



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



Diseguaglianze sociali e salute

Rapporto nazionale 2007-2009





Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Diseguaglianze sociali e salute

Rapporto nazionale 2007-2009



Redazione

Stefania Salmaso (*Responsabile scientifico del Sistema di sorveglianza PASSI*)
Sandro Baldissera, Paolo D'Argenio, Gianluigi Ferrante, Marina Maggini, Valentina Minardi,
Valentina Possenti, Elisa Quarchioni, Stefania Spila Alegiani
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - CNESPS -
Istituto Superiore di Sanità*

Nicoletta Bertozzi - *Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Cesena*
Lara Bolognesi - *Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena*
Stefano Campostrini - *Dipartimento di statistica, Università degli studi Ca' Foscari Venezia*
Giuliano Carrozzini - *Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena*
Angelo D'Argenio - *Dipartimento di prevenzione, Asl Caserta*
Pirous Fateh-Moghadam - *Promozione ed educazione alla salute, Azienda provinciale per i servizi
sanitari, Trento*
Letizia Sampaolo - *Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena*
Diego Sangiorgi - *Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Cesena*
Massimo Oddone Trinito - *Dipartimento di prevenzione, Ausl Roma C*
Stefania Vasselli - *Ministero della Salute, Roma*

L'elenco per Regione dei referenti e coordinatori regionali PASSI è riportato in Appendice

Ringraziamenti

Un vivo ringraziamento va:

- ai circa mille operatori di sanità pubblica delle ASL partecipanti che hanno effettuato le interviste e consentono la realizzazione del sistema di sorveglianza
- ai medici di medicina generale che hanno cooperato con le ASL per la sorveglianza
- ai numerosi colleghi che hanno dato indicazioni e suggerimenti preziosi
- a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI è finanziato dal Centro nazionale per il Controllo delle Malattie-CCM -Ministero della Salute

Il presente Rapporto è stato realizzato con il supporto economico dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto della malattie della Povertà (INMP) di Roma, nell'ambito del progetto "Costruzione di capacità di controllo delle disuguaglianze di salute in Italia"

Per maggiori informazioni: www.epicentro.iss.it/passi

Indice

Sintesi dei risultati	7
Introduzione	11
Metodi	13
Il campione 2007-2009	19
Popolazione di cittadinanza straniera: campione 2007-2009	23
Abitudine al fumo di sigaretta	27
Consumo di alcol a rischio	31
Sedentarietà	35
Obesità	39
Iperensione arteriosa	43
Ipercolesterolemia	47
Presenza di almeno una patologia cronica	51
Presenza di almeno una patologia respiratoria cronica	55
Diabete	59
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	63
Diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina	67
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	71
Percezione dello stato di salute	75
Sintomi di depressione	79
Appendice	83
Elenco degli operatori PASSI 2007-2009	85
Bibliografia e sitografia di riferimento	91

Sintesi dei risultati

In questo Rapporto viene riportata un'analisi sulla dimensione delle disuguaglianze sociali in Italia in relazione a stili di vita, fattori di rischio e presenza di malattie croniche, adesione a programmi di screening, percezione dello stato di salute e sintomi depressivi. Nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, nel triennio 2007-09, sono state intervistate oltre 98.000 persone, estratte con campionamento casuale proporzionale, stratificato per sesso e classi di età, dalle anagrafi sanitarie delle ASL partecipanti, nelle quali vive circa l'85% della popolazione residente in Italia di 18-69 anni. Degli intervistati 94.996 sono di cittadinanza italiana e 3.153 di nazionalità straniera. Per questo rapporto, le analisi sono state eseguite soltanto relativamente agli intervistati con cittadinanza italiana, in quanto il basso numero di stranieri intervistati non avrebbe consentito di ottenere risultati affidabili in questa popolazione.

Abitudine al fumo

Il 28% degli italiani di 18-69 anni ha riferito di fumare sigarette quotidianamente. Fumano di più gli uomini (32%) rispetto alle donne (24%) e, in entrambi i generi, le persone di 18-34 anni, quelle con scolarità media inferiore e quelle che riferiscono di avere molte difficoltà economiche. L'abitudine al fumo è più diffusa nelle Regioni centro-meridionali per gli uomini e in quelle centrali per le donne.

Consumo di alcol a rischio

Complessivamente circa il 20% degli italiani di 18-69 anni ha riferito un consumo di alcol a rischio: l'uso è più diffuso tra gli uomini (25%) rispetto alle donne (15%) e in entrambi i generi tra le persone più giovani e fra i residenti nelle Regioni settentrionali. Nelle donne il consumo, definito a rischio, di alcol è più frequente fra chi ha un livello alto di istruzione.

Sedentarietà

Il 29% degli intervistati di nazionalità italiana risulta sedentario (uomini: 27%; donne 31%). Sono più sedentarie le persone con bassa istruzione, quelle con molte difficoltà economiche riferite e quelle che risiedono nelle Regioni centro-meridionali.

Obesità

Circa una persona ogni dieci (12% uomini; 10% donne) di 18-69 anni è classificabile come obesa. L'obesità, in entrambi i generi, cresce con l'età ed è più frequente nelle persone con molte difficoltà economiche riferite e in quelle con bassa scolarità (nelle donne con bassa istruzione la prevalenza di obesità è circa doppia rispetto alle laureate). La prevalenza di obesità mostra inoltre un gradiente geografico Nord-Sud

Iperensione arteriosa

Complessivamente, il 21% degli italiani di 18-69 anni ha dichiarato di aver avuto una diagnosi di ipertensione da parte di un medico. Nella fascia d'età 50-69 anni la prevalenza raggiunge il 40%. Nelle diverse Regioni italiane la prevalenza varia dal 17% al 27%, ma senza un evidente gradiente geografico.

Ipercolesterolemia

Il 25% degli intervistati ha dichiarato di aver avuto una diagnosi di ipercolesterolemia. La prevalenza di ipercolesterolemia è più elevata nelle Regioni del Nord e cresce all'avanzare dell'età: negli uomini passa dal 10% nella classe d'età 18-34 anni al 33% nei 50-69enni; nelle donne i valori sono rispettivamente 10% e 39%.

Presenza di patologie croniche

Il 18% degli intervistati ha dichiarato di avere almeno una delle patologie croniche in studio (diabete, insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, infarto del miocardio o altre malattie del cuore, tumori). La prevalenza aumenta con l'età in entrambi i generi ed è più alta tra le persone con un basso livello d'istruzione e tra quelle che hanno riferito di avere molte difficoltà economiche.

Patologie respiratorie croniche

L'8% degli italiani di 18-69 anni ha riferito di aver avuto la diagnosi di una patologia respiratoria cronica. La prevalenza cresce con l'età in entrambi i generi ed è maggiore nelle persone con bassa scolarità e in quelle che riferiscono di avere molte difficoltà economiche: negli uomini passa dal 6% fra i laureati al 17% nelle persone con bassa scolarità; nelle donne i valori sono rispettivamente 6% e 14%.

Diabete

L'8% degli uomini e il 6% delle donne di 35-69 anni ha dichiarato di aver avuto, da parte di un medico, la diagnosi di diabete mellito (tipo 1 o tipo 2). La prevalenza riferita di diabete è maggiore tra le persone con un basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche. È presente, inoltre, un gradiente geografico con valori più elevati nelle Regioni del Sud.

Esecuzione della mammografia

Il 69% delle donne di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia a scopo preventivo negli ultimi due anni. L'esecuzione della mammografia nei tempi raccomandati è maggiore nelle 50-59enni, nelle donne con un livello d'istruzione alto e in quelle senza difficoltà economiche percepite. Nell'esecuzione della mammografia si evidenzia inoltre un forte gradiente Nord-Sud: 80% vs 49%.

Esecuzione del Pap test

Il 74% delle donne di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato a scopo preventivo un Pap test negli ultimi tre anni. Tra le donne con un alto livello di istruzione la frequenza di esecuzione dell'esame è più alta rispetto a quelle con un titolo di studio basso. A parità di condizioni economiche e di livello di istruzione, sono le donne del Nord ad eseguire il test con più alta frequenza (84%) rispetto alle donne delle Regioni meridionali (58%).

Diagnosi precoce dei tumori del colon-retto

Nel biennio 2008-09, il 33% degli uomini e il 31% delle donne di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto nei tempi raccomandati. In entrambi i generi, la percezione di avere difficoltà economiche e la residenza nelle Regioni meridionali risultano associate ad una minore frequenza di esecuzione dei test.

Percezione positiva dello stato di salute

Il 66% degli intervistati ha riferito di stare bene o molto bene, il 30% discretamente e il 4% di stare male o molto male. Hanno dichiarato di stare meglio gli uomini (71%) rispetto alle donne (61%) e, in entrambi i generi, le persone più giovani (18-34 anni), quelle con scolarità più alta e quelle senza difficoltà economiche riferite. In generale, si sono dichiarate meno soddisfatte del proprio stato di salute le persone residenti nelle Regioni centro-meridionali.

Sintomi di depressione

L'8% delle persone di età compresa tra 18 e 69 anni è risultata classificabile come persona con sintomi di depressione. Le donne hanno riferito sintomi depressivi in percentuale doppia rispetto agli uomini (11% contro 5%). La prevalenza di sintomi depressivi, in entrambi i generi, è maggiore tra le persone con un basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche.

Introduzione

La sorveglianza è da lunghi anni una pratica comune in Sanità Pubblica (Teutsch 2000, Lee 2010), anche se fino agli ultimi decenni, è stata applicata quasi esclusivamente alle malattie infettive. Essendo oggi le malattie non trasmissibili la prima causa di morbilità e mortalità a livello mondiale, molta attenzione è stata dedicata alle informazioni che potevano scaturire da forme di sorveglianza sulle malattie croniche e, più specificamente, sulla sorveglianza dei fattori di rischio a queste collegabili. A partire dagli anni '80, con l'istituzionalizzazione del sistema americano di sorveglianza presso i CDC, si sono sviluppati diversi sistemi che spesso hanno assunto il nome di “sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali - *Behavioral Risk Factor Surveillance-BRFs*” (McQueen 2003, Campostrini 2005) sottolineando nel nome l'importanza che in queste raccolte di dati hanno i fattori di rischio anche se, nella pratica, le sorveglianze coprono una vasta gamma di argomenti relativi alla sanità pubblica (dalle coperture vaccinali, ad esempio, all'accesso a servizi di prevenzione).

All'inizio di questo nuovo millennio si è affermata a livello globale una sostanziale sfida per i sistemi di sanità pubblica: quella di “colmare il divario - *closing the gap*” (WHO 2008), ovvero ridurre le disparità di salute all'interno delle fasce di popolazione dei singoli Paesi e, globalmente tra Paesi e Paesi. Oggi i sistemi nazionali e locali di sanità pubblica sono alla ricerca di idonei interventi e politiche per ridurre le disuguaglianze causate in particolare dai cosiddetti “determinanti sociali”, ovvero le condizioni sociali ed economiche in cui vivono determinati strati di popolazione e che possono influire sulla loro salute. Se gli esiti sanitari (in particolar modo quelli legati alle malattie croniche) sono derivati principalmente da alcuni specifici fattori di rischio, e se si è riconosciuto che spesso i determinanti sociali possono essere le “cause delle cause” di questi (Marmot 2005), allora appare drammaticamente importante per i decisori di sanità pubblica avere informazioni sia sulla cause (fattori di rischio) sia sulle cause delle cause (determinanti sociali).

Nella ricerca di una “sanità pubblica basata sull'evidenza” (McQueen 2001), molto spesso gli operatori, e in particolare quanti impegnati sul fronte della promozione della salute, hanno faticato a trovare informazioni adeguate per valutare l'efficacia del loro lavoro. Dati di sorveglianza, e in particolare i dati delle BRFs sono una fonte importante (Campostrini 2007) e spesso unica per pianificare, monitorare e valutare (anche) gli interventi / politiche volte a ridurre l'effetto dei determinanti sociali sulle disparità di salute.

Di certo la discussione su come misurare i determinanti sociali è ancora ampiamente aperta, e molte ricerche sono necessarie per stabilire modalità e indicatori utili per comprendere meglio i meccanismi per i quali molto spesso (ma non sempre) i più “poveri” siano anche coloro che presentano livelli di salute peggiori. La letteratura ha messo in luce la necessità di considerare una vasta gamma di aspetti, senza fermarsi a quello prettamente economico, mostrando l'importanza di aspetti sociali, ma anche prettamente culturali (Abel 2008).

Se il problema della misurazione è ancora aperto e ampiamente discusso in ambito internazionale, in molti casi, tuttavia, le poche ed usuali variabili raccolte in molte survey, quali lo status economico e la scolarità, sono in grado di offrire già molte informazioni. E queste divengono particolarmente utili se provengono da sistemi di sorveglianza, in quanto la presenza dell'elemento temporale può al contempo essere molto utile sia per comprendere meglio i meccanismi causali, sia per studiarne l'evoluzione.

In estrema sintesi sistemi di sorveglianza possono offrire informazioni utili per:

- studiare l'evoluzione dell'influenza dei determinanti sociali su fattori di rischio e accesso ai servizi nel corso del tempo, fondamentale per fissare opportuni obiettivi per la programmazione della promozione della salute;
- osservare cambiamenti, a seguito di interventi / politiche, consentendo così valutazioni sull'efficacia (complessiva) degli stessi;
- studiare i meccanismi per cui la presenza o meno di alcuni determinanti sociali possano (o meno) indurre l'adozione di specifici fattori di rischio.

È la caratteristica unica dei sistemi di sorveglianza, la continuità nella raccolta dei dati, che permette di studiare e comprendere le dinamiche (del legame tra determinanti sociali e salute) che si evolvono nel tempo. È il flusso di dati costante che permette di analizzare l'effetto degli interventi organizzati o meno, quali programmi di screening, campagne informative da un lato o crisi economica globale e, guardando al futuro, il cambiamento climatico, dall'altro.

Andando sul pratico, domande quali “si sa che le classi sociali medio basse fumano di più, ma i nostri interventi stanno diminuendo questo *gap*?” o “si sa che le persone con una minore scolarizzazione hanno maggiori difficoltà di accesso alla prevenzione; i nostri interventi sono capaci di rivolgersi soprattutto a queste fasce di popolazione più bisognose?” possono aver risposta dai dati offerti dai sistemi di sorveglianza.

È davvero difficile trovare un altro modo per offrire in modo efficace ed efficiente informazioni utili in merito alla efficacia degli interventi e della politiche rivolte a ridurre disparità di salute. Queste sono un classico “bersaglio in movimento”, per meglio colpirlo sembra proprio che ci si debba attrezzare con qualcosa di dinamico, come solo i sistemi di sorveglianza, oggi, possono offrire.

Bibliografia

- Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health* 2008;62(7):e13.
- Campostrini S. Measurement and Effectiveness. Methodological Considerations, Issues and Possible Solutions. In McQueen DV and Jones C editors. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer, 2007. p 305-25.
- Campostrini S, McQueen DV. Institutionalization of social and behavioral risk factor surveillance as a learning system. *Social and Preventive Medicine* 2005; 50 Suppl 1, S9-S15.
- WHO - CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- Lee LM, Teutsch SM, Thacker SB, St. Louis ME. *Principles & Practice of Public Health Surveillance*. New York: Oxford University Press, 2010.
- McQueen DV. Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promot Int* 2001;16(3):261-268.
- McQueen DV & Puska P (eds.) *Global Behavioral Risk Factor Surveillance*. New York: Kluwer, 2003.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365:1099-104.
- Teutsch SM, Elliott Churchill R. *Principles and Practice of Public Health Surveillance*. New York: Oxford University Press, 2000.

Metodi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza di popolazione su base locale, con valenza anche regionale e nazionale (www.epicentro.iss.it/passi/). La raccolta dei dati avviene a livello di Asl tramite interviste telefoniche a campioni di popolazione di 18-69 anni, utilizzando un questionario standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale (www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2119&lang=1&tipo=5).

Popolazione in studio

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

Per questo rapporto, le analisi sono state eseguite soltanto relativamente agli intervistati con cittadinanza italiana, in quanto il basso numero di stranieri intervistati non avrebbe consentito di ottenere risultati affidabili in questa popolazione. Tuttavia, un capitolo è appositamente dedicato alla descrizione delle caratteristiche della popolazione straniera intervistata.

Strategie di campionamento

È previsto un campione casuale proporzionale, stratificato per sesso e classi di età, estratto su base mensile dalle anagrafi sanitarie delle Asl. Da protocollo, ciascuna Asl dovrebbe raccogliere 25 interviste ogni mese, in modo da garantire una rappresentatività campionaria adeguata a livello locale. Le interviste sono fatte in continuo durante tutto l'anno.

Al sistema di sorveglianza PASSI hanno aderito tutte le Regioni: nel triennio 2007-09, sono state raccolte oltre 98 mila interviste telefoniche, di cui 94.996 si riferiscono a persone di cittadinanza italiana. Le regioni Calabria, Sardegna e Lombardia hanno partecipato soltanto con alcune Aziende.

Si stima che il bacino di utenza coperto dalle Asl partecipanti al PASSI (93% del totale) corrisponda all'85% circa della popolazione residente in Italia di 18-69 anni. La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione nazionale di riferimento (dati ISTAT), indice di una buona rappresentatività, che consente di estendere le stime ottenute alla popolazione generale.

Interviste

Le interviste sono condotte da personale specificamente formato, il più delle volte afferente ai Dipartimenti di Sanità Pubblica. I cittadini selezionati - e i loro Medici di Medicina Generale - sono preventivamente informati con una lettera personale spedita dall'Asl. I dati raccolti sono quelli riferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette. Nel 2009, la durata media dell'intervista telefonica è risultata di circa 20 minuti.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo, mentre un quarto delle interviste è stato effettuato utilizzando il metodo CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*). La raccolta dati è costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni indicatori sviluppati nell'ambito del sistema di raccolta centralizzato via web.

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

I livelli socioeconomici analizzati

L'istruzione è stata analizzata sulla base di quattro categorie: nessun titolo o licenza elementare, licenza media inferiore, licenza media superiore, laurea/diploma universitario o titolo superiore. Le difficoltà economiche percepite sono state divise in tre livelli: molte, qualche, nessuna.

Per le analisi del presente rapporto, è stato definito un livello socioeconomico complessivo, diviso in tre categorie:

- livello basso: bassa istruzione (nessun titolo, licenza elementare o media inferiore) e presenza di difficoltà economiche (molte o alcune);
- livello medio: bassa istruzione e assenza di difficoltà economiche oppure alta istruzione (licenza media superiore o laurea/diploma universitario o titolo superiore) e presenza di difficoltà economiche;
- livello alto: alta istruzione e assenza di difficoltà economiche.

Analisi dei dati

Nel presente rapporto, le analisi sono mostrate separatamente per uomini e donne e, in entrambi i generi, per classe d'età e ripartizione geografica (Nord, Centro e Sud/Isole secondo la classificazione ISTAT). Per ognuno degli argomenti in studio sono state condotte analisi descrittive univariate e bivariate (valutando la presenza di collinearità tra le variabili attraverso il VIF - *Variance Inflation Factor*). Inoltre, l'associazione con il livello socioeconomico è stata analizzata con un modello di regressione logistica, distinto per genere, per tenere conto di possibili confondenti. Nell'analisi multivariata sono stati di regola considerati, come variabili indipendenti, tutti i fattori in studio ad eccezione di quelli relativi alla prevenzione delle neoplasie (diagnosi precoce del tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto).

Nell'analisi multivariata, il livello di istruzione e le difficoltà economiche percepite sono stati in genere considerati in due categorie:

- livello di istruzione basso (nessun titolo/licenza elementare o licenza media inferiore)
- livello di istruzione alto (licenza media superiore o laurea/diploma universitario o titolo superiore)
- difficoltà economiche no (assenza di difficoltà economiche)
- difficoltà economiche sì (molte o alcune difficoltà economiche).

Nell'appendice online (www.epicentro.iss.it/passi/disuguaglianze07-09.asp) per ogni argomento viene mostrata la distribuzione dei fattori indagati separatamente per livello d'istruzione e difficoltà economiche, stratificata per genere e classe d'età. Inoltre, viene riportata la prevalenza dei fattori studiati per le singole Regioni.

L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando i software EPI Info 3.5 e Stata 11.0.

Per quanto riguarda la rappresentazione grafica attraverso le mappe, è stata utilizzata una gradazione di rosso per i fattori di rischio e di blu per i fattori di protezione. Le Regioni e le P.A. sono state classificate in tre categorie, in base al valore dell'indicatore considerato: significativamente inferiore, non significativamente diverso o significativamente superiore rispetto alla media del Pool.

Pesatura

Il tipo di campionamento scelto è stratificato proporzionale per sesso e classe di età (18-34, 35-49, 50-69 anni) effettuato a livello aziendale. L'analisi dei dati dell'intero pool PASSI necessita pertanto di una pesatura dei dati per migliorare l'affidabilità delle stime, in particolare per le variabili con forte eterogeneità interaziendale. La procedura di pesatura influenza l'ampiezza degli intervalli di confidenza: garantisce la correttezza delle stime pur determinando in genere una minor precisione. La modalità di pesatura è dipendente dal tipo di campionamento stabilito: nella sorveglianza PASSI si utilizza un campionamento stratificato proporzionale, per cui i pesi sono strato-dipendenti; in particolare ogni singola Asl avrà sei valori di peso, uno per ciascun strato.

La variabile “*peso*” rappresenta quanto il singolo strato di Asl pesa sul campione aggregato di Regione; ad ogni intervista viene associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato. Nelle analisi condotte, il peso utilizzato è l'inverso della frazione campionaria ed è dato dal rapporto tra la popolazione ISTAT della *i*-esima Asl dello strato *k* e il numero di interviste della *i*-esima Asl dello strato *k*, formalmente

$${}_i P_{eso_k} = \frac{pop\ strato_k\ ASL_i}{numero\ int\ strato_k\ ASL_i}$$

Nelle sezioni con target di età particolari sono stati appositamente calcolati pesi per le rispettive classi d'età.

Etica e privacy

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria. Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il Coordinatore aziendale. Gli intervistatori hanno ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire nel trattamento dei dati personali. Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente obiettivi e metodi dell'indagine e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

La raccolta dei dati avviene con supporto informatico o con questionario cartaceo e successiva registrazione dei dati. Gli elenchi nominativi e i questionari compilati contenenti il nome degli intervistati sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del Coordinatore aziendale.

Relativamente ai supporti informatici utilizzati sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e protezione, al fine di impedire l'accesso non autorizzato. Le interviste vengono trasferite in forma anonima in un archivio nazionale tramite un collegamento protetto via internet. Gli elementi identificativi presenti a livello locale su supporto cartaceo o informatico sono successivamente distrutti, per cui è impossibile risalire all'identità degli intervistati.

Monitoraggio

La qualità di un sistema di sorveglianza dipende da molti fattori, tra cui la rilevanza per gli utilizzatori e l'accessibilità delle informazioni prodotte, la tempestività con cui sono rese disponibili, ecc. Fondamentale importanza ha l'accuratezza, cioè la capacità di stimare correttamente i fenomeni che si vogliono misurare, minimizzando i possibili errori che si verificano nella raccolta dei dati.

A tal fine, il monitoraggio di alcuni indicatori del processo di rilevazione, ricavati dai dati via via caricati in archivio dagli intervistatori, consente di individuare tempestivamente eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato e di porvi rimedio con appropriati interventi correttivi.

Di seguito sono riportate le principali definizioni.

- *Popolazione indagata*: persone residenti nell'Asl, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in italiano, o in altra lingua ufficiale della Regione o Provincia Autonoma.
- *Eleggibilità*: si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la Asl, in grado di sostenere un'intervista telefonica.
- *Risposta*: proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.
- *Non reperibilità*: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i sei e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- *Rifiuto*: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- *Sostituzione*: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

Misure di monitoraggio della rilevazione PASSI 2007-09 per ripartizione geografica*

Ripartizione geografica	Risposta (%)	Rifiuto (%)	Eleggibilità (%)
Nord	87,5	8,7	88,0
Centro	86,2	9,4	83,7
Sud	90,3	6,8	80,1
Pool di Asl	87,9	8,4	84,9

* calcolati in base ai diari, gli indicatori di monitoraggio fanno riferimento a tutta la popolazione intervistata, senza distinzione per cittadinanza

Questi indicatori sono stati concepiti per fornire tempestivamente un quadro informativo utile alla gestione del processo di rilevazione, e sono resi disponibili, in tempo reale, sul sito internet della sorveglianza PASSI dedicato agli operatori (www.passidati.it).

Dopo la chiusura dei dataset annuali, si possono calcolare analoghi indicatori di qualità, legati agli esiti consolidati della rilevazione. Tali indicatori (*outcome rates*), elaborati prendendo a modello gli standard internazionali, incorporano anche altre variabili di processo, tramite algoritmi più complessi, e consentono la comparabilità con altre indagini condotte in Italia e all'estero.

Indicatori di qualità della rilevazione (PASSI 2007-09)

Ripartizione geografica	Tasso di Risposta	Tasso di Rifiuto	Tasso di Eleggibilità
Pool di Asl	82.5%	8.3%	90.6%

Maggiori informazioni sulle caratteristiche della sorveglianza Passi sono contenute nel rapporto Istisan 07/30 (www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2119&lang=1&tipo=5) e nell'articolo di Baldissera S et al., *Features and Initial Assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008* che descrive in maggior dettaglio questi aspetti metodologici (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3044035/>).

Il campione 2007-09

La popolazione in studio è costituita da circa 38 milioni di residenti di 18-69 anni, di cittadinanza italiana.

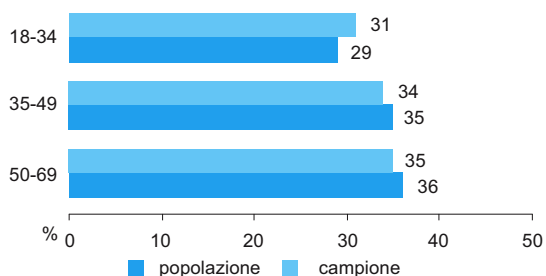
Nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI nel triennio 2007-09 sono state intervistate oltre 98.000 persone, estratte con campionamento casuale proporzionale, stratificato per sesso e classi di età, dalle anagrafi sanitarie delle ASL partecipanti, nelle quali vive circa l'85% della popolazione residente in Italia di 18-69 anni. Degli intervistati 94.996 sono di cittadinanza italiana e 3.153 di nazionalità straniera. La distribuzione per genere e classi d'età del campione selezionato è risultata sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione nazionale di riferimento (dati ISTAT), indice di una buona rappresentatività, che consente di estendere le stime ottenute alla popolazione generale. L'elevato tasso di risposta (83% in ciascun anno di rilevazione) e le modeste percentuali di sostituzioni e rifiuti indicano inoltre la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI (vedi Metodi).

