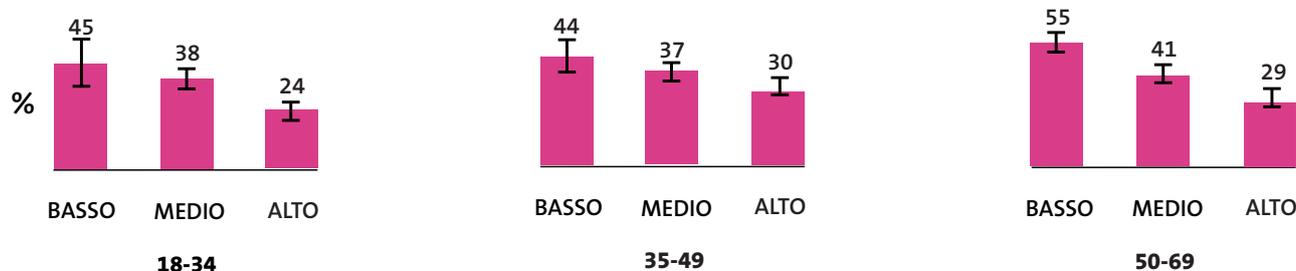
## DONNE SEDENTARIE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

La percentuale di donne sedentarie è significativamente maggiore nella popolazione appartenente al livello socio-economico più basso (51% nel Comune di Roma, 48% nella Provincia di Roma e 42% nelle altre Province del Lazio).

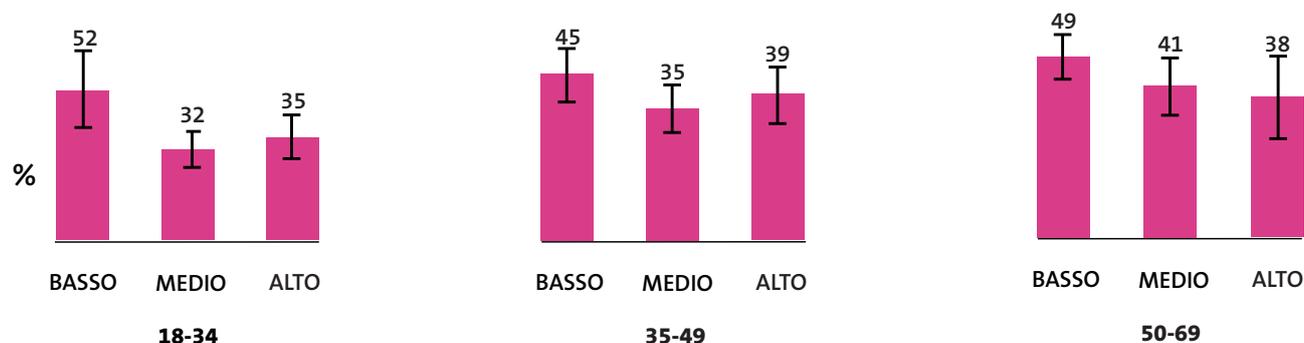
La differenza fra la popolazione femminile sedentaria con stato socio-economico più svantaggiato e quella con alto livello socio-economico nel Comune di Roma permane significativa in tutte le classi d'età. Nel resto del Lazio, invece, con la stratificazione per classi d'età le differenze perdono di significatività, ad eccezione del gruppo di 50-69enni residenti fuori dalla Provincia di Roma.

Prevalenza di donne sedentarie per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013

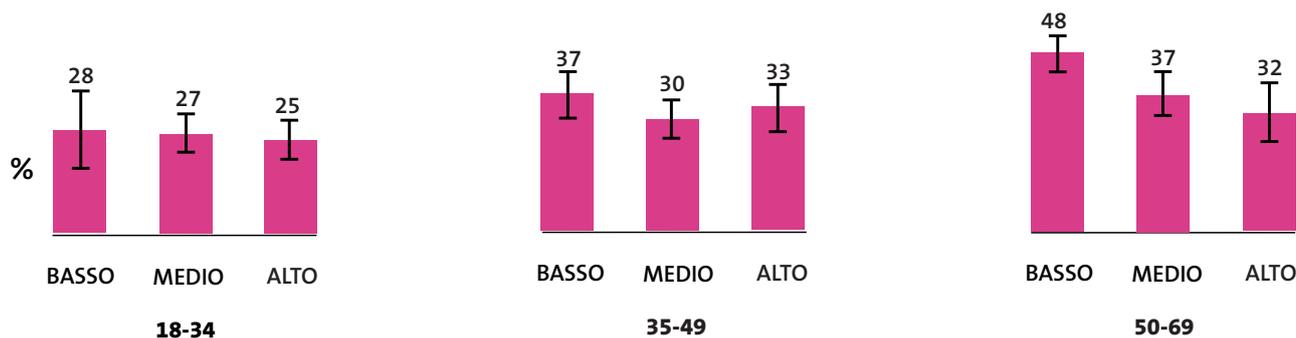
### Roma



### Provincia di Roma



### Altre Province del Lazio



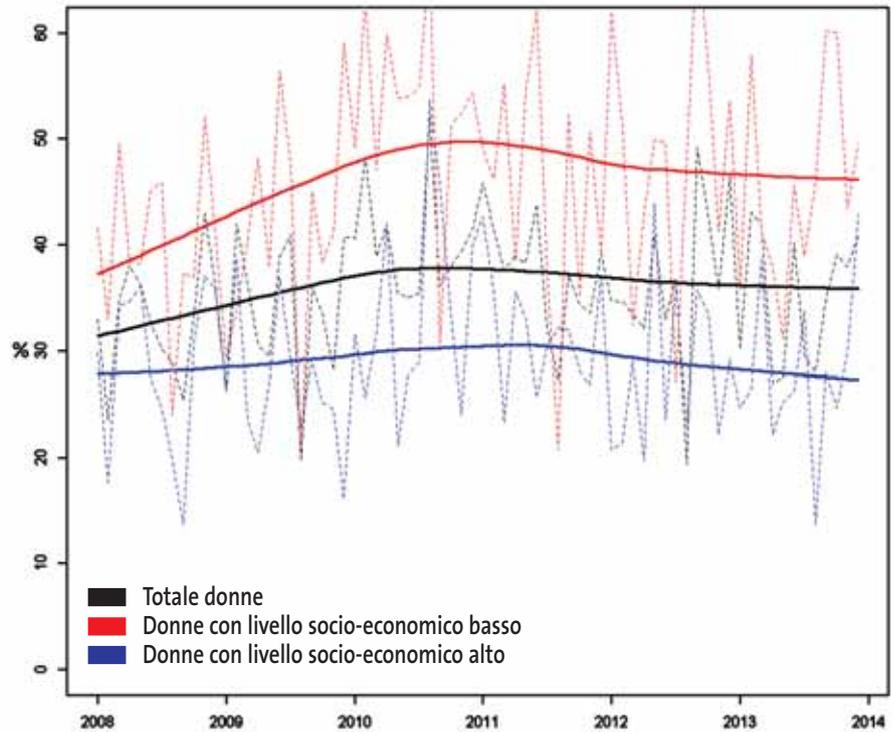


**TREND DELLE PREVALENZE DELLE DONNE SEDENTARIE PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO**

Per le donne, la serie storica mostra un incremento medio della prevalenza (da 31,4% a 35,8%). Tale dato appare più marcato per il gruppo con basso livello socio-economico.

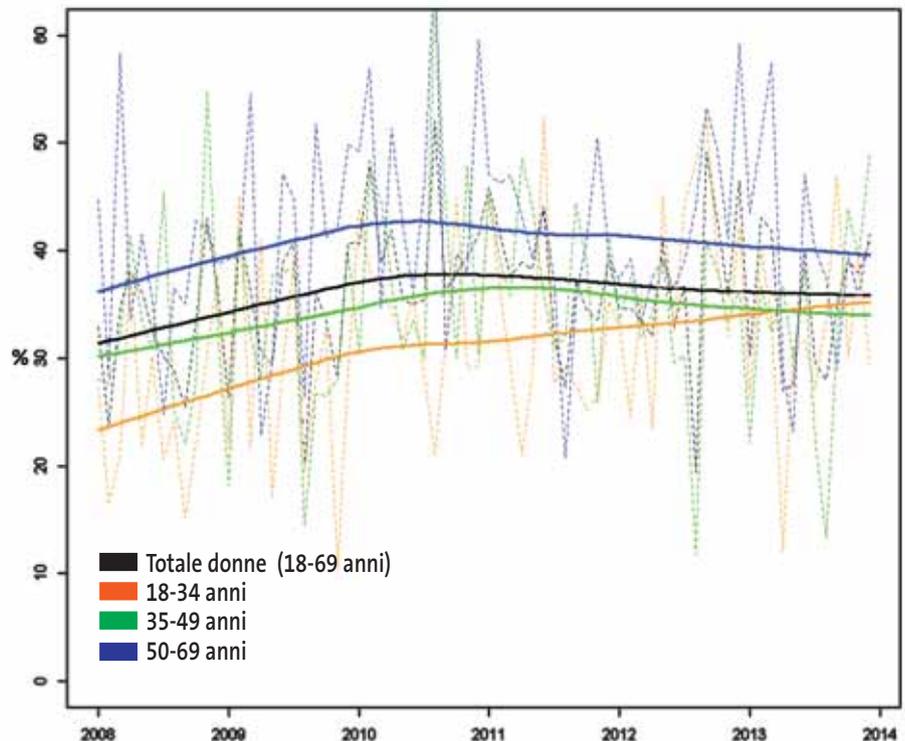
Il cambiamento di entrambi gli andamenti non raggiunge la significatività statistica. Negli anni si registra un aumento del divario fra le donne sedentarie dei due gruppi socio-economici.

*Prevalenza di donne sedentarie per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



*Prevalenza di donne sedentarie per classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013*

Stratificando per classi d'età, si registra un generale incremento delle donne sedentarie, statisticamente significativo tra quelle sotto i 35 anni ( $p=0,006$ ).



## CONCLUSIONI

Nel Lazio 1 persona su 3, tra i 18 e i 69 anni, è sedentaria (pari a circa 1.200.000 abitanti).

La sedentarietà è maggiormente diffusa tra le donne e, in entrambi i sessi, nella popolazione con un basso livello d'istruzione, molte difficoltà economiche, una percezione non positiva dello stato di salute e in condizione di obesità.

In tutti gli ambiti territoriali regionali, la prevalenza di sedentari con livello socio-economico svantaggiato è maggiore di quella registrata nella popolazione con alto livello: tale differenza è massima fra le donne.

Nel Lazio, negli ultimi 6 anni (2008-2013), in entrambi i generi, il trend di prevalenza dei sedentari non presenta differenze significative. Costituisce eccezione l'incremento registrato tra le donne sotto i 35 anni.

Appare da sottolineare che l'incremento registrato fra i sedentari della classe socio-economica più svantaggiata ha ampliato la disuguaglianza fra i due gruppi socio-economici.



\* Non fa un lavoro pesante<sup>1</sup> e non pratica attività fisica<sup>2</sup> moderata o intensa nel tempo libero.

<sup>1</sup> Si intende "pesante" un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad esempio il manovale, il muratore, l'agricoltore).

<sup>2</sup> Si definisce "attività fisica" la pratica di 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana e/o attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali.

\*\* Vedi capitolo "Analisi logistiche multivariate".



# ECCESSO PONDERALE



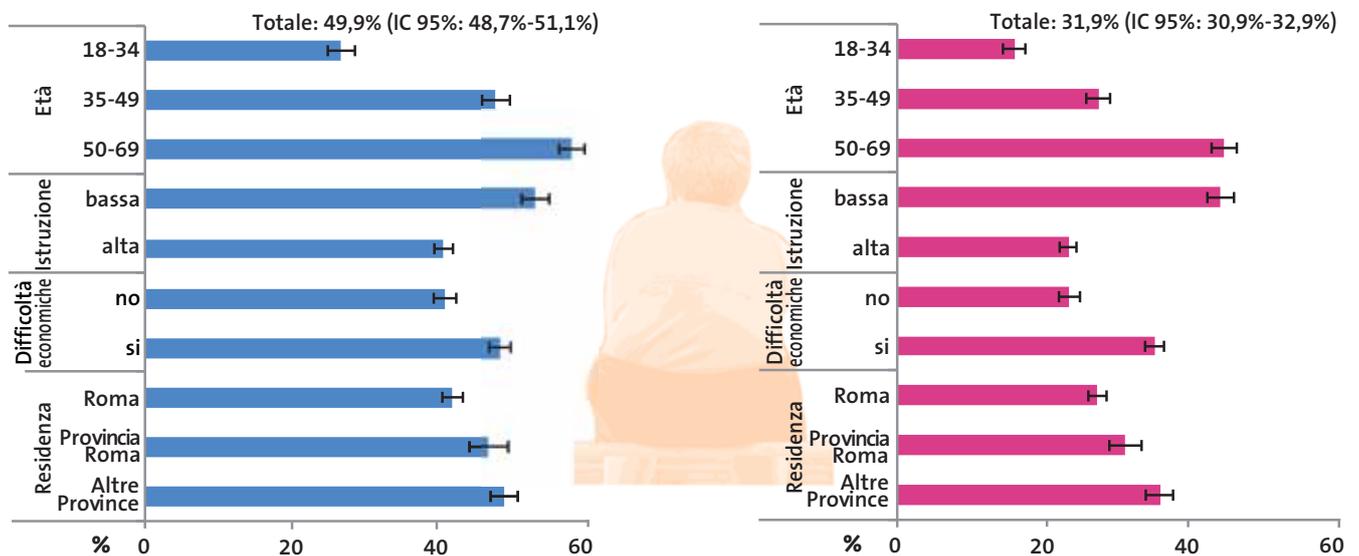
■ % significativamente superiore al pool  
 ■ % non significativamente diversa dal pool  
 ■ % significativamente inferiore al pool

Prevalenza di eccesso ponderale - Passi 2010-2013  
 Pool di Asl: 41,8% (IC 95%: 41,5%-42,1%)

L'OMS stima che all'eccesso ponderale\* sia attribuibile il 44% del carico di malattia dovuto al diabete, il 23% di quello dovuto a ischemia cardiaca e tra il 7% e il 41% del carico di malattia dovuto ad alcuni tipi di tumore (ad es. dell'endometrio, della mammella e del colon). L'eccesso ponderale è anche un importante fattore di rischio per i disturbi invalidanti a carico dell'apparato muscolo scheletrico. Passi stima, sulla base dei dati raccolti nel quadriennio 2010-2013, che in Italia il 31% della popolazione adulta fra i 18 e i 64 anni sia in sovrappeso e l'11% sia obeso; l'eccesso ponderale presenta un chiaro gradiente Nord-Sud. Nel Lazio, i dati Passi relativi agli anni 2008-13, indicano una prevalenza media di persone in eccesso ponderale pari al 40,7% (IC 95%: 39,9%-41,5%). Sono sovrappeso\*\* od obesi\*\*\* più gli uomini (50% vs 32%) e, in entrambi i generi, le persone con basso livello d'istruzione e quelle che riferiscono di avere difficoltà economiche.

Sia tra gli uomini sia tra le donne, l'eccesso ponderale aumenta con l'età ed è più diffuso fra chi risiede fuori dal Comune di Roma.

Prevalenza dell'eccesso ponderale negli uomini e nelle donne. Lazio, Passi 2010-2013



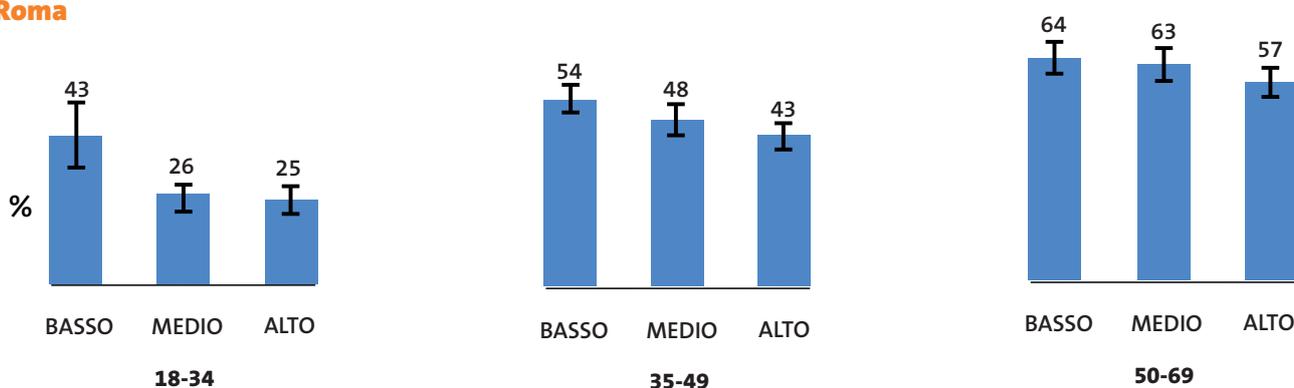
All'analisi multivariata<sup>^</sup>, in un modello contenente anche altri fattori di rischio comportamentali, la salute percepita e la presenza di sintomi di depressione, in entrambi i generi, si conferma l'associazione, statisticamente significativa, fra l'essere in eccesso ponderale, l'aver un'età avanzata, un basso livello d'istruzione e difficoltà economiche. In entrambi i sessi, l'essere in sovrappeso o obeso è significativamente associato anche alla sedentarietà e a una non buona percezione del proprio stato di salute. L'eccesso ponderale è significativamente associato al consumo a rischio di alcol negli uomini, e alla presenza di sintomi di depressione e al non essere fumatrici nelle donne. Relativamente al territorio, essere in sovrappeso o obeso negli uomini è significativamente associato a chi non risiede a Roma. Per le donne tale significativa associazione si registra solo fra chi risiede fuori dalla Provincia di Roma. Molte di queste associazioni si registrano nell'identica analisi condotta solo sugli obesi.

## UOMINI IN ECCESSO PONDERALE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

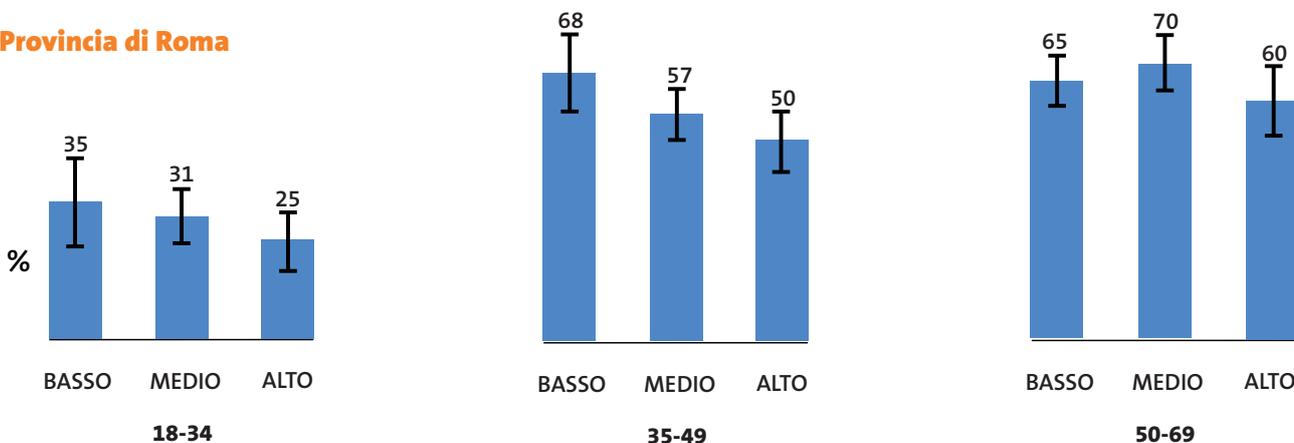
Complessivamente, nel Lazio, la prevalenza di uomini in sovrappeso e obesi è significativamente maggiore nel gruppo di popolazione più svantaggiato (rispettivamente il 45% e il 16%). Fra gli uomini, la prevalenza di persone in eccesso ponderale fino ai 50 anni presenta, in tutti gli ambiti territoriali considerati, un lieve gradiente decrescente dalla categoria socio-economica più svantaggiata a quella con alto livello socio-economico. Tuttavia, tale maggior prevalenza di individui in sovrappeso o obesi nella popolazione con basso livello socio-economico è significativa solo fra i 18-34enni residenti nel Comune di Roma.

Prevalenza di uomini in eccesso ponderale per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013

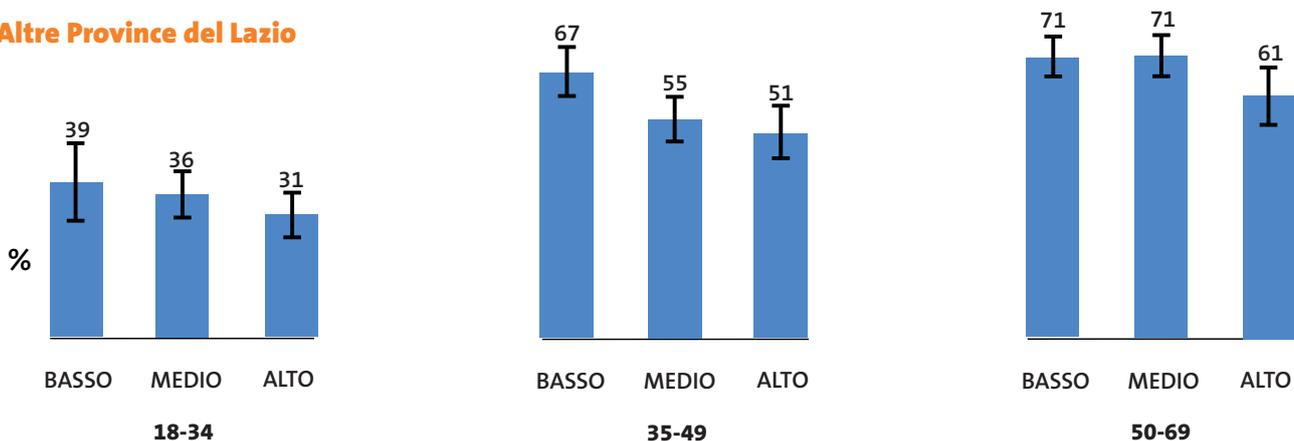
### Roma



### Provincia di Roma



### Altre Province del Lazio



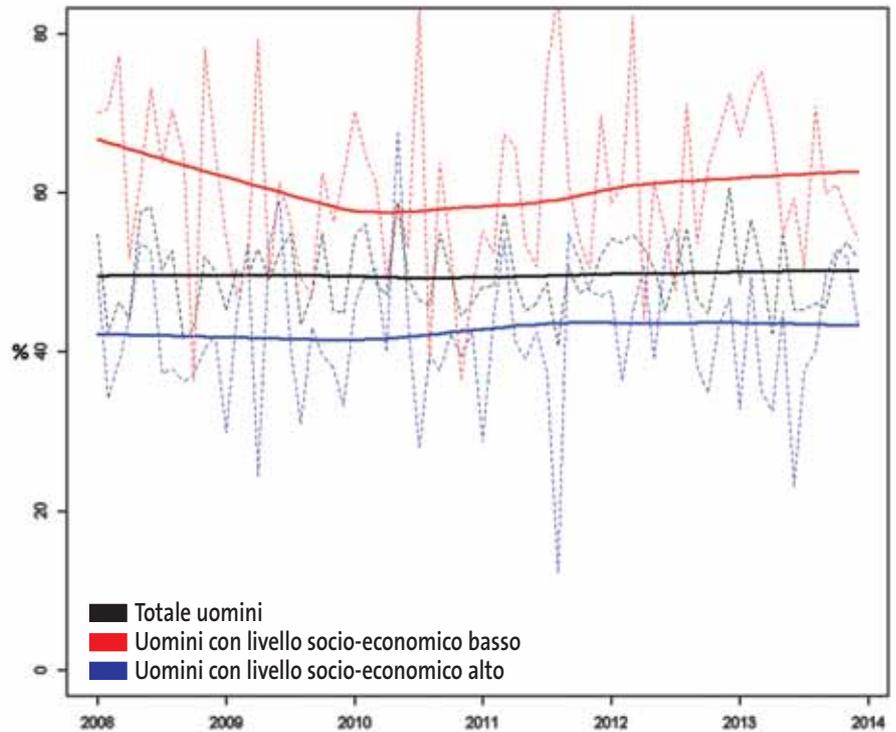


**TREND DELLE PREVALENZE DEGLI UOMINI IN ECCESSO PONDERALE PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO**

Negli ultimi 6 anni si registra un andamento pressoché costante della prevalenza dell'eccesso ponderale negli uomini (in media da un 49,5% del gennaio 2008 a 50,1% del dicembre 2013).

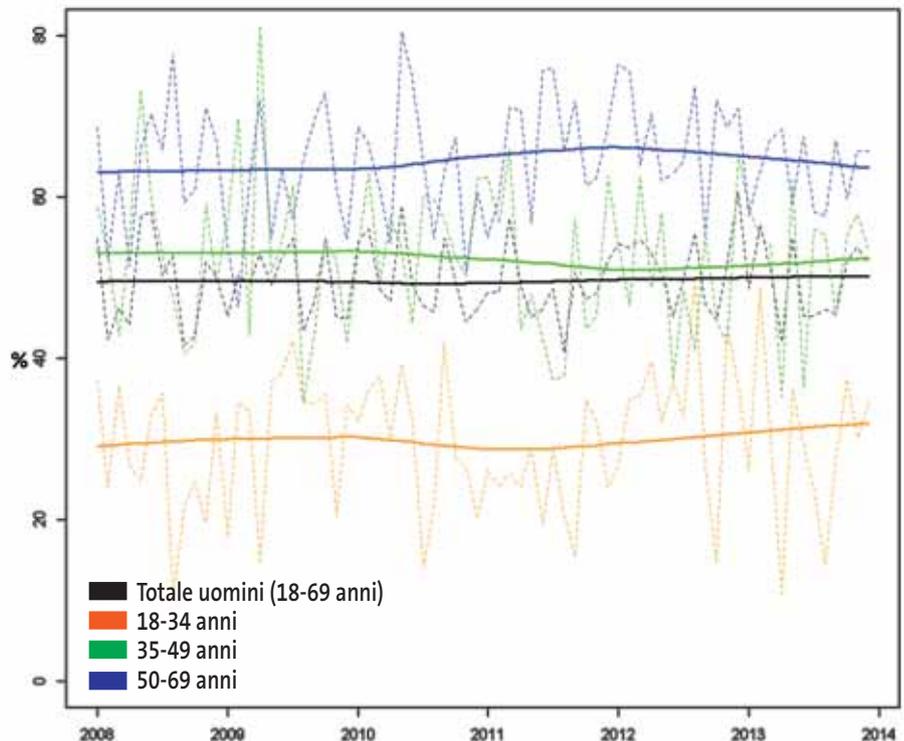
Le serie storiche non manifestano variazioni significative nei due gruppi socio-economici considerati. La prevalenza per il gruppo con livello socio-economico basso è prima diminuita e poi aumentata, ma il cambiamento di trend nei due sottoperiodi non è statisticamente significativo. Attualmente lo scarto delle prevalenze fra i due gruppi socio-economici è di circa 20 punti percentuali.

*Prevalenza di uomini con eccesso ponderale per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



*Prevalenza di uomini con eccesso ponderale per classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013*

Stratificando per classi d'età l'andamento non viene modificato; si mantiene nel tempo una differenza di oltre 30 punti percentuali fra la prevalenza di eccesso ponderale negli uomini over 50 rispetto agli under 35.



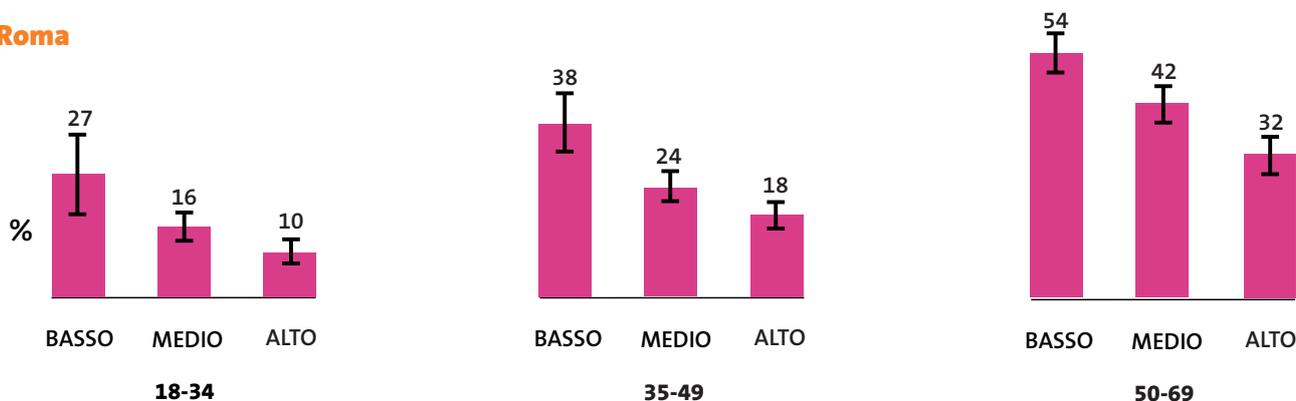
### DONNE IN ECCESSO PONDERALE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Nel Lazio le percentuali di donne in sovrappeso e obese sono significativamente maggiori nella popolazione appartenente al livello socio-economico più basso (30% e 19%, rispettivamente).

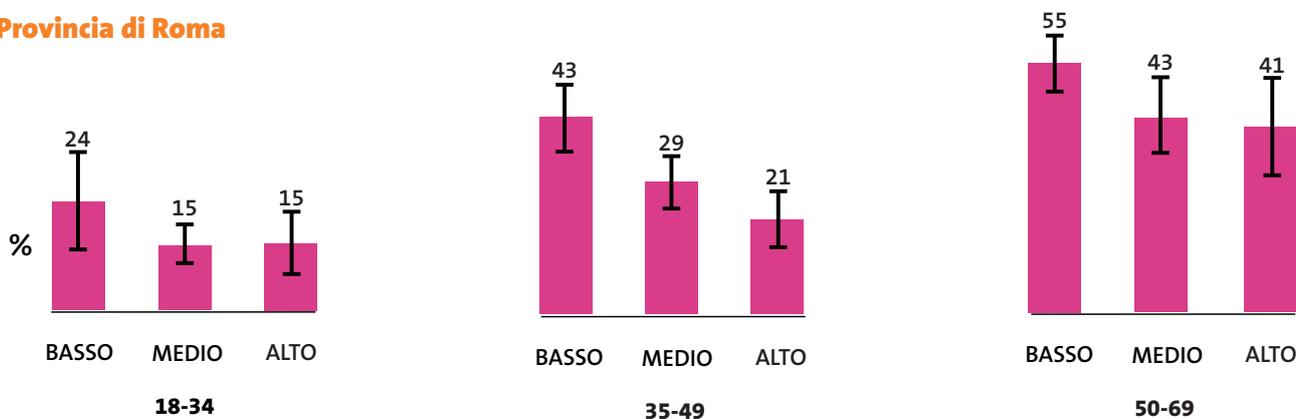
Nel Comune di Roma, in particolare, la prevalenza di donne in eccesso ponderale è significativamente maggiore nella popolazione ultra 35enne in situazione socio-economica più svantaggiata; tra le romane più giovani, la maggior prevalenza dell'eccesso ponderale è ai limiti della significatività statistica.