Caratteristiche socio-demografiche delle persone di cittadinanza italiana (%)

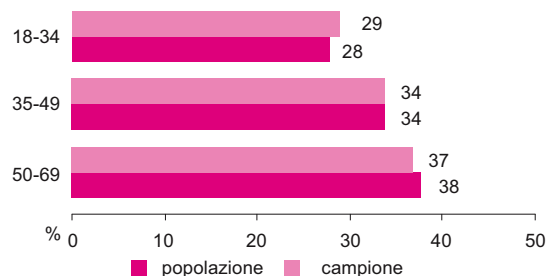
Pool PASSI 2007-09 (n=94.996)

	Uomini (47.106)		Donne (47.890)	
	%	IC95%	%	IC95%
Classi di età				
18 - 34	31,1	30,9-31,3	29,5	29,3-29,6
35 - 49	34,1	33,9-34,2	33,7	33,6-33,8
50 - 69	34,8	34,7-35,0	36,8	36,7-37,0
Istruzione				
nessuna/elementare	9,9	9,6-10,3	15,2	14,9-15,6
media inferiore	32,9	32,3-33,4	28,2	27,6-28,7
media superiore	44,5	43,9-45,1	42,7	42,2-43,3
laurea	12,7	12,3-13,1	13,9	13,5-14,3
Difficoltà economiche				
molte	12,1	11,6-12,5	14,9	14,4-15,3
qualche	39,4	38,8-40,0	42,4	41,9-43,1
nessuna	48,5	48,0-49,1	42,7	42,1-43,2
Ripartizione geografica				
Nord	41,4	41,2-41,5	40,3	40,2-40,5
Centro	24,3	24,1-24,5	24,6	24,4-24,8
Sud	34,3	34,2-34,5	35,1	34,9-35,2

Distribuzione (%) del campione e della popolazione per classi d'età - Uomini



Distribuzione (%) del campione e della popolazione per classi d'età - Donne



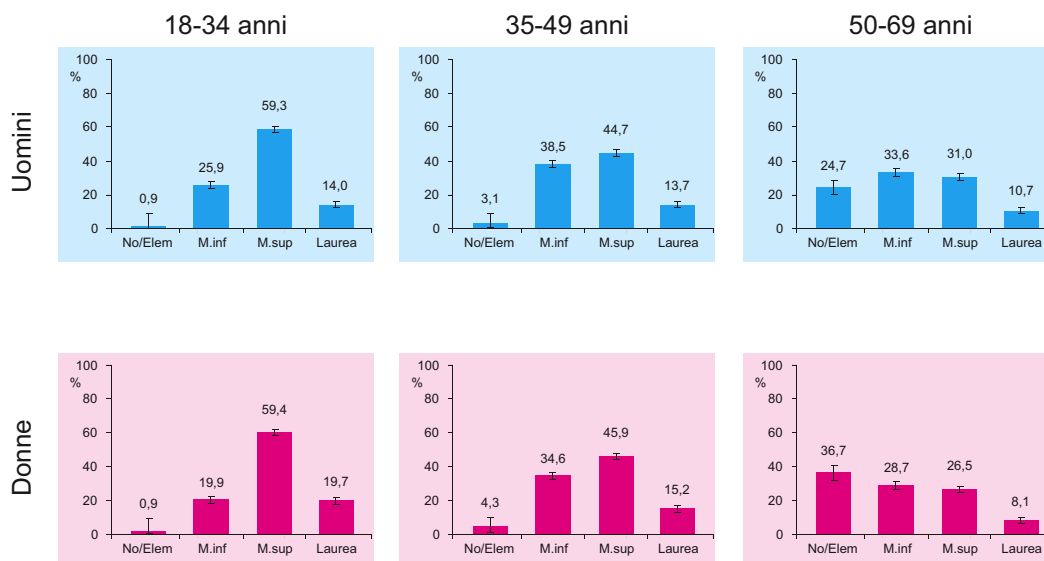
Il livello d'istruzione

Complessivamente, nel triennio 2007-09, il 57% degli intervistati di 18-69 anni di cittadinanza italiana ha dichiarato di avere un alto livello d'istruzione (44% un diploma o qualifica di scuola media superiore e 13% una laurea/diploma universitario o titolo superiore) e il 43% un basso livello d'istruzione (13% nessun titolo o una licenza elementare e 30% un diploma di scuola media inferiore).

Il titolo di studio è fortemente correlato all'età e diminuisce all'aumentare dell'età in particolare nelle donne: fra le persone più giovani, 18-34 anni, il 79% delle donne ha un alto livello d'istruzione rispetto al 73% degli uomini, nella classe d'età 50-69 anni questi valori scendono al 35% nelle donne e al 42% negli uomini. Nell'età più adulta è particolarmente elevata la percentuale di donne con licenza elementare o senza alcuna istruzione (40%) rispetto agli uomini (25%); è da notare, tuttavia, che la differenza è meno marcata nel caso della laurea e che, al di sotto dei 50 anni la percentuale di laureate è sempre più alta rispetto agli uomini.

Distribuzione (%) per genere, classe d'età e livello d'istruzione

Pool PASSI 2007-09



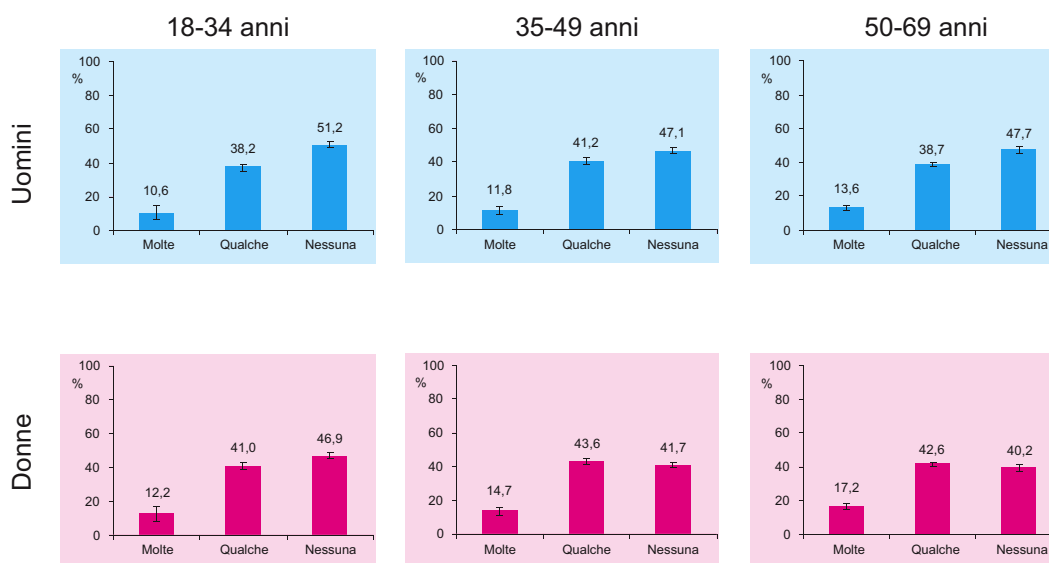
Difficoltà economiche riferite

Nel triennio 2007-09, il 13% degli intervistati di 18-69 anni di cittadinanza italiana ha dichiarato di avere molte difficoltà economiche (cioè, difficoltà nel riuscire ad arrivare alla fine del mese con il reddito familiare disponibile), il 41% ha dichiarato di avere qualche difficoltà e il 46% ha dichiarato di non avere alcuna difficoltà economica.

La percezione di avere difficoltà economiche aumenta con l'età in entrambi i generi e, in tutte le classi d'età, è più frequente tra le donne: nel complesso 15% rispetto al 12% degli uomini.

Distribuzione (%) per genere, classe d'età e difficoltà economiche

Pool PASSI 2007-09

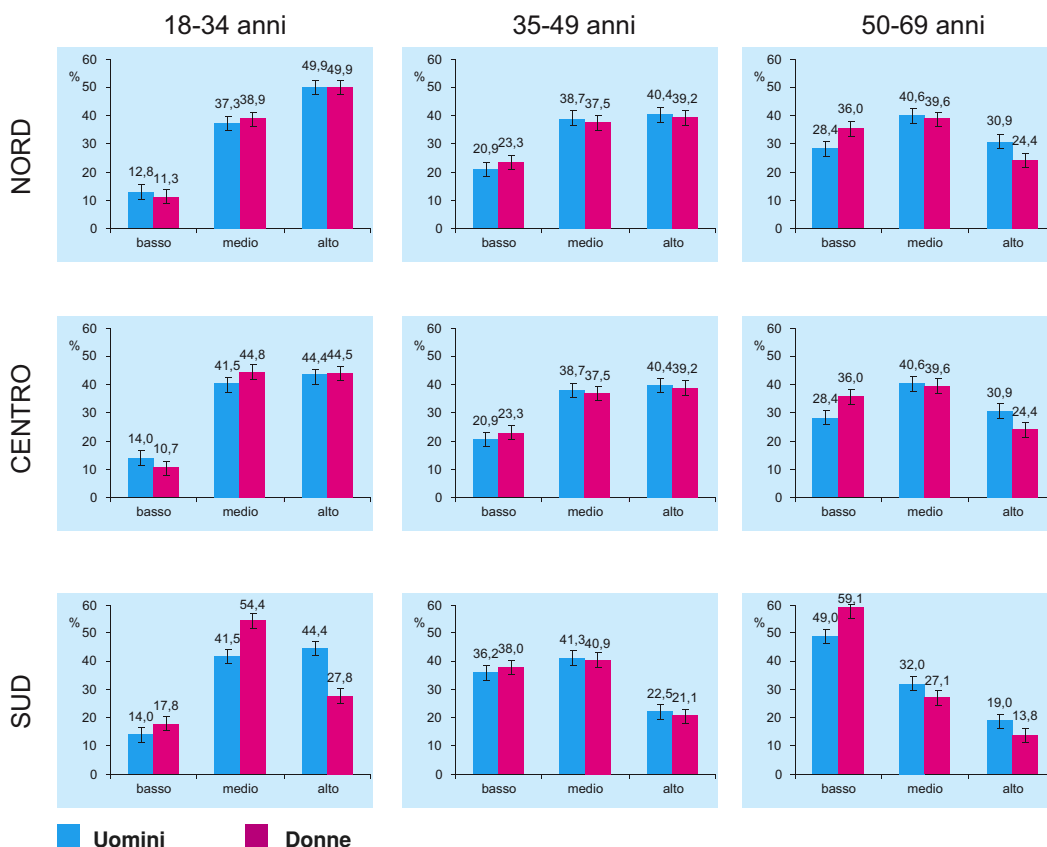


Livello socioeconomico

Nel complesso, il 29% delle persone intervistate può essere classificato in un livello socioeconomico basso, il 40% in un livello medio e il 31% in un livello alto. Si evidenzia un marcato gradiente Nord-Sud: nelle regioni settentrionali il 23% del campione presenta un livello socioeconomico basso, in quelle centrali il 28% e in quelle meridionali il 37%. Al crescere dell'età aumenta la proporzione di persone classificabili in un livello socioeconomico basso. Questo andamento è particolarmente evidente nelle donne, come già mostrato per il livello d'istruzione e la percezione di avere molte difficoltà economiche.

Distribuzione (%) per genere, classe d'età e livello socioeconomico¹

Pool PASSI 2007-09



¹ Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Popolazione di cittadinanza straniera: campione 2007-09

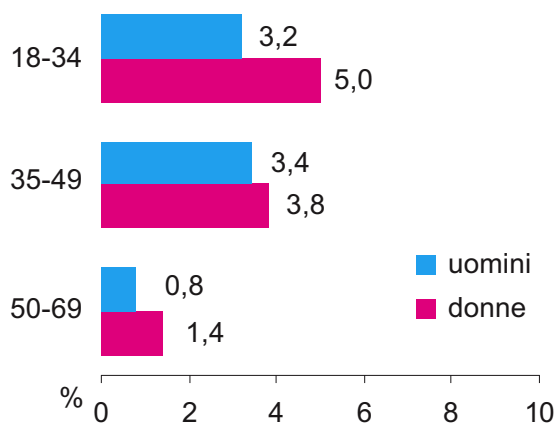
Nel triennio 2007-09 la popolazione straniera intervistata è costituita da 3.153 persone di 18-69 anni, pari al 3,2% dell'intero campione. Il protocollo PASSI, infatti, prevede di intervistare anche le persone di cittadinanza straniera residenti sul territorio e in grado di sostenere un colloquio telefonico in italiano; il sistema pertanto consente di ottenere informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo presenti in Italia.

Questa popolazione non è stata inclusa, data la bassa numerosità, nelle analisi mostrate nel presente rapporto, ma si ritiene interessante illustrarne brevemente il profilo.

Il campione di stranieri intervistati è in maggior parte costituito da donne (61,1%) e da persone medio-giovani: soltanto il 3,5% degli uomini e il 9,8% delle donne ha un'età compresa tra 50 e 69 anni. Rispetto all'intero campione intervistato, le donne straniere rappresentano il 3,3% e gli uomini il 2,4%. La grande maggioranza sia degli uomini (81,5%) sia delle donne (71,1%) risiede nelle regioni del nord Italia.

Percentuale di cittadini stranieri nel campione PASSI per genere e classe d'età

Pool PASSI 2007-09



Caratteristiche socio-demografiche delle persone di cittadinanza straniera (%)

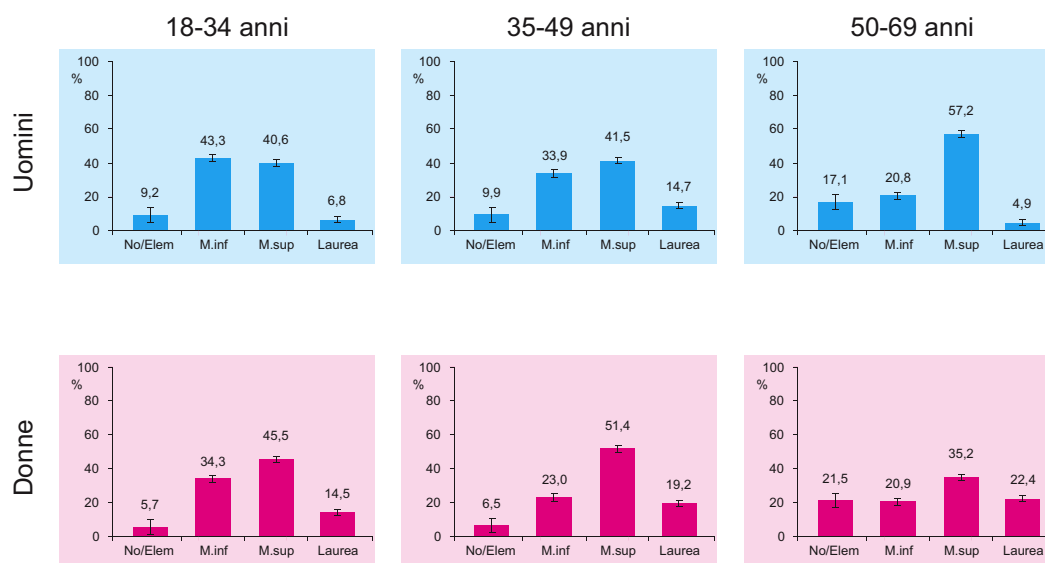
Pool PASSI 2007-09 (n=3.153)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	38,9	38,5-39,4	61,1	60,6-61,5
Classi di età				
18 - 34	42,2	41,5-42,9	50,9	50,4-51,3
35 - 49	54,3	53,6-55,1	39,3	39,0-39,7
50 - 69	3,5	3,4-3,5	9,8	9,6-10,0
Istruzione				
nessuna/elementare	9,9	8,0-12,1	7,6	6,3-9,1
media inferiore	37,4	33,9-41,1	28,5	25,8-31,3
media superiore	41,7	38,0-45,5	46,8	43,7-50,0
laurea	11,0	8,6-14,0	17,1	14,7-19,9
Difficoltà economiche				
molte	27,4	24,0-31,1	21,2	18,8-23,8
qualche	42,1	38,2-46,1	48,7	45,4-52,0
nessuna	30,5	26,8-34,5	30,1	27,2-33,2
Ripartizione geografica				
Nord	81,5	80,5-82,5	71,1	70,9-71,4
Centro	17,4	16,4-18,4	27,9	27,6-28,2
Sud	1,11	1,09-1,12	0,96	0,95-0,97

Il livello d'istruzione

Complessivamente, nel triennio 2007-09, il 60% degli intervistati di 18-69 anni di cittadinanza straniera ha riferito di avere un alto livello d'istruzione (45% un diploma o qualifica di scuola media superiore e 15% una laurea/diploma universitario o titolo superiore) e il 40% un basso livello d'istruzione (8% nessun titolo o una licenza elementare e 32% un diploma di scuola media inferiore). Queste percentuali sono simili a quelle registrate nella popolazione di cittadinanza italiana e sono coerenti con quanto rilevato da altri studi; va, tuttavia, ricordato che il protocollo Passi prevede di intervistare solo le persone in grado di sostenere un colloquio in italiano; è verosimile, pertanto, che vengano escluse preferenzialmente dall'intervista quelle con un più basso livello culturale.

Distribuzione (%) per genere, classe d'età e livello d'istruzione
Pool PASSI 2007-09



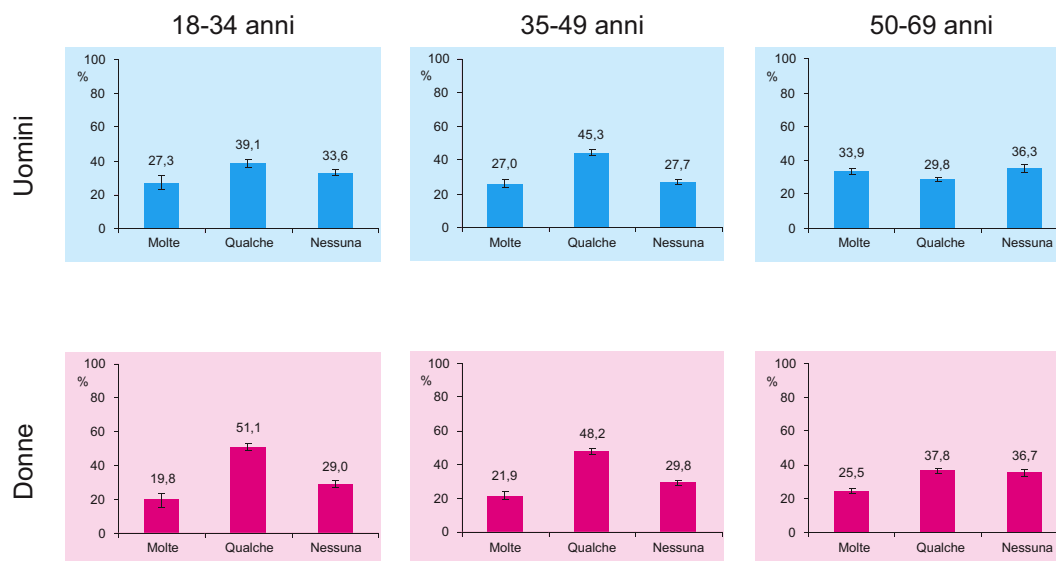
Difficoltà economiche riferite

Nella popolazione intervistata di cittadinanza straniera il 24% ha riferito di avere molte difficoltà economiche, percentuale sensibilmente più elevata rispetto alle persone di cittadinanza italiana (13%); il 46% ha dichiarato invece di avere qualche difficoltà e il 30% nessuna. Come negli italiani, anche negli stranieri, la percezione di avere difficoltà economiche cresce con l'età, sia negli uomini sia nelle donne.

Complessivamente a riferire molte difficoltà economiche sono più gli uomini (27% rispetto al 21% delle donne), le persone di 50-69 anni (27% rispetto al 22% dei 18-34enni) e quelle residenti nelle regioni meridionali (52% rispetto al 24% delle regioni settentrionali e al 22% di quelle centrali).

Distribuzione (%) per genere, classe d'età e difficoltà economiche riferite

Pool PASSI 2007-09



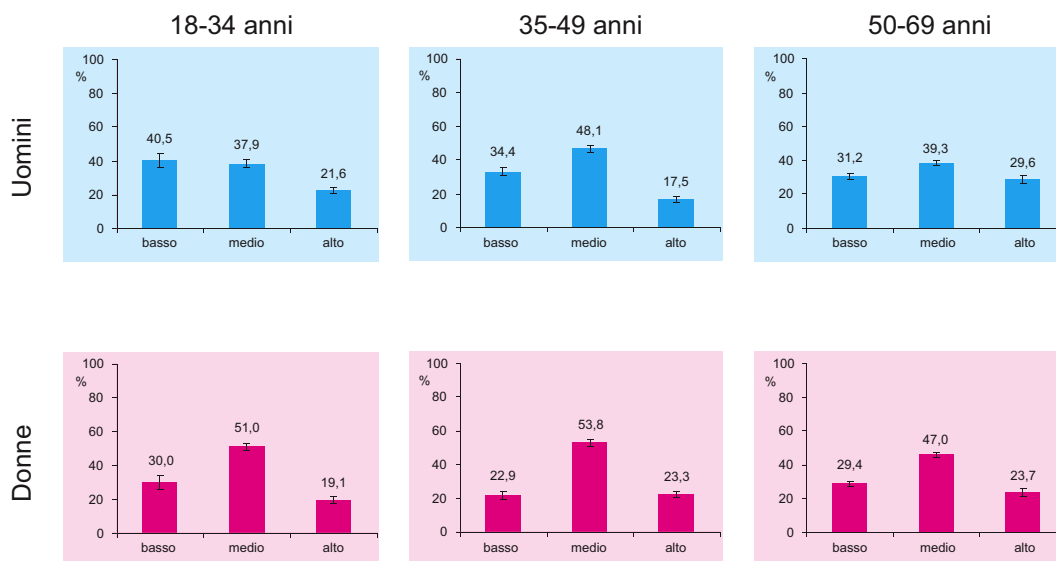
Livello socioeconomico

Analizzando la composizione del campione in base al livello socioeconomico¹ complessivo, il 31% delle persone di cittadinanza straniera si trova in un livello basso, percentuale in linea con quella registrata nella popolazione italiana (29%), il 49% nel livello medio e il 21% in quello alto (valori statisticamente differenti da quelle registrate tra le persone di cittadinanza italiana: rispettivamente 40% e 31%).

Complessivamente, la proporzione di persone nel livello socioeconomico più basso è maggiore negli uomini rispetto alle donne (37% vs 27%) e nelle persone di età 18-34 anni (34% rispetto al 28% dei 35-49enni e al 30% dei 50-69enni), diversamente da quanto accade negli intervistati di cittadinanza italiana, in cui sono le donne e le persone 50-69enni a trovarsi con maggiore frequenza nel livello socioeconomico basso. Il basso livello socioeconomico è, inoltre, più frequente nelle regioni meridionali: 55% rispetto al 32% delle regioni settentrionali e al 27% delle regioni centrali.

Distribuzione (%) per genere, classe d'età e livello socioeconomico¹

Pool PASSI 2007-09



¹ Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche

Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche

Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Abitudine al fumo di sigaretta

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio per numerose patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie; il fumo è coinvolto nella eziologia di un tumore su quattro. In Italia si stima che muoiano circa 80mila persone ogni anno a causa del fumo di tabacco, di cui 38mila per tumore, 20mila per malattie del sistema circolatorio e 14 mila per patologie dell'apparato respiratorio.

L'abitudine al fumo rappresenta il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: al fumo è attribuito circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (*DALYs*).

Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne.

Nel triennio 2007-09 il 28% degli italiani di 18-69 anni ha riferito di fumare sigarette quotidianamente. Fumano di più gli uomini e, in entrambi i generi, le persone di 18-34 anni, quelle con scolarità media inferiore e quelle che riferiscono di avere molte difficoltà economiche.

L'abitudine al fumo è più diffusa nelle regioni centro-meridionali per gli uomini e in quelle centrali per le donne.

Prevalenza dell'abitudine al fumo di sigaretta¹

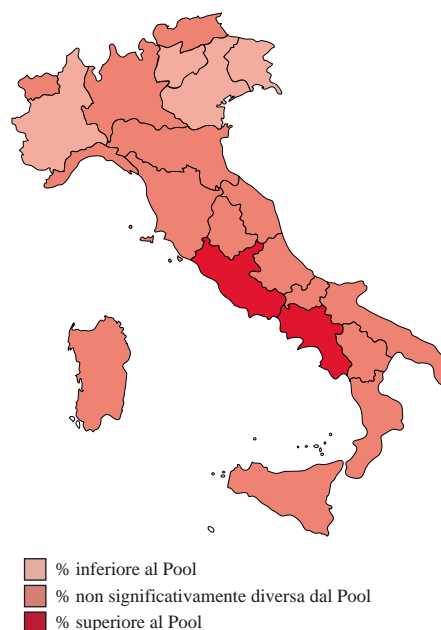
Pool PASSI 2007-09 (n= 94.962)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	32,4	31,9-33,0	23,6	23,1-24,1
Classi di età				
18 - 34	38,8	37,7-40,0	26,3	25,3-27,2
35 - 49	34,3	33,3-35,2	25,1	24,2-26,0
50 - 69	24,9	24,1-25,8	20,2	19,4-21,0
Istruzione				
nessuna/elementare	28,9	27,3-30,7	17,9	16,7-19,2
media inferiore	38,2	37,7-39,2	27,6	26,6-28,7
media superiore	31,9	31,0-32,7	24,2	23,4-25,0
laurea	22,4	20,9-23,9	19,9	18,6-21,3
Difficoltà economiche				
molte	41,3	39,5-43,2	32,1	30,6-33,7
qualche	36,2	35,3-37,2	23,5	22,7-24,3
nessuna	27,2	26,5-28,0	20,8	20,1-21,6
Ripartizione geografica				
Nord	29,7	29,1-30,5	22,3	21,7-22,9
Centro	32,6	31,5-33,8	27,4	26,3-28,5
Sud	35,6	34,4-36,7	22,5	21,5-23,6

¹**Fumatori:** persone che hanno dichiarato di aver fumato più di 100 sigarette nella loro vita e attualmente fumano tutti i giorni (sono esclusi i fumatori occasionali e quelli in astensione).

Abitudine al fumo di sigaretta¹

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



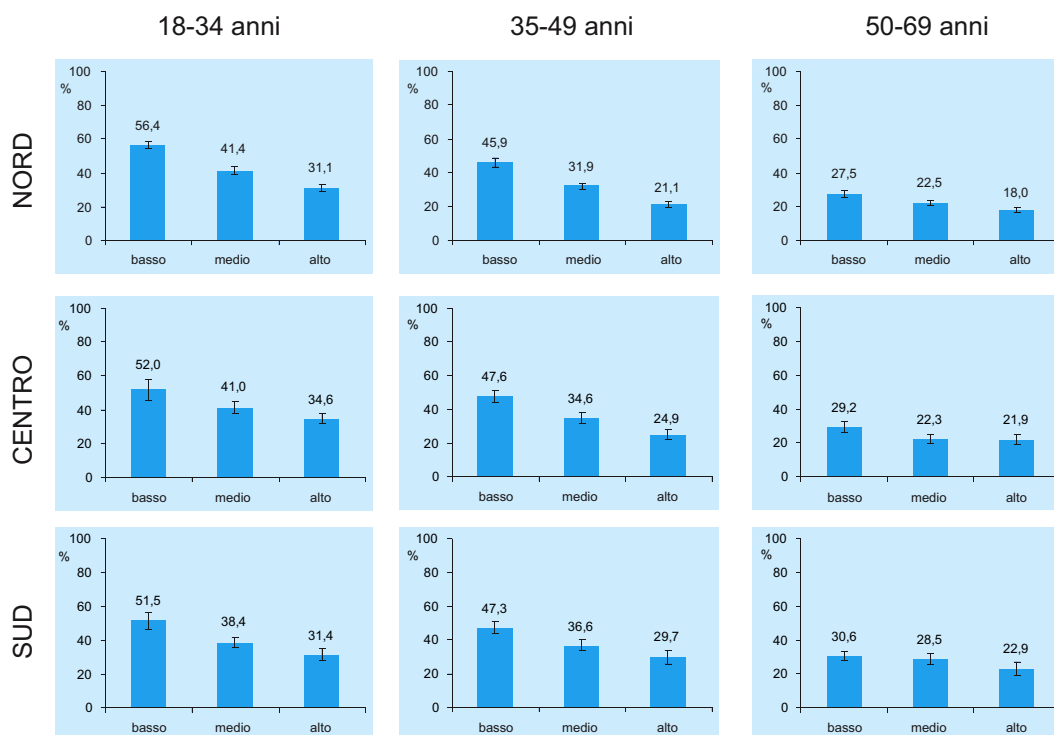
Uomini

Negli uomini l'abitudine al fumo di sigaretta è condizionata dallo stato socioeconomico² in tutte le ripartizioni geografiche; questo fenomeno è più evidente tra 18 e 49 anni, dove la prevalenza quasi raddoppia passando dalla classe più avvantaggiata a quella più svantaggiata; oltre i 50 anni le differenze sono più contenute pur senza annullarsi.