Prevalenza di donne in eccesso ponderale per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013

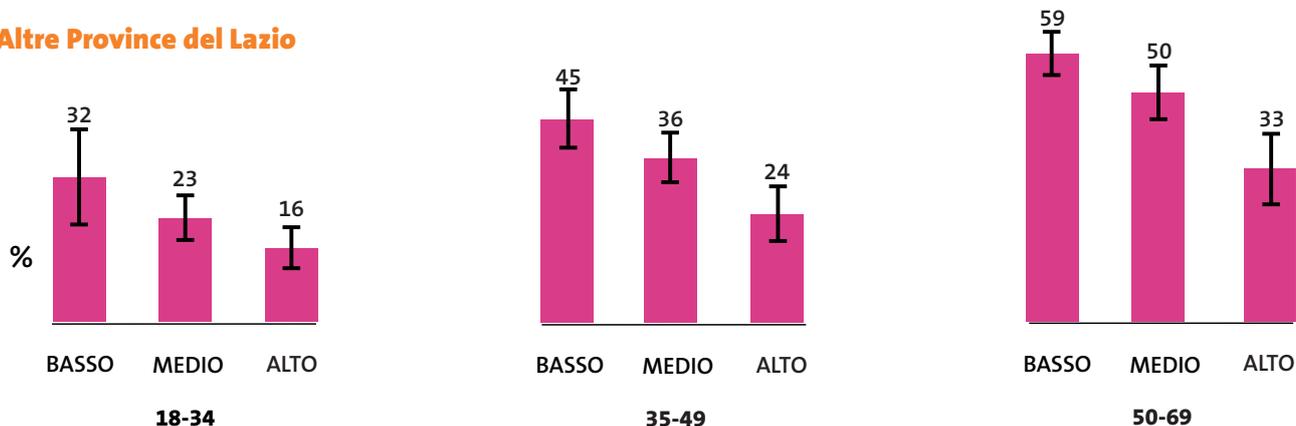
#### Roma



#### Provincia di Roma



#### Altre Province del Lazio



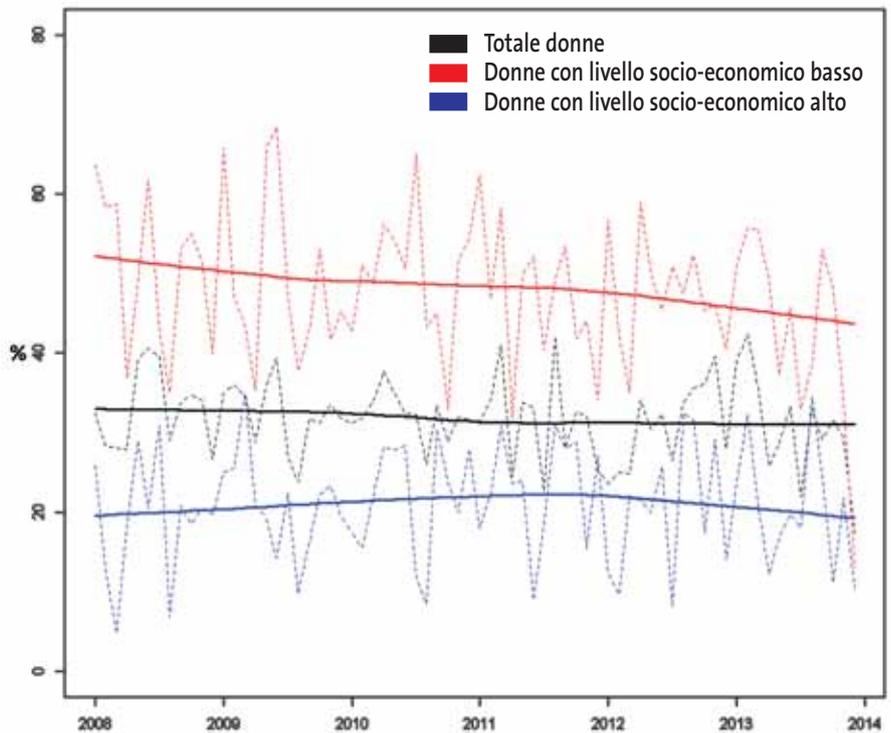


**TREND DELLE PREVALENZE DELLE DONNE IN ECCESSO PONDERALE PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO**

Nel periodo 2008-2013 si registra un leggero calo delle donne in eccesso ponderale (media della prevalenza da 33% a 31%).

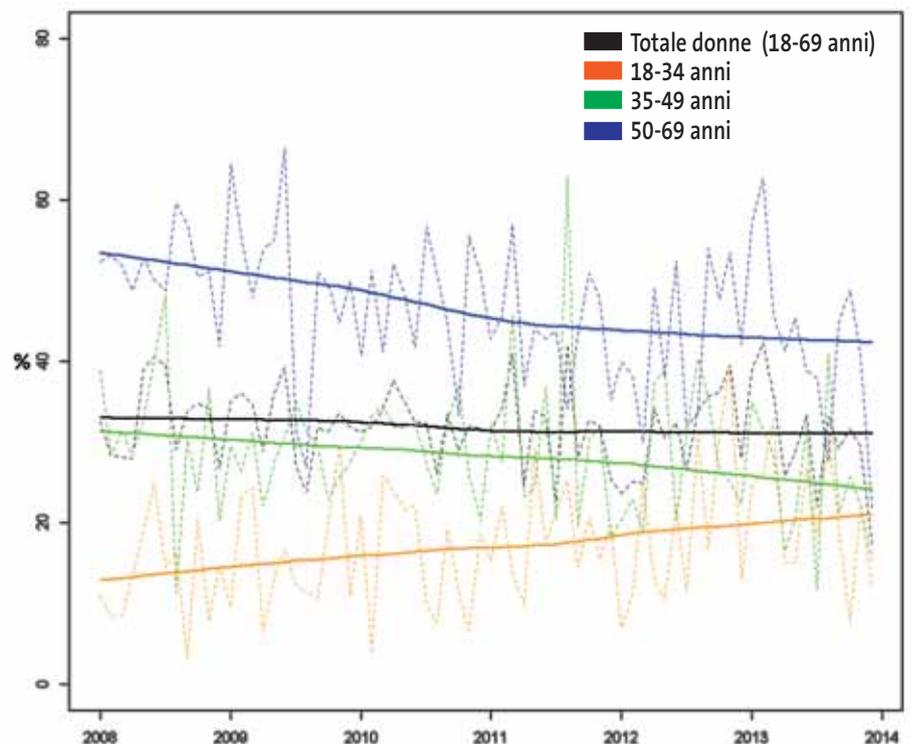
Esaminando l'andamento della serie per livello socio-economico, risulta significativo il calo delle donne in eccesso ponderale appartenenti al gruppo con basso livello socio-economico ( $p=0,032$ ), mentre non lo è per il gruppo con elevato livello socio-economico.

*Prevalenza di donne con eccesso ponderale per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



Stratificando per classi d'età, il trend per le under 35 in eccesso ponderale è in aumento significativo, ( $p=0,004$ ), mentre per le over 35 il trend è in significativa diminuzione (35-49 anni:  $p=0,009$ ; 50-69 anni:  $p=0,001$ ).

*Prevalenza di donne con eccesso ponderale per classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013*



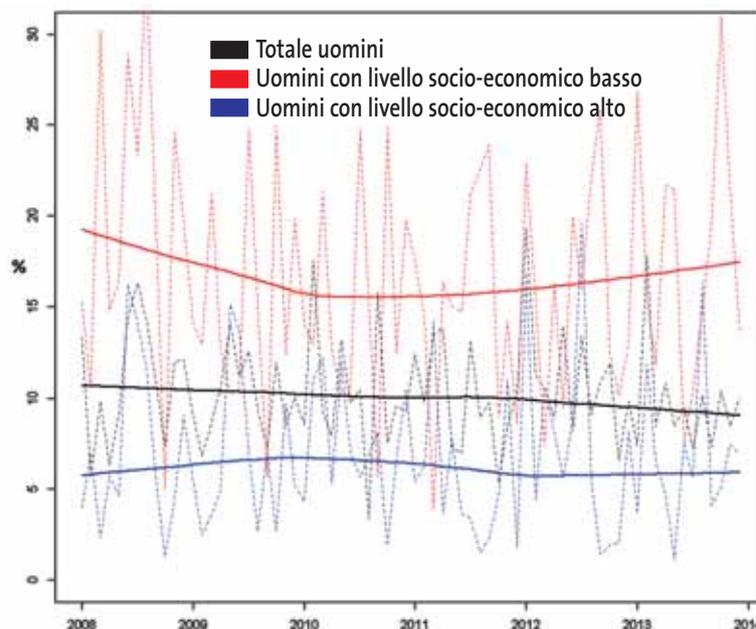
## TREND DELLE PREVALENZE DELL'OBESITÀ PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

### UOMINI

Negli ultimi 6 anni si registra una leggera ma non significativa diminuzione di prevalenza degli uomini obesi (dal 10,7% al 9,05% in media).

Per i soggetti con livello socio-economico basso si evidenzia un andamento parabolico, che comunque manifesta un lieve calo nell'intero periodo (in media da 19,3% a 17,5%). Per i soggetti con alto livello socio-economico c'è una sostanziale uniformità di prevalenza. Entrambe le serie storiche nei due gruppi socio-economici considerati non mostrano andamenti significativi.

Prevalenza di uomini obesi per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013

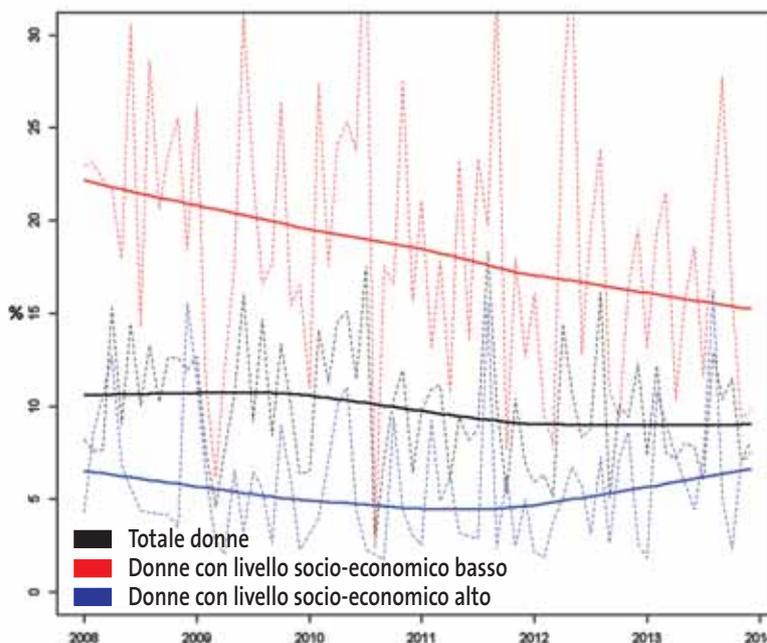


### DONNE

Nel periodo 2008-2013 si registra un leggero ma non significativo calo delle donne obese ( $p=0,06$ ).

Esaminando l'andamento della serie per livello socio-economico, si nota che la prevalenza è in significativo calo per il gruppo con basso livello ( $p=0,022$ ), ed è sostanzialmente costante per quello con alto livello.

Prevalenza di donne obese per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013



Stratificando per classi d'età l'intera popolazione di obesi, non disponendo di una sufficiente numerosità per un'analisi distinta per genere, si registra un significativo andamento decrescente nella prevalenza degli obesi nella classe d'età 50-69 anni ( $p=0,001$ ).



## CONCLUSIONI

Nel Lazio, 2 persone su 5 fra i 18 e i 69 anni (oltre 1 milione e mezzo di adulti) sono sovrappeso o obesi. L'eccesso ponderale, maggiore fra gli uomini e nelle classi d'età meno giovani, è associato, in entrambi i sessi, alla sedentarietà e a una non buona percezione del proprio stato di salute. Tutte queste associazioni si confermano anche nel sottogruppo degli obesi.

L'eccesso ponderale è più diffuso fra chi risiede fuori dal Comune di Roma, in tutti gli ambiti territoriali considerati e in entrambi i generi, l'eccesso ponderale è più diffuso nella popolazione appartenente al livello socio-economico più basso.

Nel Lazio, negli ultimi 6 anni (2008-2013), il trend di prevalenza degli adulti in eccesso ponderale resta costante negli uomini, sia nelle diverse classi d'età sia nelle sue componenti socio-economiche. Nella popolazione femminile il trend presenta un significativo calo nel gruppo con basso livello socio-economico. Stratificando per classi d'età, tale calo appare dovuto alle classi d'età più adulte mentre, in controtendenza, la prevalenza dell'eccesso ponderale nelle donne è in aumento significativo per le under 35.

Nello stesso periodo fra gli obesi, i trend di prevalenza in entrambi i sessi sono del tutto simili a quelli registrati per le persone in sovrappeso, compreso quello significativamente in calo tra le donne con basso livello socio-economico.

Negli ultimi 6 anni, la differenza di prevalenza dell'eccesso ponderale fra gli adulti appartenenti al livello socio-economico più svantaggiato e quelli appartenenti al livello più alto, pur essendosi lievemente ridotta, ha mantenuto una forbice enorme: oltre 30 punti percentuali tra gli uomini e oltre 20 punti percentuali tra le donne.



\* Persona con un Indice di massa corporea ( $Imc^{\circ}$ ) superiore a  $24,9 \text{ kg/m}^2$  calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

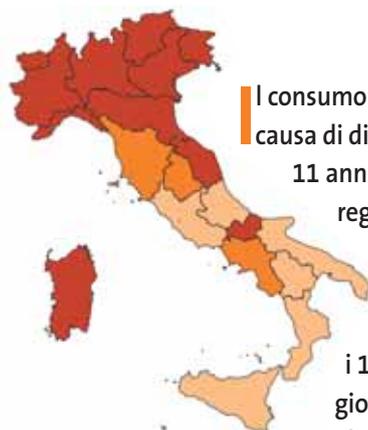
\*\* Persona con un Indice di massa corporea ( $Imc^{\circ}$ ) compreso tra  $25,0$  e  $29,9 \text{ kg/m}^2$  calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

\*\*\* Persona con un Indice di massa corporea ( $Imc^{\circ}$ ) maggiore o uguale a  $30,0 \text{ kg/m}^2$  calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

◦ L' $Imc$  è uguale a:  $[Peso, \text{ in Kg}] / [Altezza, \text{ in metri}]^2$ .

^ Vedi capitolo "Analisi logistiche multivariate".

## CONSUMO A MAGGIOR RISCHIO DI ALCOL

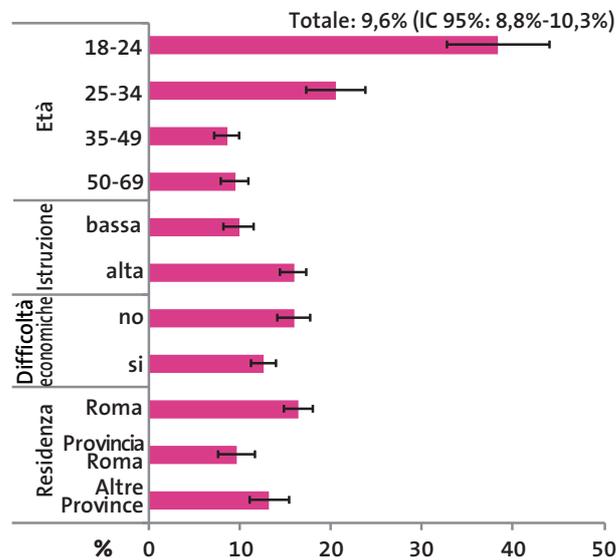
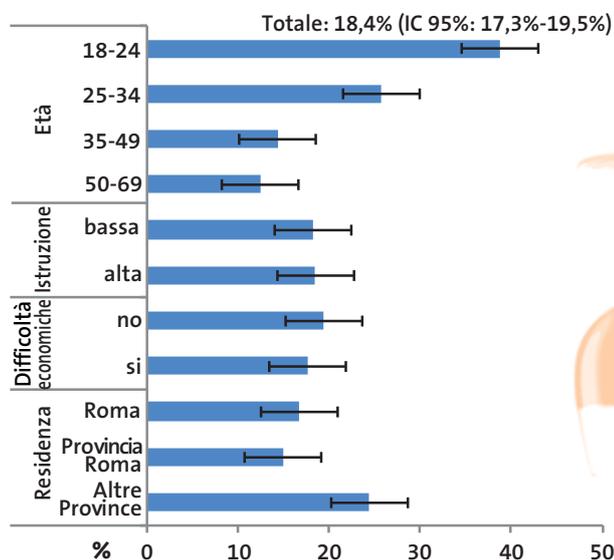


Il consumo di alcol è responsabile in Europa del 3,8% di tutte le morti e del 4,6% degli anni di vita persi a causa di disabilità (*Disability-Adjusted Life Years, Daly*). Nel nostro Paese, i consumatori a rischio sopra gli 11 anni sono oltre 7 milioni. Le percentuali più elevate di consumatori a rischio nel sesso maschile si registrano da tempo nella classe di età 65-74 anni e tra gli ultra 75enni. Si stima che in Italia il consumo di alcol provochi oltre 17 mila decessi l'anno, principalmente dovuti a tumori e incidenti stradali, come prime cause evitabili di mortalità dovute all'alcol in tutte le Regioni italiane. Nel quadriennio 2010-13, i dati Passi indicano che poco più della metà degli italiani tra i 18 e i 69 anni (55%) consuma bevande alcoliche\*, mentre il 17% ha un consumo di alcol a maggior rischio\*\*. Nel Lazio, nello stesso quadriennio\*\*\*, si registra una prevalenza di consumo di alcol del 51% (IC 95%: 50,1%-51,8%); i consumatori a maggior rischio sono pari al 13,8% (IC 95%: 13,2%-14,5%) più diffusi tra gli uomini (18% vs 10%) e tra le persone più giovani in entrambi i generi (il 31% degli uomini e il 19% delle donne, tra i 18-34 anni).

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

Prevalenza del consumo a maggior rischio di alcol - Passi 2010-2013  
 Pool di Asl: 16,9% (IC 95%: 16,7%-17,1%)

Prevalenza del consumo a maggior rischio di alcol negli uomini e nelle donne. Lazio, Passi 2010-2013



All'analisi multivariata\*\*, in un modello contenente anche altri fattori di rischio comportamentali, la salute percepita e la presenza di sintomi di depressione, in entrambi i generi, il consumo a maggior rischio è significativamente associato alla popolazione con età inferiore ai 35 anni, all'essere fumatori e alle persone non sedentarie.

Tra le donne è significativa anche l'associazione fra consumo a maggior rischio di alcol con la presenza di sintomi di depressione. Relativamente al territorio, essere consumatore a maggior rischio di alcol negli uomini è significativamente associato a chi risiede nelle altre Province del Lazio. Per le donne tale significativa associazione si registra solo fra chi risiede nel Comune di Roma.

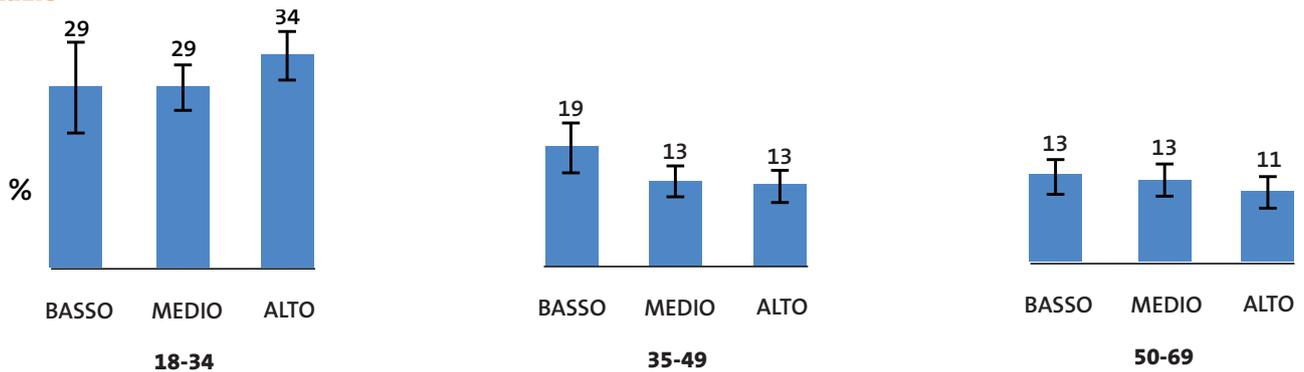


### CONSUMATORI A MAGGIOR RISCHIO DI ALCOL E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO°

Fra gli uomini, la prevalenza dei consumatori a rischio è maggiore nella fascia d'età 18-34 anni. All'aumentare dell'età il consumo diminuisce indipendentemente dal livello socio-economico.

Prevalenza di consumatori a maggior rischio di alcol per livello socio-economico nelle diverse classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013

#### Lazio

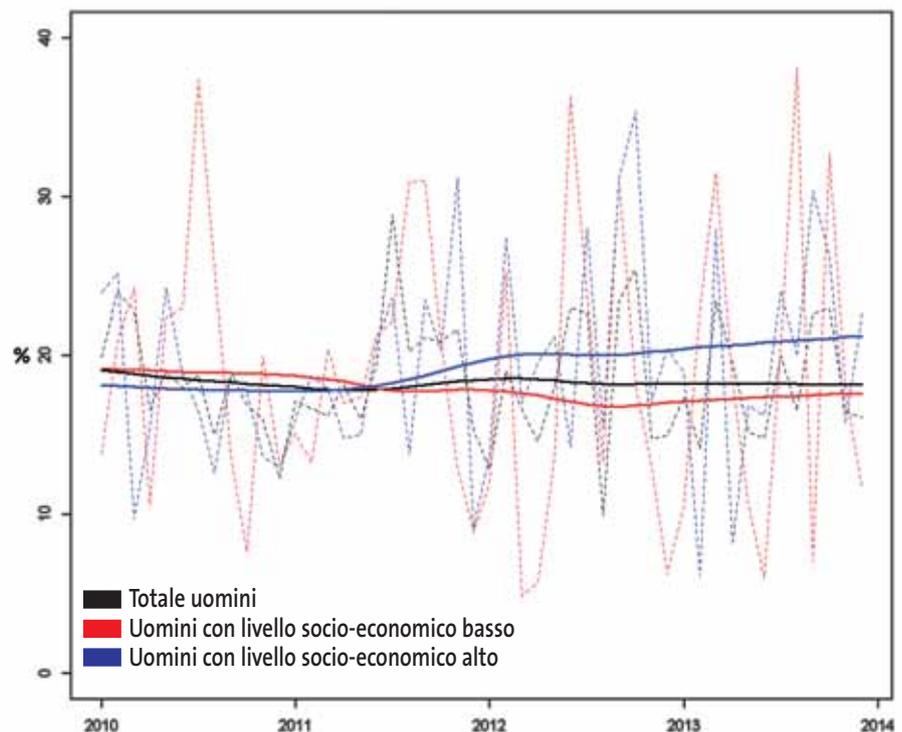


### TREND DELLE PREVALENZE DEL CONSUMO A MAGGIOR RISCHIO DI ALCOL NEGLI UOMINI PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Prevalenza di uomini consumatori a maggior rischio di alcol per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013

Negli ultimi 4 anni si registra una lieve ma non significativa diminuzione nei consumatori a rischio di alcol del Lazio (da 19,1% a 18,2%).

Nel gruppo con alto livello socio-economico la prevalenza è in aumento (da 18,1% a 21,2%), in quello con basso livello è in calo (da 19,2% a 17,6%). Nessuno dei due trend relativi al livello socio-economico è tuttavia significativo. Non sono significativi i trend relativi alle diverse classi d'età.



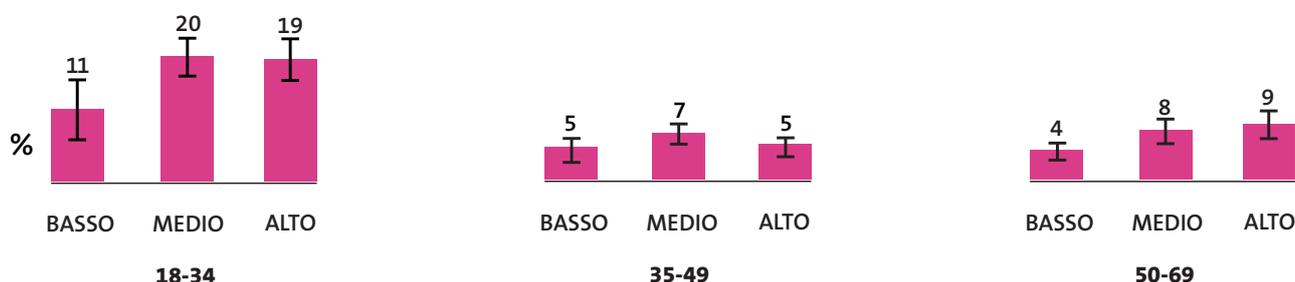
## CONSUMATRICI A MAGGIOR RISCHIO DI ALCOL E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO°

Nelle donne, la percentuale di consumatrici a rischio è significativamente maggiore nella classe d'età più giovane, in particolare tra le appartenenti al livello socio-economico medio-alto.

Con l'aumentare dell'età, il consumo a rischio diminuisce: in particolare raggiunge valori molto bassi tra le donne della classe socio-economica più disagiata.

Prevalenza di consumatrici a maggior rischio di alcol per livello socio-economico nelle diverse classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013

### Lazio

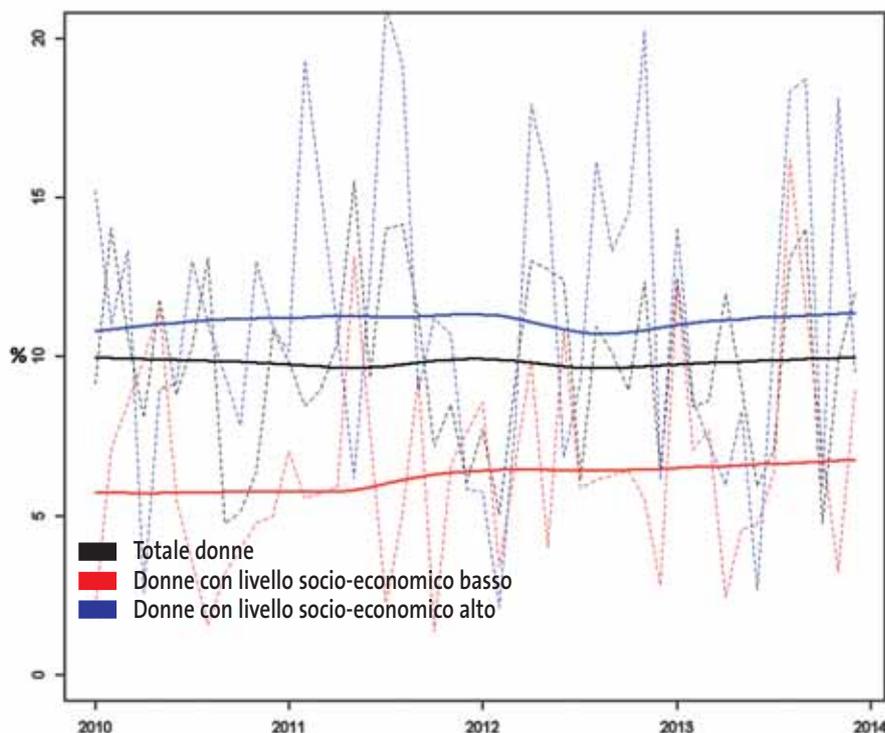


## TREND DELLE PREVALENZE DEL CONSUMO A MAGGIOR RISCHIO DI ALCOL NELLE DONNE PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Prevalenza di donne consumatrici a maggior rischio di alcol per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013

Per le donne, negli ultimi 4 anni, si registra una sostanziale stabilità della prevalenza (in media da 9,96% a 9,95%). Esaminando l'andamento della serie per livello socio-economico, si evidenzia un aumento in entrambi i gruppi socio-economici (alto livello: da 10,8% a 11,4%; basso livello: da 5,7% a 6,8%). Tuttavia, nessuno dei due incrementi è significativo.

Non sono significativi i trend delle diverse classi d'età.

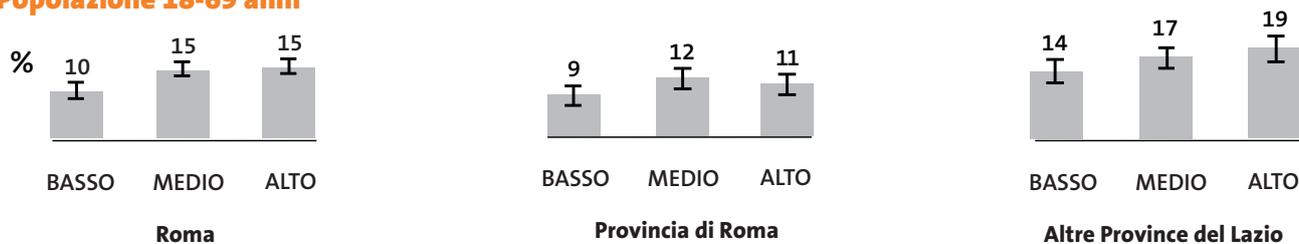




## CONSUMO A MAGGIOR RISCHIO DI ALCOL NELLA POPOLAZIONE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Prevalenza di consumatori a maggior rischio di alcol in entrambi i generi per livello socio-economico, suddivisi per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2010-2013

### Popolazione 18-69 anni



Complessivamente, a Roma, si registra una significativa minore prevalenza di consumo a rischio nella classe socio-economica più disagiata.

## CONCLUSIONI

Nel Lazio più della metà della popolazione (51%) dichiara di aver bevuto almeno un'unità alcolica negli ultimi 30 giorni. Il consumo a maggior rischio è quasi il doppio tra gli uomini ed è associato alla classe d'età più giovane (18-34 anni), in entrambi i sessi. Passi stima che circa 280.000 giovani tra i 18 e i 34 anni sono consumatori a maggior rischio di alcol: un numero non piccolo che, tuttavia, è largamente sottostimato trattandosi di un dato riferito su cui è alta la desiderabilità sociale della risposta. Il consumo a maggior rischio è altresì associato all'essere fumatori, sedentari e, nelle donne, a sintomi di depressione e a un livello socio-economico medio-alto. Per quanto riguarda il territorio, il consumo a maggior rischio negli uomini è significativamente associato con la residenza nelle altre Province del Lazio, dove è più diffuso in ogni livello socio-economico; al contrario, tra le donne, si registra una significativa maggiore prevalenza di consumatrici a rischio nel Comune di Roma. Nel Lazio, negli ultimi 4 anni (2010-2013), il trend di consumo a maggior rischio non registra cambiamenti significativi in entrambi i generi, indipendentemente dal livello socio-economico. Si conferma nel tempo una prevalenza di consumo a maggior rischio circa doppia in chi ha meno di 35 anni rispetto alle classi d'età 35-49 anni e 50-69 anni.



\* *Aver consumato nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica intesa come una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore, alle gradazioni tipiche di queste bevande.*

\*\* *Si definisce "a maggior rischio" poiché il consumo di alcol non è mai considerato esente da rischi per la salute. È consumatore a maggior rischio chi assume alcol fuori pasto e/o è consumatore binge<sup>1</sup> e/o ha un consumo abituale elevato<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione; per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione.*

<sup>2</sup> *>2 unità alcoliche medie giornaliere per gli uomini; >1 unità alcolica per le donne.*

\*\*\* *L'analisi è condotta sull'ultimo quadriennio, anziché dal 2008, poiché dal 2010 è cambiata la definizione di bevitore binge.*

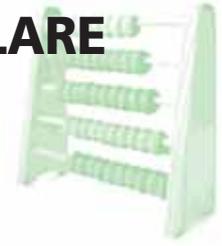
^ *Vedi capitolo "Analisi logistiche multivariate".*

° *La numerosità non consente in ognuno dei due sessi un'analisi della distribuzione della categoria socio-economica con stratificazione contemporanea per classe d'età e ambito territoriale. Si riporta, pertanto, la distribuzione della categoria socio-economica per ambito territoriale nell'intera popolazione regionale di 18-69 anni.*

## **RISCHIO CARDIOVASCOLARE**



## VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE



In Italia, le malattie cardiovascolari provocano il 35% di tutti i decessi maschili e il 43% di quelli femminili e hanno un notevole impatto in termini di disabilità. I **fattori di rischio modificabili** per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, alimentazione scorretta. L'associazione di più fattori è riscontrabile in ampi settori della popolazione e ha un impatto sulla salute particolarmente grave a causa dell'interazione e del potenziamento reciproco tra queste condizioni.

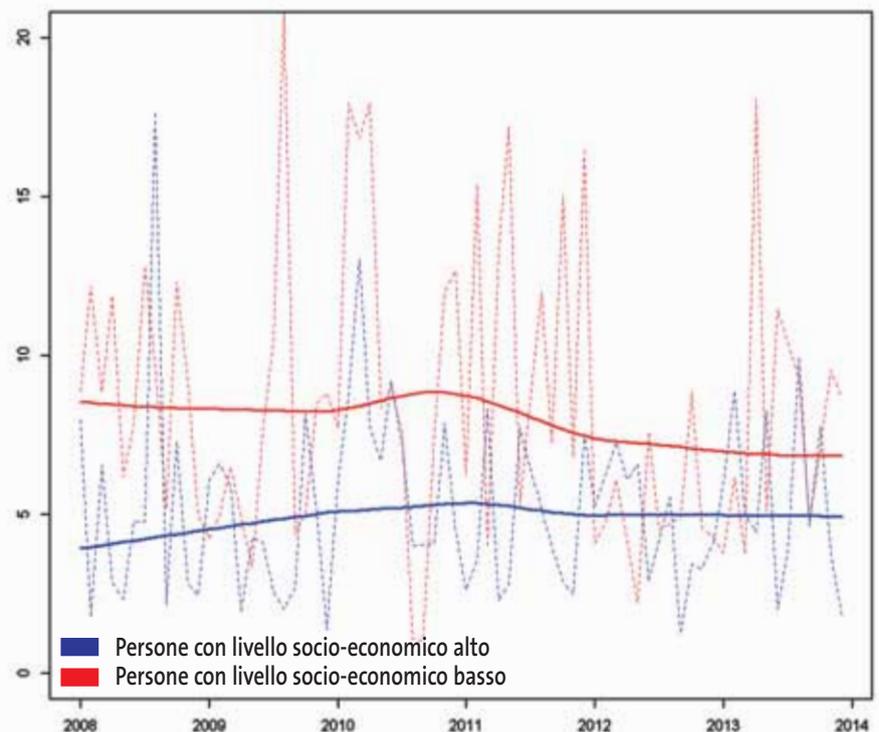
L'uso della **carta o punteggio del rischio cardiovascolare\*** è indicato come strumento di valutazione clinico-prognostica nelle persone con 35 anni di età o più. In Italia, con riferimento all'ultimo quadriennio disponibile, Passi rileva che il rischio cardiovascolare è stato misurato - mediante carta o punteggio individuale - solo al **7% degli intervistati di 35-69 anni**.

Nel Lazio, Passi rileva che, nel periodo 2008-2013, il rischio cardiovascolare è stato calcolato al **5,4%** (IC 95%: 5,0%-5,9%) **dei 35-69enni, senza differenze significative nei due sessi**. La prevalenza dell'avvenuto calcolo di rischio cardiovascolare è lievemente ma significativamente **maggiore al crescere dell'età tra le persone con alto livello d'istruzione** e tra quelle con **almeno una patologia cronica**. Le associazioni si confermano statisticamente significative anche all'analisi multivariata.

### TREND DELLE PREVALENZE DI PERSONE A CUI È STATO VALUTATO IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Nel Lazio, dal 2008 al 2013, la prevalenza di quanti hanno dichiarato di aver avuto calcolato il rischio cardiovascolare è leggermente ma significativamente diminuita (in media da 6,41% a 4,36%,  $p\text{-value}=0,0254$ ). L'analisi per gruppi socio-economici non evidenzia andamenti significativi.

*Prevalenza di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare, per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



## CONCLUSIONI

Nel Lazio, come nel resto d'Italia, la **carta del rischio è utilizzata raramente**, pur costituendo uno strumento in grado di aumentare l'*empowerment* dei cittadini con più di 35 anni per la gestione del rischio cardiovascolare, in particolare per coloro che fumano, sono ipertesi, ipercolesterolemici o diabetici.



\* La carta o punteggio del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità, in termini assoluti, che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di importanti fattori di rischio come sesso ed età diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia.

# IPERTENSIONE ARTERIOSA



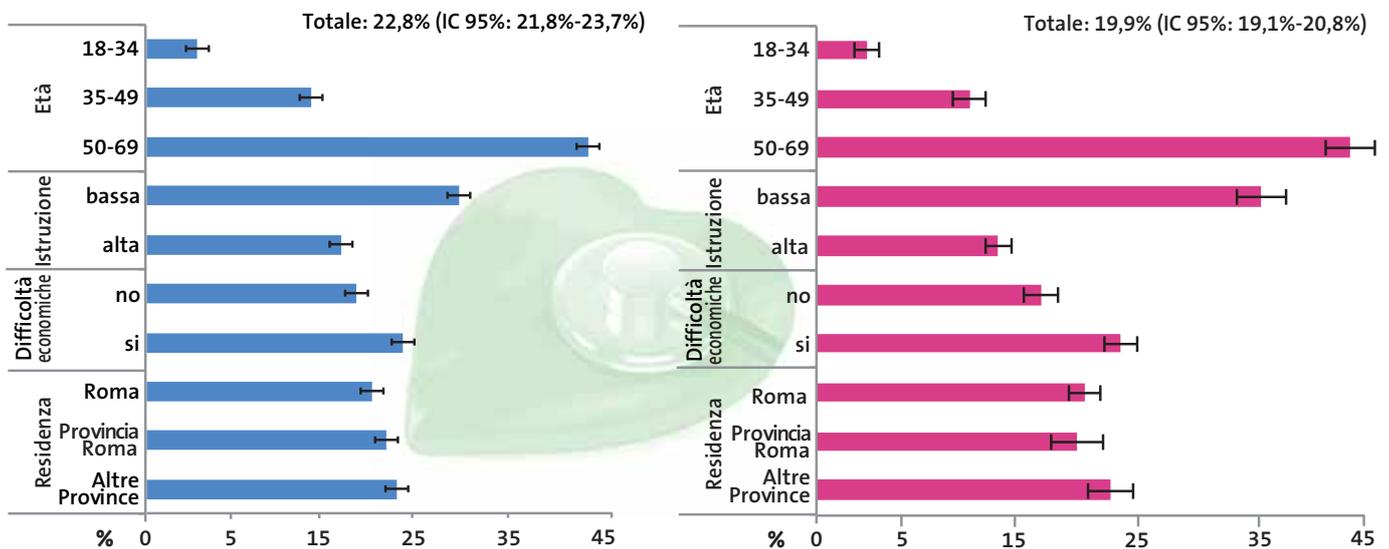
■ % significativamente superiore al pool  
 ■ % non significativamente diversa dal pool  
 ■ % significativamente inferiore al pool

Persone che riferiscono diagnosi di ipertensione

Passi 2009-2012 - Pool di Asl: 20,3% (IC 95%: 20,0%-20,6%)

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco e insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori comportamentali modificabili come un'alimentazione ricca di sale, l'obesità e l'inattività fisica. In Europa si stima che l'ipertensione sia responsabile, ogni anno, di circa 2,5 milioni di decessi e di un carico di malattia pari a oltre 17 milioni di Dalys (anni di vita in buona salute persi a causa di disabilità). Dai dati Passi dell'ultimo quadriennio disponibile, il 20% degli italiani di 18-69 anni, cui era stata misurata la pressione arteriosa almeno una volta, ha riferito di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione. Nel Lazio, i dati Passi relativi agli anni 2008-2013, indicano una prevalenza di ipertesi\* pari al 21,3% (IC 95%: 20,7%-21,9%). La percentuale di ipertesi è **maggiore tra gli uomini rispetto alle donne** (23% vs 20%); in entrambi i sessi, gli ipertesi sono più diffusi nella **classe d'età meno giovane**, tra gli individui con **difficoltà economiche** e **minor livello di istruzione**. In entrambi i generi non si registrano differenze significative nella prevalenza di ipertesi fra i residenti nei tre ambiti territoriali considerati.

Prevalenza di ipertensione riferita negli uomini e nelle donne. Lazio, Passi 2008-2013



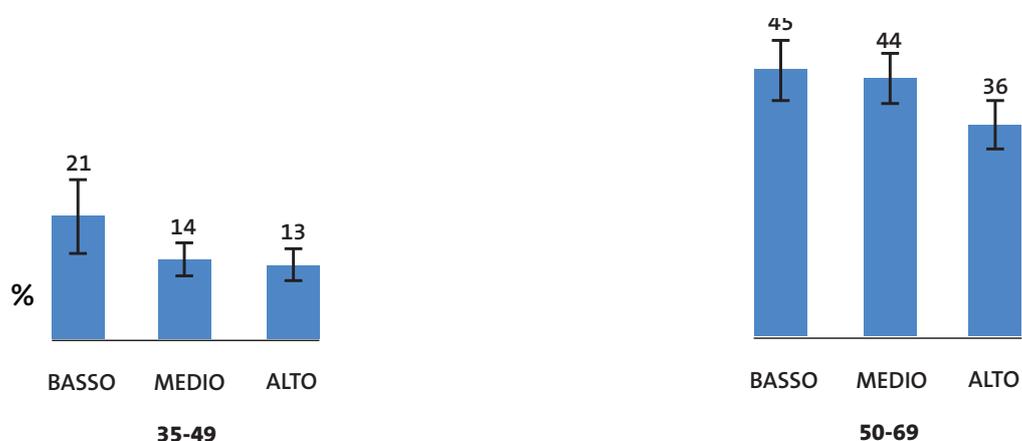
All'analisi multivariata\*\*, in un modello contenente le variabili socio-demografiche, i fattori di rischio comportamentali, la salute percepita e la presenza di sintomi di depressione, **in entrambi i generi**, si conferma l'associazione, statisticamente significativa, fra l'essere iperteso e appartenere alla classe d'età **meno giovane**, l'aver riferito **ipercolesterolemia**, **obesità** e **almeno una patologia cronica**. L'ipertensione è significativamente associata a una **buona percezione del proprio stato di salute**, negli uomini si associa anche al **consumo a rischio di alcol**, e nelle donne al **non essere fumatrici** e a un **basso livello d'istruzione**.

### UOMINI IPERTESI E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO\*\*\*

Nel Lazio la prevalenza di uomini ipertesi è significativamente maggiore nella categoria socio-economica più svantaggiata (31%). Tale maggiore prevalenza rimane significativa fra i residenti del Comune di Roma con età compresa tra 35 e 49 anni e risulta essere al limite della significatività tra i 50-69enni. Nel resto della Regione, la maggior diffusione di ipertesi con basso livello socio-economico si riduce, perdendo la significatività statistica in entrambe le fasce d'età, sia nella Provincia di Roma sia nelle altre Province del Lazio.

Prevalenza di uomini ipertesi per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013

#### Roma



#### Provincia di Roma



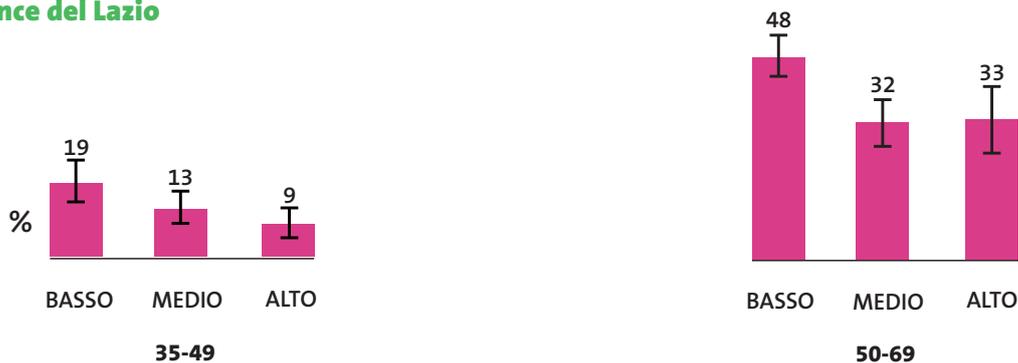
#### Altre Province del Lazio



**DONNE IPERTESE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO\*\*\***

La prevalenza di donne ipertese è significativamente maggiore nella categoria socio-economica più svantaggiata in tutti gli ambiti territoriali (33% nel Comune di Roma, 29% nella Provincia di Roma e 35% nelle altre Province del Lazio). In particolare, la maggior diffusione di ipertese con basso livello socio-economico si conferma nella classe di età 50-69 anni, sia nel Comune di Roma (47%), sia nelle altre Province del Lazio (48%) con una differenza - in entrambi i casi - di circa 15 punti percentuali rispetto alla prevalenza di ipertese 50-69enni con alto livello socio-economico.

*Prevalenza di donne ipertese per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013*

**Roma****Provincia di Roma****Altre Province del Lazio**

## TREND DELLE PREVALENZE DEGLI IPERTESI PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

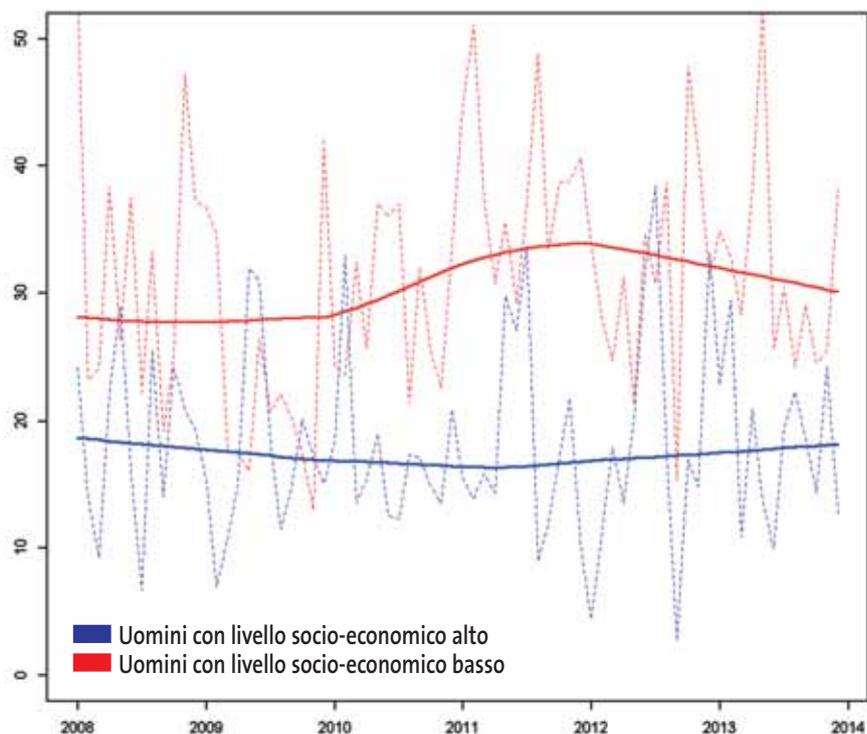
### UOMINI

Nel Lazio, la prevalenza degli uomini che hanno riferito di essere ipertesi in tutta la popolazione intervistata dal 2008 al 2013 registra un'assenza di variazioni.

La stratificazione per livello socio-economico indica - per i soggetti con delle classi più disagiate - una crescita del trend ai limiti della significatività statistica ( $p=0,07$ ).

Stratificando per età, non si rilevano trend significativi né nei 34-49enni, né nei 50-69enni.

Prevalenza di uomini ipertesi, per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013

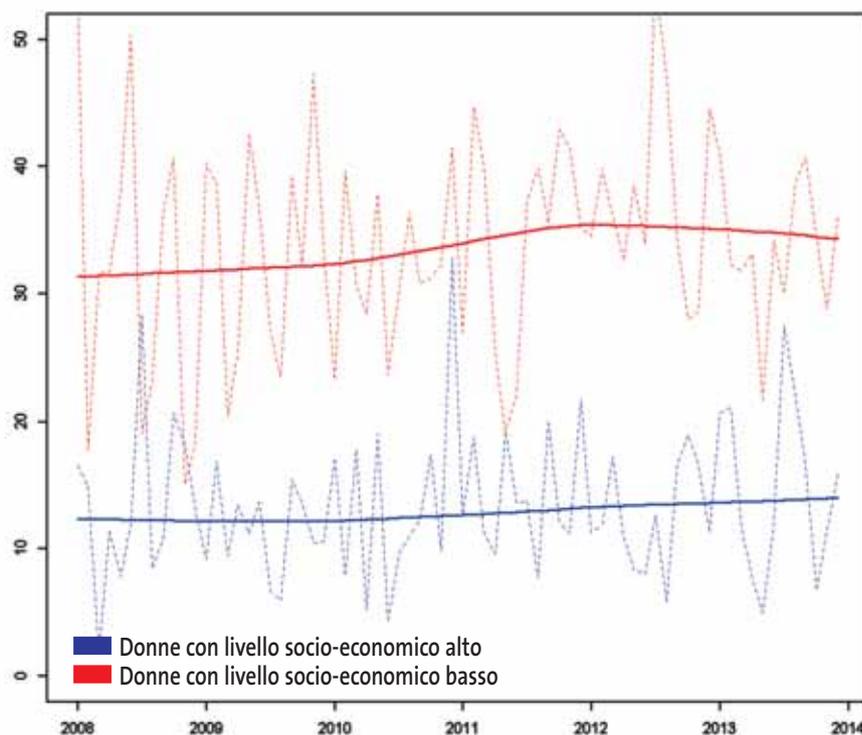


### DONNE

Nel Lazio, dal 2008 al 2013, **non si registrano variazioni significative** tra le donne che hanno riferito di essere ipertese, sia l'andamento medio della prevalenza di tutta la popolazione femminile che ha riferito di essere ipertesa, sia quello relativo ai livelli socio-economici, presentano **assenza di variazioni significative**.

Stratificando per classi d'età, non si registrano trend significativi nelle 34-49enni, e nelle 50-69enni.

Prevalenza di donne ipertese, per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013



## CONCLUSIONI

Passi stima - sulla base di quanto dichiarato - che siano oltre 800 mila gli adulti 18-69enni ipertesi consapevoli di esserlo. Gli ipertesi sono di più fra gli uomini e - come atteso - aumentano all'aumentare dell'età: sopra i 35 anni dichiara di essere iperteso un uomo su quattro e una donna su cinque. L'essere iperteso, in entrambi i sessi, è associato all'aver riferito ipercolesterolemia, obesità e all'aver almeno una patologia cronica.

In entrambi i generi, un adulto su tre con livello socio-economico svantaggiato, è iperteso. Considerando l'intera popolazione adulta, è presente in tutti e tre gli ambiti territoriali regionali un'associazione tra basso livello socio-economico e prevalenza di ipertensione; quest'associazione è più marcata nel sesso femminile.

Nel Lazio, negli ultimi 6 anni (2008-2013), il trend di **prevalenza degli ipertesi** si mantiene **sostanzialmente costante in entrambi i generi**. Tra gli **uomini con livello socio-economico basso** l'andamento della prevalenza presenta una **crescita ai limiti della significatività** statistica.

Il divario della prevalenza di ipertesi fra la popolazione con basso e alto livello socio-economico è sensibilmente maggiore nel sesso femminile.



\* Passi misura la prevalenza di ipertesi considerando la percentuale di individui che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione arteriosa sul totale di quanti dichiarano di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della pressione arteriosa.

\*\* Vedi capitolo "Analisi logistiche multivariate".

\*\*\* I dati relativi al livello socio-economico si riferiscono alle classi d'età 35-49 anni e 50-69 anni. Nella classe d'età 18-34 anni gli ipertesi sono pochi e la Carta del rischio cardiovascolare - cui si fa riferimento all'inizio della sezione - si utilizza a partire dai 35 anni.

# IPERCOLESTEROLEMIA



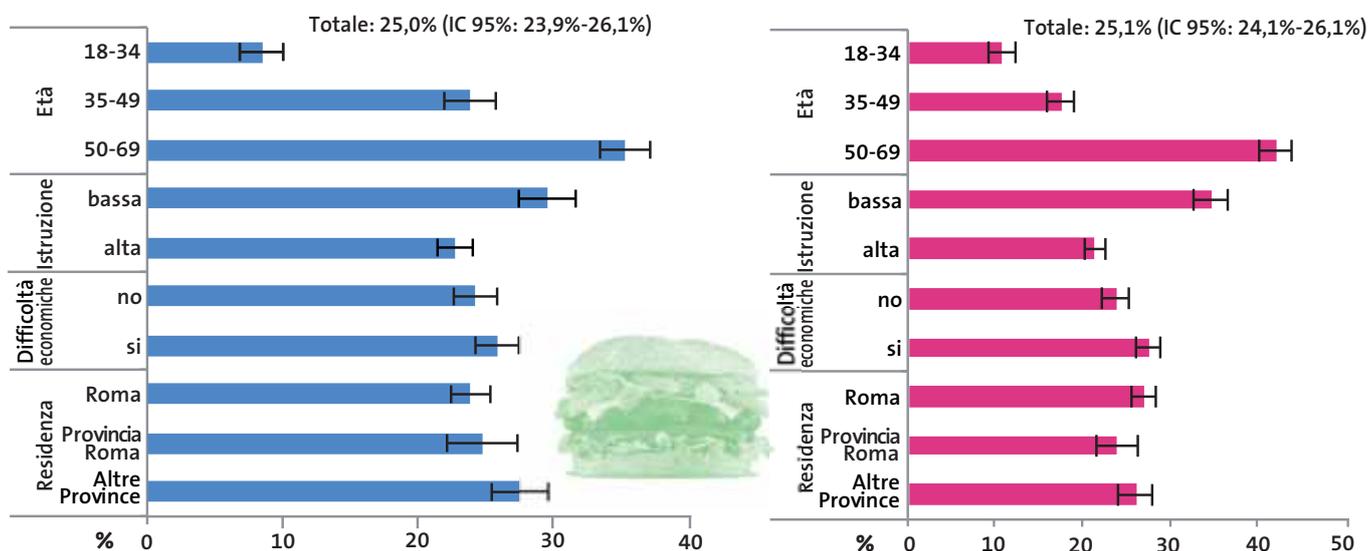
■ % significativamente superiore al pool  
 ■ % non significativamente diversa dal pool  
 ■ % significativamente inferiore al pool

Persone che riferiscono diagnosi di ipercolesterolemia - Passi 2009-2012  
 Pool di Asl: 24,1% (IC 95%: 23,8%-24,4%)

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari, su cui è possibile intervenire con efficacia. In Europa si stima che all'ipercolesterolemia siano attribuibili ogni anno oltre 900 mila decessi e un carico di malattia quantificabile in circa 9 milioni di Dalys (anni di vita in buona salute persi a causa di disabilità). L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori, quali ad esempio l'abitudine al fumo e l'ipertensione. Secondo i dati Passi dell'ultimo quadriennio disponibile, un quarto degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia\* da parte di un medico. **Lazio**, i dati Passi relativi agli anni 2008-2013 indicano una prevalenza di persone con ipercolesterolemia pari al 25,1% (IC 95%: 24,3%-25,8%). La **prevalenza** è sostanzialmente **identica nei due generi**. Come atteso, si registra un gradiente significativo al **crescere della fascia d'età**, inoltre si evidenzia una maggiore prevalenza nella categoria di persone con **basso livello di istruzione**.

Nelle **donne** anche la presenza di **difficoltà economiche** è associata a una maggiore prevalenza di ipercolesterolemia.

Prevalenza dell'ipercolesterolemia negli uomini e nelle donne. Lazio, Passi 2008-2013



All'**analisi multivariata\*\***, in un modello contenente le variabili socio-demografiche, i fattori di rischio comportamentali, la salute percepita e la presenza di sintomi di depressione, **in entrambi i generi**, oltre all'attesa associazione con le **classi d'età meno giovani**, si conferma l'associazione statisticamente significativa fra ipercolesterolemia e **ipertensione, consumo di alcol a rischio e presenza di patologie croniche** concomitanti. Gli ipertecolesterolemici sono altresì significativamente associati a una **non buona percezione del proprio stato di salute**. Nelle **donne** la presenza di ipercolesterolemia è associata a una condizione di vita più attiva.



### UOMINI IPERCOLESTEROLEMICI E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO\*\*\*

Complessivamente, nel Lazio, la prevalenza di uomini ipercolesterolemici è maggiore nella categoria socio-economica più svantaggiata (29%). Tuttavia, stratificando per ambito territoriale e classe d'età, la prevalenza di ipercolesterolemici fra i livelli socio-economici perde ogni differenza significativa, sia nella classe 35-49 anni, sia in quella 50-69 anni.

*Prevalenza di uomini ipercolesterolemici per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013*

#### Roma



#### Provincia di Roma



#### Altre Province del Lazio

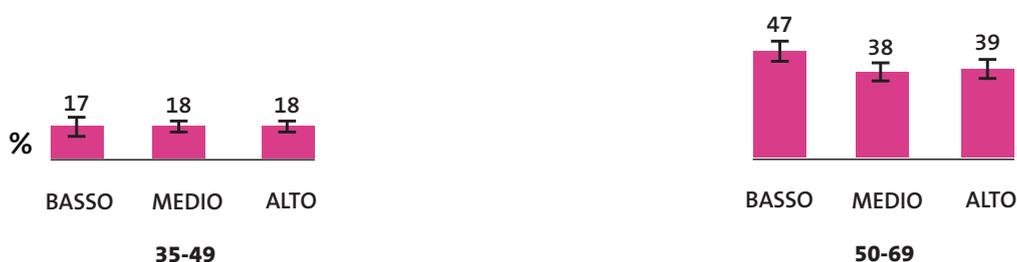


### DONNE IPERCOLESTEROLEMICHE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO\*\*\*

La prevalenza di ipercolesterolemia è significativamente maggiore tra le donne con basso livello socio-economico nella popolazione femminile del Comune di Roma (36%), della Provincia di Roma (30%) e delle altre Province del Lazio (34%). Stratificando anche per classi di età, la differenza di prevalenza di ipercolesterolemiche con basso livello socio-economico si mantiene significativa tra le 50-69enni di Roma.

Prevalenza di donne ipercolesterolemiche per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013

#### Roma



#### Provincia di Roma



#### Altre Province del Lazio





## TREND DELLE PREVALENZE DEGLI IPERCOLESTEROLEMICI PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

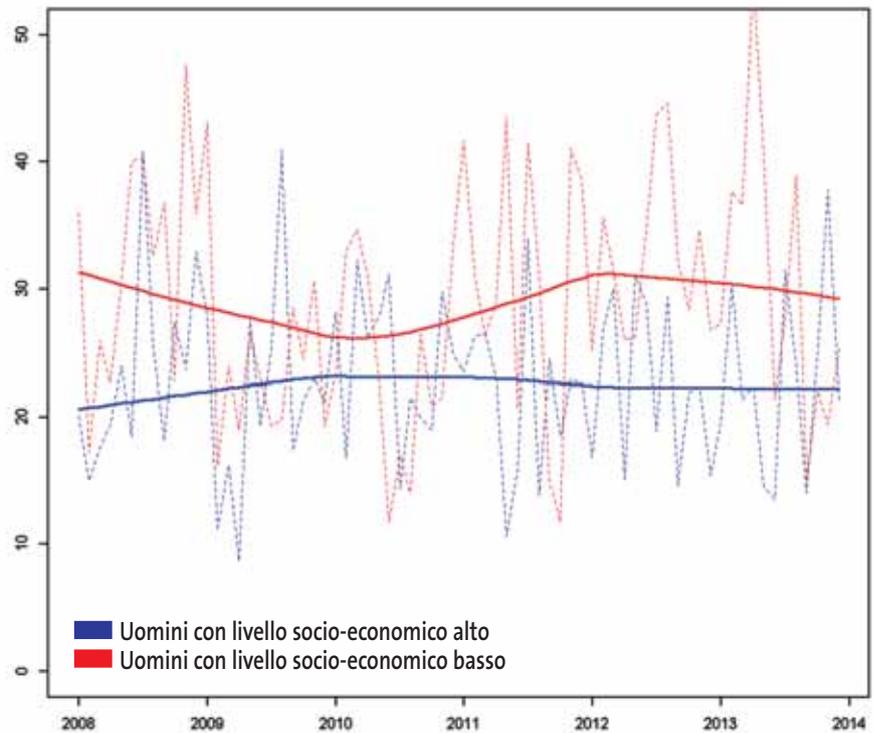
### UOMINI

Dal 2008 al 2013, l'andamento della prevalenza degli uomini che hanno riferito di essere ipercolesterolemici presenta un **lieve e non significativo calo** (da 27,5% a 24,8% in media).

La stratificazione per livello socio-economico non indica significative variazioni di trend.

Stratificando per classi d'età, le variazioni degli andamenti delle prevalenze si mantengono non significative.

*Prevalenza di uomini ipercolesterolemici, per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



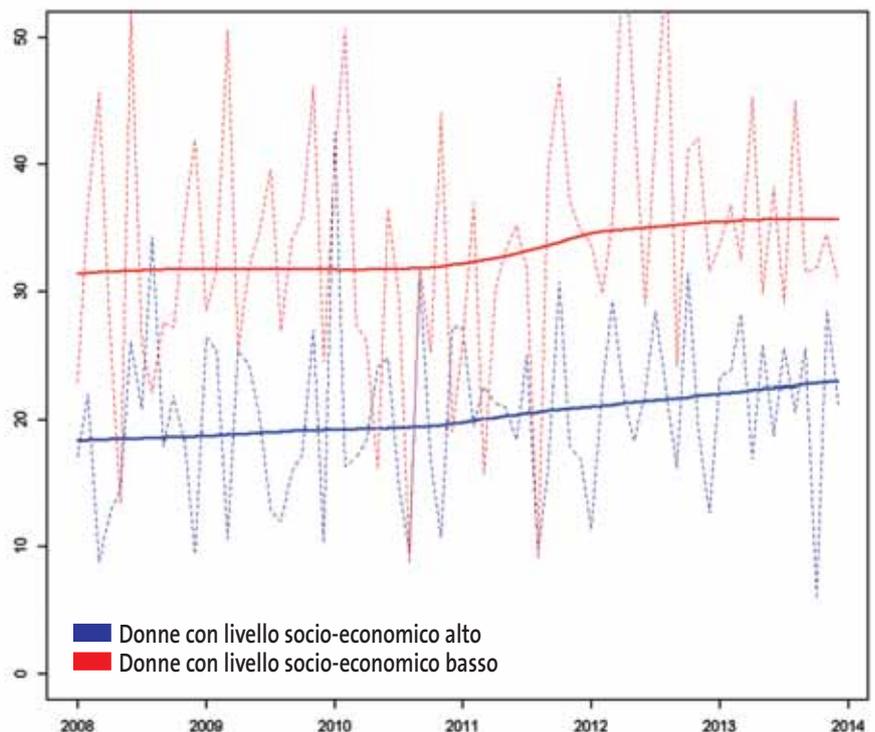
*Prevalenza di donne ipercolesterolemiche, per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*

### DONNE

L'andamento della prevalenza di donne che hanno riferito tra il 2008 e il 2013 di essere ipercolesterolemiche **non presenta significative variazioni**.

Si registra nel tempo un aumento non significativo della prevalenza di ipercolesterolemiche con basso (da 31,4% a 35,7% in media) e alto livello socio-economico (da 18,3% a 23,0% in media).

Le variazioni registrate nelle diverse fasce d'età non sono significative.



## CONCLUSIONI

Il Lazio presenta una prevalenza di ipercolesterolemici sostanzialmente sovrapponibile al valore medio nazionale. Come atteso, essa aumenta con l'età: Passi stima che nella nostra Regione siano 800 mila gli ipercolesterolemici tra i 35 e i 69 anni consapevoli di esserlo.

In entrambi i generi, si riscontra un'associazione significativa con altri fattori di rischio come ipertensione, consumo a rischio di alcol, presenza di patologie concomitanti e la non buona percezione del proprio stato di salute.

Complessivamente, nel Lazio, la prevalenza di ipercolesterolemici è maggiore nella categoria con basso livello socio-economico. Tra le donne, questa significativa maggior prevalenza si mantiene in tutti gli ambiti territoriali considerati.

Nel Lazio, negli ultimi 6 anni (2008-2013), il trend di prevalenza degli individui ipercolesterolemici presenta variazioni non significative sia fra gli uomini sia fra le donne. Anche i trend per fasce di età e per livello socio-economico non sono significativi.



\* Passi misura la prevalenza di ipercolesterolemici come percentuale di intervistati che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia sul totale di quanti hanno effettuato la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita.

\*\* Vedi capitolo "Analisi logistiche multivariate".

\*\*\* I dati relativi al livello socio-economico si riferiscono alle classi d'età 35-49 anni e 50-69 anni. Nella classe d'età 18-34 anni gli ipercolesterolemici sono pochi e la Carta del rischio cardiovascolare, cui si fa riferimento all'inizio della sezione, si utilizza a partire dai 35 anni.