Lo stesso andamento è evidente quando si considerino separatamente il livello di istruzione e le difficoltà economiche percepite (vedi allegato online). Tra i 18-34enni, ad esempio, la prevalenza di fumatori diminuisce linearmente al crescere del titolo di studio: si passa dal 60% fra chi ha una licenza elementare o nessun titolo d'istruzione al 26% di chi ha una laurea. Tra i 50 e i 69 anni, invece, la prevalenza diminuisce in modo significativo soltanto tra i laureati.

La prevalenza di fumatori è strettamente associata anche alle difficoltà economiche soprattutto tra gli uomini con età superiore a 35 anni; tra i 35-49enni fuma il 49% degli uomini con molte difficoltà, il 39% di quelli con qualche difficoltà e il 29% di chi riferisce di non avere difficoltà economiche. Tra i più giovani il gradiente non è lineare: fuma in percentuale quasi simile chi ha riferito molte difficoltà (45%) o alcune (43%), mentre fra chi riferisce di non averne la percentuale è minore (35%) in maniera statisticamente significativa.

**Prevalenza di fumatori
per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica**
Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

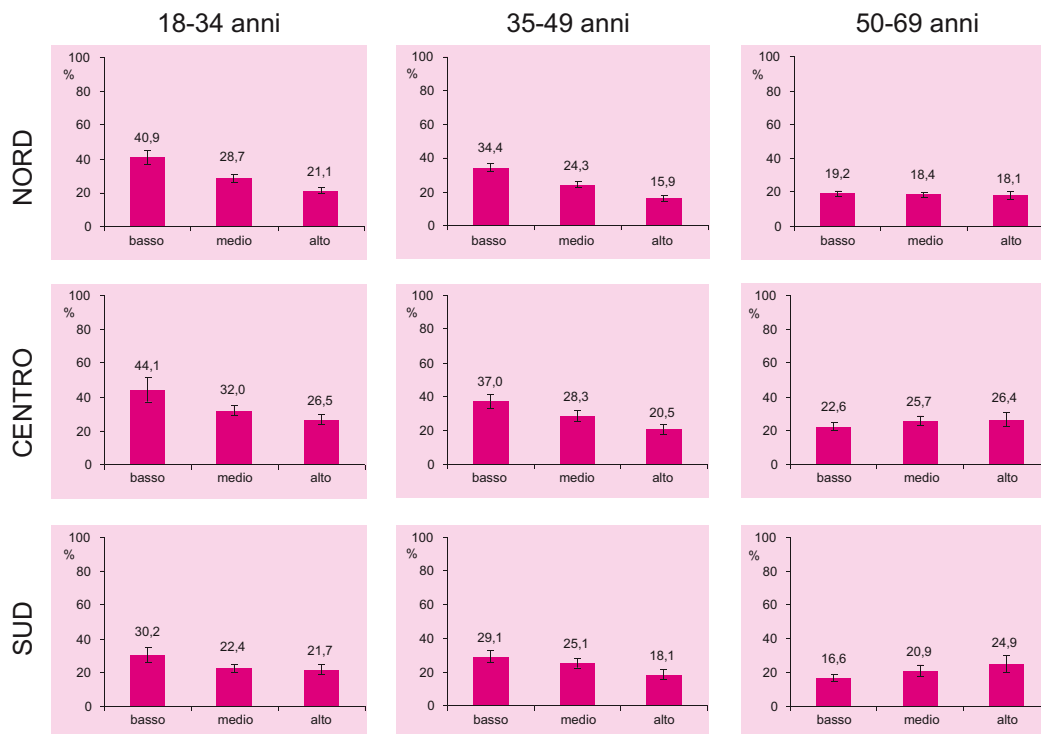
Donne

Complessivamente l'abitudine al fumo di sigaretta nelle donne è influenzata dallo stato socioeconomico², ma l'andamento geografico è più complesso rispetto a quello osservato per gli uomini: tra 18 e 49 anni fumano di più le donne con svantaggio socioeconomico in tutte le ripartizioni geografiche; tra le ultra 50enni non emergono differenze al Nord, mentre al Centro-Sud la prevalenza di fumatrici aumenta all'aumentare dello stato socioeconomico.

Il fenomeno è verosimilmente attribuibile alla diversa associazione tra fumo e livello d'istruzione nelle varie classi d'età (vedi allegato online). Per le donne con età inferiore a 49 anni la bassa istruzione sembra essere un fattore di rischio: tra le donne con scolarità elementare o nulla la percentuale di fumatrici è infatti il doppio di quella tra le laureate. Oltre i 50 anni, invece, l'abitudine al fumo cresce con il livello di istruzione.

In tutte le classi d'età, la prevalenza di fumatrici aumenta tra le donne che riferiscono "molte difficoltà economiche" (vedi allegato online).

**Prevalenza di fumatrici
per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica**
Pool PASSI 2007-09

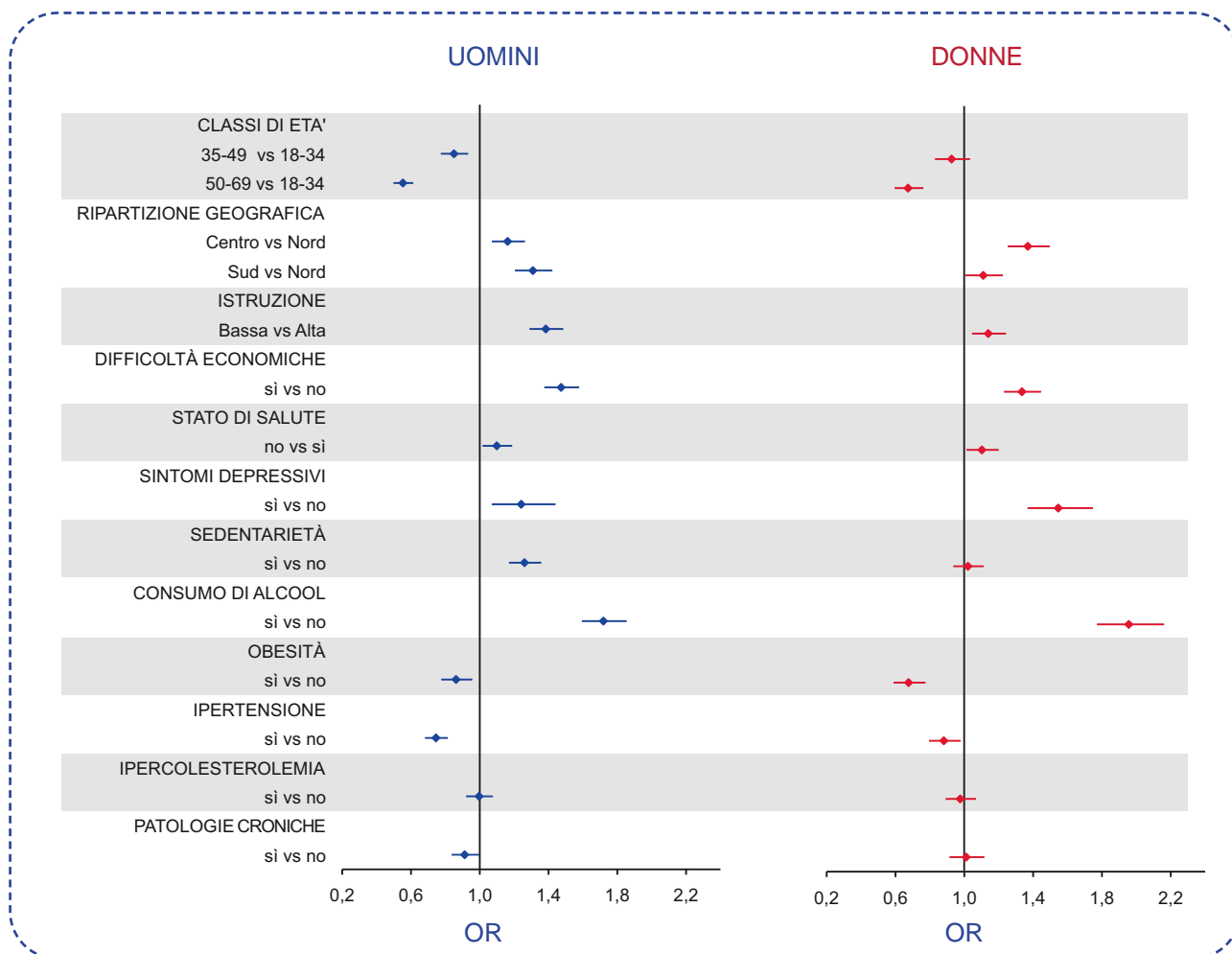


² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati all'abitudine al fumo

L'associazione tra abitudine al fumo, basso livello di istruzione e percezione di avere difficoltà economiche è confermata, in entrambi i generi, anche dall'analisi multivariata. Si osserva, sia negli uomini sia nelle donne, un'associazione del fumo con le classi d'età più giovani, con una percezione del proprio stato di salute non positiva, con la presenza di sintomi depressivi, con il consumo di alcol a rischio e la residenza nelle Regioni del Centro-Sud; solo negli uomini, inoltre, con la sedentarietà. Tra abitudine al fumo ed obesità e ipertensione l'associazione è inversa; è probabile che in presenza di queste condizioni molte persone abbiano smesso di fumare per ridurre il rischio di malattie cardiovascolari.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Consumo di alcol a rischio

In Italia si stima che ogni anno muoiano per patologie alcol-correlate oltre 20 mila persone; in termini relativi la mortalità attribuibile è pari al 4,4% dei decessi negli uomini e al 2,5% di quelli nelle donne. L'alcol è associato a numerose malattie come, ad esempio, la cirrosi epatica, le malattie cardiovascolari, i tumori e il diabete. Il consumo di alcol è spesso responsabile di problemi che coinvolgono anche famiglie e collettività come incidenti stradali, infortuni sul lavoro, episodi di violenza. Anche l'impatto economico è notevole: nei Paesi ad alto e medio reddito, si stima che i costi indotti dal consumo di alcol ammontino a più dell'1% del Prodotto interno lordo.

Il sistema di sorveglianza PASSI rileva il consumo dichiarato di alcol espresso in unità alcoliche (circa 12 grammi di etanolo); il consumo di alcol viene considerato a rischio quando è riferita almeno una delle seguenti modalità¹: consumo "forte", consumo fuori pasto e *binge*.

Complessivamente, nel triennio 2007-09, circa il 20% degli italiani di 18-69 anni ha riferito un consumo di alcol a rischio: l'uso è più diffuso tra gli uomini e in entrambi i generi tra le persone più giovani, in quelle con scolarità medio-alta, soprattutto tra le donne, e in quelle senza difficoltà economiche. È presente un evidente gradiente Nord-Sud sia negli uomini sia nelle donne.

Consumo di alcol a rischio¹ - Prevalenza %

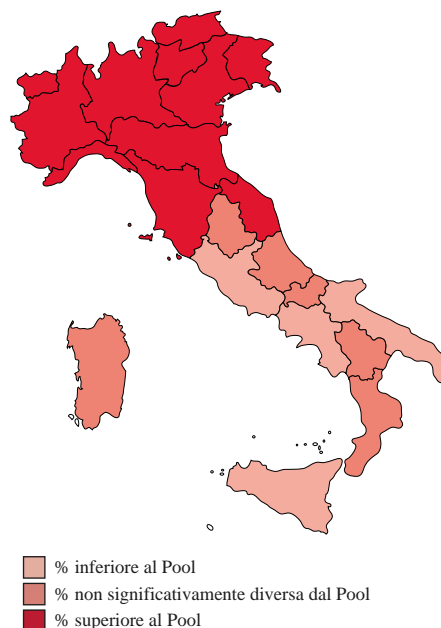
Pool PASSI 2007-09 (n= 93.625)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	24,6	24,1-25,1	14,5	14,1-14,9
Classi di età				
18 - 34	36,7	35,6-37,7	23,5	22,7-24,4
35 - 49	18,8	18,1-19,5	10,6	10,0-11,2
50 - 69	19,5	18,8-20,3	10,8	10,3-11,4
Istruzione				
nessuna/elementare	21,9	20,5-23,4	8,9	8,1-9,8
media inferiore	24,0	23,2-24,9	12,2	11,5-12,9
media superiore	25,7	25,0-26,5	16,3	15,7-17,0
laurea	24,2	22,8-25,7	19,4	18,2-20,7
Difficoltà economiche				
molte	22,6	21,1-24,2	12,2	11,1-13,3
qualche	22,6	21,8-23,4	12,8	12,3-13,5
nessuna	26,7	26,0-27,4	17,0	16,4-17,6
Ripartizione geografica				
Nord	31,8	31,1-32,5	19,4	18,8-20,0
Centro	24,0	23,0-25,1	14,7	13,9-15,6
Sud	16,2	15,4-17,1	8,6	8,0-9,3

¹**Consumo di alcol a rischio:** "forti" consumatori (uomini che nell'ultimo mese hanno assunto almeno una volta 3 o più unità alcoliche, per le donne la soglia è 2 unità); consumatori fuori pasto (persone che bevono solo o prevalentemente fuori pasto); consumatori binge (persone che negli ultimi 30 giorni hanno assunto 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione).

Consumo di alcol a rischio¹

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



Uomini

Il rapporto tra stato socioeconomico e consumo di alcol a rischio è complesso, probabilmente per il sovrapporsi di più fenomeni.

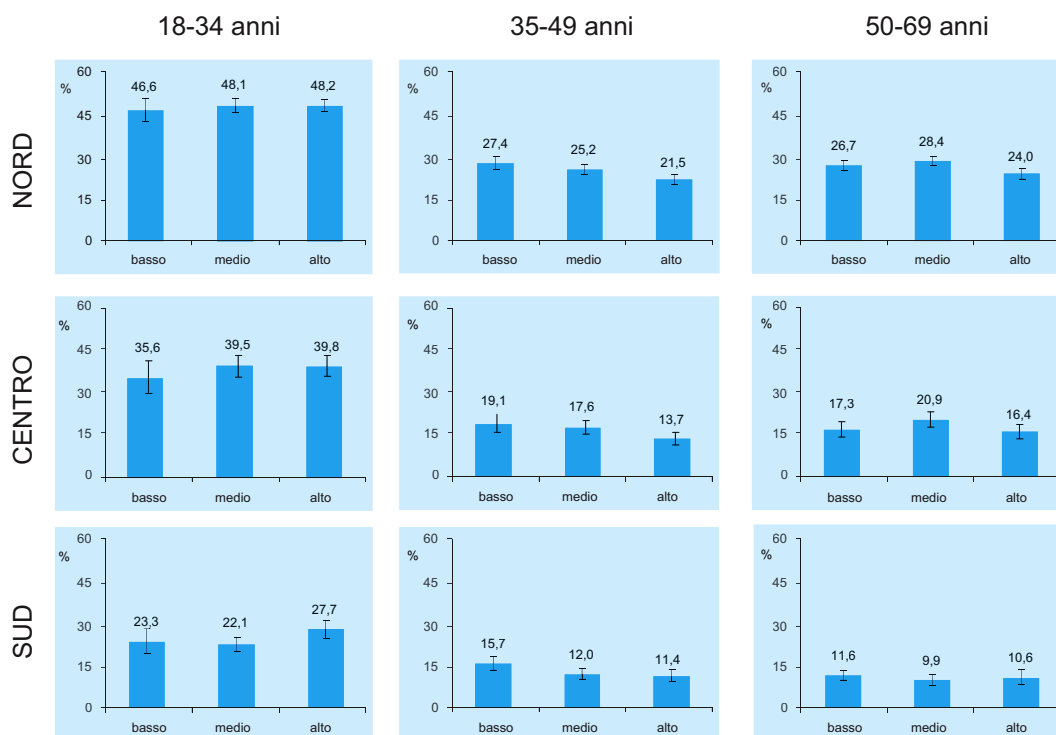
Tra i più giovani (18-34 anni) si nota un modesto gradiente socioeconomico che non raggiunge la significatività statistica. Tuttavia, analizzando separatamente istruzione e difficoltà economiche percepite (vedi allegato online), è più evidente l'aumento di prevalenza di consumatori a rischio al crescere del livello di studio e al diminuire delle difficoltà economiche.

Negli uomini di 35-49 anni all'aumentare del livello socioeconomico si riduce il consumo a rischio.

Nella classe d'età 50-69 anni non si evidenziano particolari differenze per stato socioeconomico, verosimilmente perché istruzione e difficoltà economiche presentano un comportamento opposto: hanno riferito in percentuale maggiore un consumo di alcol a rischio gli uomini con scolarità nessuna/elementare (22%) rispetto ai laureati (18%), e quelli senza difficoltà economiche rispetto a quelli che ne hanno riferite molte (rispettivamente 22% e 18%) (vedi allegato online).

Prevalenza di consumatori di alcol a rischio per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



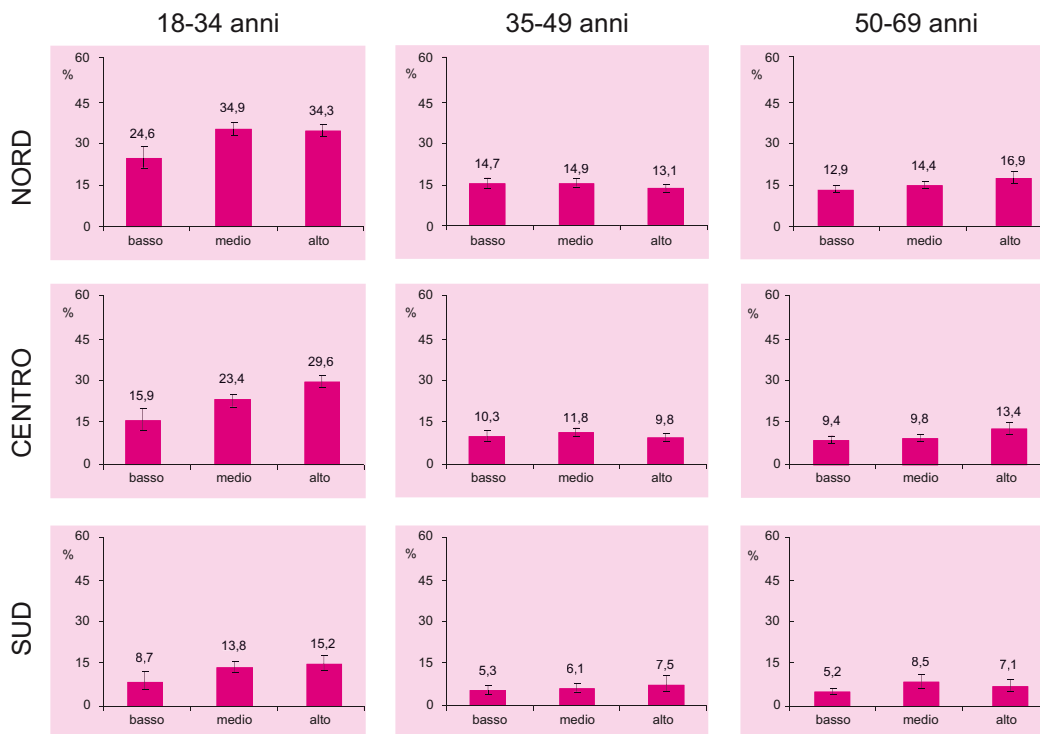
² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Donne

Nelle donne il consumo di alcol a rischio è associato al livello socioeconomico più alto nelle 18-34enni e nelle 50-69enni in tutte le ripartizioni geografiche. Questo andamento è particolarmente evidente in funzione del livello di istruzione: all'aumentare del titolo di studio cresce l'abitudine all'assunzione di alcol a rischio, fenomeno più evidente tra le donne più giovani, dove si passa dall'11% di quelle con scolarità elementare/nessuna al 27% delle laureate (vedi allegato online).

Nella classe d'età 35-49 anni non si evidenzia un trend per stato socioeconomico; si conferma, tuttavia, una prevalenza più bassa (8%) tra le donne con scolarità nessuna/elementare rispetto alle laureate (13%).

Prevalenza di consumatrici di alcol a rischio per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica
Pool PASSI 2007-09



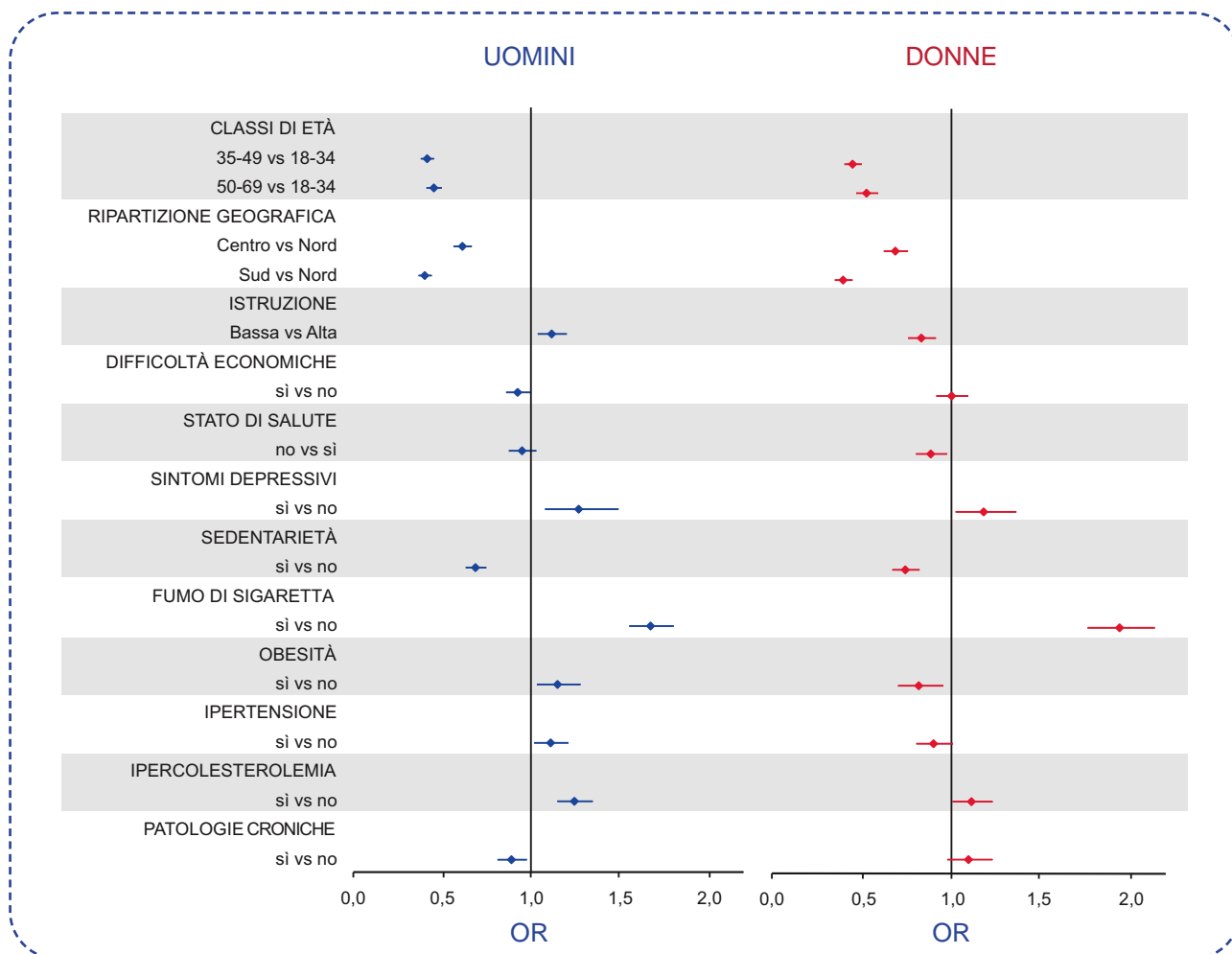
² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati al consumo di alcol a rischio

L'analisi multivariata conferma sia per gli uomini sia per le donne una maggiore frequenza di consumo di alcol a rischio nelle persone più giovani (18-34 anni), nei residenti nelle Regioni del Nord e in presenza di sintomi depressivi. Un altro fattore fortemente associato al consumo di alcol, in entrambi i generi, è il fumo di sigaretta. Non sembra esserci, invece, un'associazione con la percezione di avere difficoltà economiche.

Nelle donne il consumo di alcol definito a rischio è più frequente fra chi ha un livello alto di istruzione, quando lo stato di salute è buono, in assenza di ipertensione, obesità e patologie croniche. Al contrario, negli uomini la frequenza è più alta fra chi ha un livello basso di istruzione e in presenza di obesità, ipertensione e ipercolesterolemia.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Sedentarietà

Esiste ormai un ampio consenso sul fatto che un'attività fisica regolare svolga 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 l'inattività fisica sia associata a 1 milione di morti l'anno e ad oltre 8 milioni di anni di vita in buona salute persi.

Nella sorveglianza PASSI le persone sono state classificate in tre categorie di attività:

- attivo - svolge un lavoro pesante e/o pratica attività fisica nel tempo libero al livello consigliato: almeno 3 giorni alla settimana per almeno 20 minuti, se l'attività è intensa, oppure almeno 5 giorni alla settimana per almeno 30 minuti se l'attività è moderata;
- parzialmente attivo - non fa un lavoro pesante e pratica qualche forma di attività fisica nel tempo libero senza raggiungere il livello consigliato;
- sedentario - svolge un lavoro prevalentemente sedentario e non pratica alcuna attività fisica.

Nel triennio 2007-09 il 29% degli intervistati di nazionalità italiana di 18-69 anni risulta sedentario. La sedentarietà cresce con l'avanzare dell'età in particolare negli uomini. Sono più sedentarie le donne e, in entrambi i generi, le persone con bassa istruzione e quelle con molte difficoltà economiche riferite. È presente, inoltre, un evidente gradiente Nord-Sud sia negli uomini sia nelle donne.