## **PROGRAMMI DI PREVENZIONE**

- > Screening**
- > Vaccinazioni**



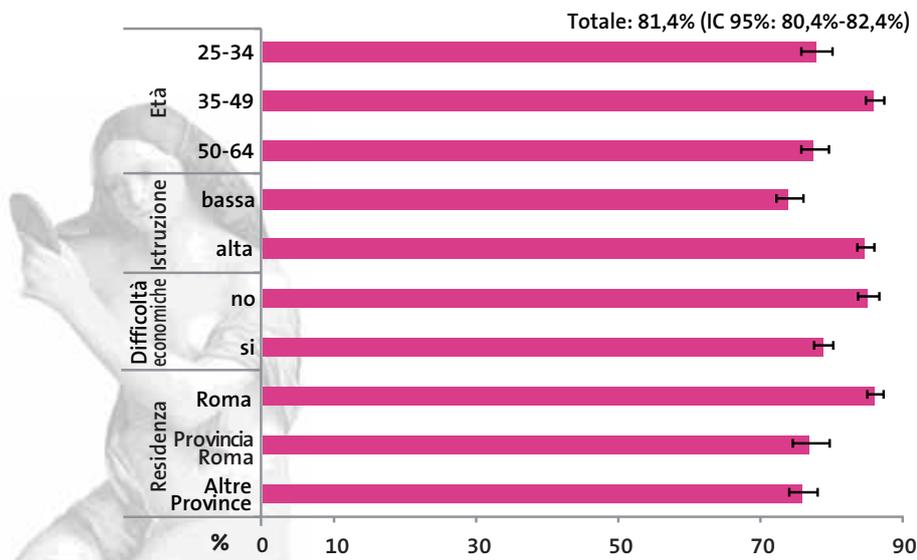
# DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELLA CERVICE UTERINA



Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni.  
Donne 25-64enni. Passi 2010-2013  
Pool di Asl: 77,7% (77,2%-78,1%)

In Italia, si stima che, in tutte le fasce d'età, verranno diagnosticati complessivamente nel 2014 circa 2.200 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina. Negli ultimi trent'anni c'è stata una forte riduzione di questi tumori; nel 2012 il tasso standardizzato di incidenza era di 4 casi per 100.000 donne e il tasso standardizzato di mortalità di circa 2 per 100.000 donne. La diagnosi precoce si basa sull'esecuzione del Pap test, raccomandata ogni tre anni, tra i 25 e i 64 anni. Recentemente, è stata introdotta un'alternativa al Pap test che si basa sul riconoscimento dell'infezione da papilloma virus (Hpv)\*. In Italia, dai dati del sistema di sorveglianza Passi dell'ultimo quadriennio disponibile, emerge che tre donne 25-64enni su quattro (75%) riferiscono di aver effettuato il Pap test e/o l'Hpv test secondo quanto raccomandato dalle Linee guida\*\*, con significative differenze tra le diverse realtà territoriali. **Nel Lazio**, i dati Passi relativi agli anni 2008-2013 indicano che la prevalenza di donne che ha effettuato il Pap test e/o l'Hpv test nel periodo raccomandato è dell'81,4% (IC 95%: 80,4%-82,4%). L'effettuazione dello screening risulta maggiore nella classe di età intermedia (35-49 anni), in chi ha un maggiore livello di istruzione, minori difficoltà economiche e, per quanto riguarda il territorio, in chi risiede nel Comune di Roma.

Prevalenza di donne che hanno effettuato il Pap test e/o l'Hpv test a scopo preventivo negli ultimi tre anni. Lazio, Passi 2008-2013



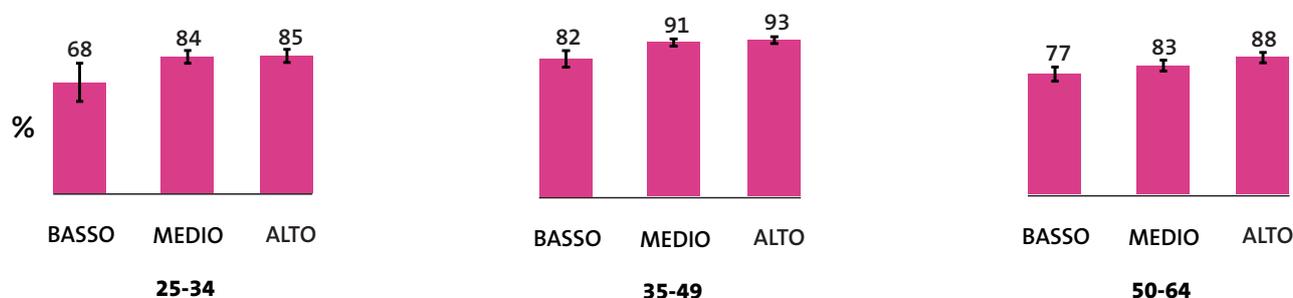
All'analisi multivariata<sup>^</sup>, in un modello contenente anche l'aver ricevuto la lettera d'invito allo screening e l'aver ricevuto il consiglio di un medico ad effettuare un Pap-test e/o l'Hpv test, si conferma l'associazione, statisticamente significativa, tra l'effettuazione del Pap test e/o dell'Hpv test secondo le Linee guida e l'appartenenza alla classe di età intermedia (35-49 anni), un maggiore livello di istruzione, minori difficoltà economiche e la residenza nel Comune di Roma; risultano inoltre altamente significative le associazioni con l'aver ricevuto una lettera di invito e con l'aver ricevuto da parte del medico il consiglio di effettuare il test.

## DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELLA CERVICE UTERINA E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

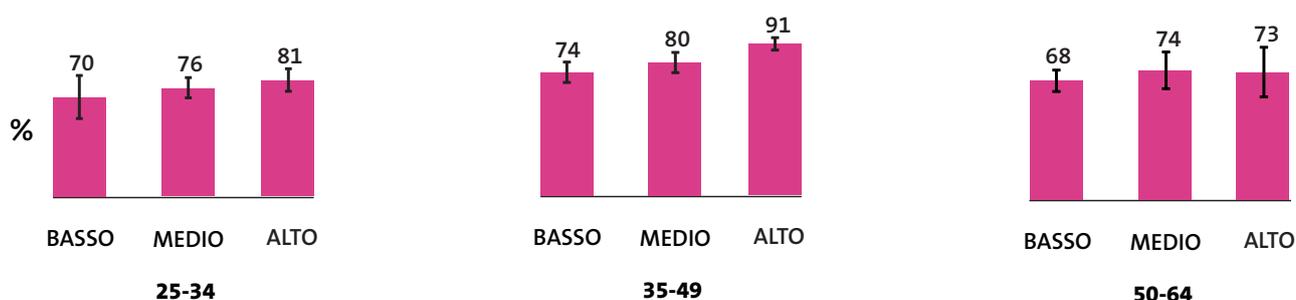
Nel Lazio, la percentuale di donne che hanno effettuato il Pap test e/o l'Hpv test secondo le Linee guida è, complessivamente, maggiore tra le donne con livello socio-economico alto rispetto alle donne con basso livello socio-economico. Stratificando per ambito territoriale e classe d'età questa differenza si mantiene statisticamente significativa in tutte le fasce d'età fra le donne residenti nel Comune di Roma, tra le 35-49enni della Provincia di Roma e tra le 25-34enni e le 50-69enni delle altre Province del Lazio. Nella fascia di età più giovane, il gradiente tra livelli socio-economici sembrerebbe più marcato, ma il dato non è solido per la scarsa numerosità del sottogruppo di 25-34enni con basso livello socio-economico.

*Percentuale di donne che hanno effettuato il Pap test e/o l'Hpv test a scopo preventivo negli ultimi tre anni, per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013*

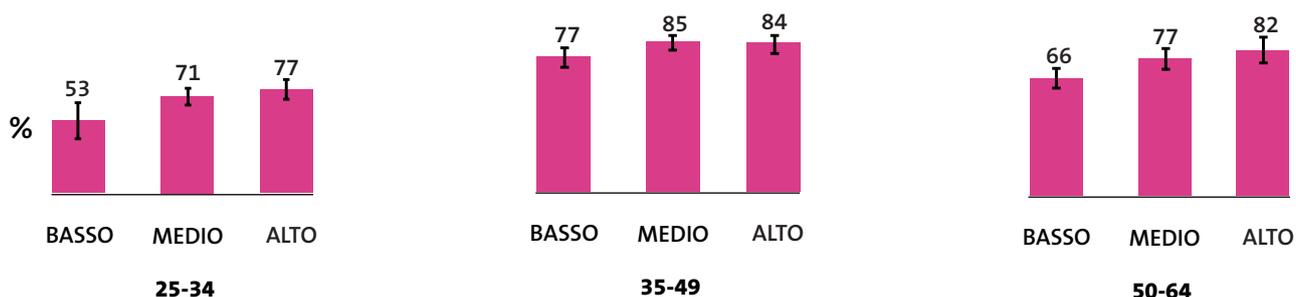
### Roma



### Provincia di Roma



### Altre Province del Lazio



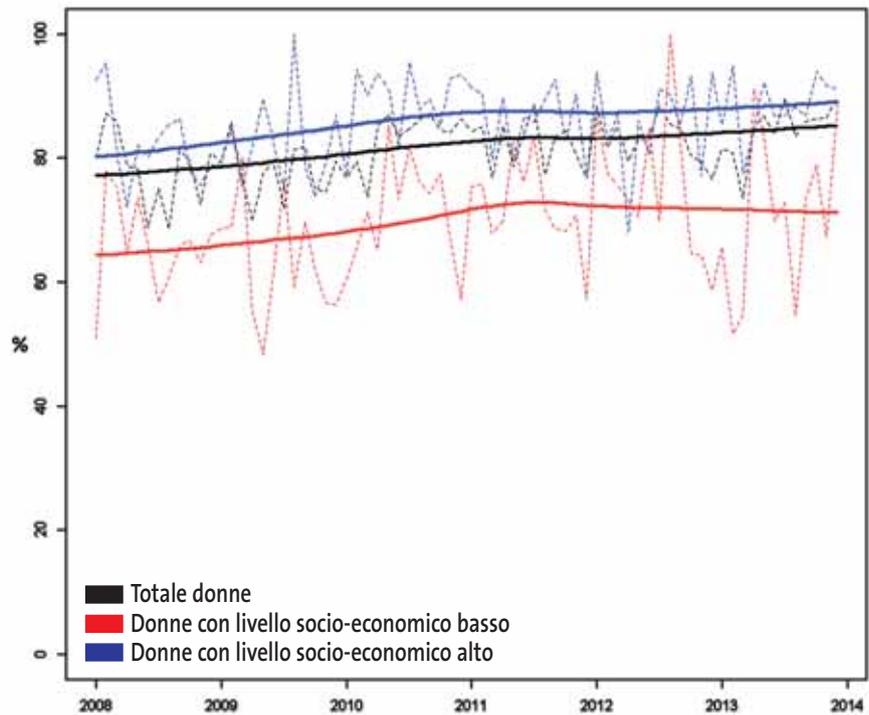


## TREND DELLE PREVALENZE DELLE DONNE CHE EFFETTUANO PAP TEST/HPV TEST SECONDO LE LINEE GUIDA PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Per le donne si nota un **aumento significativo della prevalenza** (in media da 77,1% a 85,3%,  $p < 0,001$ ).

Esaminando l'andamento della serie per livello socio-economico, si nota che il **trend aumenta significativamente nel gruppo con livello socio-economico alto** (in media da 80,1% a 88,9%,  $p = 0,008$ ); **nel gruppo con livello socio-economico basso si registra un aumento che si avvicina alla significatività statistica** (in media da 64,3% a 71,2%,  $p = 0,081$ ).

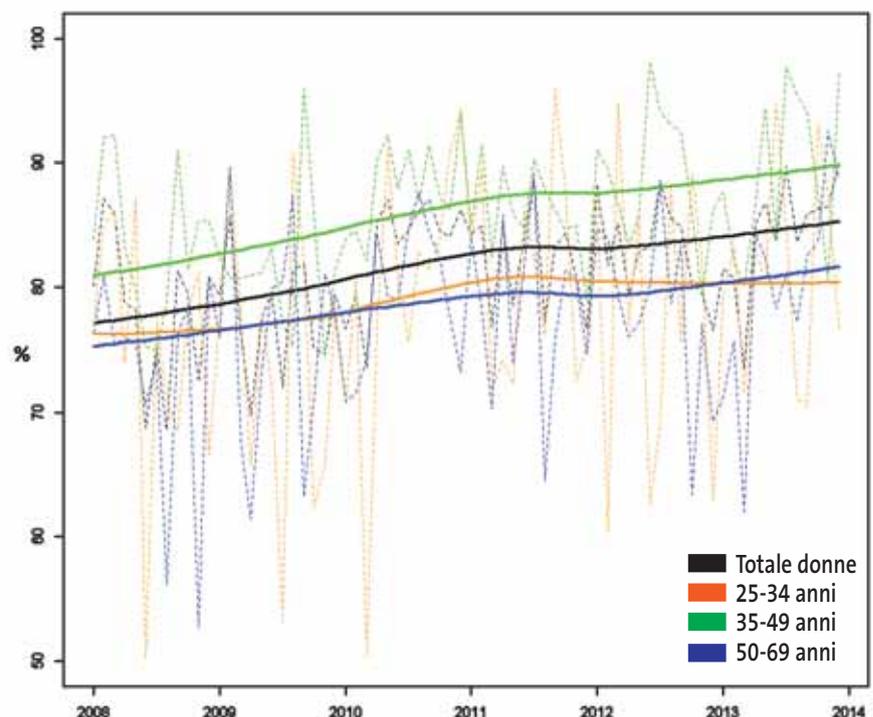
*Donne di 25-64 anni che hanno eseguito un test per la diagnosi precoce di neoplasia cervicale, per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



*Donne di 25-64 anni che hanno eseguito un test per la diagnosi precoce di neoplasia cervicale, per classe d'età. Lazio, Passi 2008-2013*

Stratificando per classi d'età, si nota come l'andamento sia in crescita per i diversi gruppi, pur registrando ampia variabilità nei punti della serie fra le 25-34enni e le 50-64enni.

L'aumento è **significativo nel gruppo delle 35-49enni** ( $p = 0,005$ ), così come **nel gruppo delle 50-64enni** ( $p = 0,025$ ). Tra le donne di **25-34 anni, l'aumento è ai limiti della significatività statistica**.



## CONCLUSIONI

Nel Lazio, circa 4 donne su 5 effettuano il Pap test e/o l'Hpv test secondo le raccomandazioni delle Linee guida; questo valore è sostanzialmente in linea con la media nazionale.

A livello regionale e negli ambiti territoriali considerati, si riscontra una maggiore prevalenza dell'effettuazione del test di prevenzione nella fascia di età 35-49 anni e tra le donne residenti nel Comune di Roma.

È da sottolineare l'associazione altamente significativa dell'effettuazione del Pap test e/o dell'Hpv test a scopo preventivo, sia con la ricezione di una lettera d'invito allo screening da parte dell'Asl, sia con l'aver ricevuto uno specifico consiglio in tal senso da parte del medico.

Nel Lazio, la diffusione del test di prevenzione è significativamente minore nelle donne con basso livello socio-economico rispetto alle donne con alto livello socio-economico. Tale differenza si mantiene significativa in alcune classi d'età di ogni ambito territoriale.

Nel Lazio, negli ultimi 6 anni (2008-2013), **il trend di prevalenza delle donne che effettuano il Pap test e/o l'Hpv test secondo le Linee guida è in significativo aumento, sia complessivamente sia nelle componenti analizzate.** È infatti significativo l'aumento di prevalenza registrato tra le donne con più elevato livello socio-economico e nelle fasce di età 35-49 anni e 50-64 anni, mentre nelle donne più giovani e nelle donne con basso livello socio-economico l'aumento è al limite della significatività statistica.



\* L'Hpv test è risultato più sensibile del Pap test e l'Italia si avvia ad utilizzarlo come test di screening primario.

\*\* Le Linee guida nazionali raccomandano l'esecuzione del test di prevenzione del tumore della cervice uterina ogni tre anni a tutte le donne di 25-64 anni.

^ Vedi capitolo "Analisi logistiche multivariate".

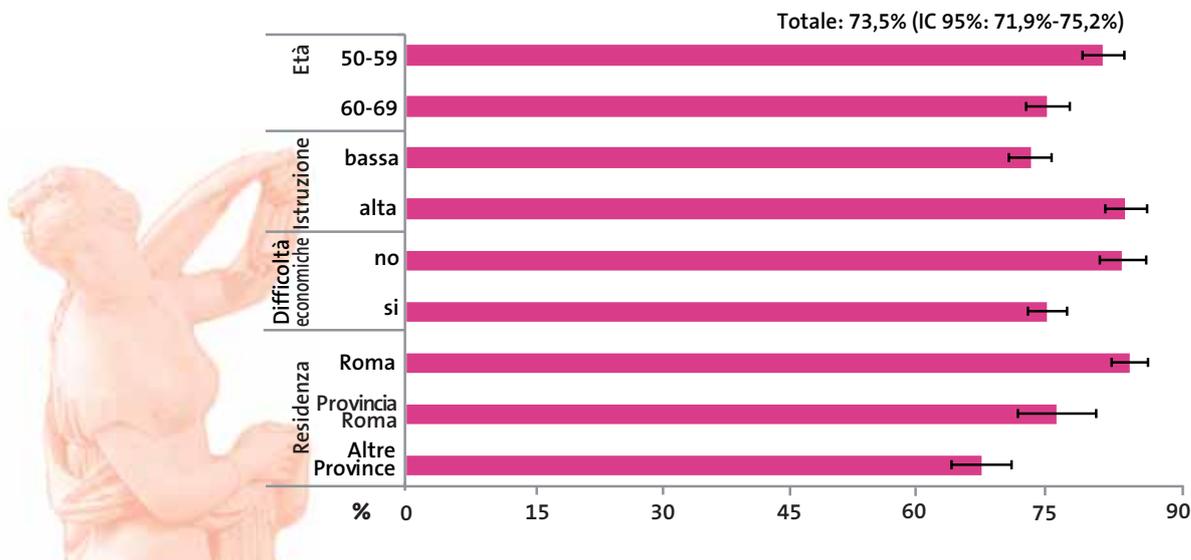
## DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELLA MAMMELLA



Mammografia eseguita negli ultimi due anni.  
Donne 50-69enni. Passi 2010-2013  
Pool di Asl: 70,7% (IC 95%: 70,0%-71,4%)

Il carcinoma della mammella tra le donne italiane è la neoplasia di gran lunga più frequente e rappresenta la prima causa di mortalità. In tutte le fasce d'età, nel 2011, si sono registrati quasi 12.000 decessi e si stima che nel 2014 verranno diagnosticati circa 48.000 nuovi casi. Le Linee guida nazionali raccomandano l'esecuzione di una mammografia ogni due anni a tutte donne di 50-69 anni per favorire la diagnosi precoce del tumore della mammella\*. In Italia, nel quadriennio 2010-2013, quasi il 71% delle donne di 50-69 anni intervistate nell'ambito del sistema di sorveglianza Passi riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo\*\* secondo quanto raccomandato dalle Linee guida, con significative differenze tra le diverse realtà territoriali secondo un gradiente decrescente Nord-Sud. **Nel Lazio**, i dati Passi relativi agli anni 2008-2013 indicano che le donne di 50-69 anni che hanno effettuato una mammografia nei due anni antecedenti l'intervista sono il 73,5% (IC 95%: 71,9%-75,2%). L'effettuazione risulta maggiore nella classe di età 50-59 anni, in chi ha un maggiore livello di istruzione, e minori difficoltà economiche; la prevalenza delle donne che riferiscono l'effettuazione della mammografia secondo le Linee guida è significativamente maggiore tra le residenti del Comune di Roma.

Prevalenza di donne tra i 50 e i 69 anni che hanno effettuato una mammografia a scopo preventivo negli ultimi due anni. Lazio, Passi 2008-2013

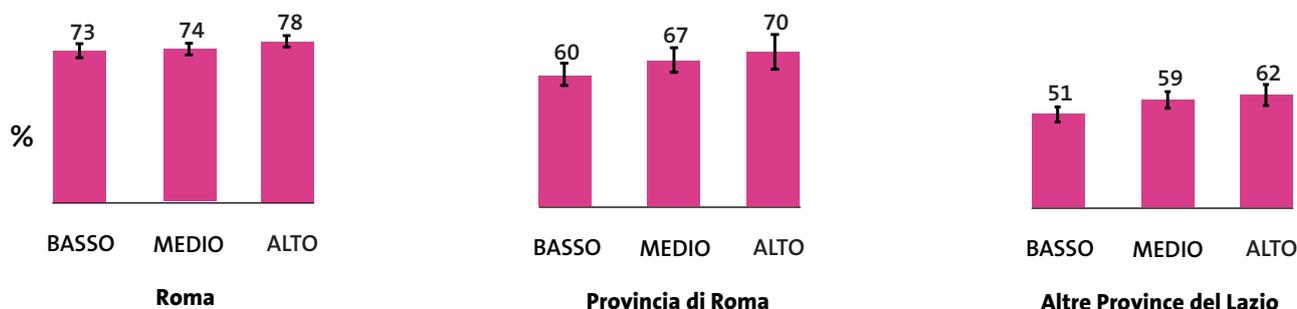


All'analisi multivariata<sup>^</sup>, in un modello contenente anche l'aver ricevuto la lettera d'invito allo screening e l'aver ricevuto il consiglio di un medico ad effettuare una mammografia, si conferma l'associazione, statisticamente significativa, tra l'effettuazione di una mammografia negli ultimi due anni e l'appartenenza alla classe di età 50-59 anni e la residenza nel Comune di Roma; risultano inoltre altamente significative le associazioni con l'aver ricevuto una lettera di invito e con l'aver ricevuto da parte del medico il consiglio di effettuare regolari mammografie di prevenzione.

### DONNE CHE HANNO ESEGUITO LA MAMMOGRAFIA E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

La prevalenza di donne 50-69enni nei tre livelli socio-economici che hanno effettuato una mammografia secondo quanto raccomandato dalle Linee guida presenta differenze secondo gli ambiti territoriali considerati. Fra le residenti di Roma, la prevalenza nei tre livelli socio-economici è sostanzialmente analoga; fra le residenti in Provincia di Roma si registra un gradiente tuttavia non significativo. Tra le residenti nelle altre Province del Lazio, invece, la prevalenza nelle donne con alto livello socio-economico che hanno eseguito una mammografia secondo le Linee guida, è significativamente maggiore di quella registrata nelle donne con basso livello socio-economico.

*Percentuale di donne tra i 50 e i 69 anni che hanno effettuato una mammografia a scopo preventivo negli ultimi due anni per livello socio-economico, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013*

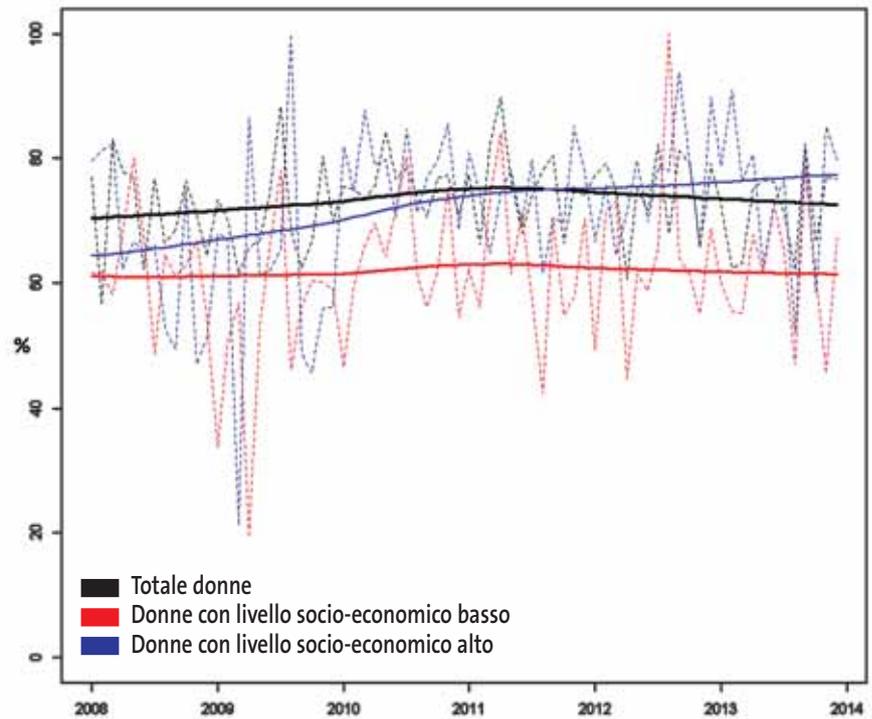




## TREND DELLE PREVALENZE DELLE DONNE CHE HANNO EFFETTUATO LA MAMMOGRAFIA SECONDO LE LINEE GUIDA PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

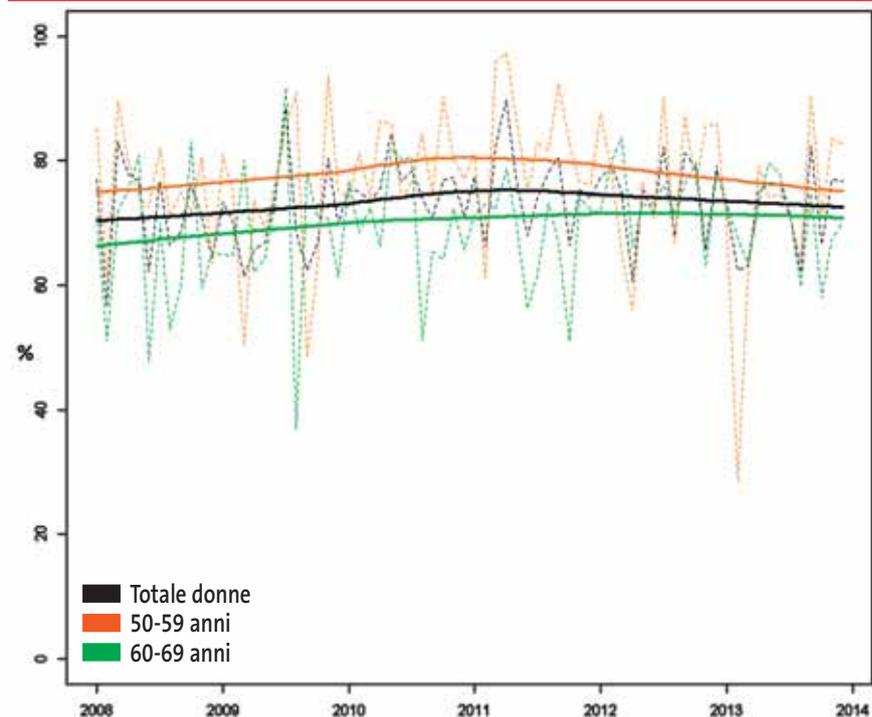
Nel Lazio, tra il 2008 e il 2013, si registra un leggero ma non significativo aumento della prevalenza di donne che hanno eseguito una mammografia secondo le Linee guida (da 70,4% a 72,6%,  $p > 0,05$ ). Esaminando l'andamento della serie per livello socio-economico, si nota un **aumento significativo della prevalenza nel gruppo con alto livello socio-economico** (in media da 64,3% a 77,4%,  $p = 0,005$ ), a fronte di una prevalenza immutata in quello con basso livello (in media da 61,0% a 61,4%).

*Donne di 50-69 anni che hanno eseguito una mammografia negli ultimi due anni, per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



Stratificando per **classi d'età**, si nota come l'andamento sia in crescita per i diversi gruppi nel primo triennio e poi in successivo calo. Solo nelle donne con età tra i 60 e i 69 anni, si registra un aumento nel periodo ai limiti della significatività (in media da 66,3% a 70,8%,  $p = 0,085$ ).

*Donne di 50-69 anni che hanno eseguito una mammografia negli ultimi due anni, per classe d'età. Lazio, Passi 2008-2013*



## CONCLUSIONI

Nel Lazio, in linea con la media nazionale, circa 3 donne su 4 di età compresa fra i 50 e i 69 anni effettuano la mammografia a scopo preventivo secondo le raccomandazioni delle Linee guida; la prevalenza è maggiore fra le donne della classe d'età 50-59 anni e in quelle residenti a Roma.

È da sottolineare l'associazione altamente significativa dell'effettuazione della mammografia a scopo preventivo sia con la ricezione di una lettera d'invito allo screening da parte dell'Asl, sia con l'aver ricevuto uno specifico consiglio in tal senso da parte del medico.

La prevalenza di donne residenti a Roma che hanno effettuato una mammografia secondo quanto raccomandato dalle Linee guida presenta valori simili nella popolazione dei tre livelli socio-economici analizzati, mentre tra le residenti nelle altre Province del Lazio, la prevalenza tra le donne con alto livello socio-economico, è significativamente maggiore di quella registrata tra le donne con basso livello socio-economico.

Nel Lazio, negli ultimi 6 anni (2008-2013), **il trend di prevalenza complessivo delle donne che effettuano una mammografia secondo le Linee guida è sostanzialmente stabile, ma tra le donne con alto livello socio-economico la prevalenza è in significativo aumento.**



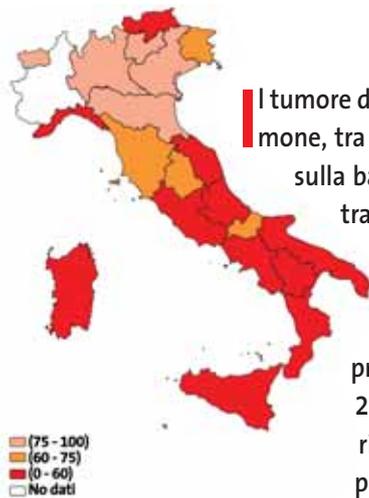
\* Il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, cioè un programma organizzato che ogni due anni inviti regolarmente le donne tra 50 e 69 anni a eseguire la mammografia. Indipendentemente da questi programmi, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo, il proprio Medico di medicina generale o in altri contesti.

\*\* In assenza cioè di sintomi o disturbi, sia all'interno sia al di fuori di un programma di screening organizzato.

^ Vedi capitolo "Analisi logistiche multivariate".



## DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEL COLON-RETTO



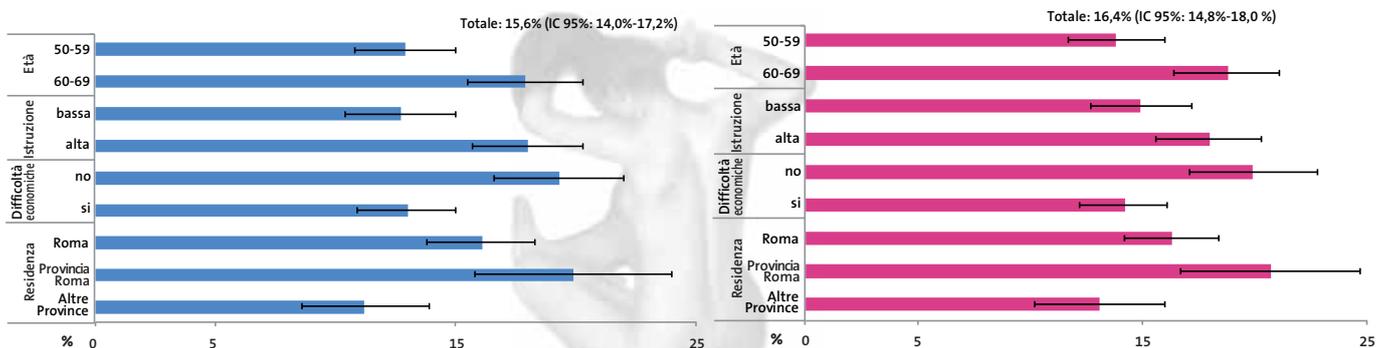
■ (75 - 100)  
■ (60 - 75)  
■ No dati

Ricerca del sangue occulto nelle feci, eseguita negli ultimi due anni. Persone 50-69enni. Pool di Asl: 32,9% (IC 95%: 32,4%-33,3%)

Il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa di decesso per neoplasie, dopo il tumore del polmone, tra gli uomini e il tumore della mammella, tra le donne. In Italia, l'Istituto superiore di sanità, sulla base dei dati raccolti dai Registri tumori, ha stimato nel 2010 circa 51.200 nuovi casi (30.900 tra gli uomini e 20.300 tra le donne). Questa neoplasia colpisce più frequentemente dopo i 60 anni di età. I principali test per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici, sono la ricerca di sangue occulto nelle feci (Sof) e la colonscopia o la retto-sigmoidoscopia. La ricerca di sangue occulto nelle feci è il test più diffuso nella popolazione e quello utilizzato come test primario in quasi tutti i programmi organizzati di screening in Italia\*. Nel quadriennio 2010-2013, secondo i dati del sistema di sorveglianza Passi, il 39% degli italiani di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto a scopo preventivo, in accordo con le attuali raccomandazioni\*\*. In particolare, l'esecuzione del test per

ricerca del Sof presenta una copertura media della popolazione 50-69enne del 33%, con una distribuzione molto disomogenea nel territorio che risente della presenza, o del diverso stato di avanzamento, di un programma organizzato di screening (range: Emilia-Romagna 65% - Puglia 7%). **Nel Lazio**, dai dati Passi relativi agli anni 2008-2013, si stima che il 25% (IC 95%: 23,7%- 26,4%) delle persone con età tra i 50 e i 69 anni abbia eseguito, in accordo con le raccomandazioni, uno dei due esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali. La ricerca del Sof, in particolare, risulta più diffusa tra gli uomini con un alto livello d'istruzione; in entrambi i generi è più diffusa tra gli ultrasessantenni e tra chi riferisce di non avere difficoltà economiche.

**Effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni, negli uomini e nelle donne tra i 50 e i 69 anni della Regione Lazio. Lazio, Passi 2008-2013**

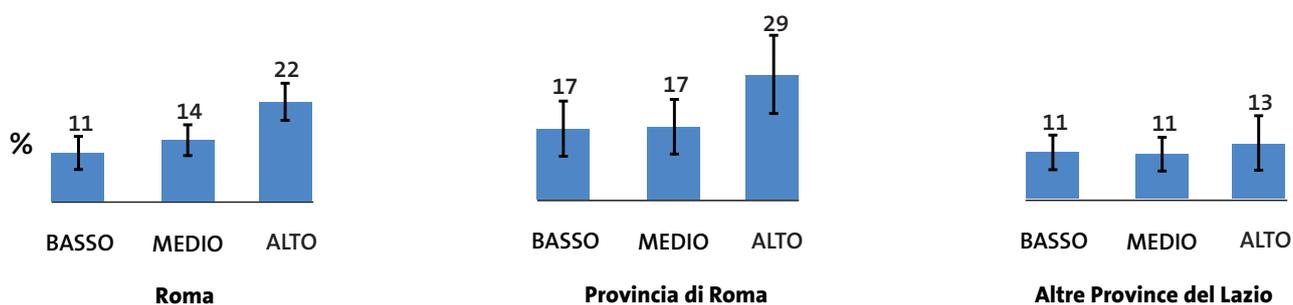


All'analisi multivariata<sup>^</sup>, in un modello contenente anche l'aver ricevuto la lettera d'invito allo screening e l'aver ricevuto il consiglio di un medico ad effettuare la ricerca del Sof, non si osservano associazioni significative relative all'appartenenza al genere maschile o femminile, al grado d'istruzione, al livello economico e all'area di residenza. Risultano, invece, altamente significative le associazioni con l'aver ricevuto una lettera di invito e con l'aver ricevuto da parte del medico il consiglio di effettuare il test.

### UOMINI CHE HANNO ESEGUITO LA RICERCA DEL SOF E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Nel Comune di Roma e nella sua Provincia, la prevalenza degli uomini che hanno effettuato la ricerca del Sof secondo le Linee guida è maggiore tra chi appartiene alla categoria socio-economica più alta. Nelle altre Province del Lazio, non si osservano differenze statisticamente significative in relazione al livello socio-economico di appartenenza.

*Prevalenza di uomini 50-69enni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni per livello socio-economico, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013*

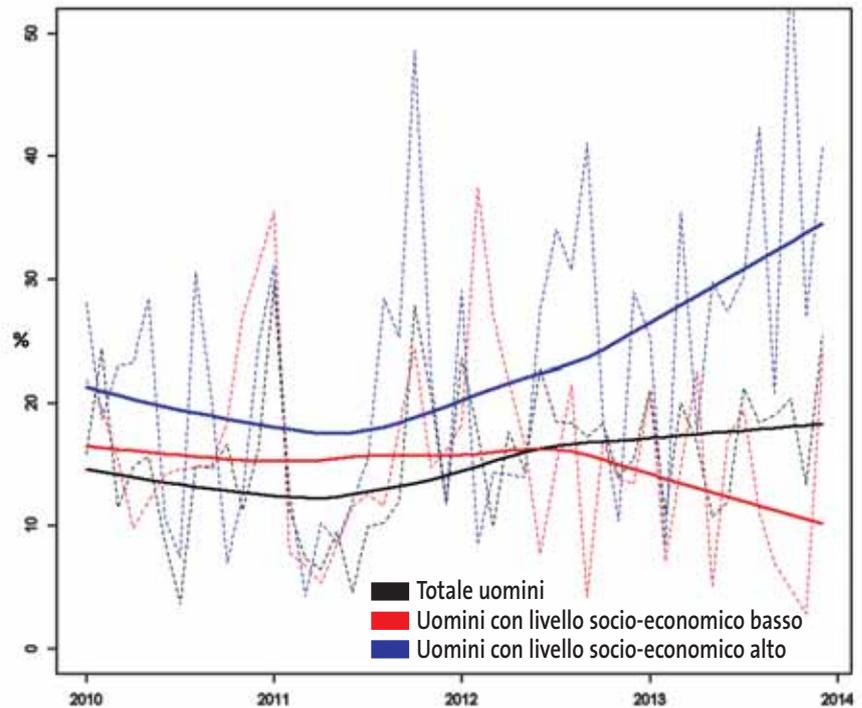




## TREND DELLE PREVALENZE DEGLI UOMINI CHE HANNO EFFETTUATO LA RICERCA DEL SOF SECONDO LE LINEE GUIDA PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

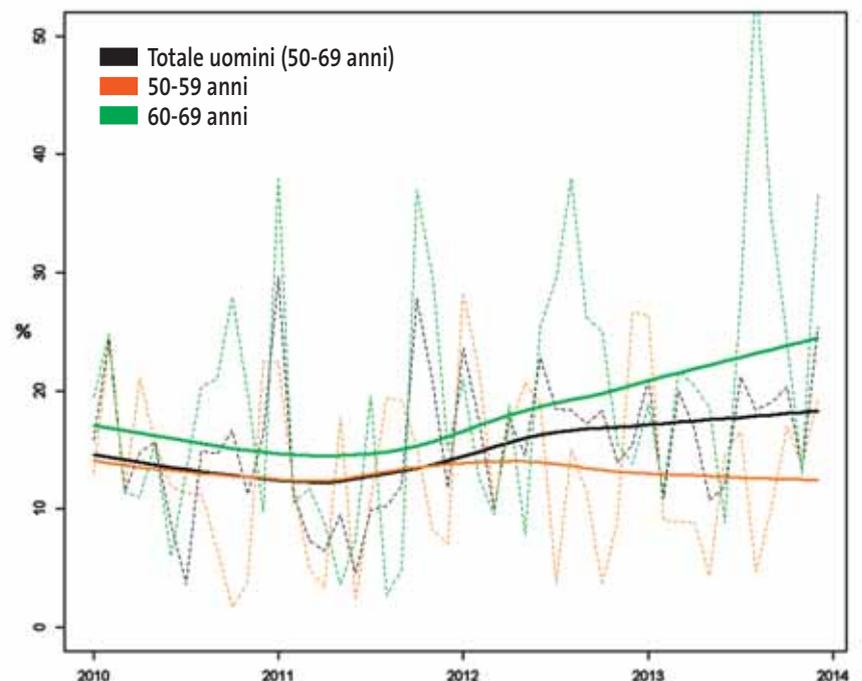
*Prevalenza di uomini 50-69enni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni, per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*

Nel Lazio, tra il 2008 e il 2013, si registra un aumento, ma non significativo (in media da 14,6% a 18,3%,  $p=0,082$ ) della prevalenza dei 50-69enni che hanno eseguito un Sof. Esaminando l'andamento della serie per livello socio-economico, tale **aumento** risulta **statisticamente significativo tra gli uomini con alto livello socio-economico** (da 21,3% a 34,5%,  $p=0,005$ ).



*Prevalenza di uomini 50-69enni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni, per classe di età. Lazio, Passi 2008-2013*

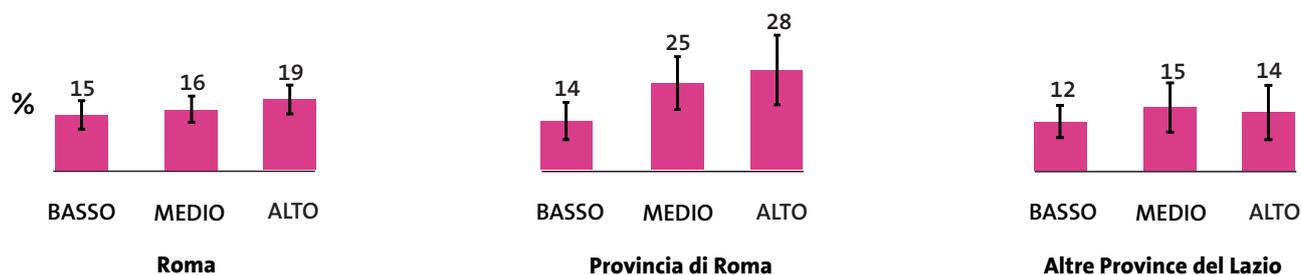
Stratificando per classi di età, si nota come l'andamento sia **in significativa crescita solo per gli ultra 60enni**. ( $p=0,047$ ).



### **DONNE CHE HANNO ESEGUITO LA RICERCA DEL SOF E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO**

La percentuale di donne che riferiscono di essersi sottoposte alla ricerca del Sof negli ultimi due anni, in accordo con quanto previsto dalle Linee guida, non mostra differenze significative per livello socio-economico nelle varie ripartizioni geografiche.

*Prevalenza di effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni per livello socio-economico, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013*

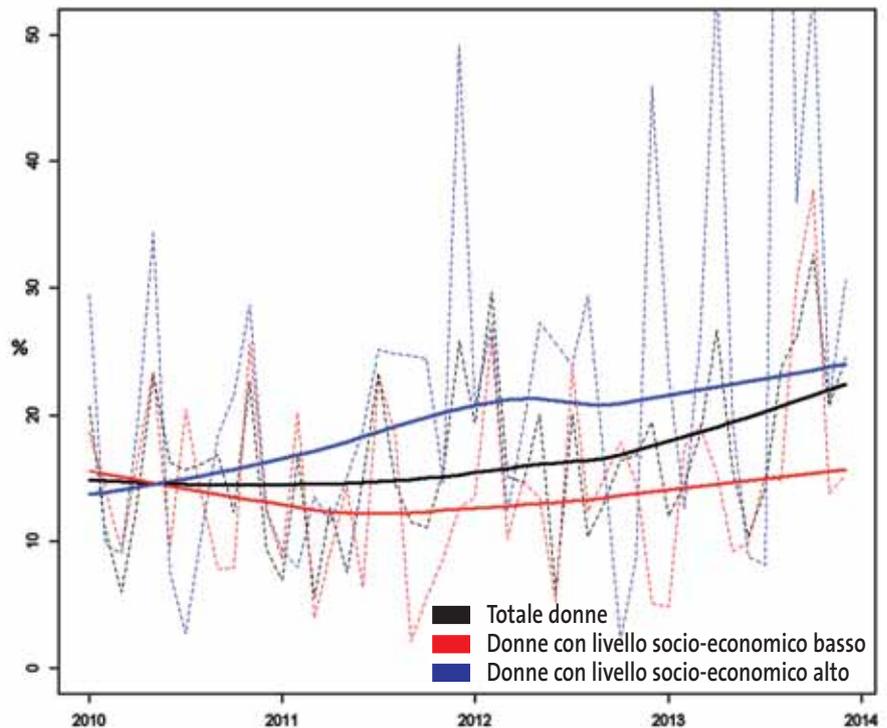




## TREND DELLE PREVALENZE DELLE DONNE CHE HANNO EFFETTUATO LA RICERCA DEL SOF SECONDO LE LINEE GUIDA PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO E CLASSE DI ETÀ

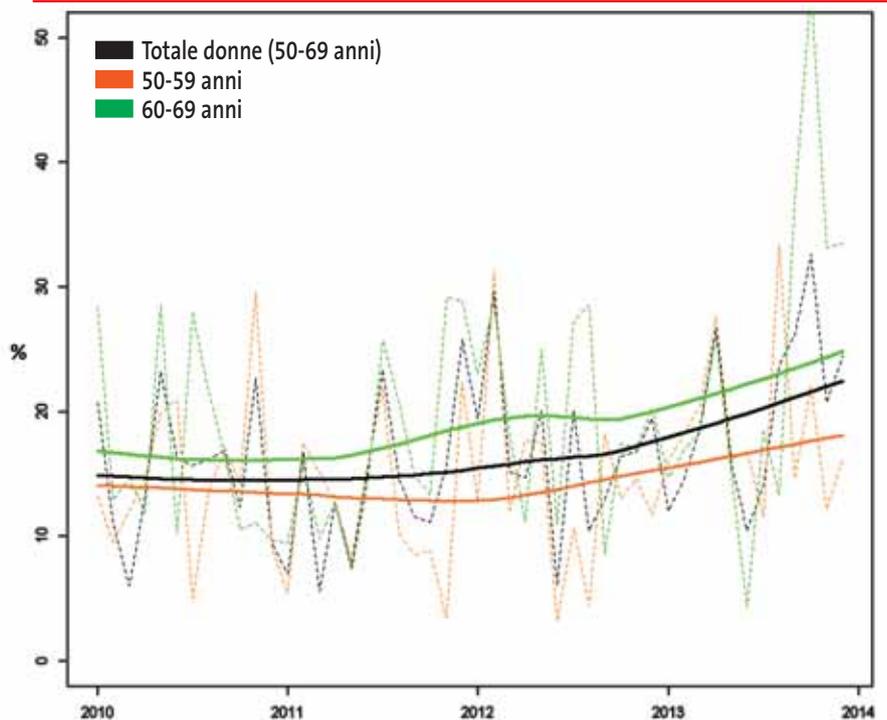
Negli anni, si nota un **aumento significativo della prevalenza delle donne che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto fecale** secondo le Linee guida ( $p=0,014$ ). Tale **aumento** è sostenuto da quello **significativo delle donne con livello socio-economico alto** ( $p=0,005$ ); il trend rimane sostanzialmente stabile tra le donne che appartengono al livello socio-economico basso.

*Prevalenza di donne 50-69enni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni, per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



*Prevalenza di donne che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni, per classe d'età. Lazio, Passi 2008-2013*

Stratificando per classi d'età si registra l'aumento nel tempo delle prevalenze delle donne in entrambe le classi d'età considerate, ma è **significativo solo l'aumento della prevalenza registrata nel gruppo delle donne sopra i 60 anni** ( $p=0,032$ ).



## CONCLUSIONI

Nel Lazio, secondo i dati Passi, un quarto della popolazione con età compresa tra i 50 e 69 anni ha effettuato un test per la diagnosi precoce delle neoplasie coloretali, secondo le raccomandazioni.

Per quanto riguarda gli uomini residenti nel Comune di Roma e nella sua Provincia, l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci è più diffusa tra coloro che appartengono al livello socio-economico più alto.

Nelle donne non si osservano differenze significative per livello socio-economico nelle varie ripartizioni geografiche.

Rilevante l'associazione altamente significativa dell'esecuzione del test per ricerca del sangue occulto fecale a scopo preventivo sia con la ricezione di una lettera d'invito allo screening da parte dell'Asl, sia con l'aver ricevuto uno specifico consiglio in tal senso da parte del medico.

Nel Lazio, negli ultimi 6 anni (2008-2013), **il trend di effettuazione del test di ricerca del sangue occulto fecale aumenta significativamente tra le donne**. In entrambi i generi l'andamento temporale delle prevalenze è **significativamente aumentato** nella popolazione con **alto livello socio-economico** e in quella **ultrasessantenne**.

Nella fascia di età adulta caratterizzata dalla maggior prevalenza del tumore del colon-retto, restano comunque circa 1 milione di persone che non hanno eseguito un test per la diagnosi precoce.



\* Il programma di screening piemontese prevede l'offerta di una rettosigmoidoscopia "una-tantum" a tutti gli assistiti di 58 anni di età e di un test per la ricerca del Sof alla popolazione di 59-69 anni. Nelle altre Regioni il programma di screening prevede come test primario l'esecuzione della ricerca del sangue occulto fecale ogni due anni alla popolazione di 50-70 o 74 anni.

\*\* I test di diagnosi precoce possono essere effettuati all'interno di programmi organizzati di screening o su iniziativa personale, nell'ambito del rapporto con il proprio Medico di medicina generale o in altri contesti. Per l'intera popolazione, si raccomanda l'esecuzione di un test per la ricerca del Sof ogni due anni o l'esecuzione di una colonscopia/rettosigmoidoscopia ogni 5 anni. Passi stima la prevalenza dell'esecuzione del test di prevenzione del tumore del colon-retto solo nella popolazione di età compresa tra i 50 e i 69 anni.

^ Vedi capitolo "Analisi logistiche multivariate".

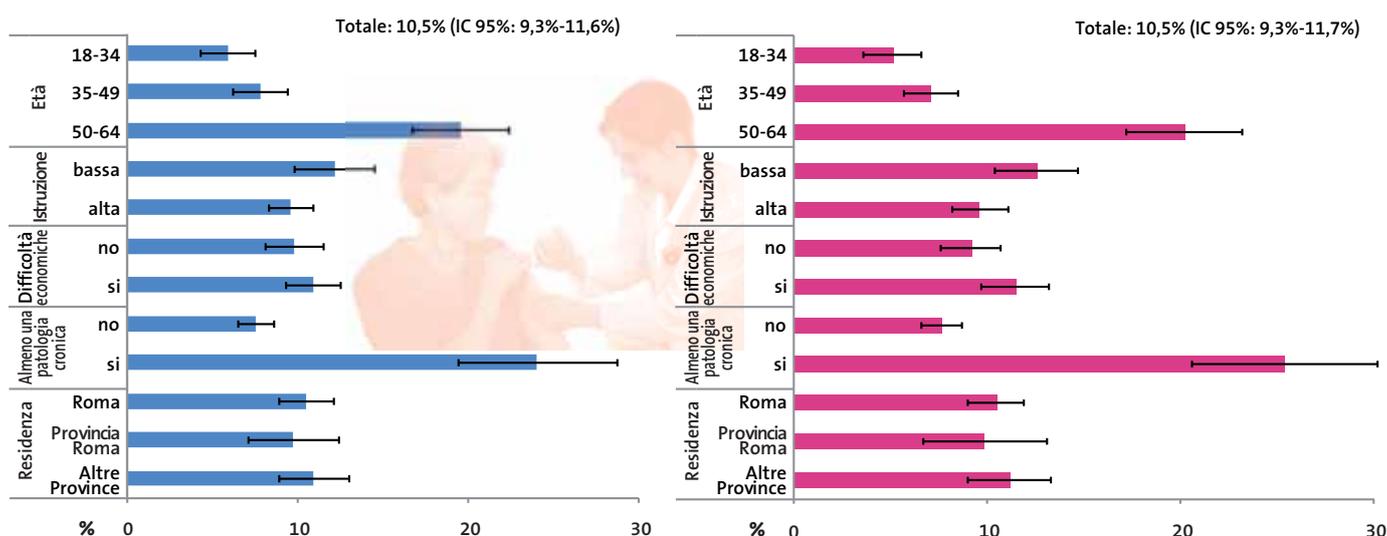


## VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). Si stima che nei Paesi industrializzati la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive, dopo Aids e tubercolosi. Le complicanze e l'incremento dei casi di ospedalizzazione determinano forti ripercussioni sanitarie ed economiche, sia nell'ambito della comunità sia per il singolo individuo. La vaccinazione antinfluenzale\* rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale). Il ministero della Salute raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio, tra le quali rientrano principalmente le persone con più di 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

Nel Lazio, i dati Passi relativi alle ultime 5 campagne vaccinali\*\* rilevano che il 10,5% (IC 95%: 9,3%-11,6%) degli intervistati tra 18 e i 64 anni è vaccinato nei confronti dell'influenza. In entrambi i generi, le persone che risultano le più vaccinate sono quelle appartenenti alla classe d'età più elevata (50-64 anni) e quelle che riferiscono di avere almeno una patologia cronica. Nel Lazio, i dati Passi rilevano che solo il 24,7% degli uomini e delle donne 18-64 anni che riferiscono almeno una patologia cronica risulta vaccinato contro l'influenza: tale prevalenza varia a seconda delle patologie, da un 34% nei soggetti diabetici a un 19% nei tumorali.

Prevalenza di soggetti con età <65 anni vaccinati contro l'influenza durante le ultime 5 campagne vaccinali. Lazio, Passi 2008-2013

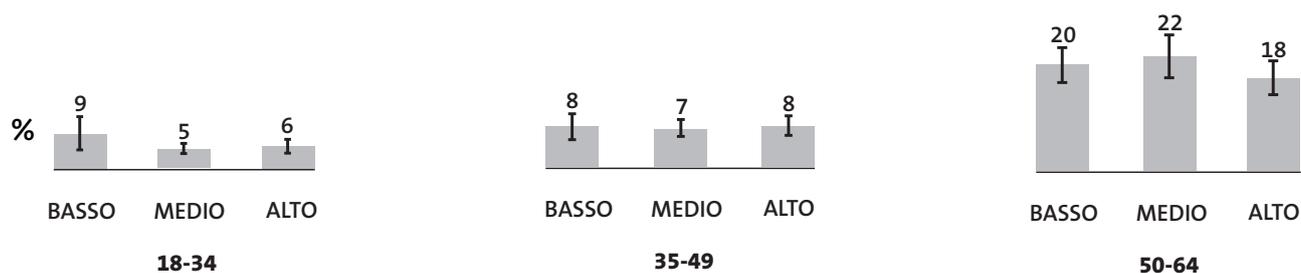


All'analisi multivariata<sup>^</sup>, si confermano le associazioni statisticamente significative tra la vaccinazione antinfluenzale, l'appartenenza alla classe d'età 50-64 anni e il riferire almeno una patologia cronica, mentre l'associazione con il livello d'istruzione e lo stato socio-economico non risultano statisticamente significative.

## UOMINI E DONNE VACCINATI CONTRO L'INFLUENZA E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO°

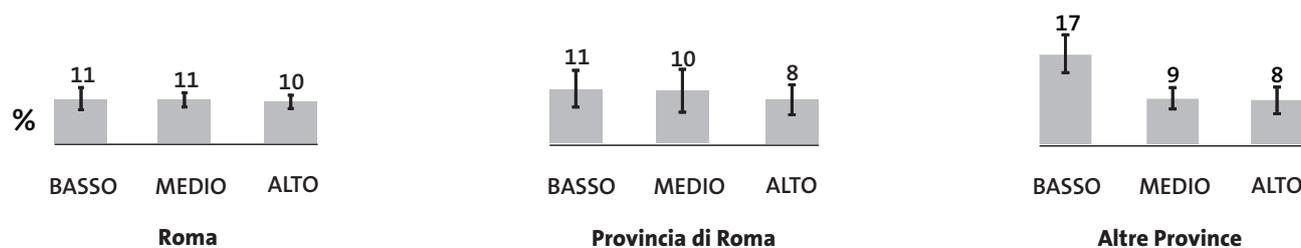
Nel Lazio, la distribuzione del livello socio-economico nelle diverse classi d'età non sembra influenzare l'aver aderito o meno alla campagna vaccinale.

Prevalenza di soggetti con età <65 anni vaccinati contro l'influenza per livello socio-economico nelle diverse classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013



La prevalenza di uomini e donne vaccinati - nei diversi ambiti territoriali - non appare influenzata dal livello socio-economico eccetto per le altre Province del Lazio, dove a un livello socio-economico più basso sembra si associ una maggiore adesione alla campagna vaccinale.

Prevalenza di soggetti con età <65 anni vaccinati contro l'influenza per livello socio-economico per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013





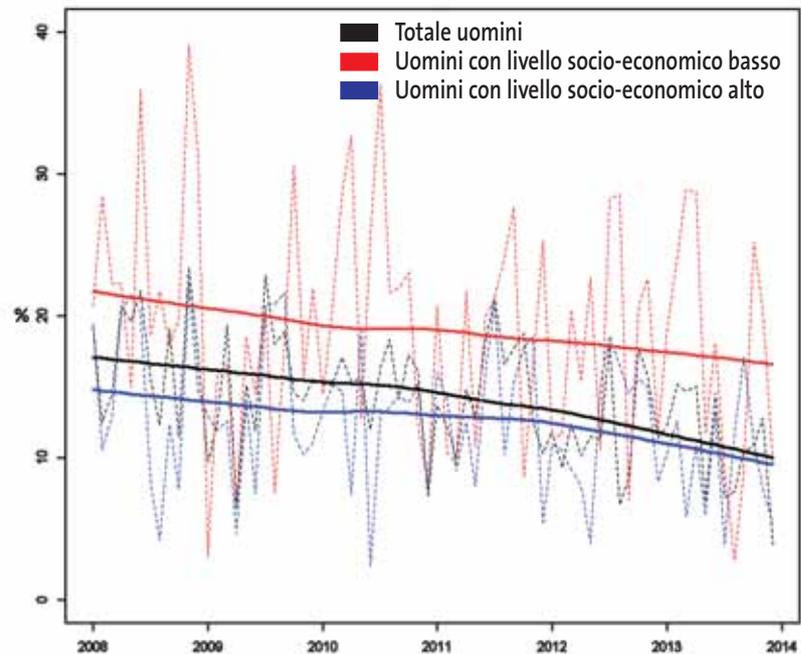
## TREND DELLE PREVALENZE DEI VACCINATI CONTRO L'INFLUENZA PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

*Prevalenza di uomini 18-64enni vaccinati contro l'influenza per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*

### UOMINI

Tra gli uomini 18-64enni, nelle ultime 5 campagne, la prevalenza dei vaccinati è significativamente diminuita (in media da 17,1% a 10,0%,  $p < 0,001$ ).

Esaminando l'andamento della serie per livello socio-economico, il trend appare in calo tra gli intervistati di entrambi i livelli, anche se in maniera non significativa.

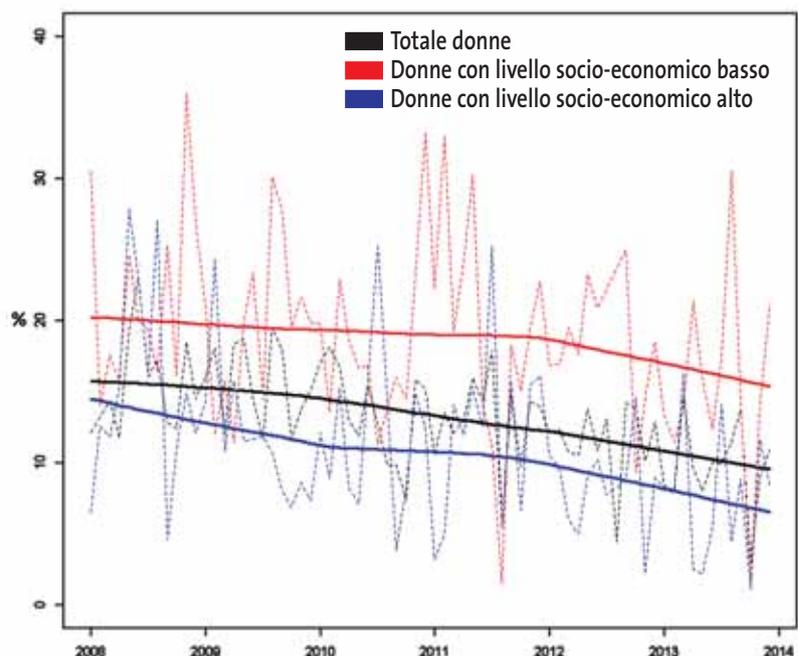


*Prevalenza di donne 18-64enni vaccinate contro l'influenza per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*

### DONNE

Tra le donne 18-64enni si registra un **calo significativo della prevalenza delle vaccinate** (in media da 15,7% a 9,5%  $p < 0,001$ ).

L'**andamento decrescente** della prevalenza delle vaccinate è **significativo fra le donne con alto livello socio-economico** ( $p < 0,001$ ), mentre non lo è tra le donne con basso livello socio-economico.



## CONCLUSIONI

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. In media solo 1 persona su 4 tra quelle con meno di 65 anni affette da patologie croniche, è vaccinata contro l'influenza. La copertura vaccinale antinfluenzale deve essere, pertanto, ancora migliorata, specialmente nei gruppi a rischio. Le indicazioni emanate annualmente dal ministero della Salute e le strategie adottate in Regione Lazio, che prevedono - tra l'altro - la collaborazione dei Medici di medicina generale, hanno permesso di coinvolgere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni residenti, anche se non è stata raggiunta la copertura richiesta (75%). Tra gli anziani, abbiamo assistito, infatti, a un calo della copertura vaccinale antinfluenzale nelle ultime 5 campagne, passando dal 68% del 2008-2009 al 54% del 2012-2013.

Anche tra le persone con meno di 65 anni, Passi registra nelle ultime 5 campagne vaccinali un **significativo calo in entrambi i generi** pur essendo la vaccinazione raccomandata in molte categorie di persone. In particolare, è risultato **significativo il calo delle donne vaccinate** appartenenti al gruppo **con alto livello socio-economico**.



\* Non è presente la mappa delle prevalenze per Regione di residenza poiché alcune Regioni non hanno raccolto il dato ogni anno.

\*\* I risultati presentati sulle ultime cinque campagne vaccinali antinfluenzali (2008-2009, 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013) sono ottenuti sulla base delle interviste effettuate e registrate dal 1 aprile al 1 ottobre di ogni anno di riferimento, e riportano l'adesione - riferita dall'intervistato - alla campagna precedente. Infatti, le campagne vaccinali antinfluenzali hanno generalmente inizio nel mese di ottobre e si concludono nel mese di febbraio dell'anno successivo.

^ Vedi capitolo "Analisi logistiche multivariate".

° I dati sono presentati senza distinzione di genere perché non esistono, su questo tema, differenze tra i due sessi. L'esiguità del numero di soggetti vaccinati in alcuni sottogruppi non consente l'analisi contemporanea per livello socio-economico, classe d'età e ripartizione geografica.

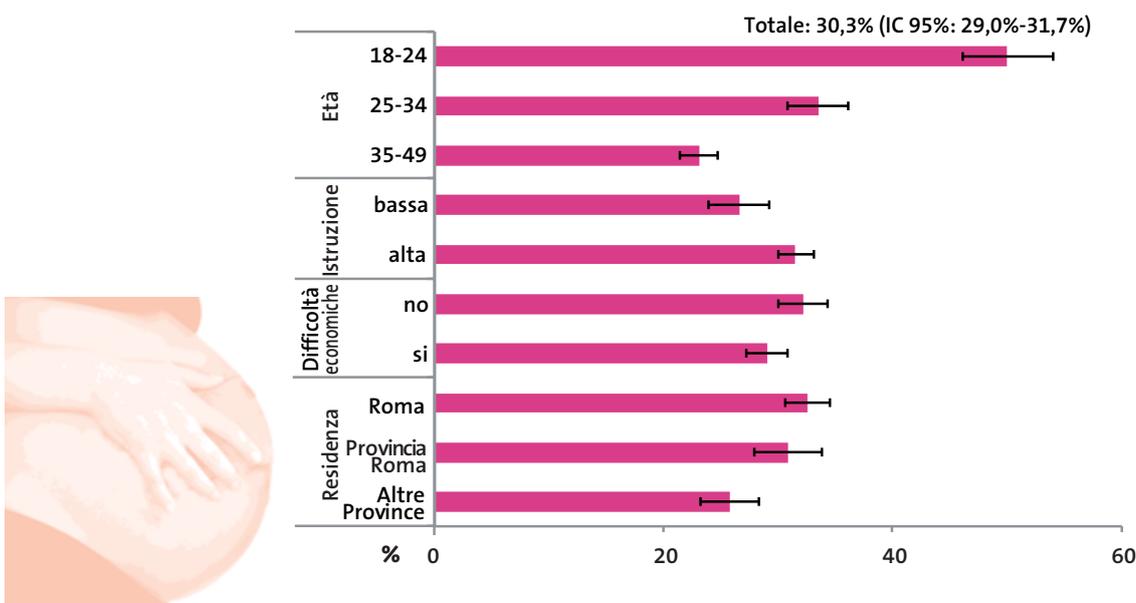
## VACCINAZIONE ANTIROSOLIA



La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che - se contratta da una donna in gravidanza - può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere l'obiettivo di prevenire l'infezione nelle donne in gravidanza e - di conseguenza - la rosolia congenita, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare - attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest) - le donne in età fertile ancora suscettibili a cui somministrare il vaccino antirosolia. In **Italia\*** è presente una variabilità interregionale della copertura vaccinale elevata e significativa, con valori che vanno dal 20% della Valle d'Aosta al 62% del Veneto.

Nel **Lazio**, i dati Passi relativi agli anni 2008-2013\*\* rilevano che il 30,3% (IC 95%: 29,0%-31,7%) delle donne in età fertile, tra i 18 e i 49 anni, è vaccinata nei confronti della rosolia. La copertura vaccinale per la rosolia non si distribuisce omogeneamente nella popolazione ma risulta più elevata nelle classi d'età più giovani, nelle donne senza difficoltà economica e nelle più istruite. L'aver effettuato la vaccinazione antirosolia appare inoltre associato con la residenza nel territorio del Comune di Roma. La maggior proporzione di donne vaccinate nella classe d'età più giovane si registra grazie al recupero straordinario previsto dal Piano di eliminazione attraverso l'offerta attiva della vaccinazione nell'adolescenza, mentre diminuisce gradualmente nelle fasce d'età successive.

Prevalenza di donne di 18-49 anni vaccinate contro la rosolia. Lazio, Passi 2008-2013

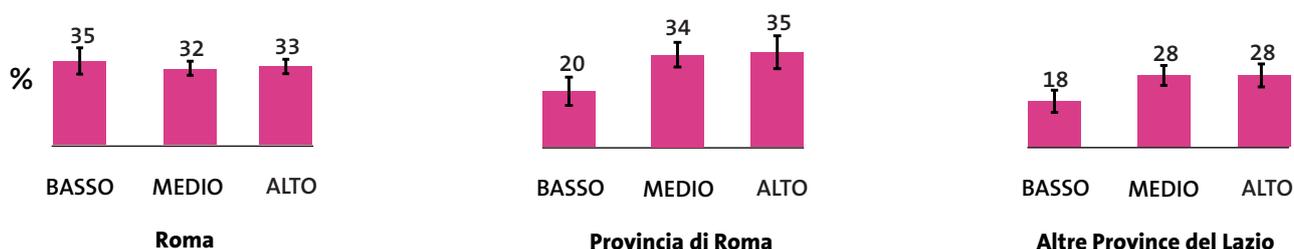


All'**analisi multivariata**<sup>^</sup>, si confermano le associazioni statisticamente significative tra la vaccinazione antirosolia e l'appartenere alla **classe d'età più giovane** e il risiedere nel **territorio del Comune di Roma**, mentre scompare l'associazione significativa con il livello d'istruzione e lo stato socio-economico.

### DONNE VACCINATE CONTRO LA ROSOLIA E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO<sup>o</sup>

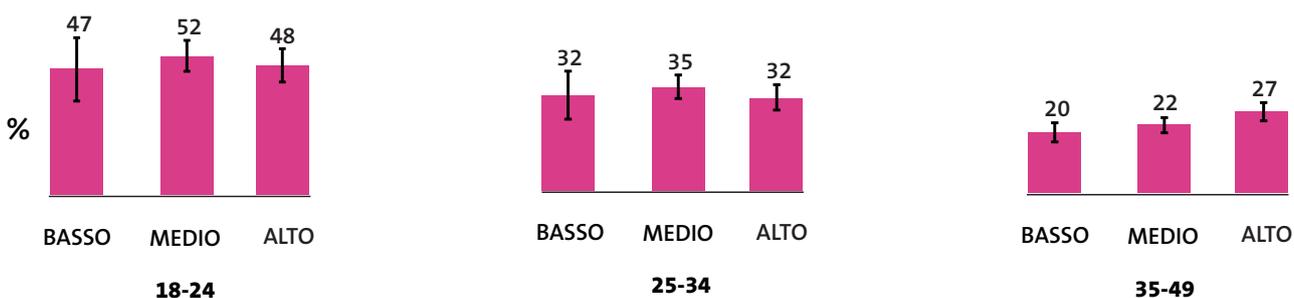
Nel Lazio la prevalenza di donne vaccinate risulta maggiore nel livello socio-economico più alto rispetto al più basso nei diversi ambiti territoriali, ad eccezione del Comune di Roma dove il livello socio-economico sembra non influenzare l'adesione a questo intervento preventivo.

Prevalenza di donne di 18-49 anni vaccinate contro la rosolia per livello socio-economico, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013



Stratificando per classe d'età, il diverso livello socio-economico non sembra influenzare la copertura vaccinale per rosolia, eccetto che nella classe d'età più elevata (35-49 anni). In questa fascia d'età, infatti, la prevalenza di vaccinate è significativamente più elevata tra le donne con alto livello socio-economico rispetto a quelle con livello più basso.

Prevalenza di donne di 18-49 anni vaccinate contro la rosolia per livello socio-economico, suddivisa nelle diverse classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013



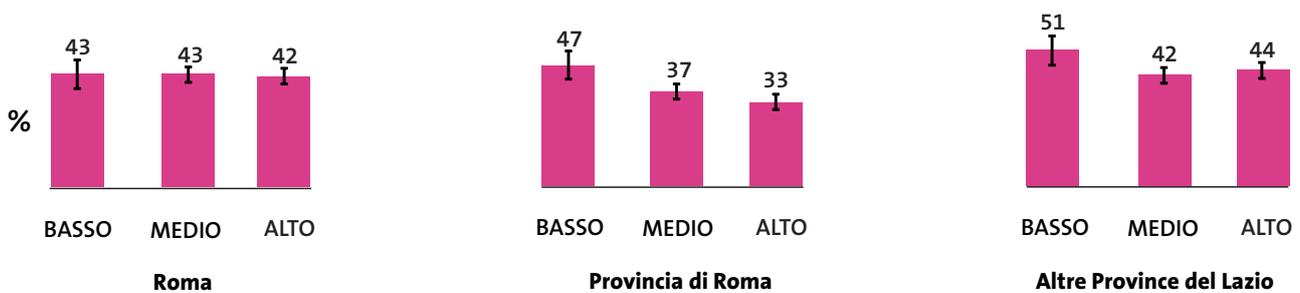


## DONNE SUSCETTIBILI O CHE NON CONOSCONO IL PROPRIO STATO IMMUNITARIO NEI CONFRONTI DELLA ROSOLIA E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO<sup>S</sup>

Nel Lazio, il sistema di sorveglianza Passi stima che il 58% (IC 95%: 56,5%-59,5%) delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (30%) o per immunità naturale rilevata dal rubeotest positivo (28%). Il 3% delle donne di 18-49 anni è, invece, sicuramente suscettibile alla rosolia in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo. Nel rimanente 39% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

Nel Lazio, la prevalenza di donne suscettibili o che non conoscono il proprio stato immunitario risulta maggiore nella popolazione femminile con basso livello socio-economico rispetto a quella con alto livello nei diversi ambiti territoriali, ad eccezione del Comune di Roma dove il livello socio-economico sembra non influenzare questa prevalenza.

*Prevalenza di donne di 18-49 anni suscettibili o non consapevoli del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia per livello socio-economico, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013*



## CONCLUSIONI

I risultati ottenuti mostrano come nel Lazio 4 donne su 10 in età fertile non conoscano il proprio stato immunitario nei confronti di un'infezione molto pericolosa se contratta durante un'eventuale gravidanza.

L'impegno profuso in questi anni dalle varie figure professionali coinvolte (Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, ginecologi e ostetriche) ha determinato un **aumento delle bambine e delle ragazze vaccinate**. Passi coglie l'effetto di questo lavoro nella fascia d'età 18-24 anni dove risulta vaccinata 1 donna su 2.

Un **livello socio-economico maggiore sembra influenzare positivamente l'adesione** a questa pratica preventiva fatta eccezione per il territorio del Comune di Roma, dove la prevalenza delle donne in età fertile vaccinate non è associata a un diverso livello socio-economico.



\* Non è presente la mappa delle prevalenze per Regione di residenza poiché alcune Regioni non hanno raccolto il dato ogni anno.

\*\* Nel questionario del sistema di sorveglianza Passi le tre domande che indagano sulla vaccinazione antirosolia, rivolte solo alle donne di età compresa tra 18 e 49 anni, fanno parte di un modulo opzionale che nella Regione Lazio non è stato inserito per l'anno 2011.

^ Vedi capitolo "Analisi logistiche multivariate".

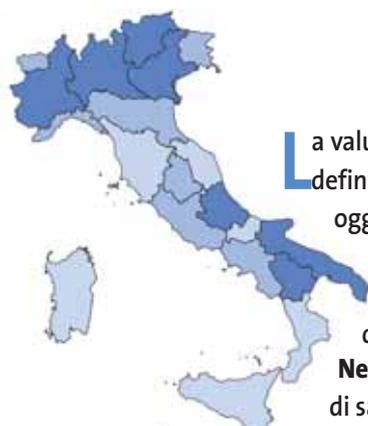
° La numerosità delle vaccinate non consente un'analisi della distribuzione della categoria socio-economica con stratificazione contemporanea per classe d'età e ambito territoriale.

§ La mancata somministrazione delle domande sulla rosolia nel questionario Passi 2011 non consente la consueta rappresentazione grafica dei trend. Gli andamenti, generale e per gruppo socio-economico, delle prevalenze di donne vaccinate contro la rosolia non si modificano, comunque, in maniera significativa. Cresce significativamente solo la prevalenza delle donne vaccinate di 18-24 anni.

## **BENESSERE**



## STATO DI SALUTE PERCEPITO



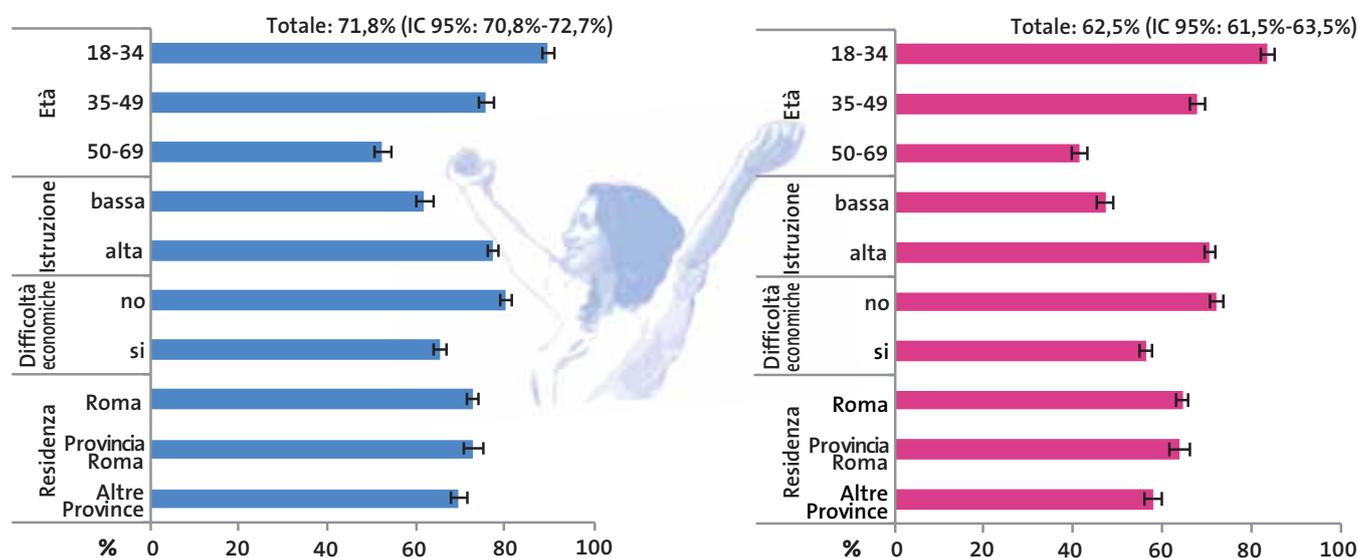
■ % significativamente superiore al pool  
 ■ % non significativamente diversa dal pool  
 ■ % significativamente inferiore al pool

Stato di salute percepito positivamente - Passi 2010-2013  
 Pool di Asl: 68,0% (IC 95%: 67,8%-68,2%)

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso. L'Oms definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa). In particolare, la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona. In Italia, secondo i dati Passi dell'ultimo quadriennio disponibile, il 67% degli adulti tra 18 e 69 anni riferisce uno stato di salute\* buono. **Nel Lazio**, il 67% (IC 95%: 66,3%-67,7%) degli intervistati negli anni 2008-2013, riferisce uno stato di salute buono, in linea con il dato nazionale.

Dall'analisi dei dati di prevalenza nei diversi gruppi di popolazione lo stato di salute non buono è più diffuso tra le donne, tra le persone più anziane, tra quelle con un livello di istruzione basso e con molte difficoltà economiche.

### Prevalenza della percezione positiva dello stato di salute negli uomini e nelle donne. Lazio, Passi 2008-2013



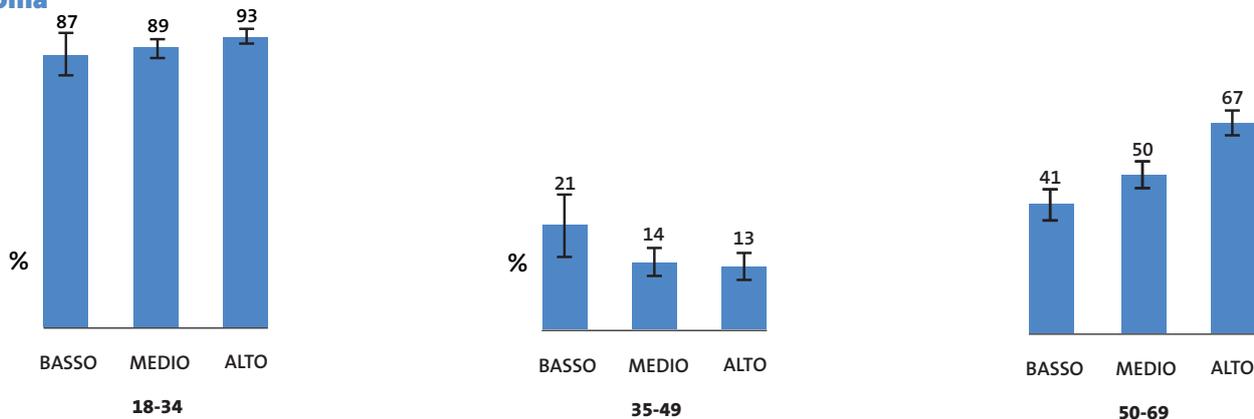
All'analisi multivariata\*\*, in un modello contenente anche altri fattori di rischio comportamentali e la presenza di sintomi di depressione, **in entrambi i generi**, si conferma l'associazione, statisticamente significativa, fra percepire uno **stato di salute non buono** e l'aver riferito **difficoltà economiche, bassa istruzione, età superiore ai 50 anni, presenza di sintomi di depressione, essere sedentari, obesità e avere almeno una patologia cronica**. Nelle **donne** la percezione non buona del proprio stato di salute è significativamente associata anche al **consumo di alcol a rischio**. Relativamente al territorio, le donne che **risiedono nelle altre Province del Lazio** percepiscono uno stato di salute significativamente peggiore rispetto a quelle che risiedono a Roma e nella sua Provincia. Per gli uomini non si registrano differenze significative per aree di residenza.

### UOMINI CON PERCEZIONE POSITIVA DELLO STATO DI SALUTE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

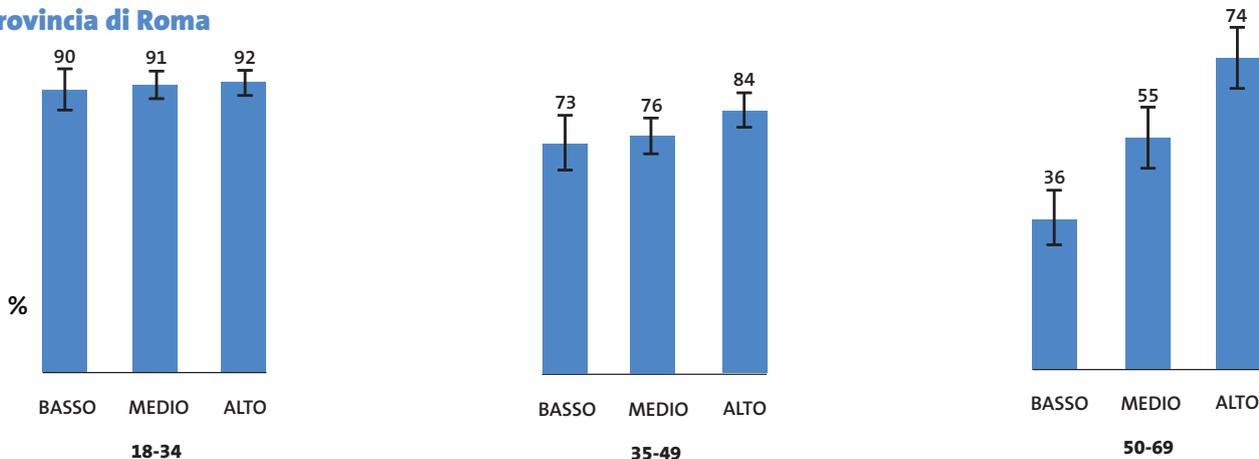
Fra gli uomini, la percezione positiva del proprio stato di salute diminuisce in modo significativo con l'età, in particolare dopo i 50 anni. In tutti gli ambiti territoriali considerati, nella classe d'età più giovane (18-34 anni) il diverso livello socio-economico non appare associato alla percezione dello stato di salute, sopra i 50 anni, invece, la percezione dello stato di salute è peggiore nella categoria con basso livello socio-economico rispetto a quelle con livello medio-alto.

Prevalenza degli uomini con percezione positiva dello stato di salute, nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013

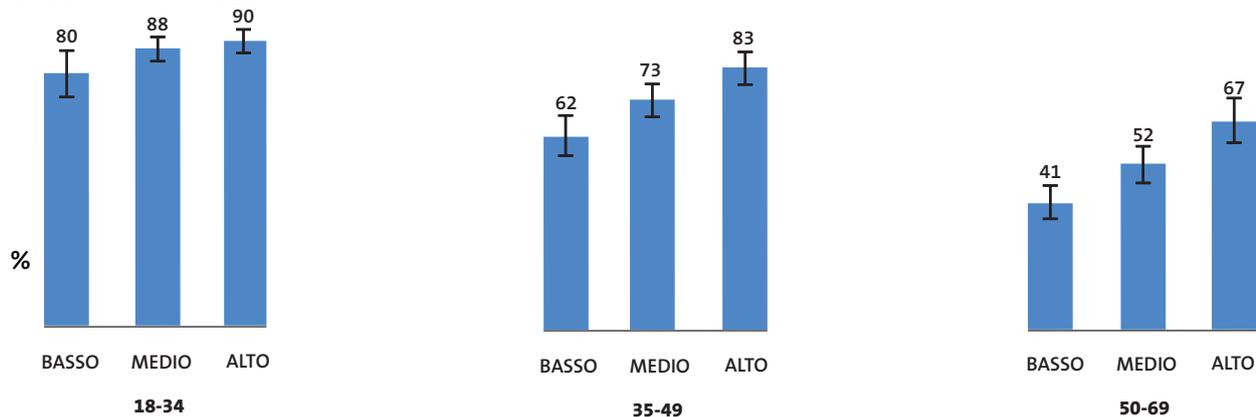
#### Roma



#### Provincia di Roma



#### Altre Province del Lazio



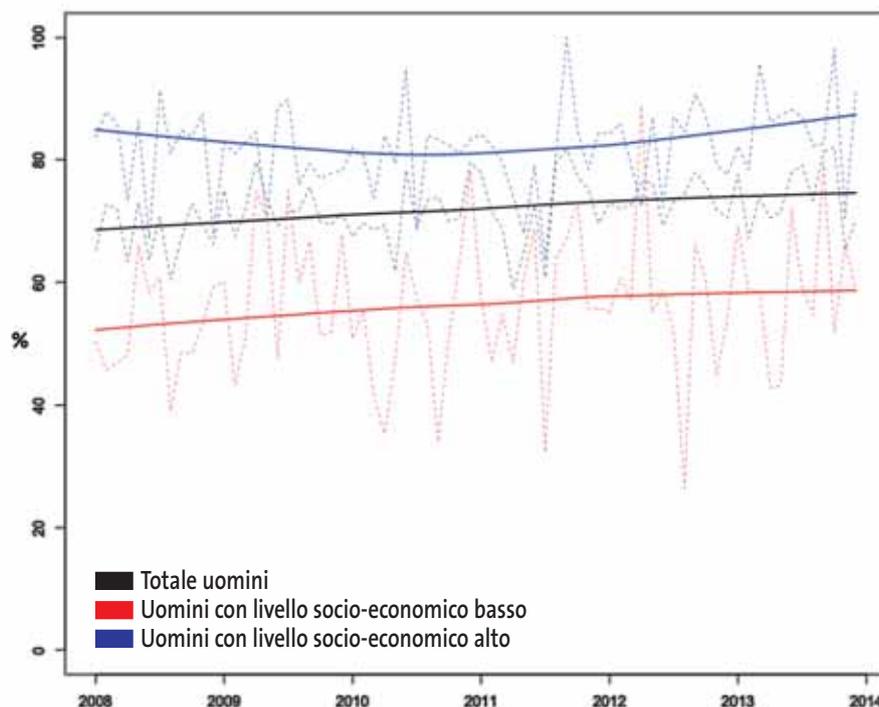


## TREND DELLE PREVALENZE DEGLI UOMINI CON PERCEZIONE POSITIVA DELLO STATO DI SALUTE PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Negli ultimi 6 anni si registra nel Lazio un **significativo aumento degli uomini che dichiarano un stato di salute buono** (in media da 68,5% del gennaio 2008 a 74,6% del dicembre 2013,  $p\text{-value}=0,008$ ).

Gli andamenti delle serie storiche dei gruppi con alto e basso livello socio-economico sono in lieve ma non significativo aumento. La differenza della prevalenza tra i due gruppi si è lievemente ridotta nel periodo analizzato ma rimane elevata (circa 30 punti percentuali).

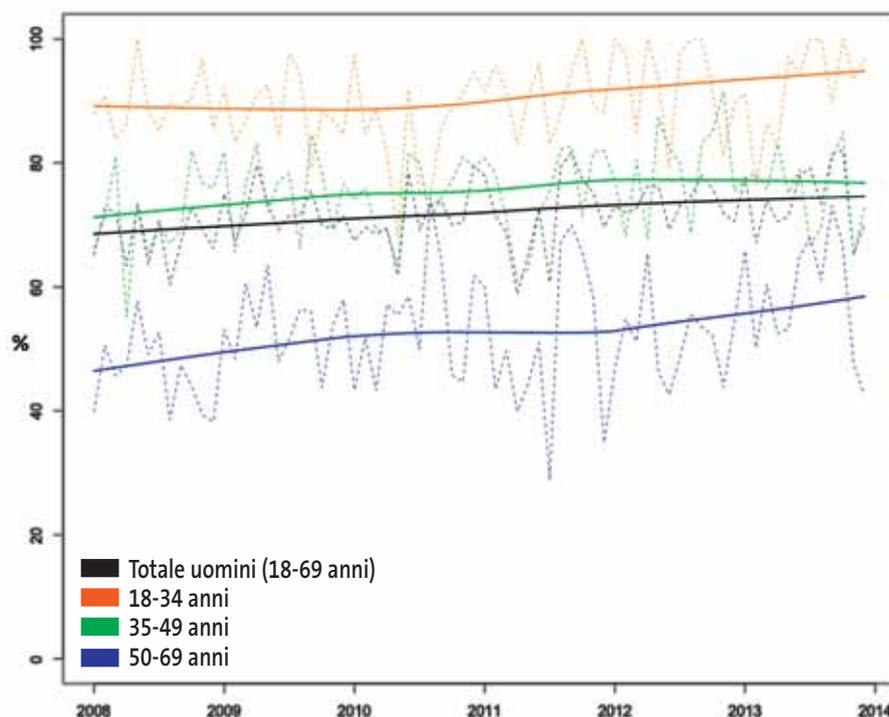
*Prevalenza di uomini che dichiarano un buono stato di salute per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



In tutte le classi d'età, si registra un aumento della prevalenza di coloro che dichiarano un buono stato di salute.

Tale incremento, mai significativo, è più marcato tra gli under 35 e tra gli over 50.

*Prevalenza di uomini che dichiarano un buono stato di salute per classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013*

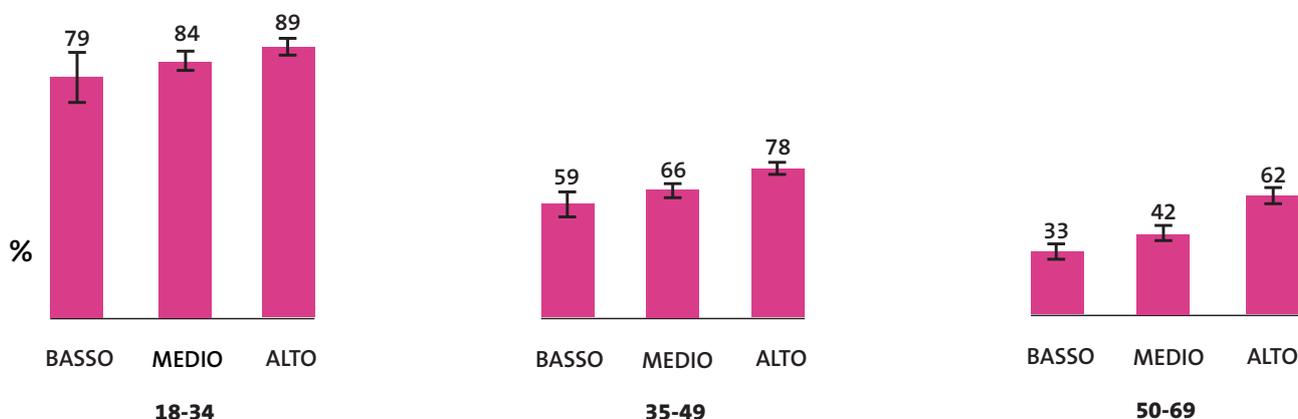


### DONNE CON PERCEZIONE POSITIVA DELLO STATO DI SALUTE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

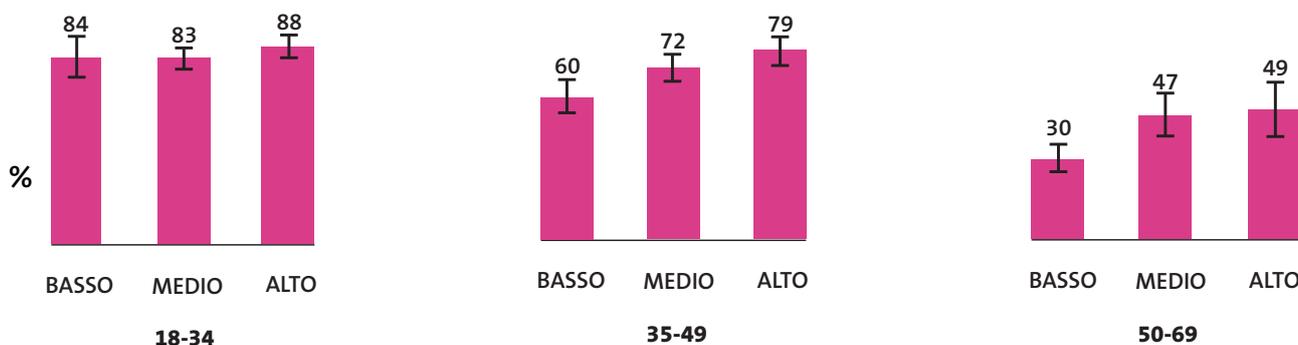
Fra le donne, la percezione positiva del proprio stato di salute diminuisce in modo significativo con l'età, in particolare dopo i 50 anni. Nella classe d'età più giovane (18-34 anni), il diverso livello socio-economico non appare associato alla percezione dello stato di salute nelle aree di Roma e Provincia. Nelle altre Province del Lazio, invece, la prevalenza delle donne che percepiscono positivamente il proprio stato di salute è significativamente maggiore nel livello socio-economico più alto (87,4%) rispetto a quello medio (74,8%) e basso (71,4%). In tutti gli ambiti territoriali considerati, nelle donne con più di 50 anni, la percezione dello stato di salute è peggiore nella categoria con basso livello socio-economico rispetto a quelle con alto livello.

*Prevalenza delle donne con percezione positiva dello stato di salute per livello socio-economico nelle diverse classi d'età, suddivisa per ripartizione geografica. Lazio, Passi 2008-2013*

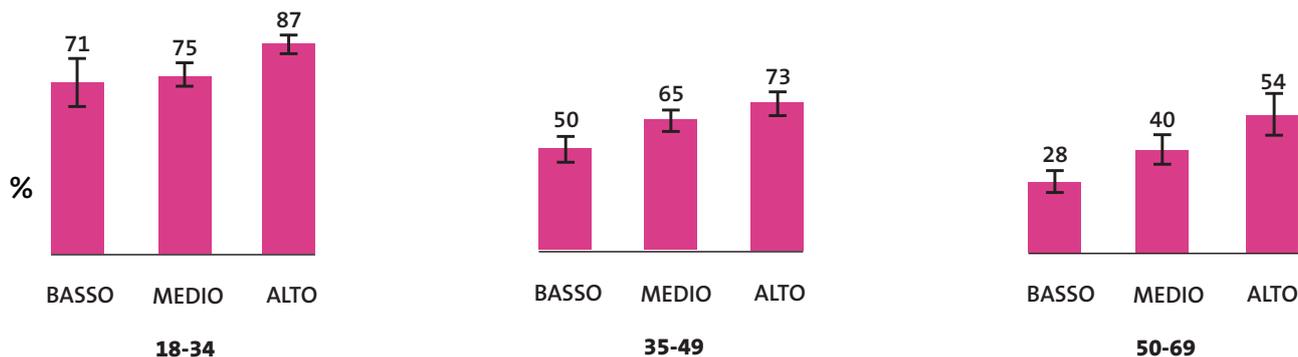
#### Roma



#### Provincia di Roma



#### Altre Province del Lazio



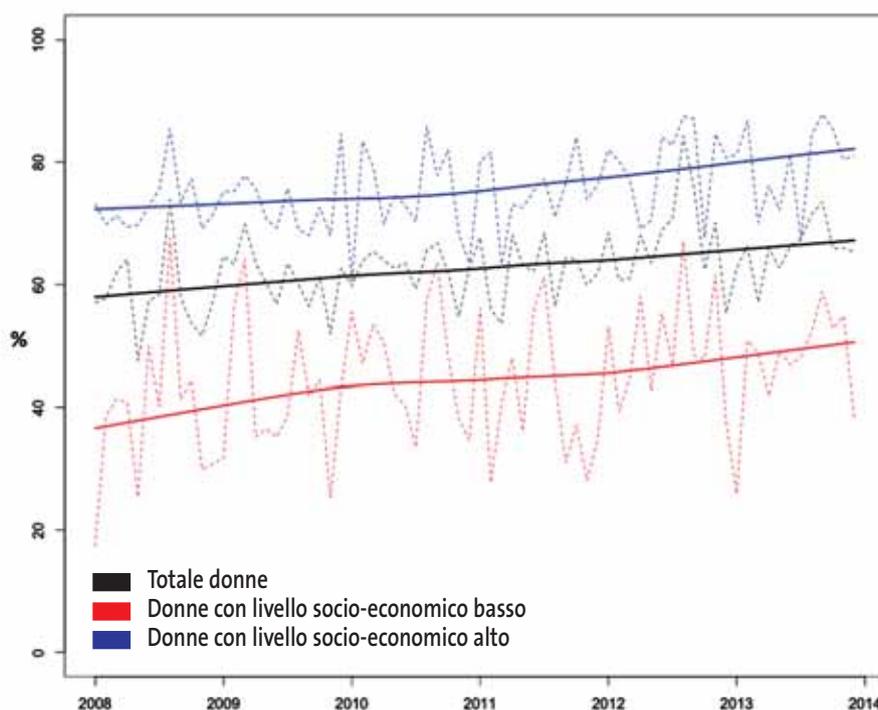


## TREND DELLE PREVALENZE DELLE DONNE CON PERCEZIONE POSITIVA DELLO STATO DI SALUTE PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Negli ultimi 6 anni nel Lazio si registra un significativo **aumento delle donne che dichiarano un buono stato di salute** (in media da 57,9% a 67,2%,  $p < 0,001$ ). Il **trend aumenta in entrambi i gruppi socio-economici**, in modo statisticamente significativo ( $p < 0,001$ ) nel gruppo con alto livello socio-economico e ai limiti della significatività statistica nel gruppo con basso livello socio-economico.

Tra i due gruppi si mantiene lo scarto di circa 30 punti percentuali.

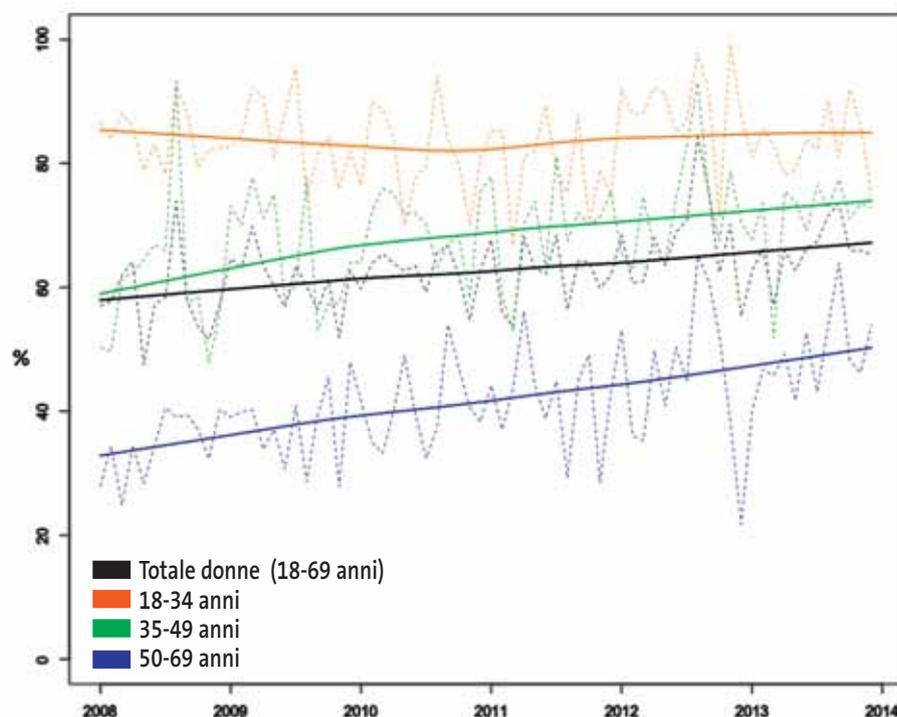
*Prevalenza di donne che dichiarano un buono stato di salute per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013*



*Prevalenza di donne che dichiarano un buono stato di salute per classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013*

Stratificando per classi d'età, **le donne 35-49enni e quelle over 50 presentano un aumento significativo nella percezione di un buono stato di salute** ( $p = 0,01$  e  $p < 0,001$ ).