Prevalenza di persone sedentarie¹

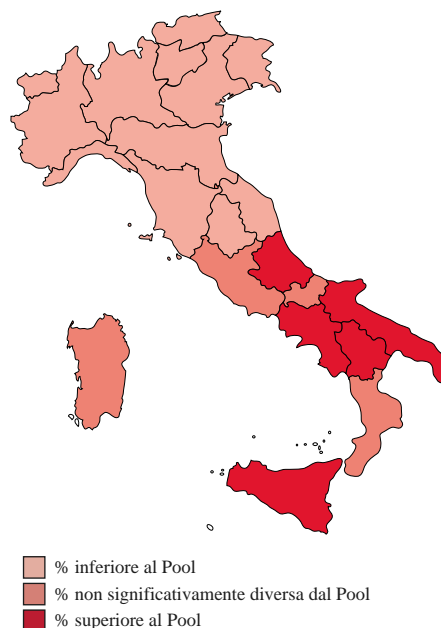
Pool PASSI 2007-09 (n= 94.090)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	27,4	26,9-27,9	31,0	30,5-31,6
Classi di età				
18 - 34	22,2	21,2-23,1	28,9	27,9-29,9
35 - 49	28,6	27,7-29,5	28,7	27,8-29,6
50 - 69	30,9	30,0-31,8	34,9	34,0-35,8
Istruzione				
nessuna/elementare	35,1	33,2-37,0	40,2	38,7-41,7
media inferiore	30,0	29,1-31,0	32,5	31,5-33,6
media superiore	25,4	24,6-26,2	29,0	28,2-29,8
laurea	21,6	20,2-23,1	24,1	22,7-25,5
Difficoltà economiche				
molte	38,8	36,9-40,7	37,6	36,0-39,2
qualche	30,0	29,2-30,9	33,6	32,8-34,5
nessuna	22,4	21,7-23,1	26,1	25,4-26,9
Ripartizione geografica				
Nord	20,9	20,3-21,5	23,5	22,8-24,1
Centro	24,3	23,3-25,3	29,2	28,1-30,3
Sud	37,6	36,4-38,7	41,2	40,0-42,3

¹**Persona sedentaria:** svolge un lavoro prevalentemente sedentario e non pratica alcuna attività fisica

Sedentarietà¹

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



Uomini

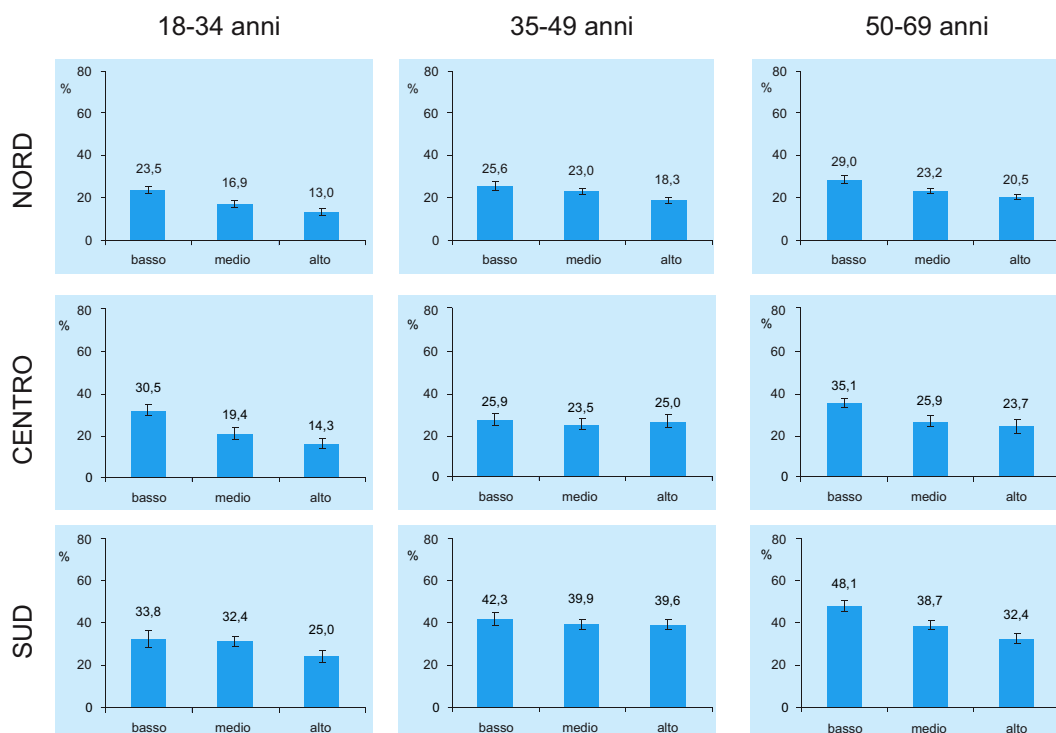
La sedentarietà è associata allo stato socioeconomico² in tutte le ripartizioni geografiche, soprattutto tra gli uomini delle classi d'età 18-34 e 50-69 anni, nei quali la percentuale di sedentari cresce passando dalla classe più avvantaggiata a quella più svantaggiata. Tra i 35-49enni il gradiente socioeconomico è presente solo nelle regioni settentrionali.

Complessivamente il differenziale per livello d'istruzione è forte in tutte le fasce d'età: la sedentarietà diminuisce progressivamente al crescere del titolo di studio, ad esempio tra i 18-34enni si passa dal 40% di chi ha una licenza elementare o nessun titolo d'istruzione al 18% di chi ha una laurea (vedi allegato online).

La percentuale di sedentari è strettamente associata alle difficoltà economiche percepite: per esempio tra i 50-69enni ha uno stile di vita sedentario il 43% degli uomini con molte difficoltà riferite rispetto al 35% di quelli con qualche difficoltà e al 24% di quelli con nessuna (vedi allegato online).

Prevalenza di uomini sedentari per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Donne

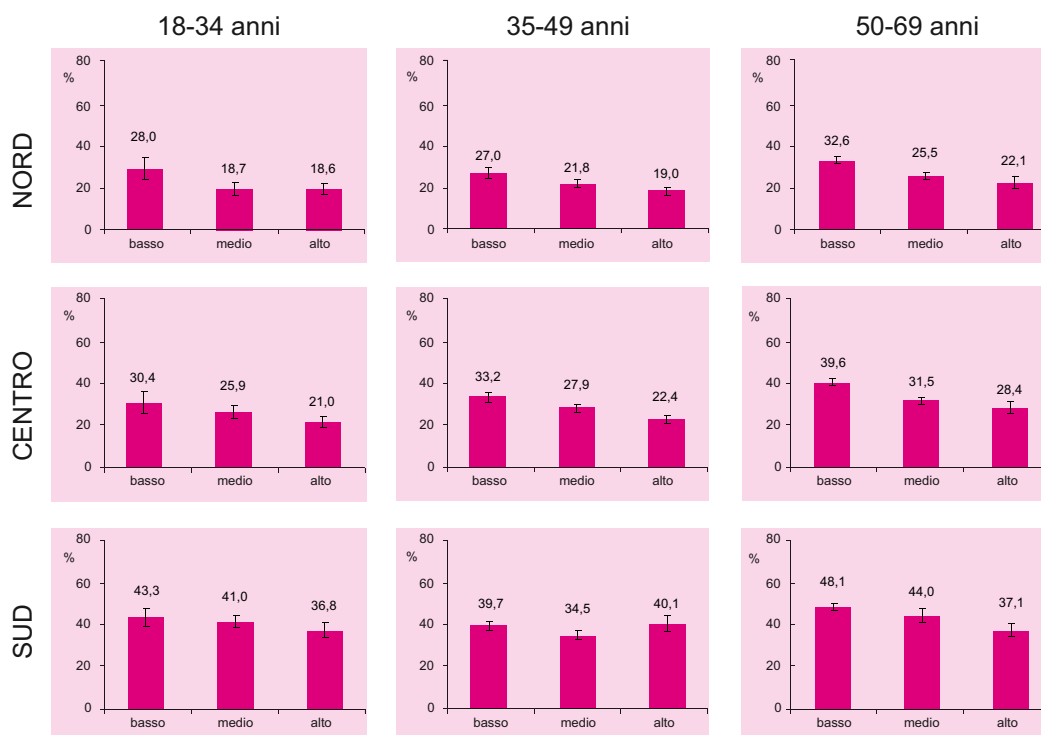
Anche nelle donne lo stato socioeconomico² è associato al livello di attività fisica. Nelle Regioni centro-settentrionali la percentuale di sedentarie diminuisce passando dal livello socioeconomico più basso a quello più alto in tutte le fasce d'età. Nelle Regioni meridionali invece questo fenomeno raggiunge la significatività statistica solo tra le 50-69enni.

Complessivamente il gradiente per livello d'istruzione è evidente in tutte le classi d'età, per esempio tra le 18-34enni si passa dal 42% delle donne con un titolo elementare o assente al 23% delle laureate (vedi allegato online).

La percentuale di sedentarie è strettamente associata alle difficoltà economiche percepite, in modo particolare tra le 18-34enni e tra le 50-69enni (vedi allegato online).

Prevalenza di donne sedentarie per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



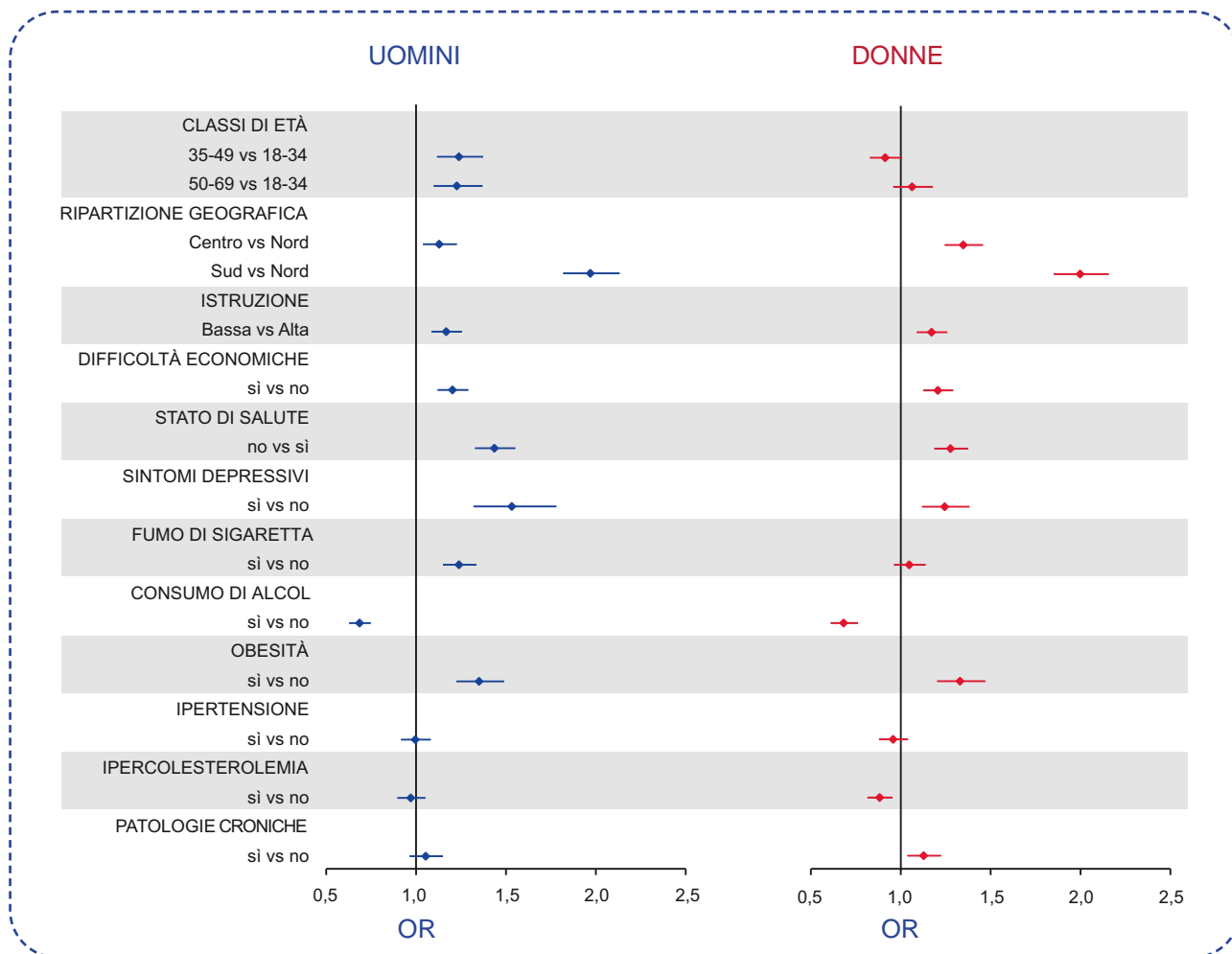
² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati alla sedentarietà

Tenendo conto, con un modello multivariato, dei fattori oggetto di studio si osserva in entrambi i generi l'associazione tra sedentarietà, bassa istruzione e presenza di difficoltà economiche. Si conferma anche, sia negli uomini sia nelle donne, l'associazione statisticamente significativa tra sedentarietà ed il fatto di risiedere nelle Regioni centro-meridionali, a parità di tutti gli altri fattori. Inoltre, risultano associati alla sedentarietà, in entrambi i generi, la percezione non positiva dello stato di salute, la presenza di sintomi depressivi e l'obesità, mentre con il consumo di alcol a rischio si riscontra un'associazione inversa.

Negli uomini, la sedentarietà risulta associata con l'età più avanzata, mentre nelle donne con la presenza di almeno una patologia cronica.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Obesità

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, accorcia la durata della vita e ne peggiora la qualità. In Europa si stima che l'eccesso ponderale provochi circa 1 milione di morti all'anno e poco meno di 12 milioni di anni di vita in buona salute persi (*DALYs*).

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Per questo, è indispensabile monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e negli anziani.

Le caratteristiche ponderali vengono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (*Body Mass Index* o BMI) e sono rappresentate in 4 categorie: *sottopeso* (BMI <18,5), *normopeso* (BMI 18,5-24,9), *sovrappeso* (BMI 25,0-29,9), *obeso* (BMI ≥ 30). Il BMI si ottiene dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato.

Nel triennio 2007-09, circa una persona ogni dieci degli intervistati di nazionalità italiana di 18-69 anni, è classificabile come obesa.

L'obesità è maggiormente diffusa negli uomini e, in entrambi i generi, cresce con l'età ed è più frequente nelle persone con bassa scolarità e in quelle con molte difficoltà economiche riferite.

La prevalenza di obesità mostra inoltre un moderato gradiente geografico Nord-Sud.

Obesità¹ - Prevalenza %

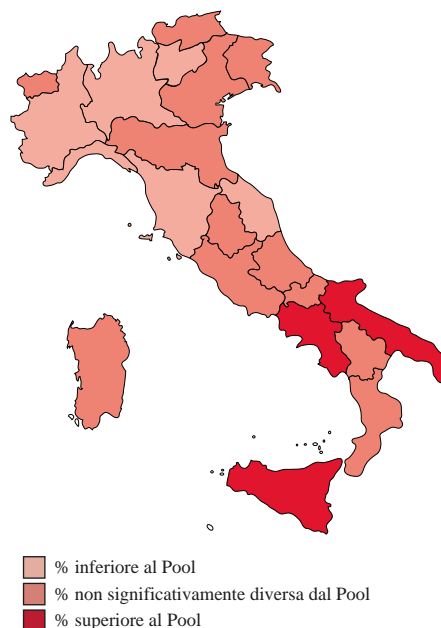
Pool PASSI 2007-09 (n=94.643)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	11,5	11,1-11,9	9,8	9,4-10,2
Classi di età				
18 - 34	5,7	5,2-6,4	3,6	3,3-4,0
35 - 49	11,5	10,8-12,2	7,9	7,4-8,5
50 - 69	16,8	16,0-17,5	16,4	15,7-17,2
Istruzione				
nessuna/elementare	21,7	20,1-23,2	22,9	21,5-24,3
media inferiore	14,1	13,3-14,8	11,5	10,8-12,2
media superiore	8,7	8,2-9,3	5,9	5,5-6,4
laurea	6,9	6,0-7,8	3,9	3,3-4,6
Difficoltà economiche				
molte	17,5	16,0-19,0	17,0	15,8-18,3
qualche	12,6	12,0-13,3	10,7	10,2-11,3
nessuna	9,2	8,7-9,7	6,3	5,9-6,8
Ripartizione geografica				
Nord	10,7	10,3-11,2	8,3	7,9-8,8
Centro	11,1	10,4-11,9	9,2	8,5-9,9
Sud	12,8	12,0-13,7	11,9	11,1-12,7

¹Obesi: persone con BMI ≥ 30

Obesità¹

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



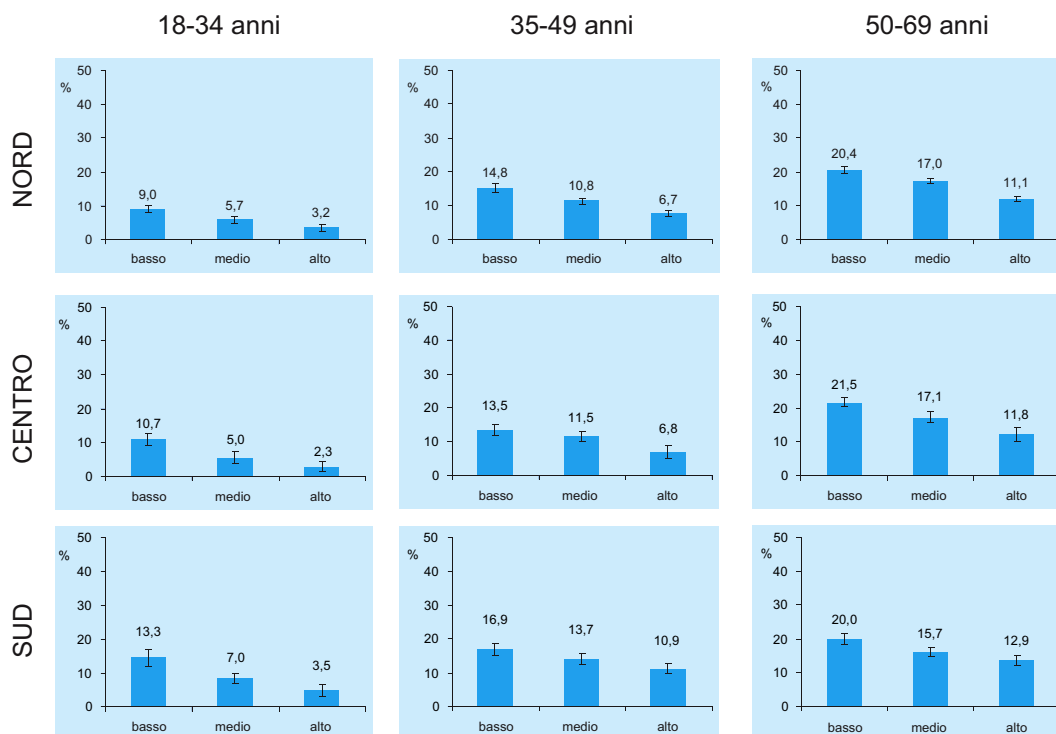
Uomini

L'obesità è associata al livello socioeconomico² in tutte le classi d'età e ripartizioni geografiche: la percentuale di obesi diminuisce progressivamente dal livello più svantaggiato a quello più avvantaggiato: per esempio nella classe d'età 50-69 anni, nelle regioni centrali, si passa dal 21% nel livello socioeconomico più basso al 12% nel livello più alto. L'andamento è simile nelle altre classi d'età con un gradiente più marcato fra i più giovani (18-34 anni). In questa classe d'età è particolarmente evidente il gradiente legato al livello d'istruzione dove si va dal 27% negli uomini con scolarità elementare o nessuna al 2% nei laureati (vedi allegato online).

La prevalenza di obesi varia anche in relazione alle difficoltà economiche: tra i 35-49enni, ad esempio, è obeso il 19% delle persone con molte difficoltà contro il 9% di quelle con nessuna difficoltà economica percepita.

Prevalenza di obesità negli uomini per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

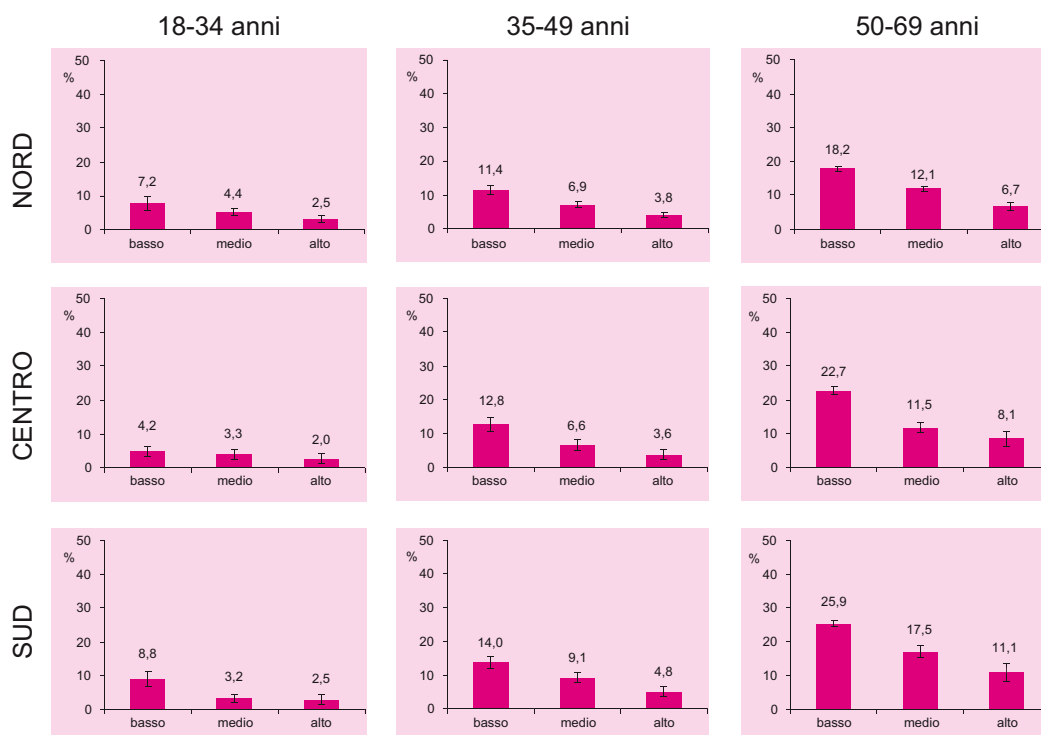
Donne

Anche nelle donne l'obesità si associa allo stato socioeconomico² in modo pressoché lineare in ogni fascia d'età e ripartizione geografica. Le prevalenze più alte si registrano al Sud nelle donne di 50-69 anni con valori crescenti dal 26%, nel livello socioeconomico basso, all'11% nel livello alto.

La prevalenza di obesità diminuisce linearmente all'aumentare del titolo di studio e alla diminuzione della percezione di avere difficoltà economiche (vedi allegato online). Nelle donne di 35-49 anni, per esempio, si scende dal 18% di quelle con scolarità elementare/assente al 4% delle laureate; sono inoltre obese il 14% delle donne con molte difficoltà economiche, il 9% di quelle con qualche difficoltà e il 5% di quelle senza alcuna difficoltà economica percepita.

Prevalenza di obesità nelle donne per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



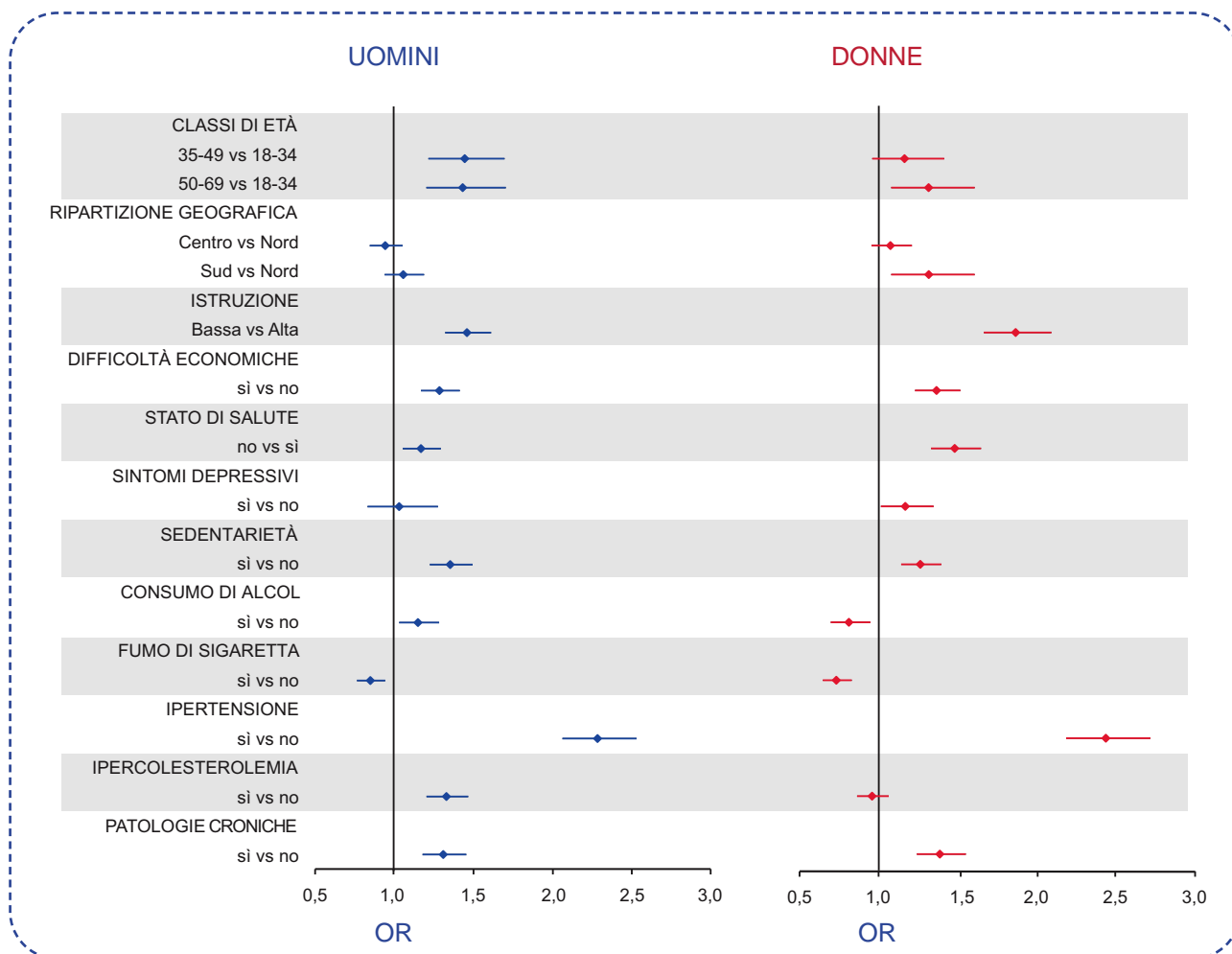
² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati alla prevalenza di obesità

Tenendo conto di tutte le variabili in studio in un modello multivariato, si conferma in entrambi i generi l'associazione tra obesità, bassa istruzione e presenza di difficoltà economiche. In particolare nelle donne con bassa istruzione la prevalenza di obesità è circa doppia rispetto alle laureate. Sia negli uomini sia nelle donne, l'obesità è associata all'età, alla sedentarietà, ad una cattiva percezione del proprio stato di salute, alla presenza di almeno una patologia cronica e all'ipertensione, fattore che mostra gli odds ratio più alti: 2,3 negli uomini e 2,5 nelle donne.

Il consumo di alcol a rischio e l'ipercolesterolemia sono associati a una più alta prevalenza di obesità soltanto negli uomini. Per quanto riguarda la ripartizione geografica, negli uomini non si osserva alcun gradiente mentre nelle donne la prevalenza si conferma più elevata per le residenti nelle Regioni meridionali.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Ipertensione arteriosa

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 il contenuto di sale della dieta, 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 ad oltre 17 milioni di *DALYs* (anni di vita in buona salute persi).

L'ipertensione è prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione ed è possibile contrastarne gli effetti con adeguate terapie farmacologiche e appropriate modifiche degli stili di vita.

Complessivamente, nel triennio 2007-09, il 21% degli italiani di 18-69 anni ha dichiarato di aver avuto una diagnosi di ipertensione da parte di un medico¹. L'ipertensione riferita è più frequente (seppure in misura lieve) negli uomini e aumenta fortemente con il crescere dell'età in entrambi i generi: nella fascia 50-69 anni la prevalenza raggiunge il 40%. Nelle diverse Regioni italiane la prevalenza varia dal 17% al 27% (vedi allegato online), ma senza un evidente gradiente geografico.

Ipertensione arteriosa¹ - Prevalenza %

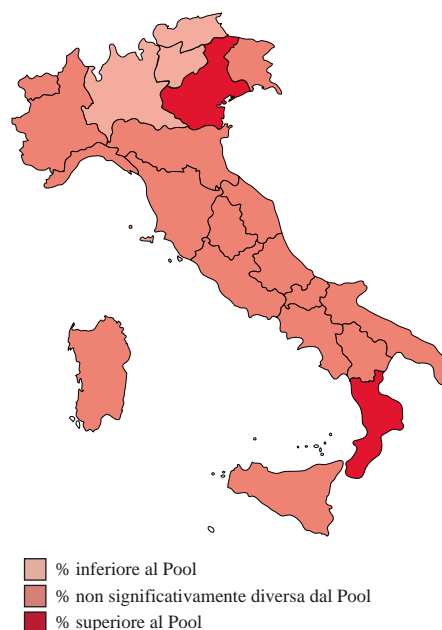
Pool PASSI 2007-09 (n=86.734)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	21,9	21,4-22,4	20,3	19,8-20,8
Classi di età				
18 - 34	5,8	5,2-6,4	3,3	3,0-3,8
35 - 49	16,0	15,2-16,8	11,8	11,1-12,5
50 - 69	39,7	38,7-40,7	39,6	38,7-40,6
Istruzione				
nessuna/elementare	39,4	37,6-41,3	45,9	44,3-47,4
media inferiore	23,4	22,5-24,4	21,3	20,4-22,3
media superiore	17,2	16,5-17,9	13,3	12,6-14,0
laurea	19,7	18,2-21,3	10,1	9,1-11,3
Difficoltà economiche				
molte	26,9	25,2-28,7	27,7	26,3-29,3
qualche	22,2	21,4-23,1	21,1	20,4-21,9
nessuna	20,4	19,7-21,1	16,9	16,2-17,5
Ripartizione geografica				
Nord	22,1	21,5-22,7	19,8	19,3-20,4
Centro	22,1	21,1-23,1	20,2	19,2-21,2
Sud	21,4	20,4-22,5	20,9	20,0-21,9

¹**Ipertesi:** persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa almeno una volta nella vita e che hanno dichiarato di aver avuto una diagnosi di ipertensione da parte di un medico.