Nella fascia d'età più giovane l'andamento è sostanzialmente stabile.



## CONCLUSIONI

Nel Lazio più di 3 persone su 5, con età compresa tra i 18 e i 69 anni, riferiscono uno stato di salute buono. La **percezione dello stato di salute peggiora** in presenza di: **molte difficoltà economiche, basso livello di istruzione, età superiore ai 50 anni, sintomi di depressione, sedentarietà, obesità e almeno una patologia cronica**. In effetti, è possibile stimare che nel Lazio circa 1.200.000 persone abbiano la percezione che il proprio stato di salute non sia buono.

Come atteso, nella fascia d'età superiore ai 50 anni, in entrambi i sessi, la percezione dello stato di salute è peggiore nella categoria con basso livello socio-economico rispetto a quella degli altri livelli.

Nel Lazio, negli ultimi 6 anni (2008-2013), si registra un **aumento significativo di coloro che dichiarano un buono stato di salute**. Negli uomini il livello socio-economico non sembra influenzare il trend di quanti dichiarano uno stato di salute buono. Nelle **donne**, invece, si registra un **significativo incremento** nel gruppo **con alto livello socio-economico e con età superiore ai 35 anni**. In entrambi i generi, la prevalenza di persone che riferiscono uno stato di salute buono nei due gruppi socio-economici continua a presentare un'elevata differenza (circa 30 punti percentuali).



*\* Nel sistema di sorveglianza Passi, la qualità della vita 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 autoriferito, il numero di giorni nell’ultimo mese in cui l’intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali. Dalle risposte vengono calcolati diversi indicatori, tra cui i principali sono la prevalenza di persone che si dichiarano in buona salute e la prevalenza di persone che si dichiarano in cattiva salute.*

*\*\* Vedi capitolo “Analisi logistiche multivariate”.*

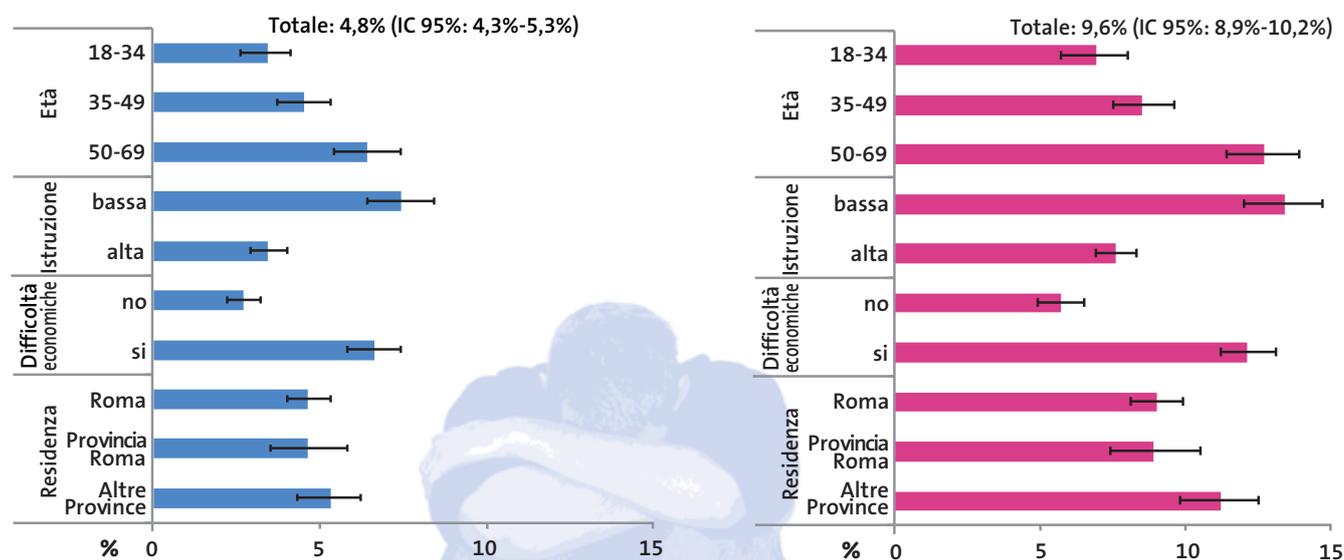
## SINTOMI DI DEPRESSIONE



■ % significativamente superiore al pool  
 ■ % non significativamente diversa dal pool  
 ■ % significativamente inferiore al pool  
 Sintomi di depressione - Passi 2010-2013  
 Pool di Asl: 6,5% (IC 95%: 6,3%-6,6%)

La depressione è un disturbo dell'umore caratterizzato da un insieme di sintomi cognitivi, comportamentali, somatici e affettivi che possono diventare cronici e condurre a una sostanziale compromissione delle capacità di affrontare le normali difficoltà della vita quotidiana. L'Oms ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. La stima della prevalenza nazionale di depressione maggiore tra le persone sopra i 18 anni di età è pari al 3%. In Italia, nell'ultimo quadriennio disponibile, Passi rileva una quota non trascurabile, pari al 7% degli adulti fra 18 e 69 anni, che riferisce sintomi di depressione\*. **Nel Lazio**, i dati Passi relativi agli anni 2008-2013, rilevano\*\* che complessivamente il 7,3% (IC 95%: 6,8%-7,7%) dei residenti risulta classificabile come persona con sintomi di depressione. Le donne hanno riferito sintomi depressivi in percentuale doppia rispetto agli uomini (9,6% vs 4,8%). La prevalenza dei sintomi depressivi, in entrambi i generi, è maggiore tra le persone con basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche. I sintomi risultano, inoltre, più diffusi nelle fasce d'età più avanzate, con una prevalenza quasi doppia nella classe 50-69 anni rispetto a quella 18-34 anni.

### Prevalenza dei sintomi depressivi negli uomini e nelle donne. Lazio, Passi 2008-2013



Analizzando l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri con l'**analisi multivariata\*\*\***, in un modello contenente anche la presenza o meno di almeno una patologia cronica, l'**aver riferito sintomi di depressione** rimane **significativamente più elevato** nelle **donne rispetto agli uomini**. In **entrambi i generi** si conferma l'associazione, statisticamente significativa, fra sintomi di depressione e l'aver riferito **difficoltà economiche**, un **basso livello d'istruzione** e la **presenza di almeno una patologia cronica**. Non risulta, invece, un'associazione statisticamente significativa con le classi d'età più elevate e con il territorio di residenza.

## UOMINI CON SINTOMI DI DEPRESSIONE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO<sup>A</sup>

Nel Lazio, fra gli uomini, nelle classi d'età 35-49 e 50-69 anni le differenze tra i tre livelli socio-economici appaiono significative.

Prevalenza di uomini con sintomi depressivi per livello socio-economico nelle diverse classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013

### Lazio

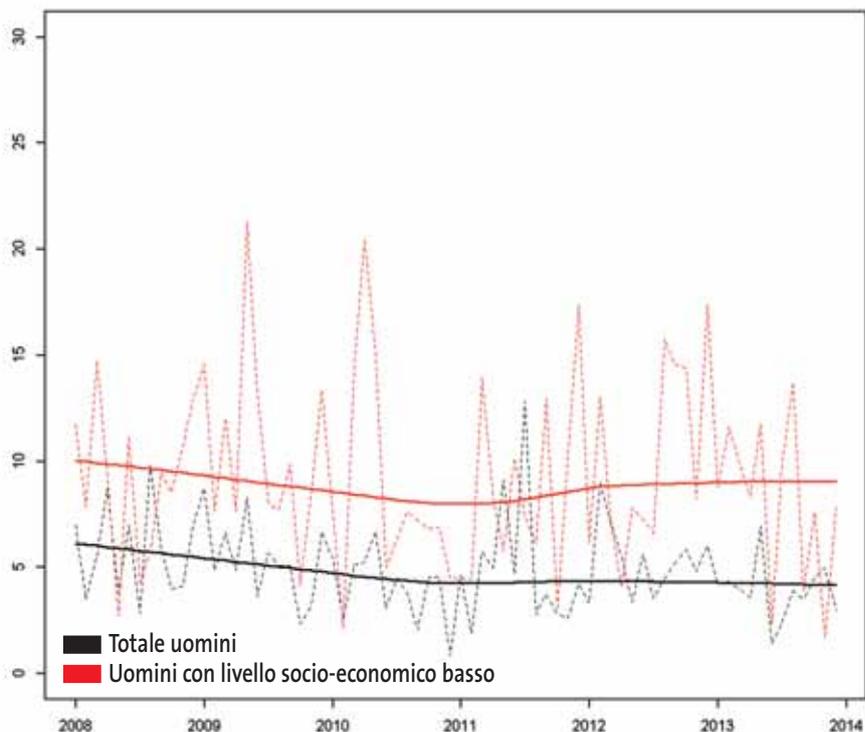


## TREND DELLE PREVALENZE DEGLI UOMINI CON SINTOMI DI DEPRESSIONE PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Prevalenza di uomini con sintomi di depressione, per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013

Negli ultimi 6 anni, nel Lazio, si registra una lieve ma **significativa diminuzione degli uomini con sintomi depressivi** (in media da 6,1% del gennaio 2008 a 4,1% del dicembre 2013, p-value=0,051).

Per motivi statistici, l'analisi per sottogruppi è stata realizzata esclusivamente per la serie storica del gruppo con basso livello socio-economico che non evidenzia, peraltro, un significativo trend in diminuzione.





## DONNE CON SINTOMI DI DEPRESSIONE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO<sup>A</sup>

In perfetta sovrapposizione con quanto rilevato negli uomini, nelle classi d'età 35-49 e 50-69 anni le differenze tra i tre livelli socio-economici appaiono significative.

Prevalenza di donne con sintomi depressivi per livello socio-economico nelle diverse classi d'età. Lazio, Passi 2008-2013

### Lazio



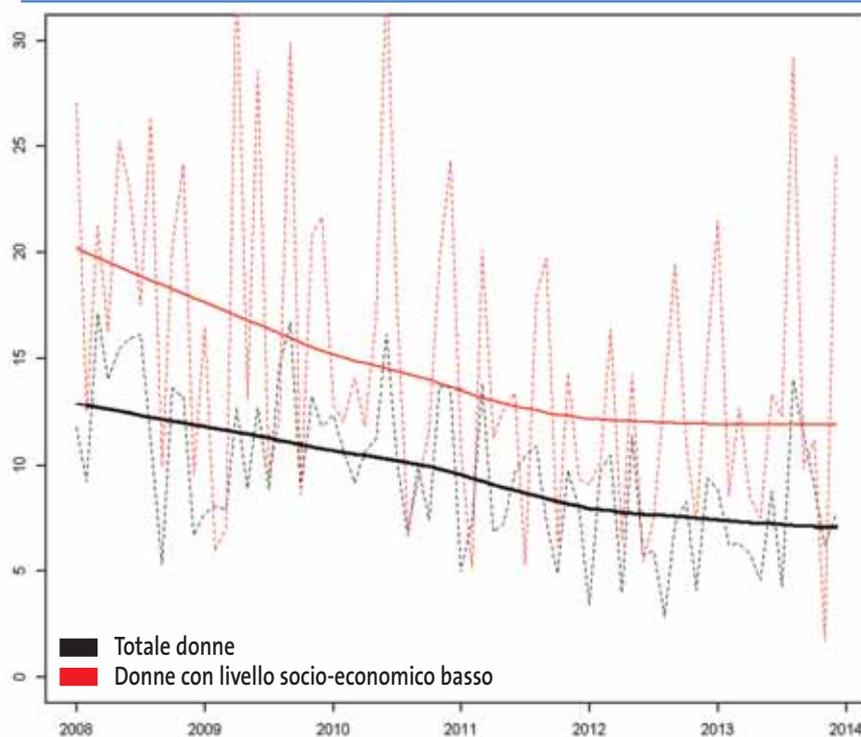
## TREND DELLE PREVALENZE DELLE DONNE CON SINTOMI DI DEPRESSIONE PER LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Prevalenza di donne con sintomi di depressione, per livello socio-economico. Lazio, Passi 2008-2013

Negli ultimi 6 anni si registra un lieve ma **significativo** ( $p < 0,001$ ) **calo** della prevalenza nelle **donne con sintomi depressivi** del Lazio (in media da 12,9% a 7,1%).

Per motivi statistici, l'analisi per sotto-gruppi è stata realizzata esclusivamente per la serie storica del **gruppo con basso livello socio-economico** che presenta un **significativo** ( $p = 0,002$ ) **trend in diminuzione** (da 20,2% a 11,9% in media).

Tale calo è sostenuto dalle donne di 35-49 anni e da quelle over 50.



## CONCLUSIONI

I risultati di Passi evidenziano come i sintomi di depressione nella popolazione adulta del Lazio riguardino circa 270 mila persone (1 su 15), con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche e chi ha difficoltà economiche. Il sistema di sorveglianza pur consentendo di effettuare solo un “primo livello” di screening - che si discosta sensibilmente da un’accurata valutazione diagnostica - contribuisce comunque a stimare una parte importante del carico assistenziale attribuibile ai disturbi mentali. Nella nostra Regione la prevalenza dei sintomi depressivi è maggiore nella categoria socio-economica più svantaggiata, in tutte le classi d’età e in entrambi i generi.

Negli ultimi 6 anni, nel Lazio, si registra un **significativo calo** della prevalenza di sintomi di depressione in **entrambi i generi**. Tra le **donne**, inoltre, tale prevalenza **diminuisce significativamente** nella popolazione con **basso livello socio-economico**.



\* I sintomi di depressione non devono essere equiparati alla depressione, patologia che ha numerose forme cliniche la cui diagnosi non può esser posta sulla base di un algoritmo. Tuttavia - nella sorveglianza di popolazione - le domande sui sintomi poste da Passi, internazionalmente validate, consentono di intercettare un disagio, di per sé rilevante, ma non coincidente con la diagnosi clinica di depressione maggiore.

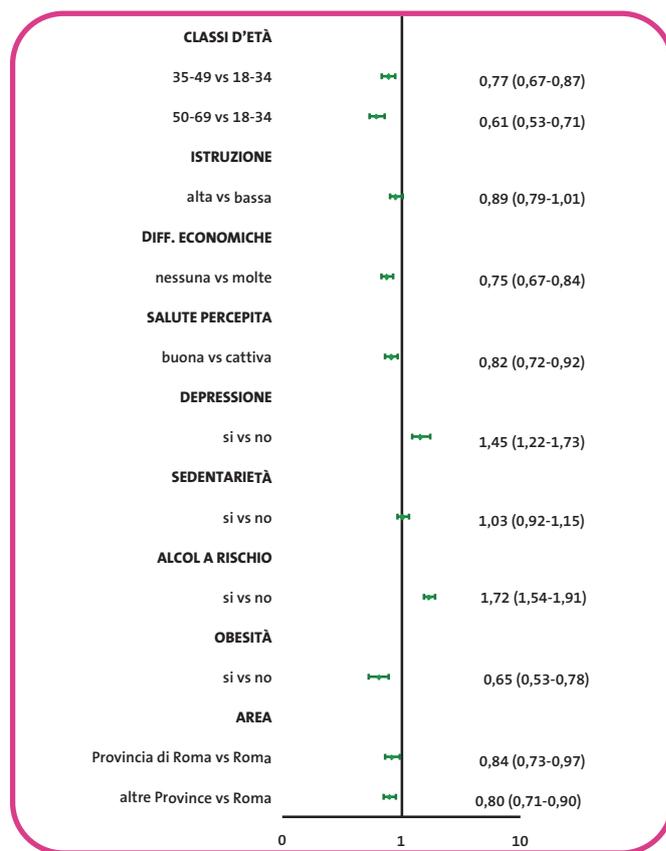
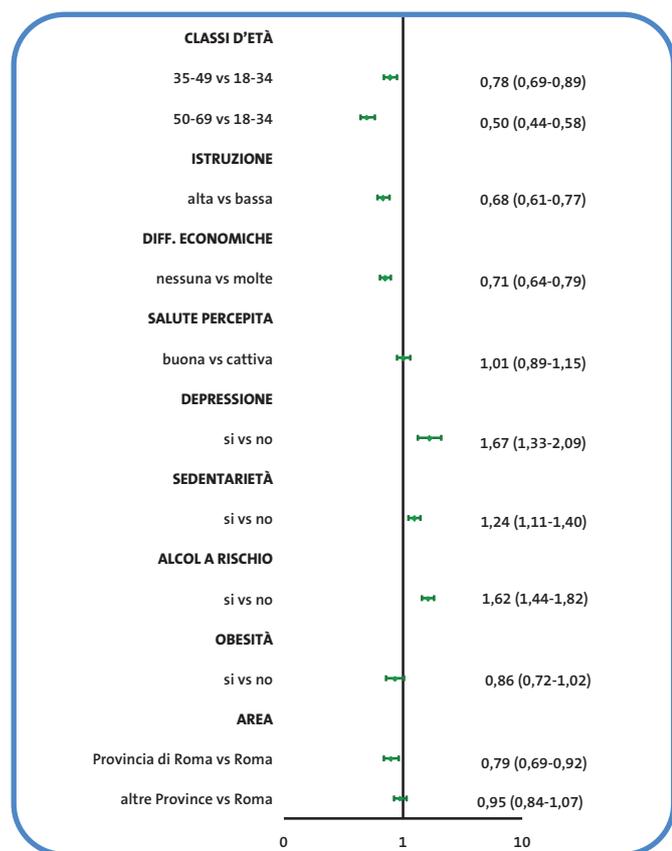
\*\* Nel sistema di sorveglianza Passi viene rilevata la presenza di sintomi di depressione mediante il Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2). Si tratta di due domande, validate a livello internazionale, che rilevano il numero di giorni, nelle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: 1) aver presentato poco interesse o piacere nel fare le cose, 2) essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni riferiti ai due gruppi di sintomi vengono sommati e classificati in base a un punteggio da 0 a 6; le persone con un punteggio >3 sono classificate come “persone con sintomi di depressione”. La diagnosi effettiva di depressione richiede, invece, un’approfondita valutazione clinica individuale.

\*\*\* Vedi capitolo “Analisi logistiche multivariate”.

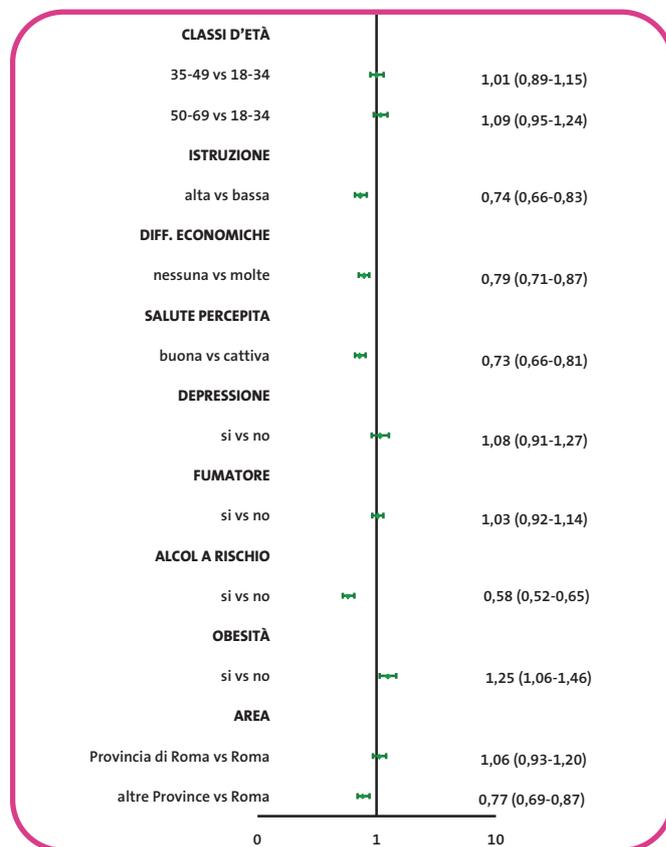
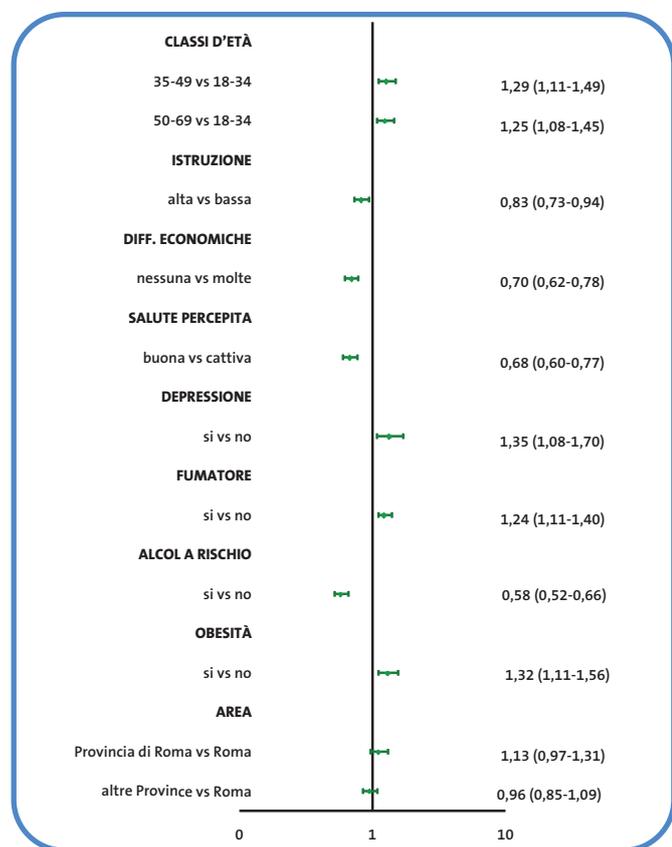
^ I dati relativi al livello socio-economico si riferiscono alle sole classi d’età 35-49 anni e 50-69 anni. L’esiguità numerica di alcuni sottogruppi ha reso inopportuna l’analisi per livello socio-economico sia degli intervistati 18-34enni, sia della popolazione ulteriormente stratificata per ambito territoriale.

## **ANALISI LOGISTICHE MULTIVARIATE**

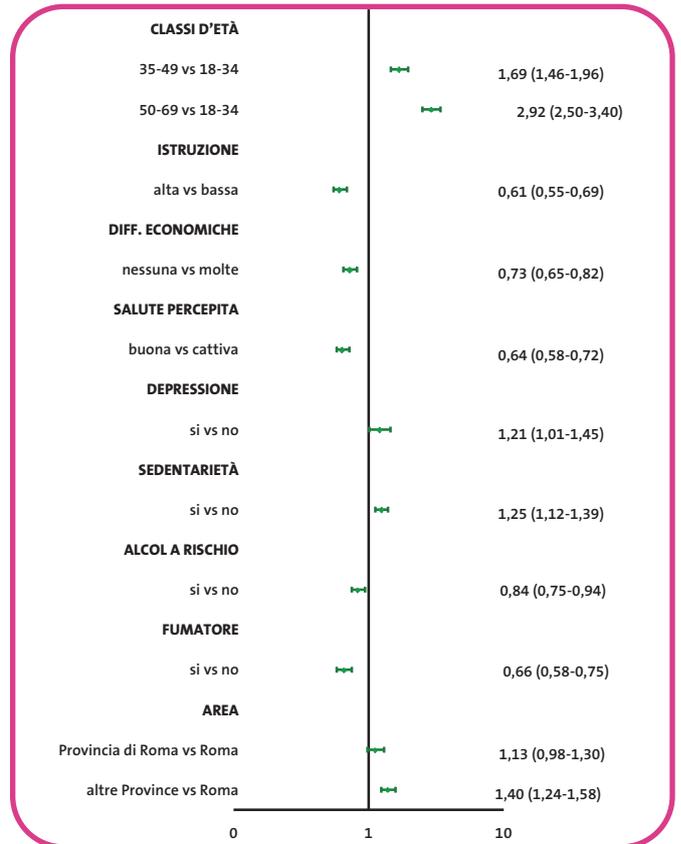
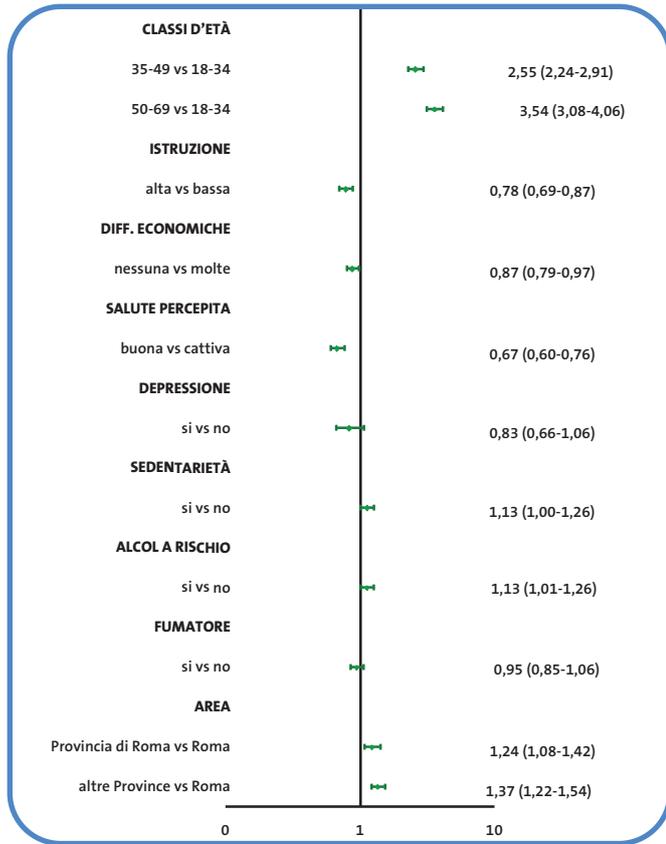
## GUADAGNARE SALUTE > ABITUDINE AL FUMO DI SIGARETTA



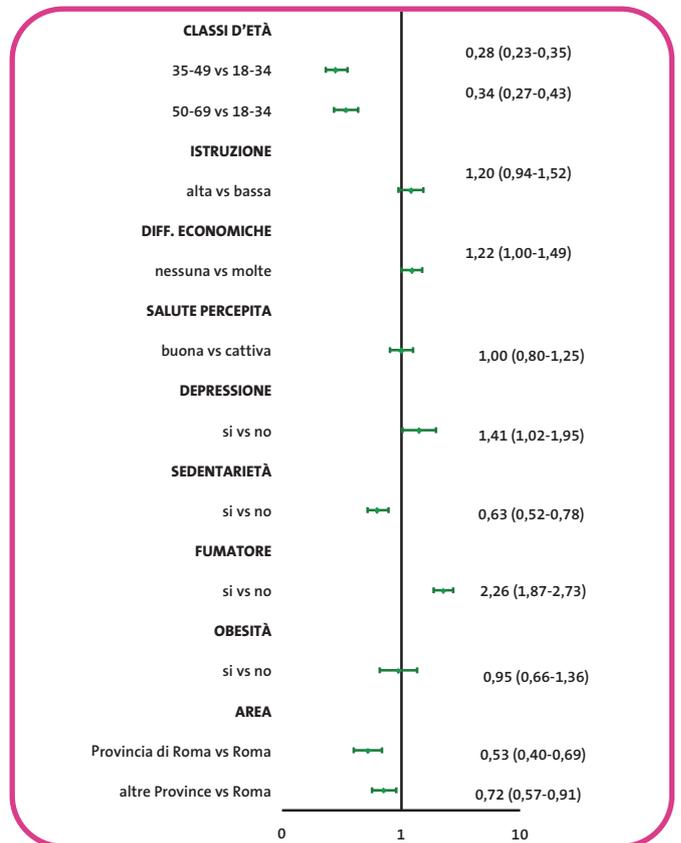
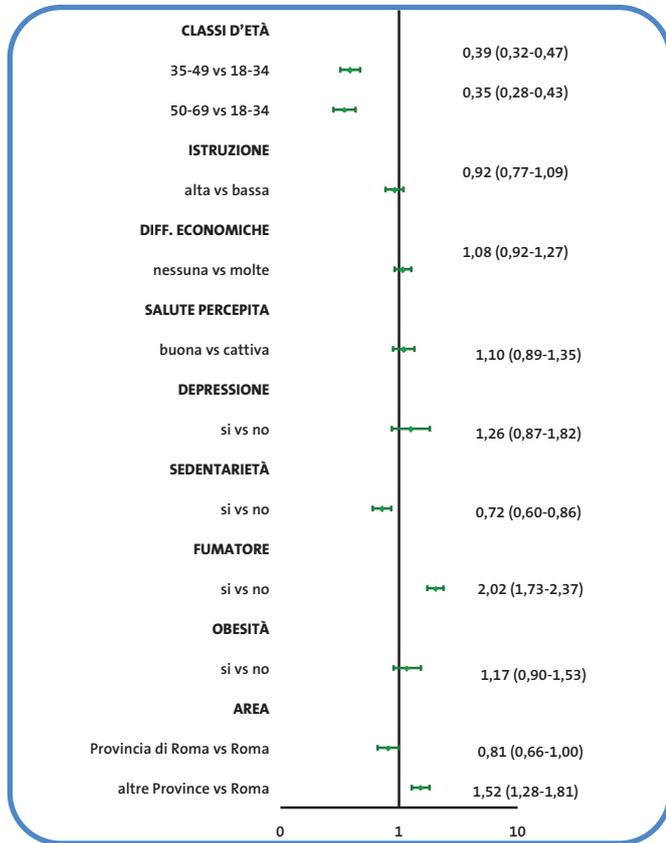
## GUADAGNARE SALUTE > SEDENTARIETÀ



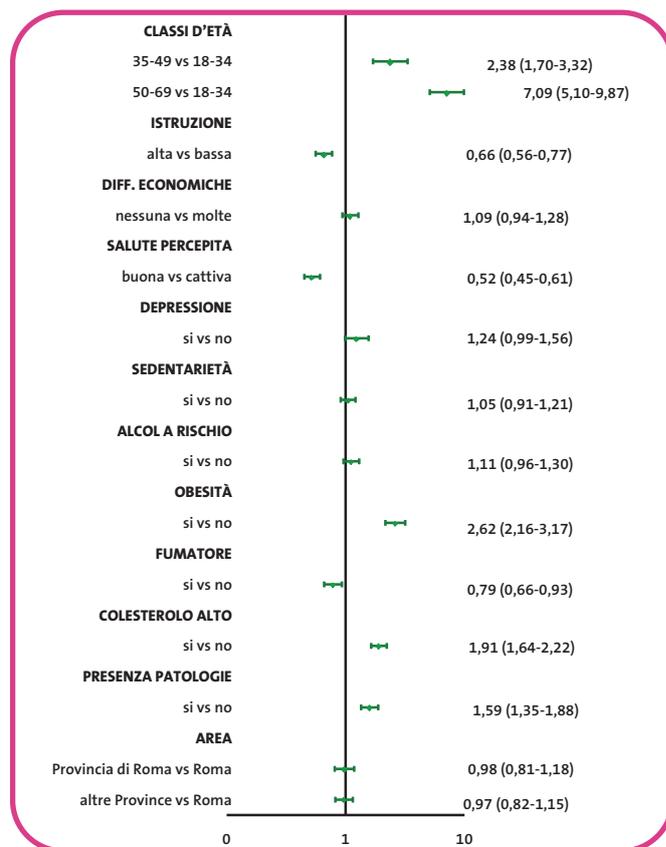
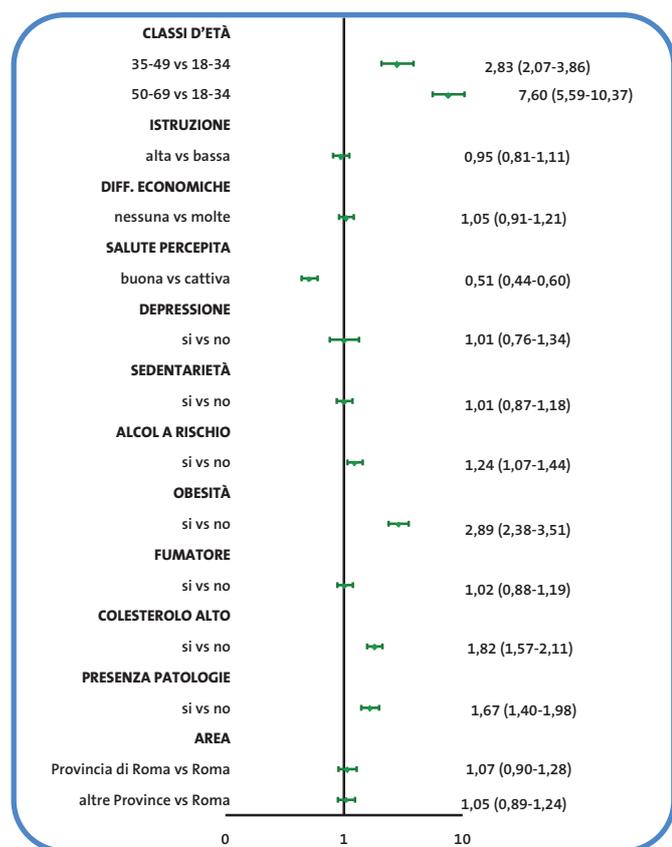
**GUADAGNARE SALUTE > ECCESSO PONDERALE**