Ipertensione arteriosa¹

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



Uomini

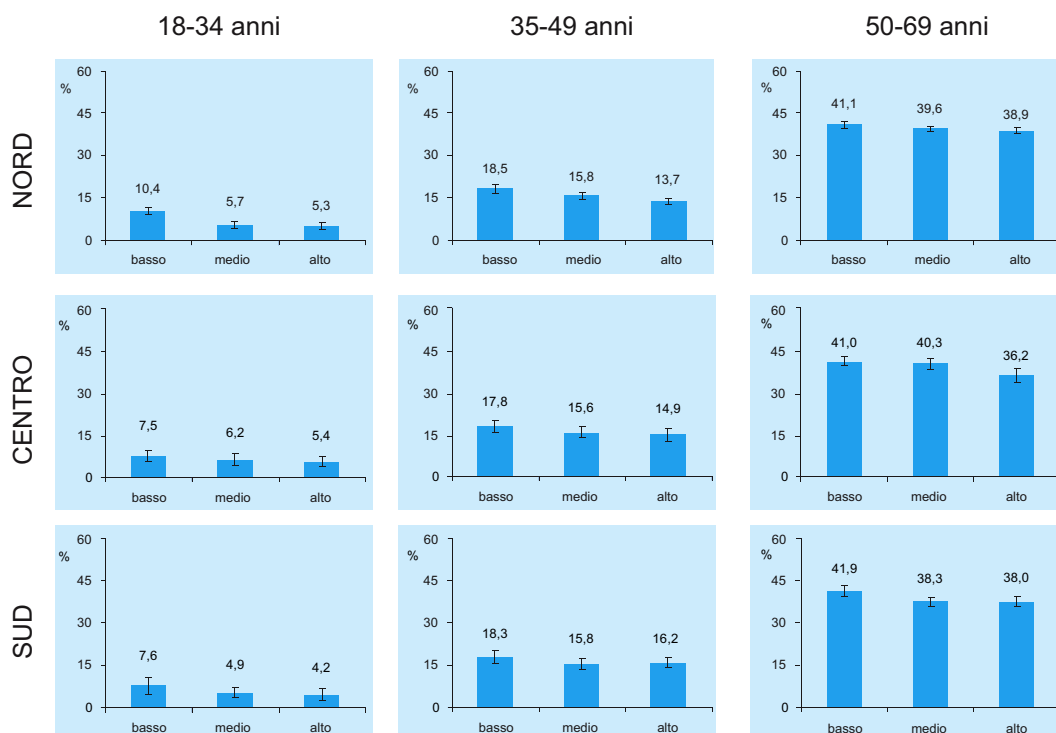
Una prevalenza più alta si osserva, in tutte le classi d'età e ripartizioni geografiche, fra gli uomini con stato socioeconomico basso²; le differenze più elevate si osservano nelle Regioni settentrionali nelle fasce di età 18-34 anni e 35-49 anni, nelle quali la percentuale di ipertesi passa dal livello socioeconomico più alto a quello più basso rispettivamente dal 5% all'10% e dal 14 al 18%.

Nell'intero pool PASSI, per quanto riguarda le differenze per livello d'istruzione, la percentuale di ipertensione riferita è maggiore tra chi ha una scolarità bassa in tutte le fasce d'età, anche se le differenze non sono statisticamente significative (vedi allegato online).

L'ipertensione è più diffusa tra chi ha riferito di avere molte difficoltà economiche, ma questa associazione, come mostrato nelle pagine seguenti, non è confermata dall'analisi multivariata.

Prevalenza di di ipertesi per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche

Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche

Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

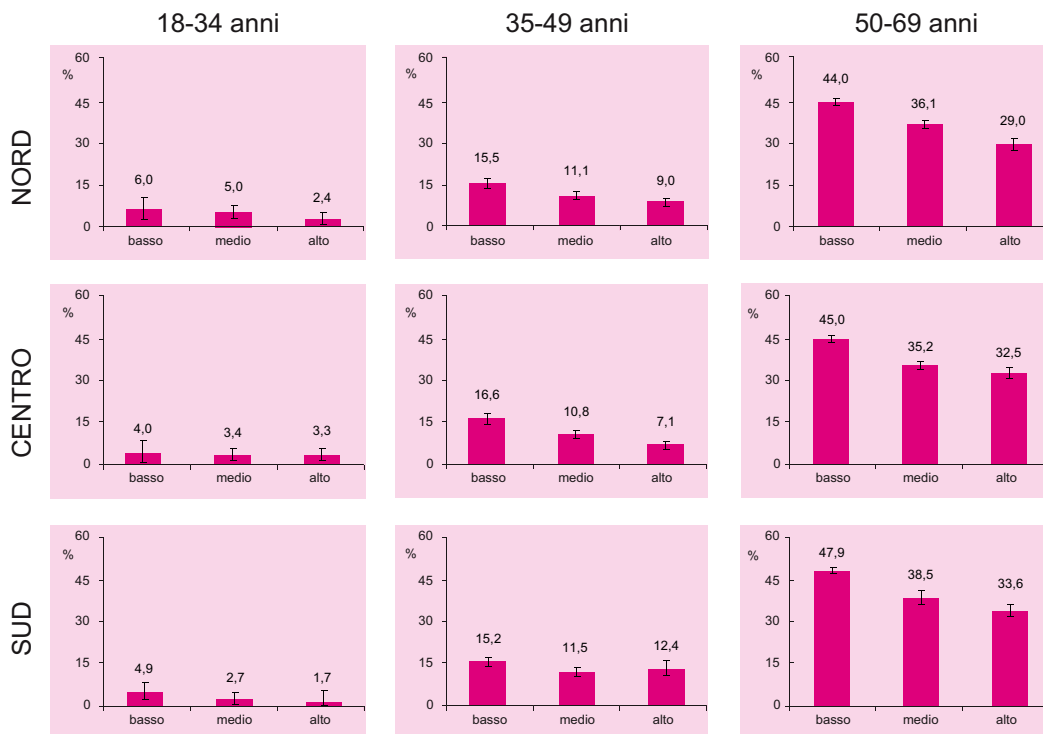
Donne

Nelle donne la prevalenza di ipertensione è associata allo stato socioeconomico con valori più elevati per le persone con stato socioeconomico più basso. Questo andamento è particolarmente evidente nelle Regioni settentrionali: tra le 50-69enni del Nord si passa dal 44% nel livello più svantaggiato al 29% in quello più avvantaggiato.

La frequenza di ipertese diminuisce all'aumentare del titolo di studio in tutte le età; ad esempio, nella fascia 35-49 anni, si va dal 19% delle donne con bassa scolarità all'8% delle laureate (vedi allegato online).

Anche la percezione di avere difficoltà economiche sembra associata alla presenza di ipertensione: nell'età compresa tra 50 e 69 anni è iperteso il 48% delle donne che riferiscono di avere molte difficoltà, il 41% di quelle con qualche difficoltà e il 35% fra chi non ha alcuna difficoltà economica (vedi allegato online). Questa associazione non è, tuttavia, confermata dall'analisi multivariata.

Prevalenza di di ipertese per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica
Pool PASSI 2007-09



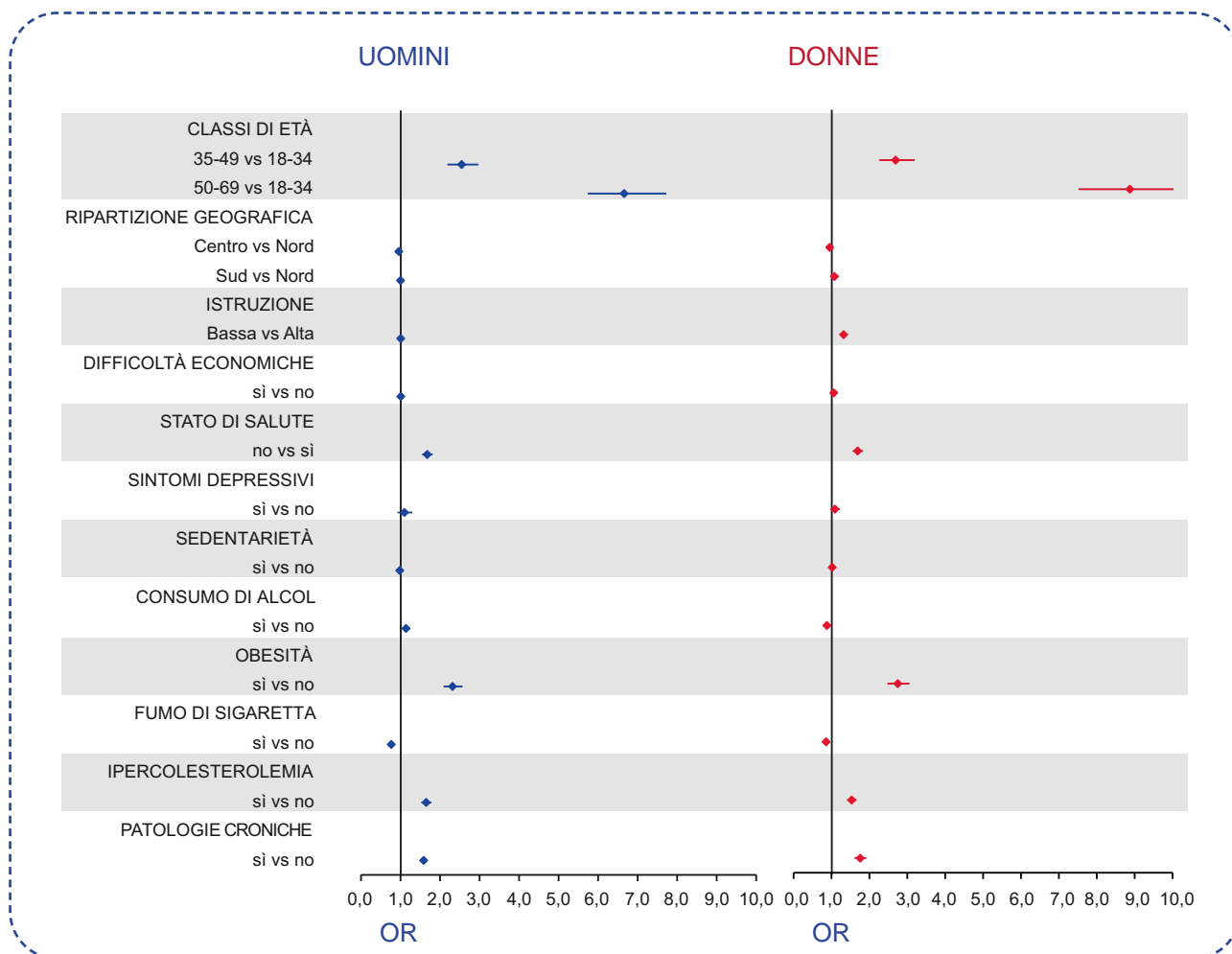
² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati alla presenza di ipertensione

Analizzando l'associazione dell'ipertensione con i vari fattori oggetto di studio, mediante modelli di regressione logistica, si conferma sia per gli uomini sia per le donne un'associazione forte con l'età. La presenza di ipertensione è associata ad un basso livello di istruzione nelle donne, ma non negli uomini, mentre in entrambi i generi non appare legata alle difficoltà economiche percepite.

In entrambi i generi, inoltre, si osserva un'associazione con la percezione non positiva dello stato di salute, l'obesità, l'ipercolesterolemia e le patologie croniche. Viceversa, il fumo di sigaretta risulta inversamente legato all'ipertensione. A tal proposito è opportuno ricordare che i dati analizzati derivano da un'indagine trasversale e non implicano un rapporto causa/effetto; in questo caso, è ragionevole supporre che, in presenza di un fattore di rischio cardiovascolare, una quota delle persone ipertese abbia deciso di smettere di fumare.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio, per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari, sul quale è possibile intervenire con efficacia. In Europa si stima che l'ipercolesterolemia sia responsabile, ogni anno, di oltre 900mila decessi e di un carico di malattia quantificabile in circa 9 milioni di DALYs (anni di vita in buona salute persi).

L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio l'abitudine al fumo e l'ipertensione.

Complessivamente circa un quarto degli intervistati (italiani di 18-69 anni) ha dichiarato di aver avuto una diagnosi di ipercolesterolemia da parte di un medico¹.

In entrambi i generi la prevalenza dell'ipercolesterolemia cresce all'avanzare dell'età e, nelle donne in particolare, si riduce al crescere del titolo di studio. Sia per gli uomini sia per le donne è presente un gradiente geografico Nord-Sud con valori più alti nelle Regioni settentrionali.

Ipercolesterolemia¹ - Prevalenza %

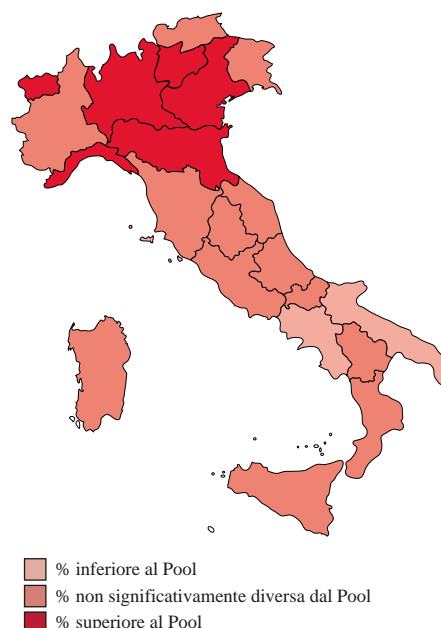
Pool PASSI 2007-09 (n=75.933)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	25,2	24,7-25,8	24,6	24,0-25,1
Classi di età				
18 - 34	9,9	9,1-10,9	9,7	8,9-10,4
35 - 49	25,4	24,4-26,4	17,0	16,1-17,8
50 - 69	33,4	32,4-34,4	39,2	38,2-40,2
Istruzione				
nessuna/elementare	34,5	32,7-36,4	40,5	39,0-42,1
media inferiore	26,5	25,5-27,5	25,8	24,7-26,9
media superiore	22,4	21,5-23,3	19,1	18,3-19,9
laurea	23,5	21,9-25,3	19,1	17,7-20,5
Difficoltà economiche				
molte	28,7	26,8-30,6	28,5	26,8-30,2
qualche	25,1	24,1-26,1	24,1	23,2-24,9
nessuna	24,6	23,8-25,4	23,7	22,9-24,5
Ripartizione geografica				
Nord	27,1	26,3-27,9	27,2	26,5-27,9
Centro	25,2	24,1-26,4	24,5	23,4-25,6
Sud	22,9	21,8-24,1	21,4	20,4-22,5

¹**Ipercolesterolemici:** persone a cui è stato misurato il colesterolo almeno una volta nella vita e che hanno riferito di aver avuto una diagnosi di ipercolesterolemia da parte di un medico.

Ipercolesterolemia¹

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



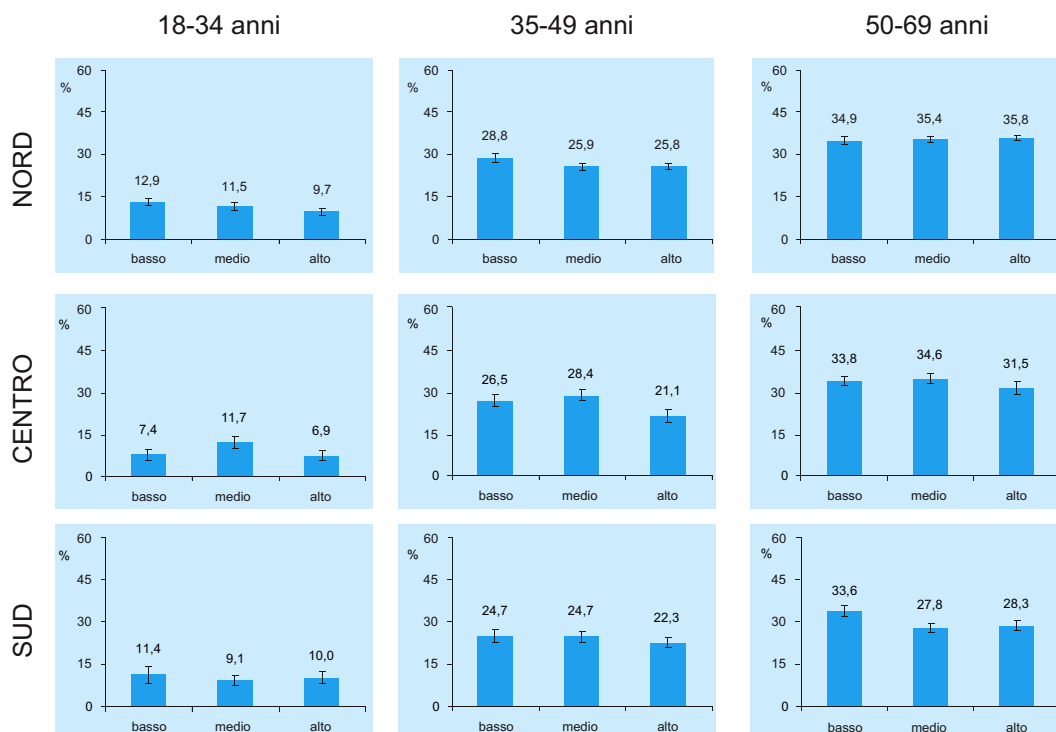
Uomini

In nessuna classe d'età e ripartizione geografica emergono differenze statisticamente significative nella prevalenza di persone con ipercolesterolemia in relazione allo stato socioeconomico².

L'analisi per livello di istruzione (vedi allegato online) mostra una frequenza di ipercolesterolemia più alta fra gli uomini con livello di istruzione più basso, in particolare nelle persone con età inferiore a 50 anni: tra i 35-49enni, ad esempio, la percentuale di ipercolesterolemia riferita passa dal 33% negli uomini con istruzione assente o elementare al 24% in quelli laureati. La bassa numerosità, tuttavia, non permette di arrivare alla soglia della significatività statistica. Considerazioni analoghe valgono per l'analisi in funzione della presenza di difficoltà economiche (vedi allegato online).

Ipercolesterolemia - Prevalenza negli uomini per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

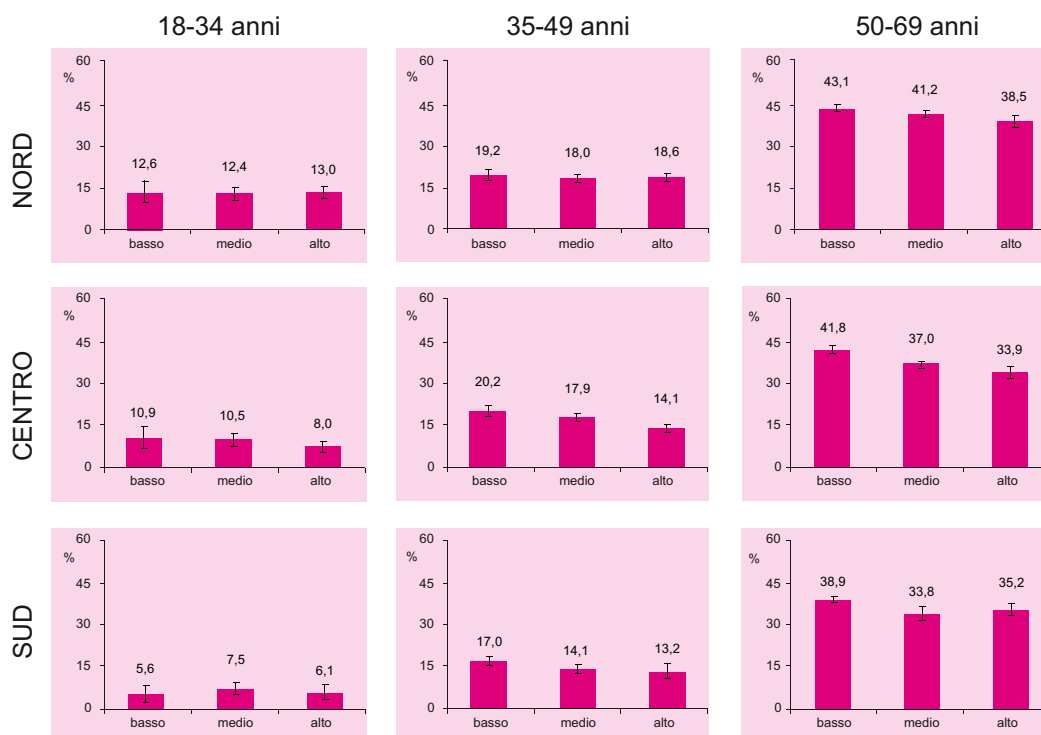
Donne

In generale, la prevalenza di ipercolesterolemia diminuisce al crescere del livello socioeconomico², ad eccezione che per le donne più giovani (18-34 anni) residenti nelle Regioni del Centro-Sud.

L'analisi separata (vedi allegato online) delle due componenti, istruzione e difficoltà economiche, mostra invece un andamento non omogeneo. Per quanto riguarda il livello di istruzione, la prevalenza di ipercolesterolemia diminuisce fra le donne più istruite solamente nella classe d'età 50-69 anni (nessuna istruzione o licenza elementare 43% vs 35% fra le laureate). Al di sotto dei 35 anni, l'andamento è inverso: 5% nelle donne con basso livello di istruzione e 10% fra le laureate. Non sono presenti marcati gradienti della prevalenza di ipercolesterolemia in funzione delle difficoltà economiche percepite (vedi allegato online).

Ipercolesterolemia - Prevalenza nelle donne per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche

Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche

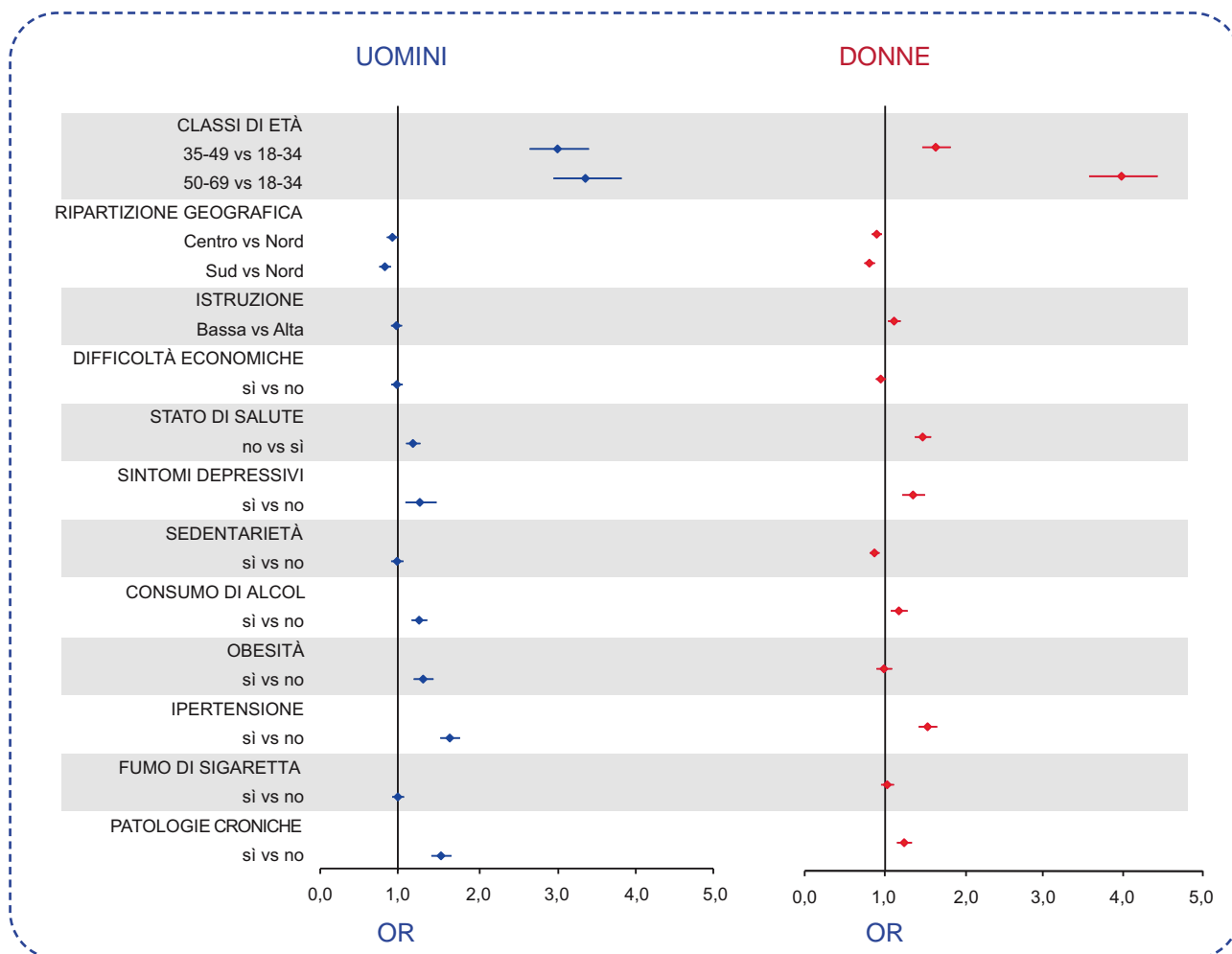
Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati alla presenza di ipercolesterolemia

L'analisi multivariata consente di valutare l'associazione dell'ipercolesterolemia con il livello di istruzione e la presenza di difficoltà economiche al netto dell'effetto di tutti gli altri fattori oggetto di studio.

Si conferma nelle donne una associazione con un basso livello di istruzione, mentre la relazione è inversa con le difficoltà economiche. Negli uomini non c'è associazione tra livello di istruzione/difficoltà economiche e presenza di ipercolesterolemia. In entrambi i generi è molto forte l'effetto dell'età; nelle donne, l'Odds Ratio tra le fasce di età 50-69 anni e 18-34 anni, è pari a 4. Inoltre, la presenza di ipercolesterolemia è associata al fatto di risiedere nelle Regioni del Nord, alla percezione non positiva dello stato di salute, ai sintomi di depressione, al consumo di alcol a rischio, alla presenza di ipertensione e di patologie croniche.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Presenza di almeno una patologia cronica

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte e disabilità in quasi in tutto il mondo. In Europa secondo l’OMS provocano annualmente oltre 9 milioni di decessi e più di 150 milioni di anni di vita in buona salute persi; sono direttamente o indirettamente responsabili del 75% della spesa sanitaria. L’OMS stima che nei paesi ad alto reddito l’87% della mortalità sia causato da patologie croniche; complessivamente però circa l’80% della mortalità per patologie croniche si registra nei paesi a reddito medio basso. Molti studi hanno evidenziato che queste patologie sono associate a livelli socio economici più svantaggiati.

Il controllo e la prevenzione delle patologie croniche e dei fattori di rischio correlati sono pertanto oggetto di piani di intervento europeo, come ad esempio il *Gaining health*, o nazionale come Guadagnare salute e il recente Piano Nazionale della Prevenzione.

La sorveglianza PASSI raccoglie il dato riferito relativo alla presenza di neoplasie, patologie cardiache, diabete, malattie respiratorie croniche e insufficienza renale.

Nel triennio 2007-09 circa il 18% degli italiani di 18-69 anni ha dichiarato di avere almeno una delle patologie croniche in studio¹. La prevalenza aumenta con l’età in entrambi i generi ed è più alta tra le persone con un basso livello d’istruzione e tra quelle che hanno riferito di avere molte difficoltà economiche. Non si rileva un gradiente geografico della prevalenza.