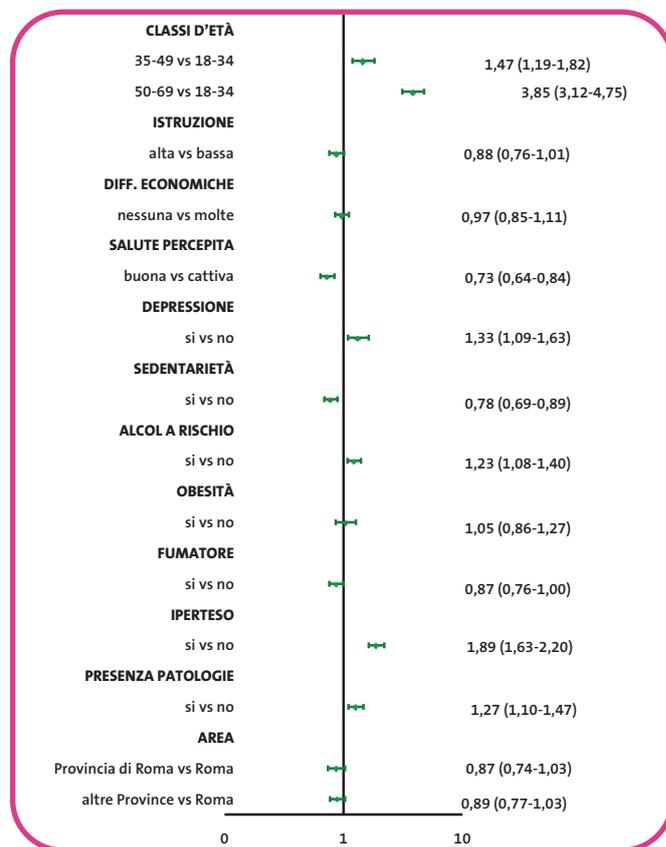
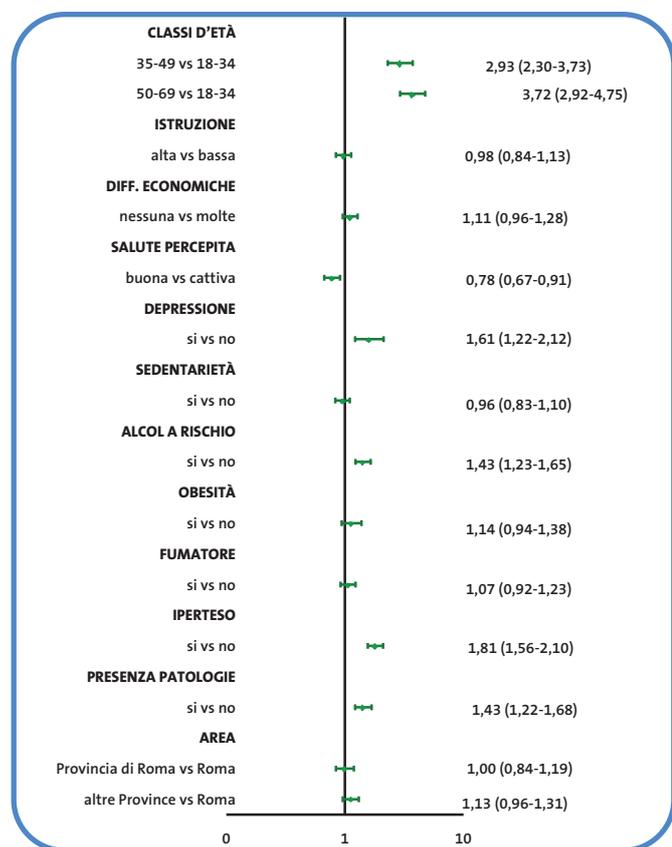
**GUADAGNARE SALUTE > CONSUMO A MAGGIOR RISCHIO DI ALCOL**



### RISCHIO CARDIOVASCOLARE > IPERTENSIONE ARTERIOSA

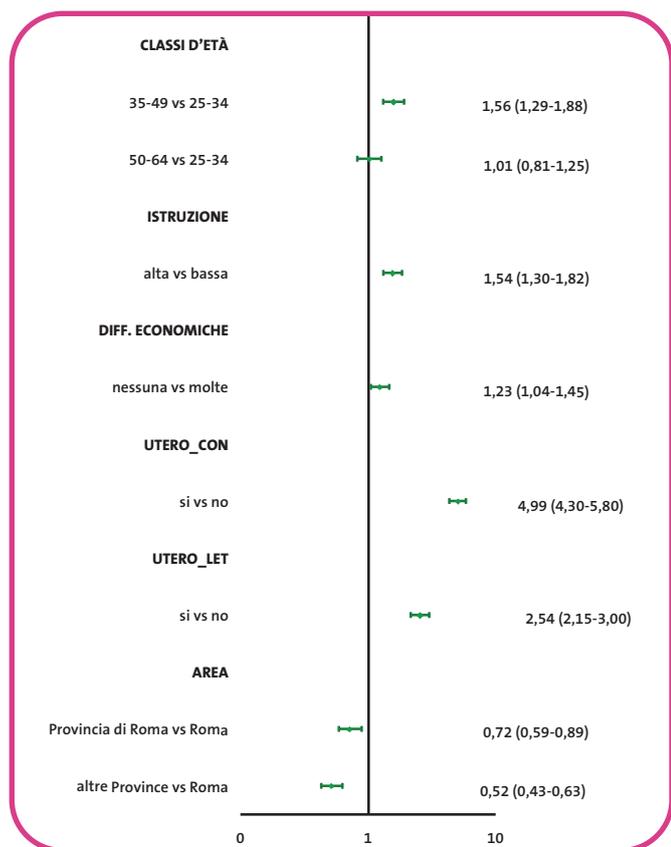


### RISCHIO CARDIOVASCOLARE > IPERCOLESTEROLEMIA

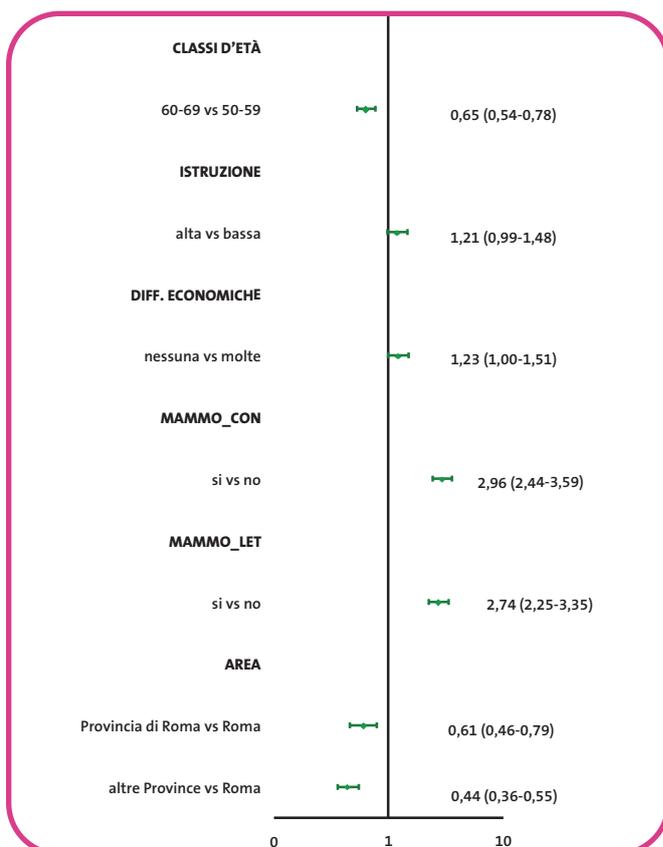


**PROGRAMMI DI PREVENZIONE >**

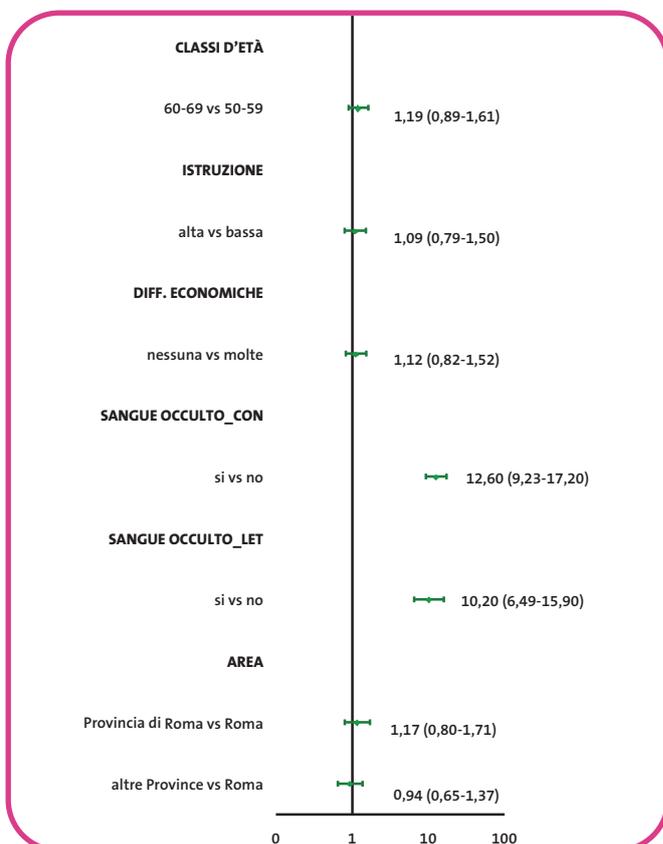
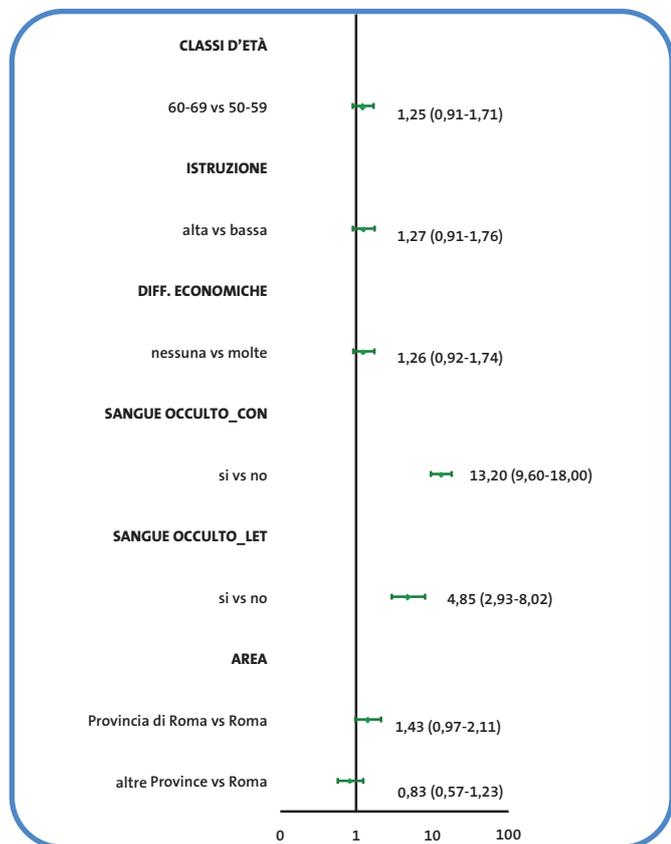
**DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO**



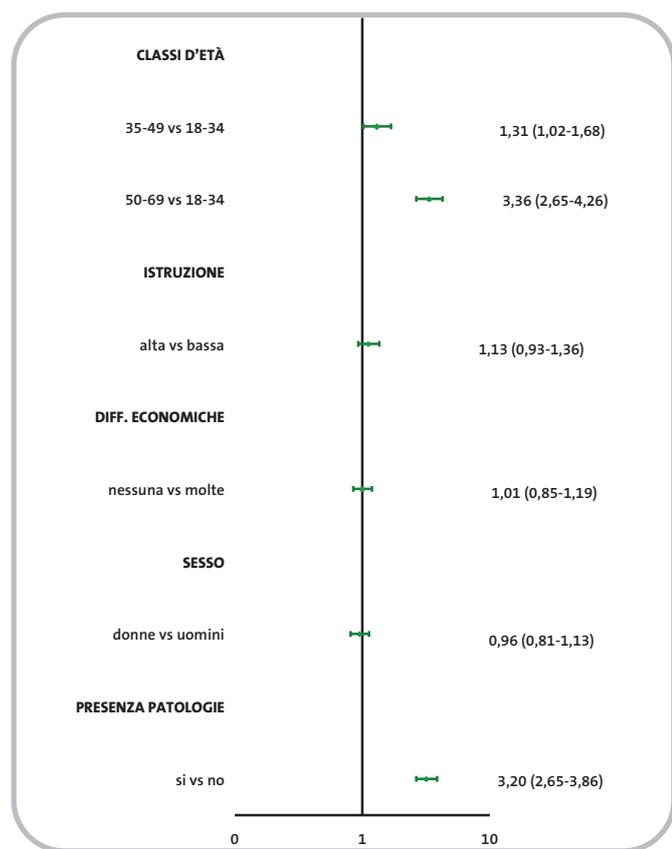
**DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELLA MAMMELLA**



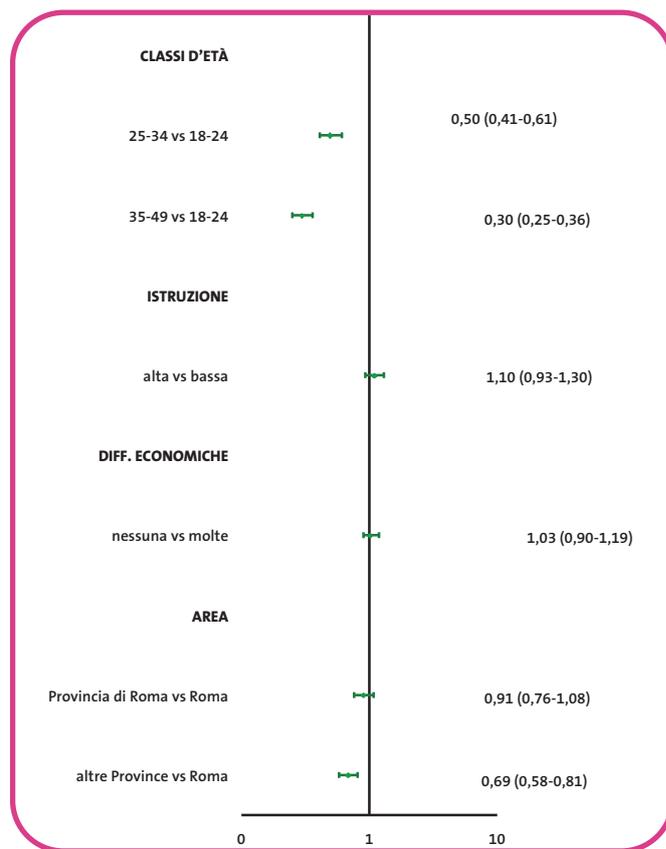
**PROGRAMMI DI PREVENZIONE > DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEL COLON-RETTO**



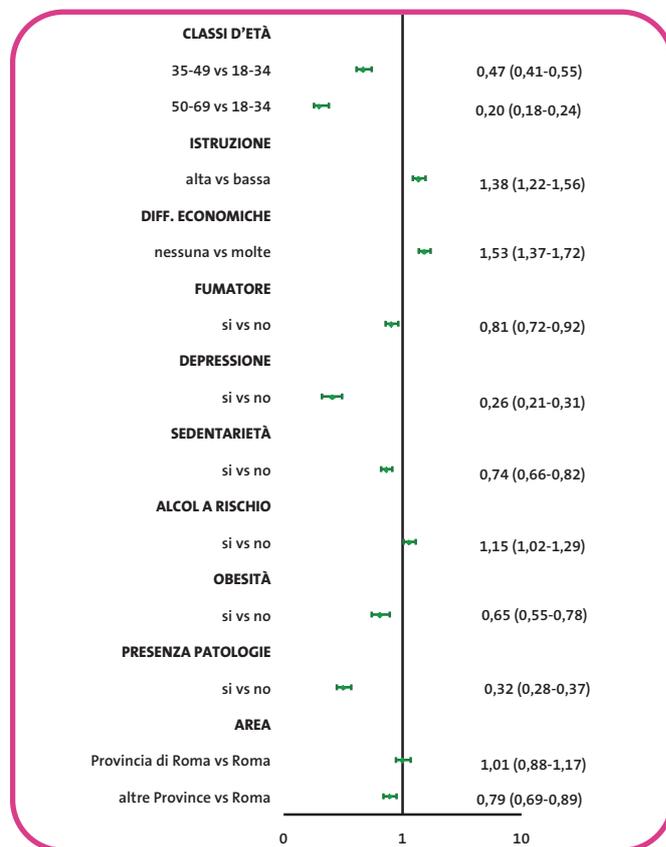
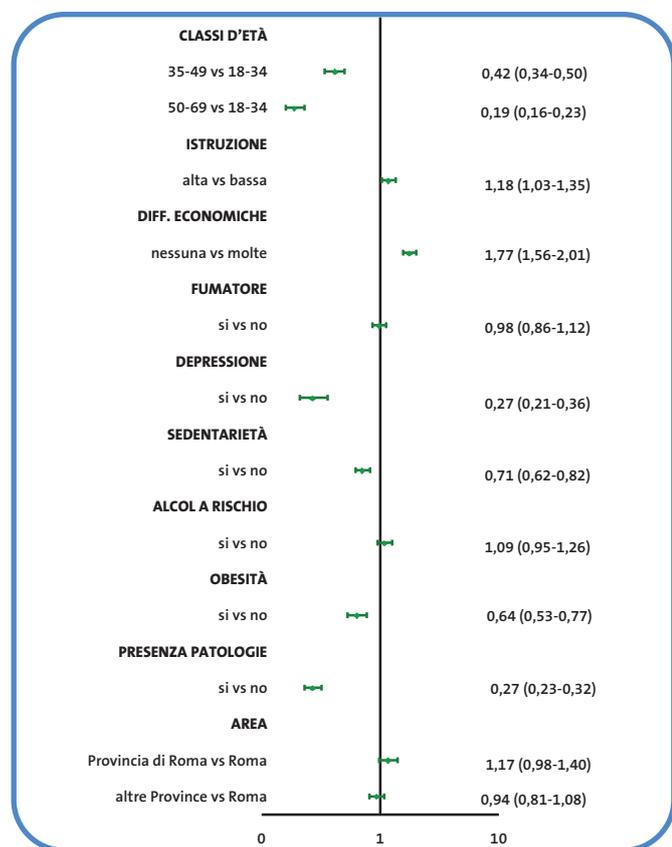
**PROGRAMMI DI PREVENZIONE >  
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE**



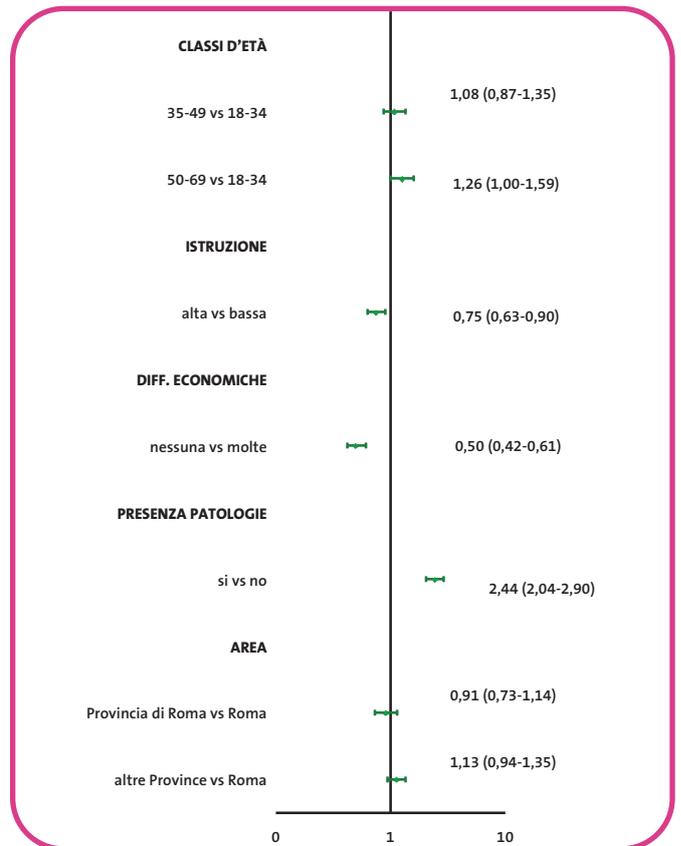
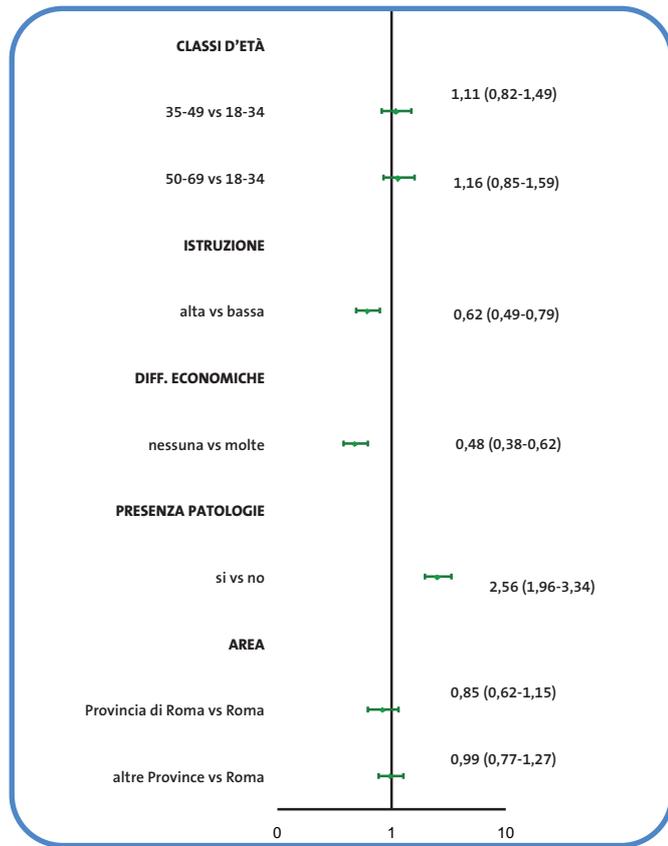
**VACCINAZIONE ANTIROSOLIA**



**BENESSERE > STATO DI SALUTE PERCEPITO**



**BENESSERE > SINTOMI DI DEPRESSIONE**





## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

## GUADAGNARE SALUTE

## Abitudine al fumo di sigaretta

- Yeager DS. "The validity of self-reported nicotine product use in the 2001-2008 National Health and Nutrition Examination Survey". *Med Care*. 2010 Dec;48(12)
- Patrick DL, et al. "The Validity of Self-Reported Smoking: A Review and Meta-Analysis". *American Journal of Public Health*. 84 (7): 1086. (1994)
- Gorber SC et al. "The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status". *Nicotine Tob Res*. 2009 Jan;11(1)
- Ferrante G. et al. "Fumo: prevalenza in calo per tutti, ma resta il divario tra categorie socioeconomiche". *Epidemiol Prev* 2012; 36 (6)
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Chronic Disease Indicators* (febbraio 2012): <http://apps.nccd.cdc.gov/cdi/>

## Sedentarietà

- Karim M Khan, et al. "Sport and exercise as contributors to the health of nations". *The Lancet*, Vol 380 July 7, 2012
- U.S. Department of Health and Human Services. "Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report" (2008): <http://www.health.gov/paguidelines/report/pdf/CommitteeReport.pdf>
- I-Min Lee, et al for the Lancet Physical Activity Series Working Group. "Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy". *The Lancet*, Vol 380, Issue 9838, July 2012
- Snlg. "Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica. Linea guida prevenzione" (2011): [http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_prevenzione\\_Sedentarieta.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_prevenzione_Sedentarieta.pdf)
- Moore SC, et al. "Leisure Time Physical Activity of Moderate to Vigorous Intensity and Mortality: A Large Pooled Cohort Analysis". *PLoS Med* 9 (11), Novembre 2012
- World Health Organisation. "Global Recommendations on Physical activity for Health" (2010): [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf)

## Eccesso ponderale

- Action Plan Oms 2008-2013 sulle malattie non trasmissibili: [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area2/GS\\_Action\\_plan\\_2008-2013.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf)
- Michael Moss. "Grassi, dolci, salati". Mondadori, 2014
- World Health Organisation. "Who European Action Plan for food and nutrition policy 2007-2012": [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/74402/E91153.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf)
- Micheal Pollan. "Breviario di resistenza alimentare. 64 regole per mangiare bene". BUR Biblioteca Universale Rizzoli, 2011
- World Health Organisation. "Obesity and overweight" (Agosto 2014): <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Institute of Health Metrics and Evaluation. "Global burden of disease database" (2014): <http://www.healthdata.org/gbd>
- Boyd A Swinburn et al. "The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments". *The Lancet*, Vol 378, August 27, 2011

## Consumo a maggior rischio di alcol

- E. Scafato et al. per il Gruppo di lavoro CSDA (Centro servizi documentazione alcol). "Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio nazionale Alcol-Cnesps sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano nazionale alcol e salute" (Rapporto 2014): [http://www.iss.it/binary/publ/cont/14\\_1web.pdf](http://www.iss.it/binary/publ/cont/14_1web.pdf)
- World Health Organisation. "Global strategy to reduce harmful use of alcohol" (2010): [http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalestrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalestrategy.pdf)
- Peter Anderson. "Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm". *The Lancet*, Volume 373, 2009

- Jürgen Rehm et al. "Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders". The Lancet, Volume 373, 2009
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). "Alcohol-Related Disease Impact (ARDI)". Atlanta, GA: CDC (dati 2006-2010): [http://apps.nccd.cdc.gov/DACH\\_ARDI/Default/Default.aspx](http://apps.nccd.cdc.gov/DACH_ARDI/Default/Default.aspx)

## RISCHIO CARDIOVASCOLARE

- Istituto superiore di sanità - Progetto Cuore. "Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari - Fattori di rischio" (luglio 2014): <http://www.cuore.iss.it/fattori/distribuzione.asp>
- Ministero della Salute. "Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010" (2011): [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1655\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf)
- Nelson DE, Holtzman D, Bolen J, Stanwyck CA, Mack KA. "Reliability and validity of measures from the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)". Social and Preventive Medicine, 2001; 46Suppl:S03-S42
- U.S. Preventive Services Task Force. "Recommendation Statement. Screening for Lipid Disorders in Adults" (2013): <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsschol.htm>
- U.S. Preventive Services Task Force. "Reaffirmation Recommendation Statement. Screening for High Blood Pressure" (2007): <http://annals.org/article.aspx?articleid=737820>
- Genest J, McPherson R, Frohlich J, et al. 2009. "Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult – 2009 recommendations". Can J Cardiol 2009;25(10): 567-579
- World Health Organization. "Global Burden of Disease. Disease and injury country estimates" (2008): [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_country/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/)
- Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M. "European Cardiovascular Disease Statistics 2012". European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis
- Anand SS, Yusuf S. "Stemming the global tsunamis of cardiovascular disease". The Lancet 377 February 12, 2011 529
- Berry JD, Dyer A, Cai X, et al. "Lifetime Risks of Cardiovascular Disease". N Engl J Med 2012;366:321-9

## PROGRAMMI DI PREVENZIONE

### Screening

- Osservatorio nazionale screening. "Rapporto 2014": [http://www.osservatorionazionalescreening.it/sites/default/files/allegati/Screening\\_2014\\_web.pdf](http://www.osservatorionazionalescreening.it/sites/default/files/allegati/Screening_2014_web.pdf)
- Airtum. "La sopravvivenza dei pazienti oncologici in Italia". E&P Anno 35 (5-6), settembre-dicembre 2011, supplemento 3
- Minardi V. et al. "Lo screening organizzato funzionante riduce le disuguaglianze di accesso". Epidemiol Prev 2012; 36 (6). Periodo: novembre-dicembre, pagina 371
- Banca dati a cura del reparto di Epidemiologia dei tumori del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute - Istituto superiore di sanità: <http://www.epicentro.iss.it/temi/tumori/italiaEpid.asp>
- Osservatorio nazionale screening. "Come cambia l'epidemiologia del tumore della mammella in Italia: i risultati del progetto Impatto dei programmi di screening mammografico". Pacini editore, 2011: <http://www.registri-tumori.it/cms/files/impatto.pdf>

### Vaccinazioni

- Circolare annuale del ministero della Salute. "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2014-2015". Accessibile nella sezione "Normativa" della pagina: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsp?area=influenza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=influenza)
- Prevention and Control of Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (Acip) - Mmwr (Cdc). United States, 2012–13 Influenza Season

- Gruppo tecnico Passi. “Meno di un terzo dei malati cronici si vaccina contro l’influenza”. *Epidemiol Prev* 2012; 36 (1). Periodo: gennaio-febbraio, pagina 67
- Cox NJ, Subbarao K. “Influenza”. *The Lancet* 1999; 354:1277-1282
- Ministero della Salute. “Piano nazionale per l’eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010- 2015”: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1519\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1519_allegato.pdf)
- Gruppo tecnico Passi. “I numeri di Passi: è possibile eliminare la rosolia congenita entro il 2015?” *Epidemiol Prev* 2011; 35 (3-4). Periodo: maggio-agosto, pagina 245
- M.C. Rota, A. Bella, G. Gabutti et al. “Rubella seroprofile of the Italian population: an 8-year comparison”. *Epidemiol Infect.* May 2007; 135(4): 555–562

## BENESSERE

### Stato di salute percepito

- Costa G, Marra M, Salmaso S, Gruppo Aie su crisi e salute. “Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia”. *Epidemiol Prev* 2012; 36 (6): 337-366
- Istat. “Stato di salute della popolazione”: <http://dati.istat.it/?lang=it>
- Oecd. “Health at a Glance: Europe 2012”: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
- Costa, G., Spadea, T., & Cardano, M. “Diseguaglianze di salute in Italia”. *Epidemiologia e Prevenzione*, anno 28 supplemento (3) maggio-giugno 2004
- Fondazione Ermanno Gorrieri per gli Studi sociali. “Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione”. Capitoli accessibili a partire dalla pagina: [http://www.fondazionegorrieri.it/jsps/158/Servizi/285/Pubblicazioni/289/Pubblicazioni\\_on\\_line/291/2\\_Rapporto\\_ODS.jsp](http://www.fondazionegorrieri.it/jsps/158/Servizi/285/Pubblicazioni/289/Pubblicazioni_on_line/291/2_Rapporto_ODS.jsp)

### Sintomi di depressione

- Murray CJ. “Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010”. *The Lancet*, 2012 Dec 15;380(9859):2197-223
- World Health Organisation. World Mental Health Day: [http://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/en/](http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/en/)
- World Health Organisation. Mental Health: [http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/)
- World Health Organisation. Depression: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
- World Health Organisation. “Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020”: [http://www.who.int/mental\\_health/web\\_consultation\\_02\\_2013/en/](http://www.who.int/mental_health/web_consultation_02_2013/en/)
- Binkin N, Gigantesco A, Ferrante G. “Depressive symptoms among adults 18-69 years in Italy: results from the Italian behavioural risk factor surveillance system, 2007”. *Int J Public Health*. 2010 Oct; 55(5):479-88
- D’Argenio P, Minardi V, Mirante N. “Confronto tra due test per la sorveglianza dei sintomi depressivi nella popolazione”. *Inserito Ben Notiziario Iss*. 2013 Gen; 26 (1):i-iii
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. “The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener”. *Med Care* 41:1284-1292, 2003
- Mazzotti E, et al. “Il Patient Health Questionnaire (Phq) per lo screening dei disturbi psichiatrici: uno studio di validazione nei confronti dell’intervista clinica strutturata per il Dsm-IV asse I (Scid-I)”. *G Ital Psicopatol* 9:235-242, 2003.