Prevalenza di persone con almeno una patologia cronica¹

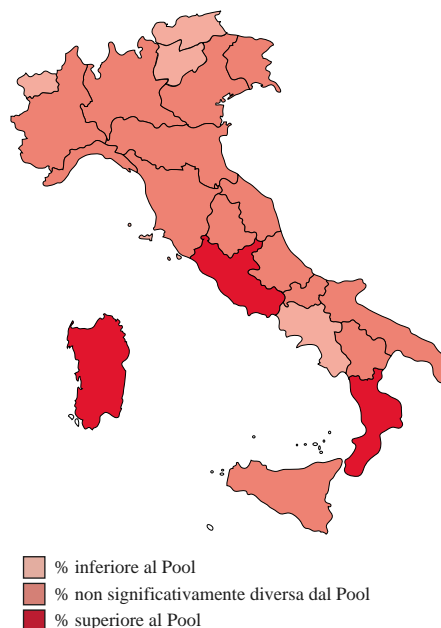
Pool PASSI 2007-09 (n=94.996)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	18,0	17,6-18,5	17,9	17,5-18,4
Classi di età				
18 - 34	6,7	6,2-7,3	7,1	6,5-7,6
35 - 49	11,6	10,9-12,3	13,2	12,5-13,9
50 - 69	34,4	33,5-35,4	30,9	30,0-31,8
Istruzione				
nessuna/elementare	39,8	37,9-41,6	36,3	34,9-37,8
media inferiore	19,5	18,7-20,3	18,9	18,0-19,8
media superiore	13,2	12,6-13,9	12,9	12,3-13,5
laurea	14,0	12,8-15,3	11,4	10,4-12,4
Difficoltà economiche				
molte	28,2	26,5-29,9	26,8	25,3-28,2
qualche	18,4	17,6-19,1	18,7	18,0-19,4
nessuna	15,2	14,6-15,8	14,1	13,5-14,7
Ripartizione geografica				
Nord	17,4	16,9-18,0	17,7	17,1-18,2
Centro	18,5	17,6-19,4	19,5	18,6-20,5
Sud	18,5	17,6-19,4	17,1	16,3-17,9

¹**Patologie croniche indagate:** diabete, insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, infarto del miocardio o altre malattie del cuore, tumori (compresi leucemie e linfomi).

Patologie croniche¹

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



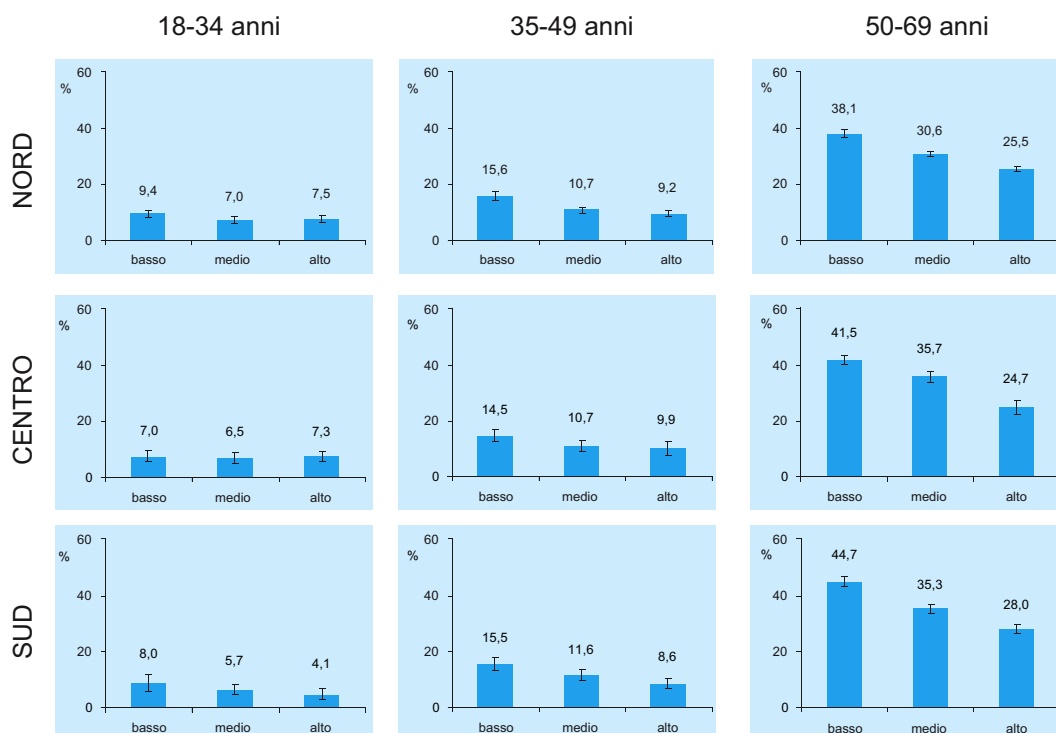
Uomini

Negli uomini lo stato socioeconomico² è associato alla presenza di patologie croniche nelle fasce d'età superiori a 35 anni in tutte le ripartizioni geografiche. Questo fenomeno è evidente soprattutto nell'età più avanzata (50-69 anni), dove la prevalenza di malattie croniche aumenta consistentemente passando dalla classe più avvantaggiata a quella più svantaggiata: nelle Regioni del Centro, ad esempio, si passa dal 25% al 41%. Tra i più giovani, invece, la prevalenza appare pressoché omogenea. L'andamento è sostanzialmente simile anche analizzando separatamente il livello d'istruzione e le difficoltà economiche (vedi allegato online).

La prevalenza di patologie croniche diminuisce linearmente al crescere del livello di istruzione e al decrescere della percezione di avere difficoltà economiche. Negli uomini di età 50-69 anni, in cui la prevalenza è complessivamente più elevata, si passa dal 43% fra chi ha la licenza elementare o nessun titolo d'istruzione al 26% nei laureati, e dal 49% degli uomini con molte difficoltà al 29% di quelli con nessuna difficoltà economica (vedi allegato online).

Presenza di almeno una patologia cronica - Prevalenza negli uomini per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

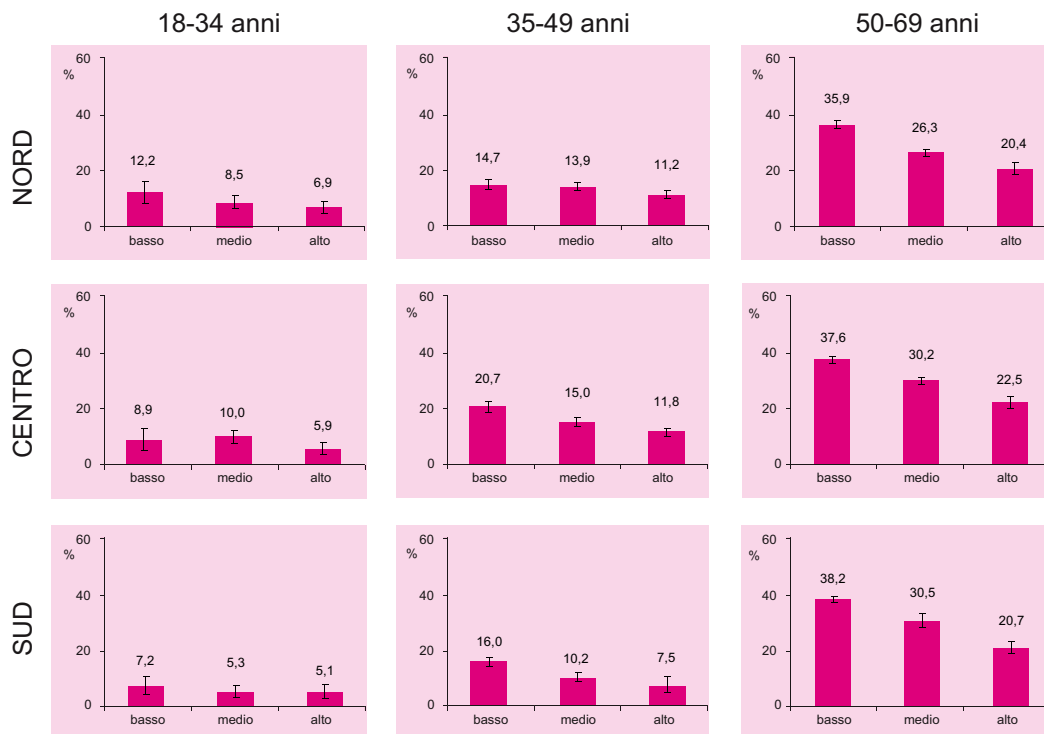
Donne

Nelle donne lo stato socioeconomico² è associato alla prevalenza di patologie croniche in maniera più evidente dopo i 50 anni in tutte le aree geografiche (al Sud si passa dal 21% del livello più avvantaggiato al 38% di quello più svantaggiato).

Così come negli uomini, anche nelle donne la prevalenza di patologie croniche diminuisce al crescere del livello di istruzione e al decrescere della percezione di avere difficoltà economiche in tutte le classi d'età (vedi allegato online). L'andamento è particolarmente evidente nella fascia d'età 50-69 anni: la prevalenza nelle donne con molte difficoltà economiche è quasi il doppio (43%) rispetto a quella (24%) nelle donne senza difficoltà economiche, ed è il 39% fra chi ha un basso titolo di studio rispetto al 21% nelle laureate.

Presenza di almeno una patologia cronica - Prevalenza nelle donne per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09

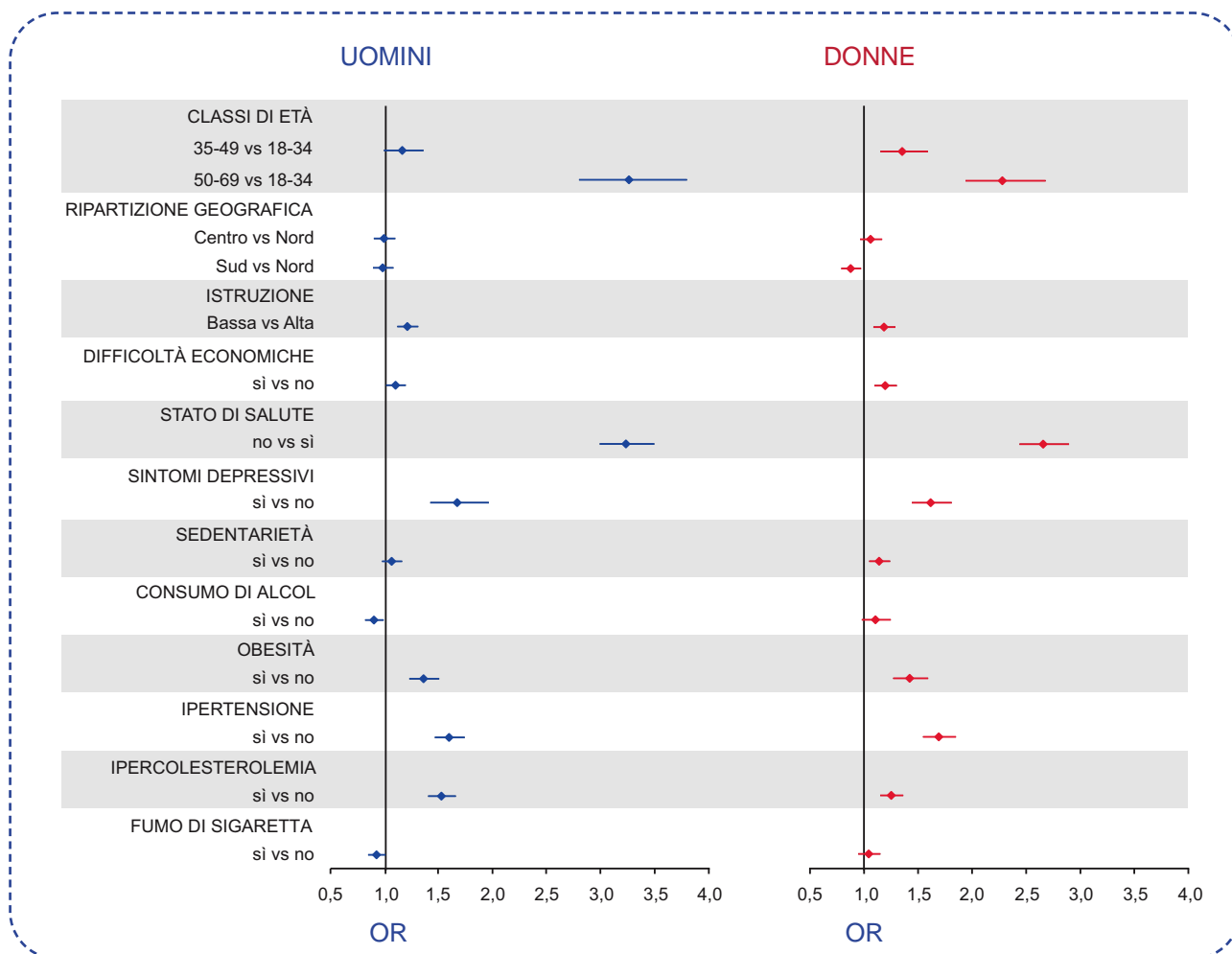


² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati alla presenza di patologie croniche

In entrambi i generi, l'analisi multivariata conferma l'aumento di prevalenza di patologie croniche nelle persone con bassa istruzione e con difficoltà economiche. Non è evidente un andamento geografico della prevalenza ad eccezione che per una minore frequenza nelle donne del Sud. Come atteso, data la natura delle patologie in studio, la prevalenza aumenta al crescere dell'età, nelle persone obese, ed è associata alla presenza di ipertensione e ipercolesterolemia. Inoltre, risultano associati alla presenza di malattie croniche la percezione non positiva dello stato di salute e la presenza di sintomi depressivi.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Presenza di almeno una patologia respiratoria cronica

Le patologie respiratorie croniche rappresentano una delle principali cause di morbilità e mortalità a livello mondiale con un'incidenza in continuo aumento. In Europa i costi diretti causati da queste patologie assorbono circa il 6% del bilancio sanitario totale dell'Unione Europea.

L'incidenza delle patologie respiratorie croniche aumenta al crescere dell'età e, in Italia, queste patologie rappresentano la terza causa di morte, dopo i tumori e le malattie del sistema circolatorio.

Il sistema di sorveglianza PASSI raccoglie il dato riferito relativo alla presenza di bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale.

Nel triennio 2007-09, l'8% degli italiani di 18-69 anni ha riferito di aver avuto la diagnosi, da parte di un medico, di una patologia respiratoria cronica¹. La prevalenza cresce con l'età in entrambi i generi ed è maggiore nelle persone con bassa scolarità e in quelle che riferiscono di avere molte difficoltà economiche.

La prevalenza varia, nelle regioni italiane, dal 5% al 12% (vedi allegato online) ma senza un evidente gradiente geografico.

Patologie respiratorie croniche¹ - Prevalenza %

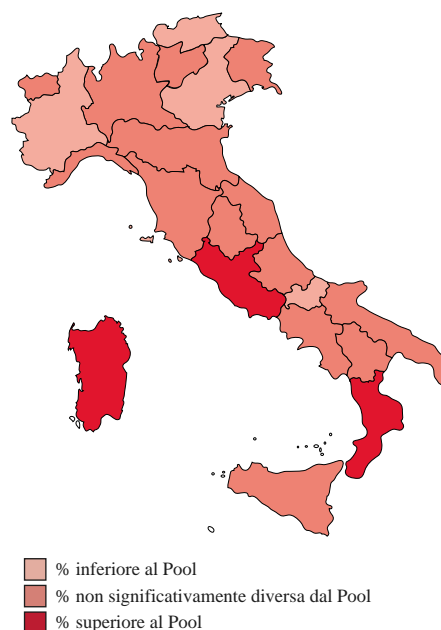
Pool PASSI 2007-09 (n=94.961)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	8,0	7,7-8,4	8,0	7,7-8,3
Classi di età				
18 - 34	4,8	4,3-5,3	4,8	4,4-5,3
35 - 49	6,2	5,7-6,8	6,6	6,1-7,1
50 - 69	12,7	12,0-13,4	11,8	11,2-12,5
Istruzione				
nessuna/elementare	16,7	15,3-18,2	14,0	13,0-15,1
media inferiore	8,7	8,1-9,3	8,5	7,9-9,1
media superiore	6,1	5,7-6,6	6,3	5,8-6,8
laurea	6,1	5,3-7,0	5,6	4,9-6,4
Difficoltà economiche				
molte	14,4	13,1-15,9	12,9	11,8-14,1
qualche	8,2	7,6-8,7	8,1	7,6-8,6
nessuna	6,3	5,9-6,7	6,2	5,7-6,6
Ripartizione geografica				
Nord	7,3	6,9-7,7	7,6	7,2-8,0
Centro	8,6	7,9-9,3	8,9	8,2-9,6
Sud	8,5	7,8-9,2	7,8	7,2-8,5

¹**Patologie respiratorie croniche:** bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale.

Patologie respiratorie croniche¹

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



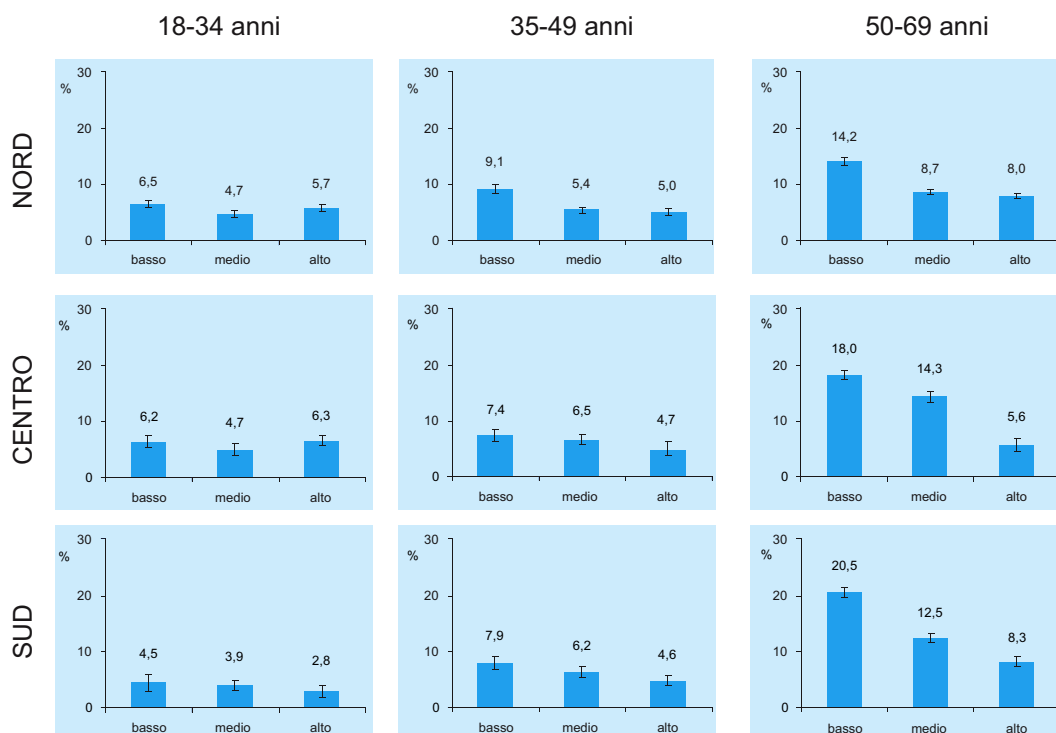
Uomini

Negli uomini la presenza di almeno una patologia respiratoria cronica è associata allo stato socioeconomico² in tutte le ripartizioni geografiche e in modo più evidente dopo i 50 anni. Nelle regioni del Centro, ad esempio, si passa dal 6% nella classe più avvantaggiata al 18% in quella più svantaggiata. Questo andamento è confermato anche dall'analisi per difficoltà economiche percepite. Ad esempio, tra i 50-69enni ha dichiarato di soffrire di una malattia respiratoria cronica il 23% delle persone con molte difficoltà rispetto al 13% di quelle con qualche difficoltà e al 9% di quelle con nessuna difficoltà economica (vedi allegato online).

L'analisi per livello di istruzione mostra, invece, andamenti diversi nelle varie fasce d'età: tra gli uomini di età 35-69 anni la prevalenza diminuisce al crescere del livello di istruzione; nei più giovani, invece, si osservano prevalenze maggiori tra gli uomini con livello di istruzione più alto (vedi allegato online).

Presenza di almeno una patologia respiratoria cronica - Prevalenza negli uomini per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



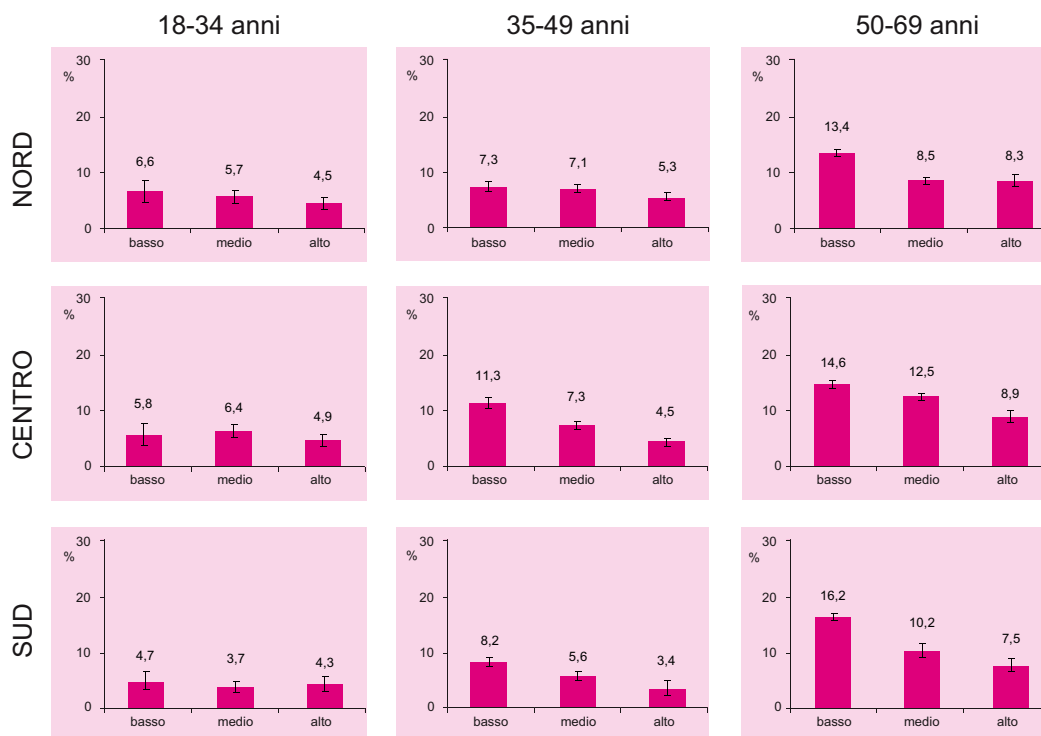
² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Donne

Anche nelle donne la prevalenza riferita di almeno una patologia respiratoria cronica è associata allo stato socioeconomico², in particolare dopo i 50 anni. Nelle regioni meridionali, ad esempio, si passa dal 7% nella classe più avvantaggiata al 16% in quella più svantaggiata. Sempre nella classe d'età 50-69 anni, la prevalenza di malattie respiratorie scende dal 15% nelle donne con basso livello di istruzione (nessuna/elementare) all'8% nelle laureate. Per quanto riguarda le difficoltà economiche percepite si evidenziano gradienti significativi dopo i 35 anni: nella classe d'età 50-69 anni ha dichiarato di soffrire di una malattia respiratoria cronica il 18% delle donne con molte difficoltà rispetto al 12% di quelle con qualche difficoltà e al 9% di quelle con nessuna difficoltà economica (vedi allegato online).

Presenza di almeno una patologia respiratoria cronica - Prevalenza nelle donne per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



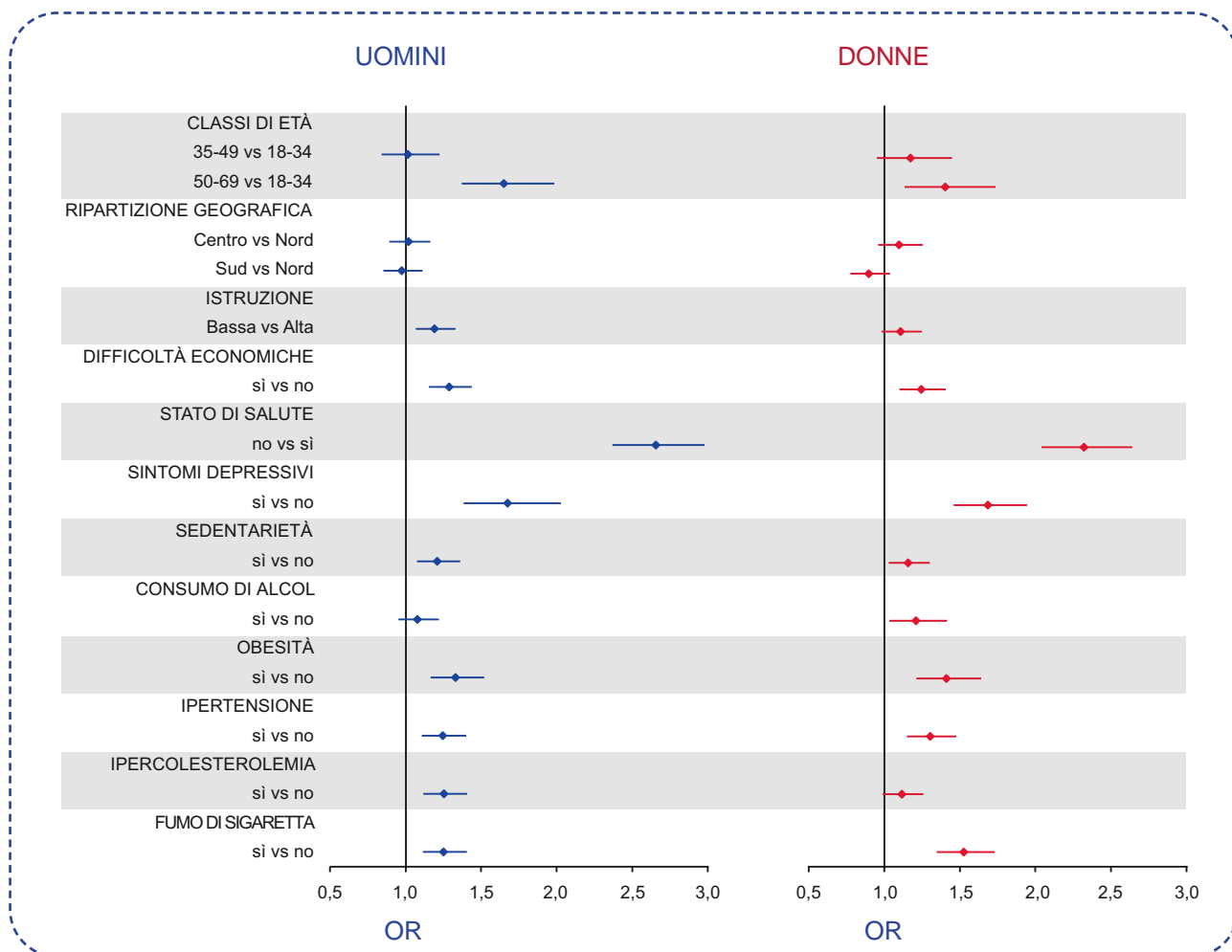
² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati alla presenza di patologie respiratorie croniche

L'analisi multivariata, in cui vengono considerati tutti i fattori in studio, conferma negli uomini l'associazione tra presenza di patologie respiratorie croniche con la bassa istruzione e le difficoltà economiche, mentre nelle donne non è confermata l'associazione con il livello di istruzione.

Come atteso, in entrambi i generi, si osserva l'associazione delle malattie respiratorie con la percezione non positiva dello stato di salute e la presenza di sintomi depressivi. Risultano, inoltre, associati anche il fumo di sigaretta, la sedentarietà, l'obesità e l'ipertensione.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Diabete

Il diabete mellito è una patologia che ha un forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione e un costo socioeconomico molto elevato. Il diabete di tipo 1 (detto anche insulino dipendente) insorge prevalentemente durante l'infanzia e l'adolescenza, mentre quello di tipo 2 (che rappresenta circa il 90% di tutti i casi di malattia) compare prevalentemente in età adulta.

Il diabete di tipo 2 è correlato sia a fattori socioeconomici sia a fattori comportamentali individuali: la sua insorgenza può perciò essere prevenuta con uno stile di vita adeguato. Il decorso del diabete è contrassegnato da numerose complicanze croniche, tra queste quelle particolarmente frequenti e gravi sono quelle cardiovascolari.

In Europa si stima che, ogni anno per patologie legate al diabete, muoiano circa 750.000 persone e vengano persi oltre 7 milioni di anni di vita in buona salute (*DALYs*).

L'OMS ha inserito il diabete tra le patologie croniche su cui maggiormente investire per la prevenzione, dato il crescente peso assunto da questa patologia anche nei Paesi in via di sviluppo e vista la possibilità di attuare misure preventive efficaci e di basso costo.

Nel triennio 2007-09 il 6,9% degli italiani di 35-69 anni¹ ha dichiarato di aver avuto, da parte di un medico, la diagnosi di diabete mellito (tipo 1 o tipo 2). La prevalenza riferita di diabete è maggiore negli uomini e in entrambi i generi è più alta tra le persone di 50-69 anni, tra quelle con un basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche. È presente un evidente gradiente Nord-Sud sia negli uomini sia nelle donne.

Prevalenza di diabete¹

Pool PASSI 2007-09 (n=68.320)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	7,7	7,3-8,1	6,2	5,8-6,5
Classi di età				
35 - 49	2,4	2,1-2,8	1,9	1,7-2,3
50 - 69	12,8	12,2-13,5	10,0	9,4-10,6
Istruzione				
nessuna/elementare	16,1	14,8-17,5	14,4	13,4-15,5
media inferiore	8,0	7,3-8,6	5,7	5,1-6,3
media superiore	5,2	4,7-5,7	3,1	2,7-3,5
laurea	4,9	3,9-6,2	1,8	1,2-2,5
Difficoltà economiche				
molte	11,9	10,6-13,3	11,7	10,5-13,1
qualche	8,2	7,6-8,8	6,5	6,0-7,0
nessuna	6,2	5,7-6,6	3,6	3,3-4,0
Ripartizione geografica				
Nord	6,5	6,1-7,0	4,6	4,2-4,9
Centro	7,6	6,9-8,3	6,4	5,7-7,1
Sud	9,3	8,5-10,2	8,0	7,3-8,8

¹**Diabete:** Per motivi di numerosità si è deciso di considerare solo gli intervistati di età 35-69 anni.

Diabete¹

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



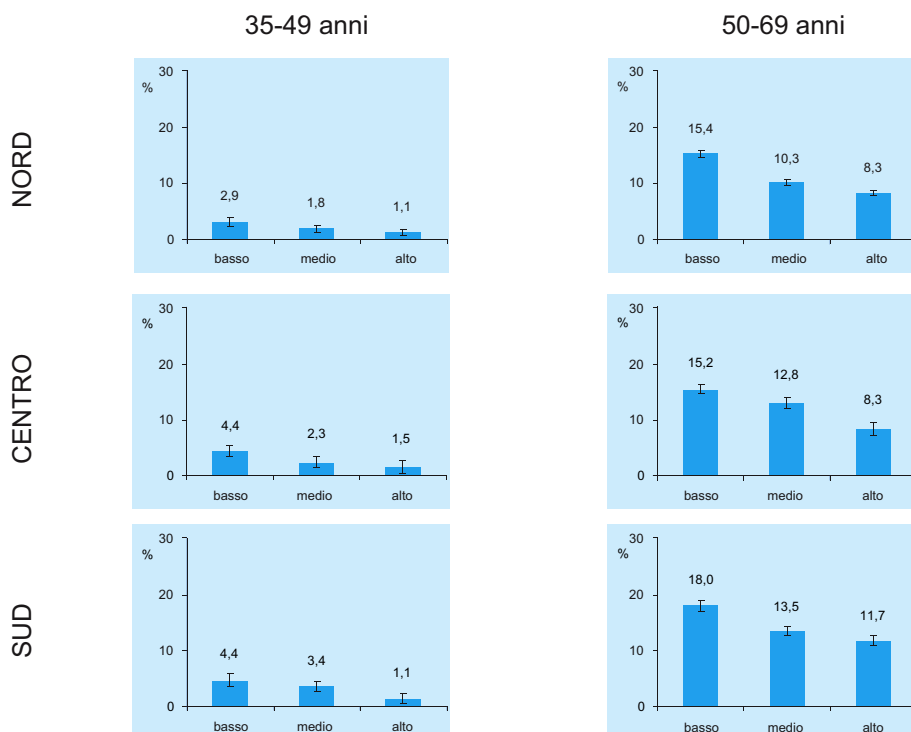
Uomini

Negli uomini lo stato socioeconomico² è associato alla presenza di diabete in ogni fascia d'età e ripartizione geografica con prevalenze più alte nelle classi più svantaggiate rispetto a quelle di livello più alto: nelle persone di 50-69 anni residenti nelle regioni del Nord, ad esempio, la prevalenza nelle persone con basso livello socioeconomico è quasi doppia (15%) rispetto a quella nel livello più alto (8%).

La relazione è ancora più evidente analizzando la prevalenza in funzione del livello d'istruzione: nella classe d'età 50-69 anni la percentuale è pari al 4% nei laureati ma sale al 16% nelle persone senza titolo di studio o con la licenza elementare (vedi allegato online). Nella stessa classe d'età, la prevalenza di diabete è il 18% negli uomini con molte difficoltà economiche, il 14% in quelli con qualche difficoltà e il 10% in quelli senza difficoltà economiche.

Prevalenza di diabete negli uomini per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche

Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche

Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

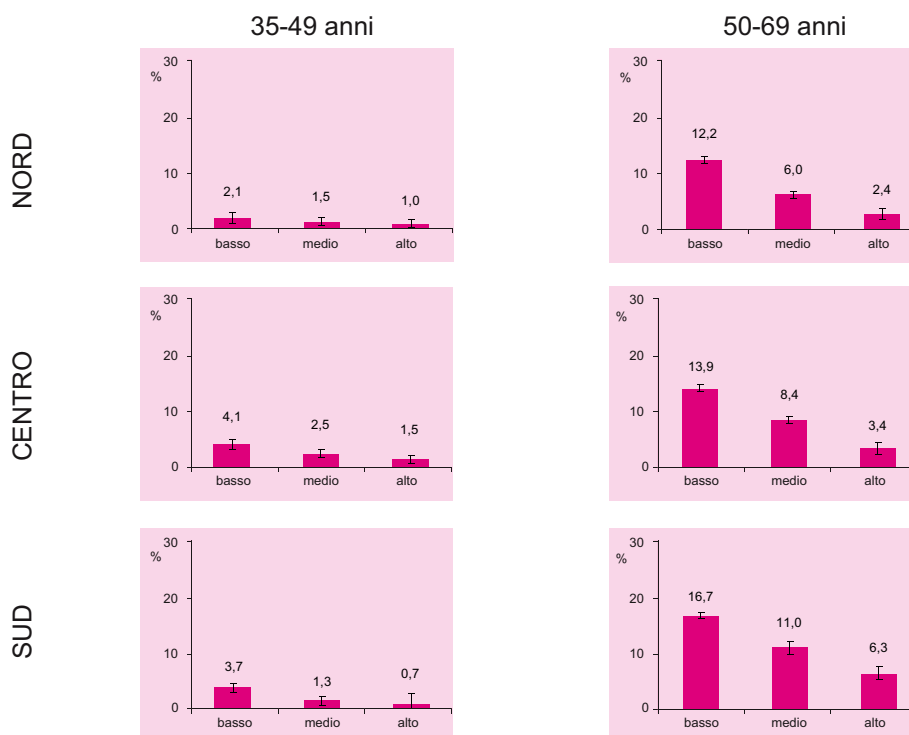
Donne

Nelle donne l'associazione tra prevalenza di diabete e stato socioeconomico² è ancora più marcata rispetto agli uomini, in particolare nella classe d'età 50-69 anni: nelle regioni del Nord, ad esempio, la prevalenza è pari al 2% nelle donne con alto livello socioeconomico e al 12% in quelle con basso livello socioeconomico.

Complessivamente la prevalenza di diabete è associata sia al livello d'istruzione sia alla percezione di avere difficoltà economiche (vedi allegato online). Nella classe 50-69 anni, per esempio, si scende dal 16% delle donne con titolo di studio nessuno/elementare al 4% di quelle con laurea. Nelle 35-49enni la percentuale è pari al 4% nelle donne con molte difficoltà economiche, all'11% in quelle con qualche difficoltà e al 6% in quelle che riferiscono di non avere difficoltà economiche (vedi allegato online).

Prevalenza di diabete nelle donne per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche

Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche

Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

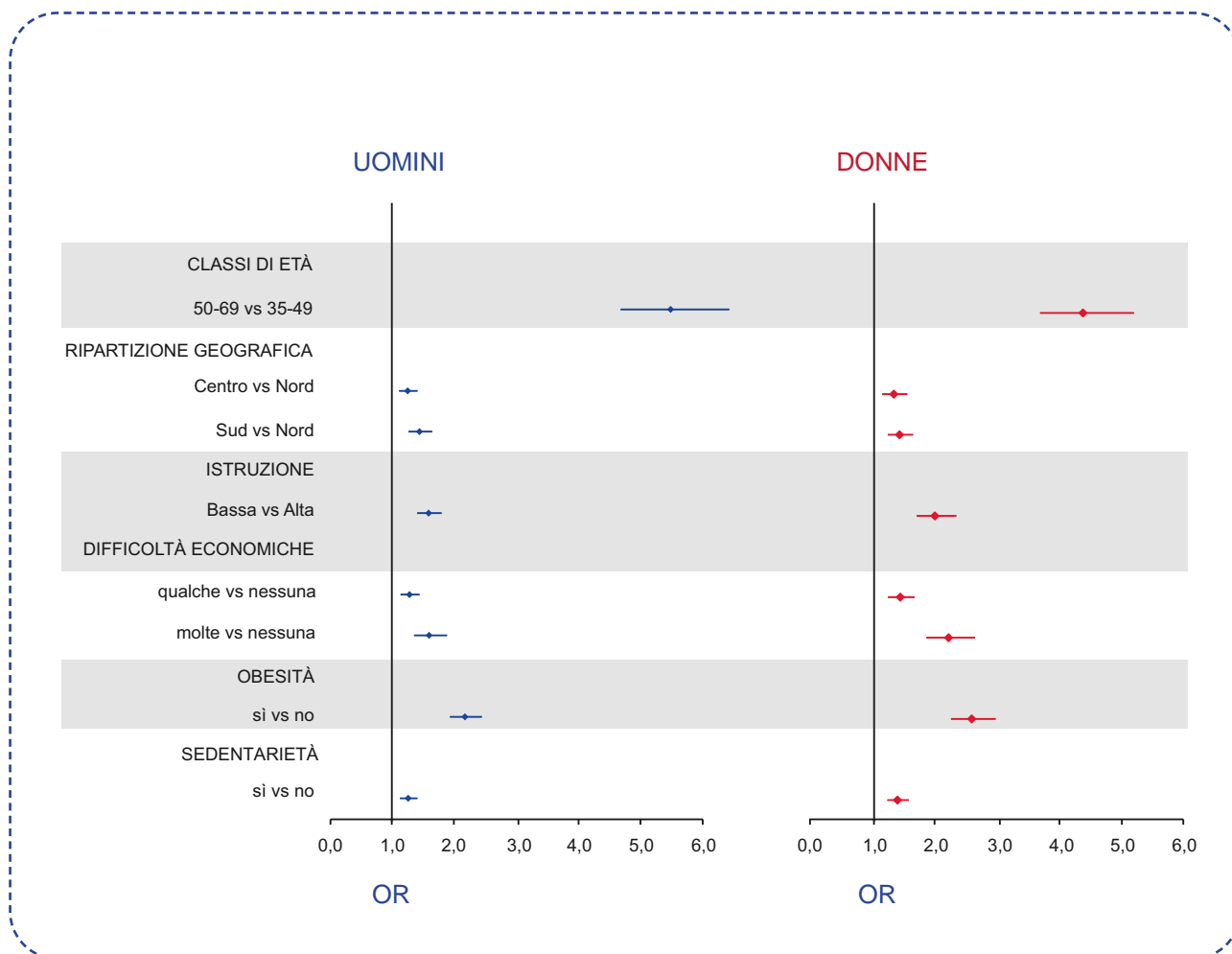
Fattori associati alla presenza di diabete

Per motivi di numerosità l'analisi multivariata, in entrambi i generi, è stata condotta considerando una parte delle variabili in studio: età, ripartizione geografica, livello d'istruzione, percezione di avere difficoltà economiche (3 categorie), obesità e sedentarietà.

Come già evidenziato nelle pagine precedenti, il fattore più fortemente associato al diabete è l'età, con un *odds ratio* superiore a 4 tra la fascia di età 50-69 anni e quella 35-49 anni. In entrambi i generi si conferma l'associazione del diabete con uno stato di svantaggio socioeconomico (basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche); questa associazione è particolarmente forte nelle donne.

A parità di tutti gli altri fattori, si conferma, sia negli uomini sia nelle donne, un'associazione con l'area geografica di residenza, con un gradiente Nord-Sud, nonché con l'obesità e la sedentarietà.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

La neoplasia della mammella provoca un quarto di tutti i tumori maligni delle donne; nonostante la mortalità sia in diminuzione in tutte le età, in Italia nel 2007 i decessi sono stati circa 12.000.

Il Ministero della Salute raccomanda l'esecuzione di uno screening di popolazione, cioè un programma organizzato in cui le donne nella fascia 50-69 anni vengono invitate ogni due anni per eseguire una mammografia. I programmi di screening raggiungono ormai l'87% delle donne di 50-69 anni e consentono di ridurre sensibilmente la mortalità per tumore della mammella in questa fascia d'età.

Il sistema PASSI rileva se è stata effettuata la mammografia nella fascia 50-69 anni e se è stata eseguita all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl oppure su iniziativa personale.

Nel triennio 2007-09 il 69% delle donne italiane di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia a scopo preventivo negli ultimi due anni. L'esecuzione della mammografia nei tempi raccomandati è maggiore nelle donne d'età 50-59 anni, in quelle con un livello d'istruzione alto e in quelle senza difficoltà economiche percepite. Nell'esecuzione della mammografia si evidenzia inoltre un forte gradiente Nord-Sud. Anche la lettera d'invito dell'Asl e il consiglio da parte di un medico sono fattori associati all'esecuzione della mammografia nei tempi raccomandati dalle linee guida.

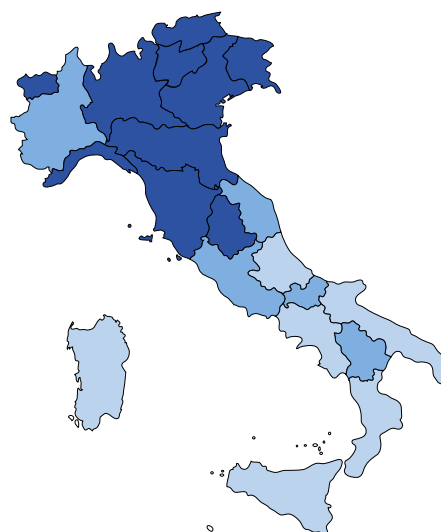
Esecuzione della mammografia negli ultimi due anni Prevalenza %

Pool PASSI 2007-09 (n=18.129)

	Donne (50-69 anni)	
	%	IC95%
Totale	69,1	68,2-69,9
Classi di età		
50 - 59	71,3	70,1-72,6
60 - 69	66,6	65,3-67,9
Istruzione		
nessuna/elementare	64,0	62,4-65,6
media inferiore	68,9	67,3-70,5
media superiore	74,0	72,2-75,7
laurea	76,1	72,8-79,0
Difficoltà economiche		
molte	55,5	52,9-58,1
qualche	67,0	65,5-68,3
nessuna	77,0	75,8-78,3
Ripartizione geografica		
Nord	80,0	79,0-80,9
Centro	75,1	73,4-76,8
Sud	49,4	47,4-51,5
Lettera d'invito dell'Asl		
sì	80,3	79,4-81,2
no	49,8	48,0-51,6
Consiglio medico		
sì	77,1	76,0-78,1
no	56,2	54,7-57,8

Esecuzione della mammografia negli ultimi due anni

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



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

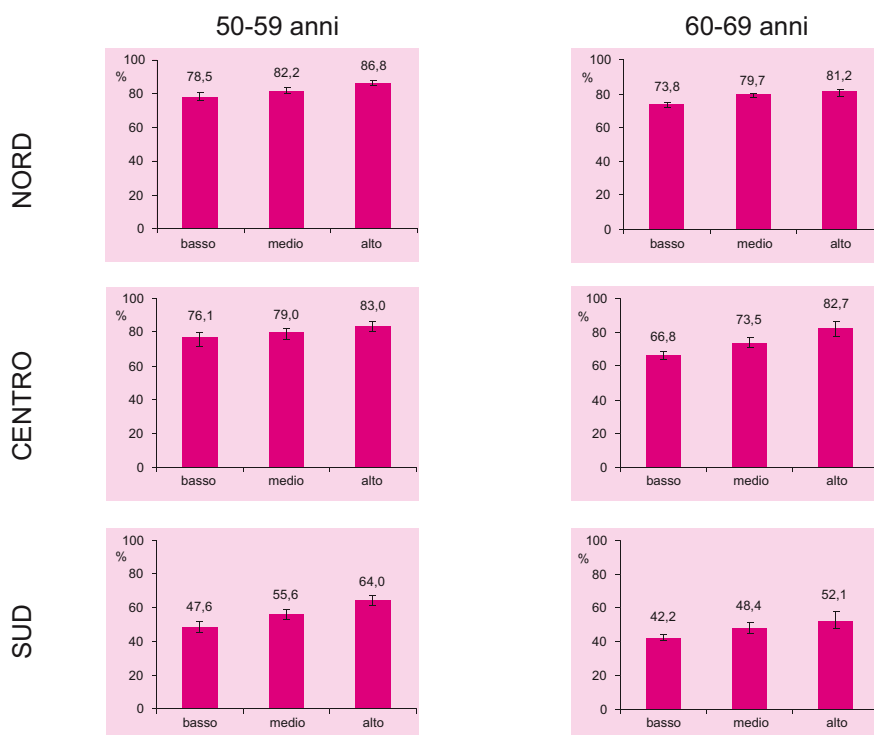
Esecuzione della mammografia e stato socioeconomico

In generale, si osserva un'associazione tra l'esecuzione della mammografia, nei tempi raccomandati, e lo stato socioeconomico¹ in ogni classe d'età e ripartizione geografica con un andamento crescente passando dal livello socioeconomico più basso a quello più alto. Ad esempio nelle 60-69enni delle regioni centrali la percentuale di esecuzione della mammografia negli ultimi due anni cresce dal 67% nel livello più svantaggiato all'83% nel livello più avvantaggiato.

Un andamento simile si osserva analizzando separatamente il livello d'istruzione e le difficoltà economiche percepite (vedi allegato online). Nella classe d'età 50-69 anni, esegue la mammografia il 65% delle donne con basso titolo di studio (assente/elementare) e il 79% di quelle laureate. Si evidenziano differenziali più marcati per le difficoltà economiche: ad esempio nelle donne di 60-69 anni si va dal 53% di quelle con molte difficoltà, al 65% di quelle con qualche difficoltà e al 75% di chi non ne riferisce (vedi allegato online).

Esecuzione della mammografia negli ultimi due anni per livello socioeconomico¹, classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



¹ Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

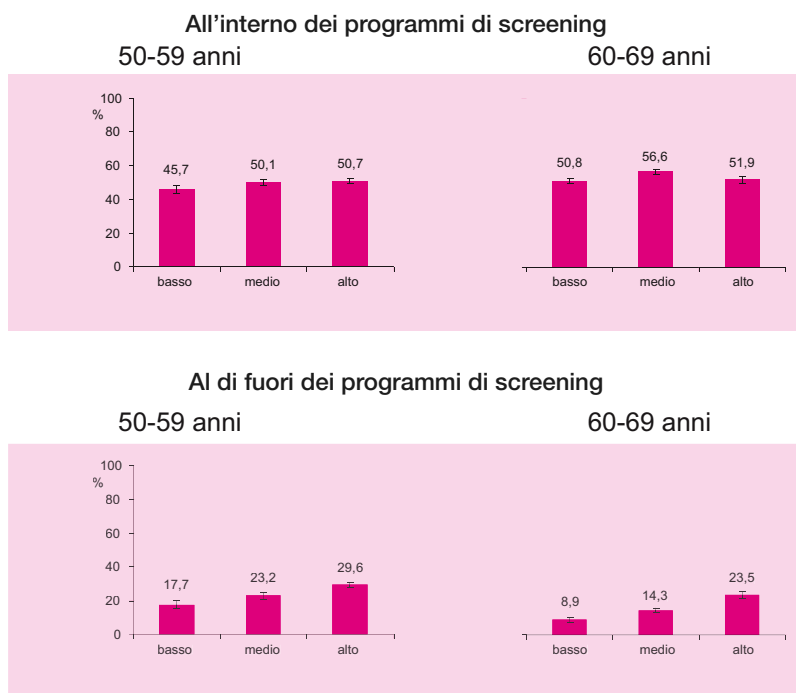
Adesione allo screening

L'adesione al programma di screening, nel sistema di sorveglianza PASSI, è definito mediante il proxy dell'aver effettuato la mammografia gratuitamente. Viceversa l'aver pagato il test è considerato un proxy di un esame eseguito al di fuori dei programmi organizzati. Fra le intervistate che hanno effettuato l'esame preventivo negli ultimi due anni, il 74% lo ha fatto all'interno dei programmi organizzati e il 26% con accesso spontaneo. Nelle donne che hanno eseguito la mammografia al di fuori dei programmi di screening si osservano gradienti per stato socioeconomico¹ più marcati in ogni classe d'età rispetto alle donne che hanno eseguito l'esame all'interno dei programmi organizzati. Nelle 50-69enni che hanno eseguito la mammografia al di fuori dei programmi di screening, si passa dal 9% nello stato socioeconomico basso al 24% in quello più alto. Nelle donne che hanno eseguito l'esame all'interno dei programmi organizzati le differenze sono invece contenute: rispettivamente 51% e 52%. Considerando separatamente livello d'istruzione e difficoltà economiche, i programmi di screening annullano le differenze nell'esecuzione della mammografia per livello d'istruzione e riducono quelle per difficoltà economiche (vedi allegato online).

I dati della Sorveglianza PASSI evidenziano pertanto come i programmi organizzati di screening contribuiscano a ridurre le disuguaglianze rispetto all'accesso a questa misura preventiva.

Esecuzione della mammografia all'interno e al di fuori dai programmi di screening per livello socioeconomico¹ e classe d'età

Pool PASSI 2007-09



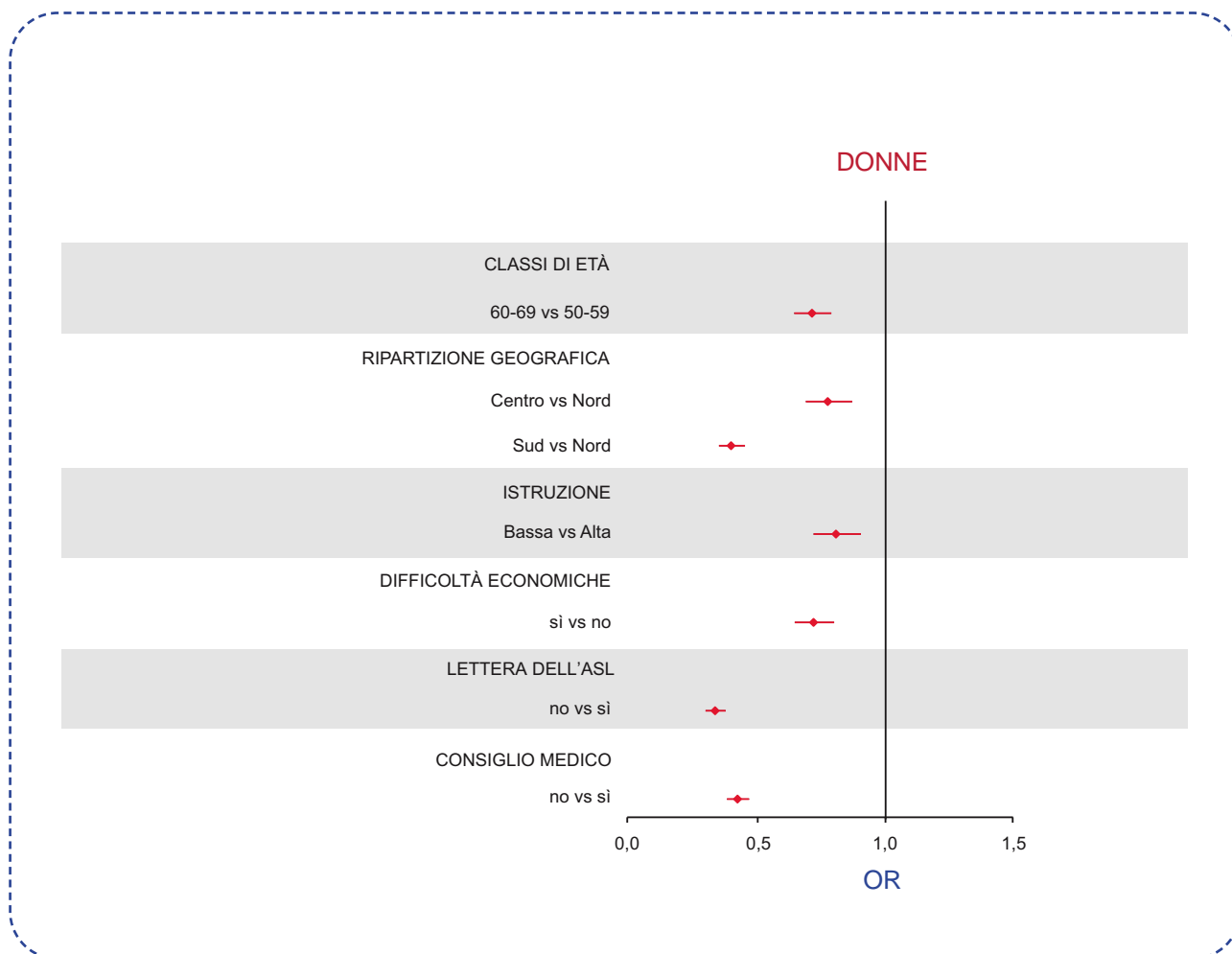
¹ Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati all'esecuzione della mammografia

L'analisi multivariata è stata condotta considerando le seguenti variabili: età, ripartizione geografica, livello d'istruzione, percezione di avere difficoltà economiche, aver ricevuto la lettera d'invito dell'ASL e il consiglio del medico.

Effettuare una mammografia nei tempi raccomandati è associato ad un alto livello socioeconomico: le donne che riferiscono di avere difficoltà economiche, pur tenendo conto delle altre variabili, effettuano una mammografia preventiva con molta minor frequenza rispetto alle donne che non hanno alcuna difficoltà. Ricevere la lettera d'invito dell'ASL o il consiglio del medico si confermano fattori fortemente associati all'esecuzione della mammografia, così come l'area geografica di residenza. Per interpretare quest'ultimo dato va tenuta presente la minor diffusione dei programmi organizzati di screening nelle Regioni del Sud.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina

A livello mondiale la neoplasia del collo dell'utero è ancora il secondo tumore più frequente nelle donne. L'incidenza è in lenta diminuzione: in Italia si stima che ogni anno si verifichino circa 3.400 nuovi casi (2% dei tumori maligni femminili). Per questo tumore è possibile una diagnosi precoce con il Pap test, di cui è raccomandata l'esecuzione all'interno di programmi di screening. Lo screening è rivolto alle donne di età compresa tra 25 e 64 anni e prevede un'offerta attiva del Pap test ogni 3 anni.

Il sistema PASSI rileva se è stato effettuato il Pap test e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl oppure su iniziativa personale.

Nel triennio 2007-09 il 74% delle italiane di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato a scopo preventivo un Pap test negli ultimi tre anni. L'esecuzione del Pap test è maggiore nelle donne di 35-49 anni, in quelle con un livello d'istruzione medio-alto e in quelle senza difficoltà economiche percepite. L'adesione a questa misura preventiva è maggiore fra le donne delle Regioni del Centro-Nord. Anche la lettera d'invito dell'Asl e il consiglio da parte di un medico sono fattori associati all'esecuzione del Pap test.

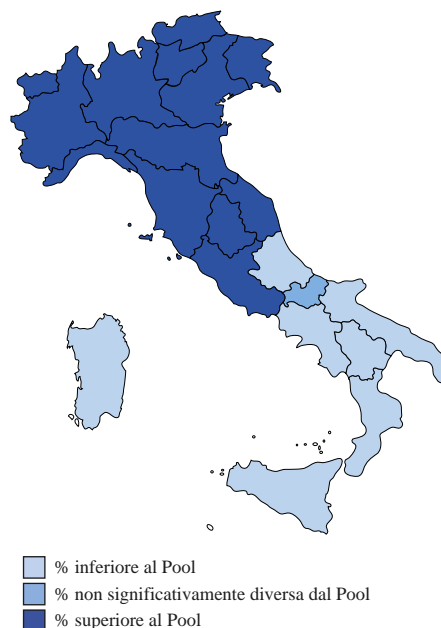
Esecuzione del Pap test negli ultimi tre anni - Prevalenza %

Pool PASSI 2007-09 (n=38.525)

Donne (25-64 anni)	%	IC95%
Totale	74,0	73,4-74,6
Classi di età		
25 - 34	66,7	65,4-68,0
35 - 49	79,8	78,9-80,6
50 - 64	71,9	70,9-72,9
Istruzione		
nessuna/elementare	61,9	60,0-63,8
media inferiore	72,5	71,3-73,6
media superiore	77,4	76,5-78,2
laurea	77,6	76,1-79,1
Difficoltà economiche		
molte	64,0	62,5-65,9
qualche	72,1	71,2-73,1
nessuna	79,4	78,6-80,2
Ripartizione geografica		
Nord	83,6	83,0-84,2
Centro	80,5	79,4-81,5
Sud	58,1	56,8-59,4
Lettera d'invito dell'Asl		
sì	84,5	83,9-85,1
no	64,3	63,3-65,4
Consiglio medico		
sì	85,9	85,3-86,5
no	58,7	57,6-59,9

Pap test negli ultimi tre anni

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



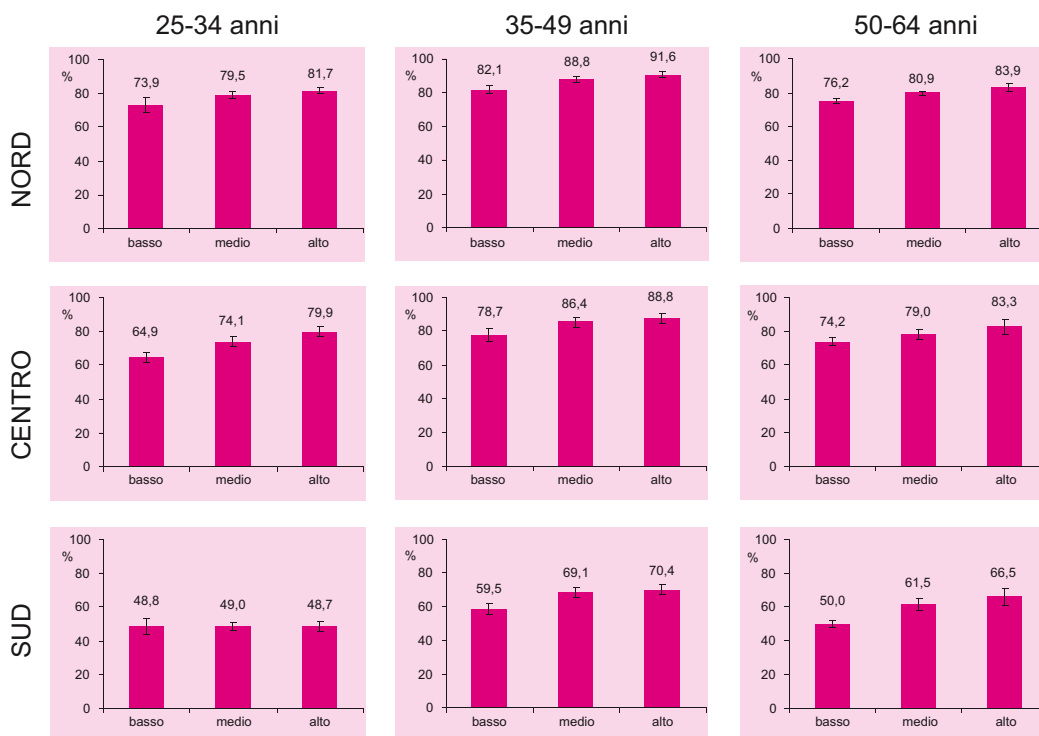
Esecuzione del Pap test e stato socioeconomico

L'esecuzione del Pap test, nei tempi raccomandati, è associata allo stato socioeconomico¹ in ogni classe d'età e ripartizione geografica, tranne che nelle donne di 25-34 anni delle regioni meridionali. In generale si assiste ad un incremento pressoché lineare passando dal livello socioeconomico più basso a quello più alto: nelle 25-34enni delle regioni centrali la percentuale di donne che esegue il Pap test cresce dal 65% nel livello più svantaggiato all'80% nel livello più avvantaggiato.

Si osserva un forte gradiente anche analizzando separatamente il livello d'istruzione e le difficoltà economiche percepite (vedi allegato online). Nella classe 35-49 anni, la percentuale di donne che effettua il test nei tempi raccomandati è pari al 58% fra quelle con scolarità assente/elementare e all'85% fra le laureate. Nella stessa classe d'età, esegue il Pap test il 70% delle donne che riferiscono di avere molte difficoltà economiche; la percentuale sale all'85% fra chi non ha alcuna difficoltà (vedi allegato online).

Pap test negli ultimi tre anni per livello socioeconomico¹, classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



¹ Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche

Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche

Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Adesione allo screening

Nel sistema di sorveglianza PASSI, l'esecuzione del test a scopo preventivo al di fuori o all'interno dei programmi di screening è definito mediante l'uso di un proxy, cioè aver pagato o meno l'esame. Fra le intervistate che hanno eseguito l'esame preventivo nell'ultimo triennio, il 49% l'ha fatto all'interno dei programmi organizzati e il 51% l'ha effettuato come screening spontaneo.

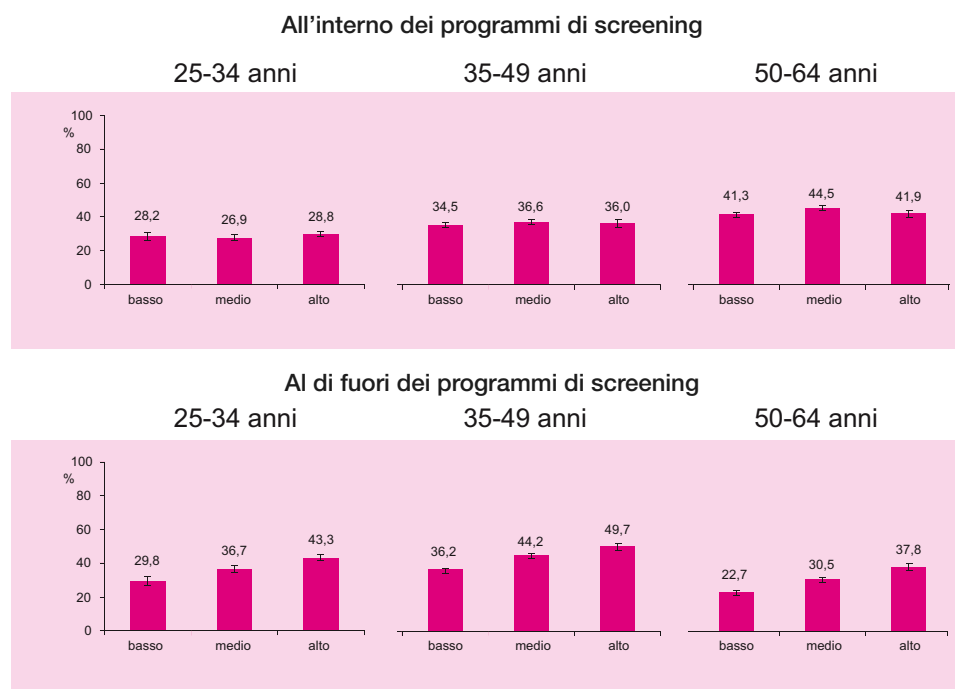
Nelle donne che hanno eseguito il Pap test al di fuori dei programmi di screening si osservano gradienti marcati per stato socioeconomico in ogni classe d'età: nelle 25-34enni si passa dal 30% nel livello più basso al 43% in quello più alto, nella classe d'età 50-64 anni si va dal 23% al 38%. Nelle donne che hanno eseguito l'esame all'interno dei programmi organizzati le differenze sono, invece, contenute o assenti.

Considerazioni analoghe possono essere fatte considerando separatamente il livello d'istruzione e le difficoltà economiche percepite (vedi allegato online).

I dati della Sorveglianza PASSI evidenziano come i programmi organizzati di screening (gratuità e offerta attiva) possano favorire l'equità di accesso al Pap test.

Esecuzione del Pap test all'interno e al di fuori dai programmi di screening per livello socioeconomico¹ e classe d'età

Pool PASSI 2007-09



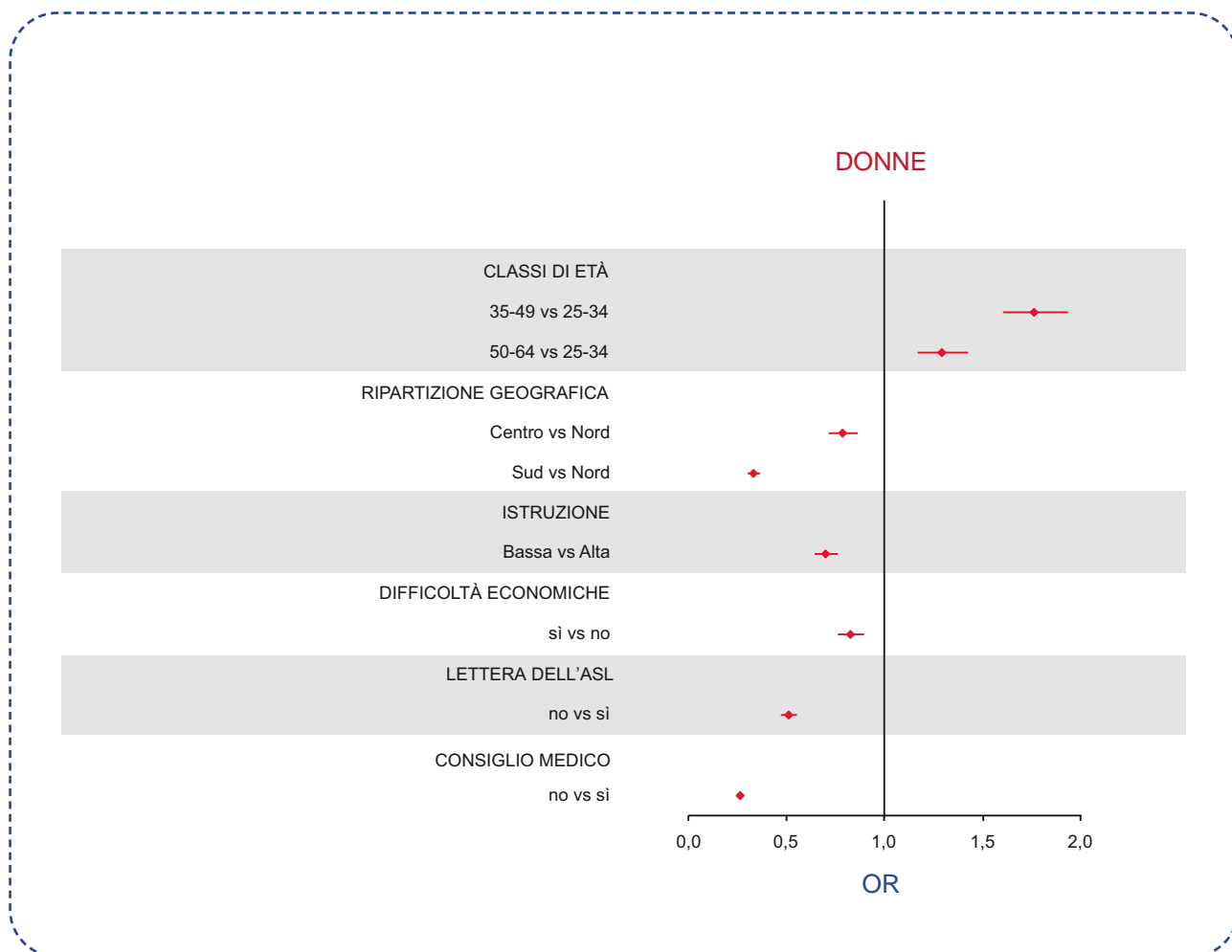
¹ Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati all'esecuzione del Pap test

L'associazione tra esecuzione del Pap test e stato socioeconomico è stata analizzata in un modello multivariato tenendo conto dei fattori riportati nella figura seguente.

Anche tenendo conto delle altre variabili, si conferma che effettuare un Pap test nei tempi raccomandati è associato ad un alto livello socioeconomico: le donne con un alto livello di istruzione hanno più alta probabilità di eseguire l'esame rispetto a quelle con un titolo di studio basso (senza alcuna istruzione o licenza elementare). A parità di condizioni economiche e di livello di istruzione, sono le donne del Nord ad eseguire il test con più alta frequenza rispetto alle donne delle Regioni meridionali. Per interpretare questo dato va tenuta presente la minor diffusione dei programmi organizzati di screening nelle regioni del Sud. Ricevere la lettera d'invito dell'ASL o il consiglio del medico si confermano fattori fortemente associati all'esecuzione del test di screening.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore in entrambi i generi e, in Italia, si stimano oltre 18.000 decessi all'anno pari all'11% dei decessi per tumore maligno. L'identificazione precoce delle forme invasive di tumore rappresenta un efficace strumento per la riduzione della mortalità per neoplasie coloretali. Lo screening di popolazione è raccomandato per le persone di 50-74 anni mediante la ricerca del sangue occulto nelle feci, ogni due anni (sistema seguito dalla maggior parte delle Asl italiane) o in alternativa con sigmoidoscopia/colonscopia all'età di 58 anni, una volta nella vita (eseguita da un numero più ridotto di Asl, in particolare nella regione Piemonte).

Il sistema PASSI rileva se e quando sono stati effettuati gli esami nella fascia d'età 50-69 anni e se sono stati eseguiti all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl (o altre forme di offerta gratuita da parte delle Asl) oppure su iniziativa personale.

Vengono presentati i dati relativi al biennio 2008-2009, e non al periodo 2007-2009, in quanto la frequenza di esecuzione dei test è in forte aumento negli ultimi anni, per cui i dati più recenti sono più rappresentativi della situazione attuale. Nel biennio 2008-09 il 31% degli italiani di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto nei tempi raccomandati. Questa percentuale è maggiore negli uomini rispetto alle donne; in entrambi i generi è inoltre più alta nelle persone di 60-69 anni e in quelle senza difficoltà economiche riferite. Si evidenzia un gradiente Nord-Sud, più marcato nelle donne. La lettera d'invito dell'Asl e il consiglio da parte di un medico sono fattori associati all'esecuzione degli esami per la diagnosi precoce nei tempi raccomandati.

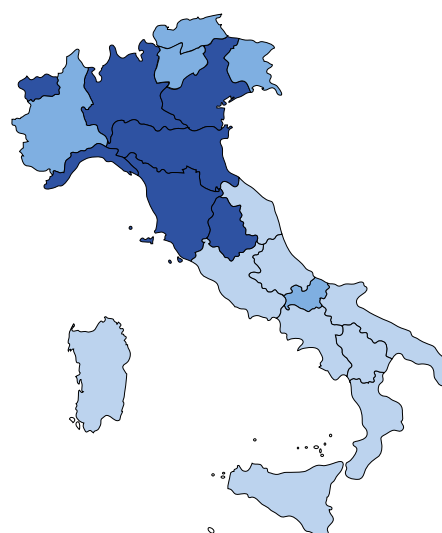
Esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali - Prevalenza %

Pool PASSI 2008-09 (n=27.666)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	32,5	31,6-33,4	30,5	29,8-31,3
Classi di età				
50 - 59	28,4	27,1-29,7	27,0	25,8-28,1
60 - 69	36,8	35,4-38,3	34,4	33,1-35,7
Istruzione				
nessuna/elementare	32,0	29,9-34,1	31,1	29,7-32,5
media inferiore	31,5	29,9-33,0	29,6	28,1-31,2
media superiore	32,9	31,3-34,7	30,5	28,7-32,3
laurea	35,7	32,0-39,6	31,3	27,9-35,0
Difficoltà economiche				
molte	25,2	22,3-28,2	20,6	18,6-22,8
qualche	27,7	26,3-29,2	28,0	26,7-29,3
nessuna	38,5	37,1-40,0	37,3	35,9-38,7
Ripartizione geografica				
Nord	43,5	42,1-44,8	43,7	42,5-45,0
Centro	33,6	31,9-35,4	32,4	30,9-34,0
Sud	16,7	14,9-18,6	11,3	10,0-12,7
Lettera d'invito dell'Asl				
sì	68,8	67,0-70,4	69,0	67,4-70,5
no	18,4	17,4-19,5	14,9	14,1-15,8
Consiglio medico				
sì	72,3	70,3-74,3	68,7	66,8-70,5
no	18,4	17,6-19,3	18,4	17,6-19,1

Esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2008-09



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

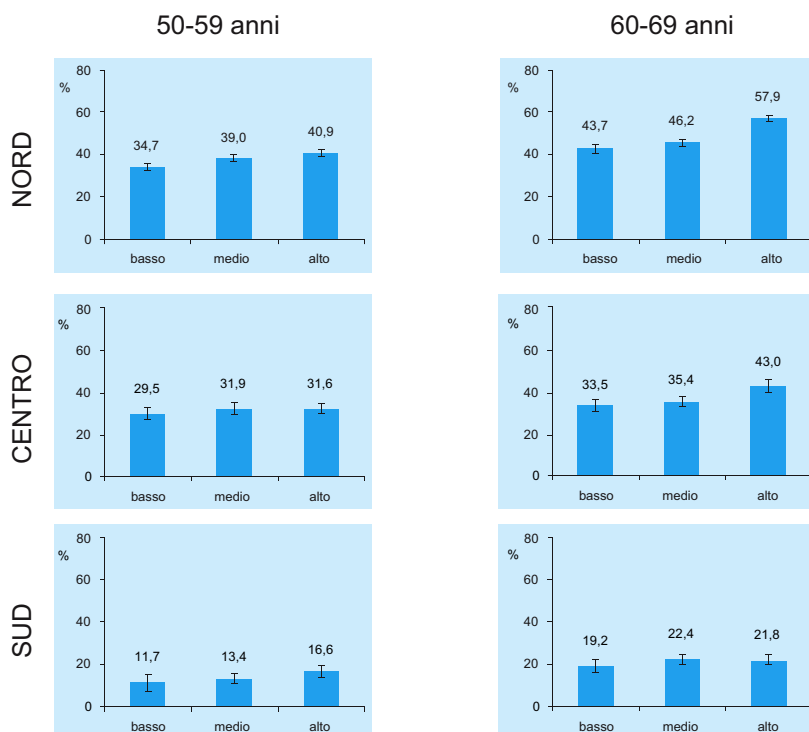
Uomini

L'esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, nei tempi raccomandati, è associata allo stato socioeconomico¹. L'andamento è particolarmente evidente negli uomini di 60-69 anni delle regioni centro-settentrionali: ad esempio al Nord in questa fascia d'età la percentuale di persone che hanno eseguito i test sale dal 44% del livello più svantaggiato al 58% di quello più avvantaggiato. Nella stessa classe d'età si evidenzia un differenziale per livello d'istruzione (vedi allegato online) che, tuttavia non è confermato dall'analisi multivariata.

Per quanto riguarda le difficoltà economiche appaiono forti differenze tra chi riferisce di avere difficoltà (qualcuna o molte) e chi non ne riporta affatto. Nella classe d'età 60-69 anni, ad esempio, l'effettuazione degli esami è del 29% negli uomini con molte difficoltà economiche, del 32% in quelli con qualche difficoltà e del 44% in quelli senza (vedi allegato online).

Esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali per livello socioeconomico¹, classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2008-09



¹ Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

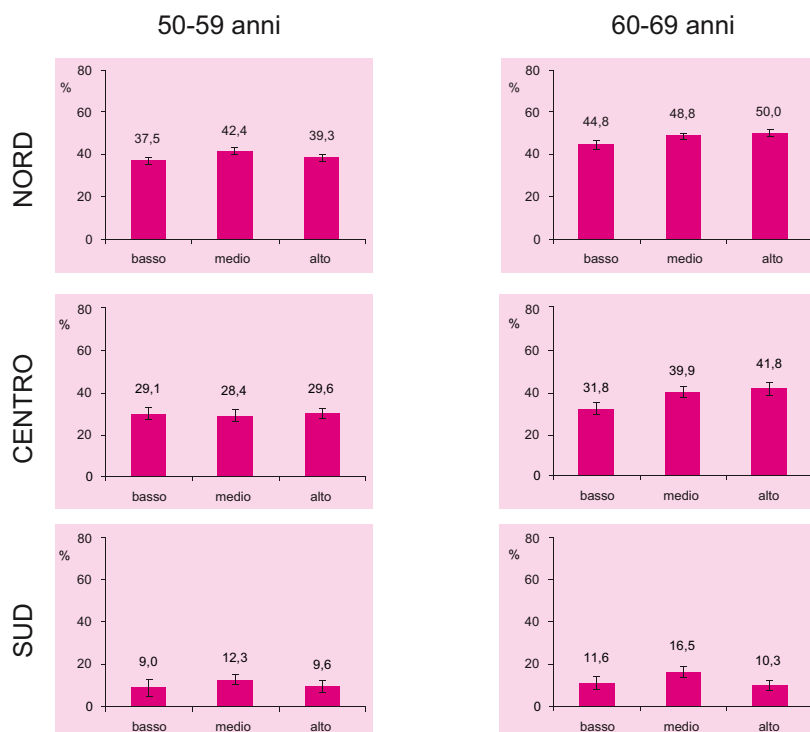
Donne

L'esecuzione degli esami per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati è associata allo stato socioeconomico¹ in maniera statisticamente significativa solo nelle donne di 60-69 anni residenti nelle regioni centrali, dove si passa dal 32% nel livello più basso al 42% nel livello più alto.

Complessivamente non emergono differenziali per livello d'istruzione, mentre è presente un forte gradiente in relazione alle difficoltà economiche: ad esempio nella classe d'età 60-69 anni la percentuale di donne che ha eseguito i test va dal 25% fra chi dichiara di avere molte difficoltà, al 31% in quelle con qualche difficoltà e al 42% in quelle senza (vedi allegato online).

Esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali per livello socioeconomico¹, classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2008-09



¹ Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati all'esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto

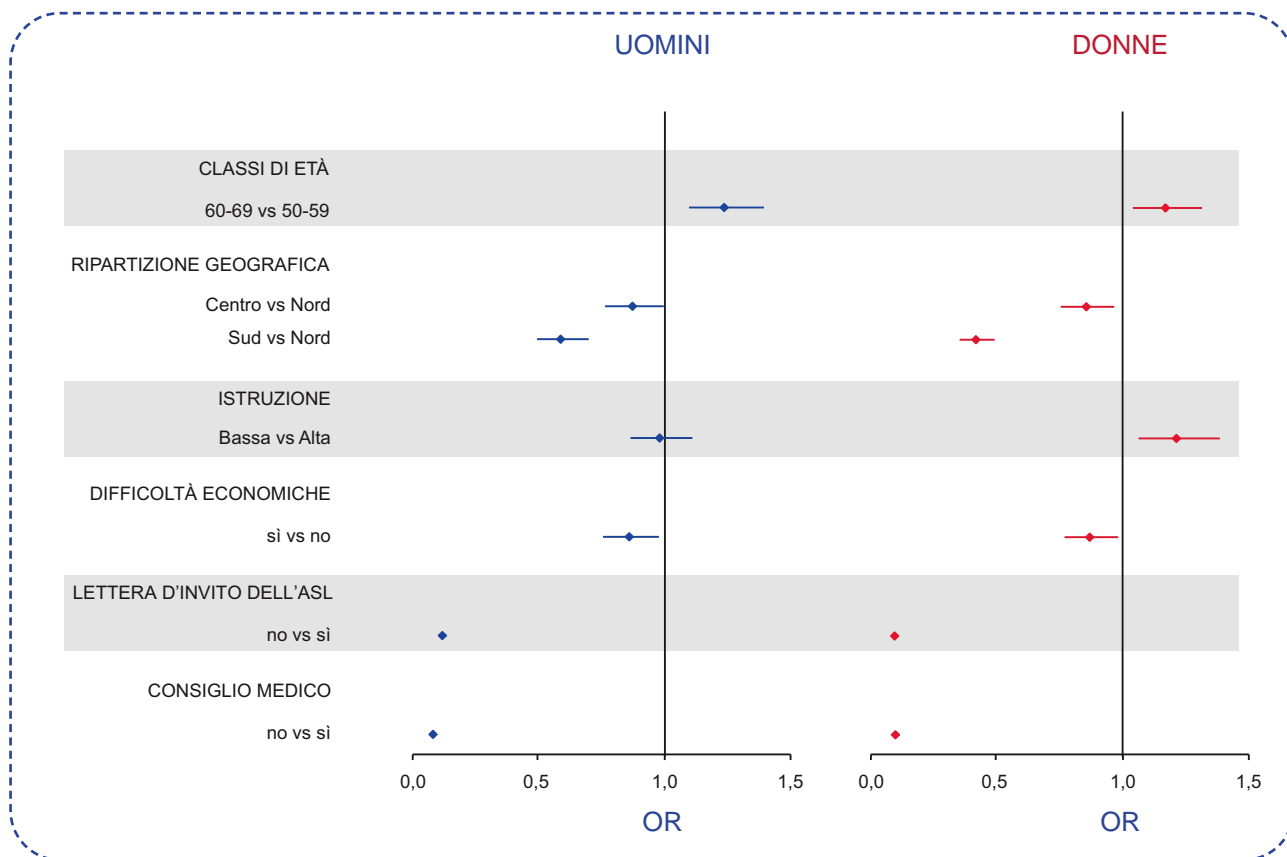
L'associazione tra stato socioeconomico ed esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto è stata analizzata con un modello di regressione logistica (per i due generi separati) in cui si è tenuto conto delle seguenti variabili: classe d'età, ripartizione geografica, livello di istruzione, percezione di difficoltà economiche, aver ricevuto la lettera d'invito dell'Asl ed aver ricevuto un consiglio medico.

La percentuale di uomini e donne che esegue gli esami per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto è più alta nella classe d'età 60-69 anni e fra i residenti nelle Regioni del Nord.

Negli uomini la probabilità di eseguire gli esami preventivi, non è associata al livello di istruzione mentre lo è, come per le donne, con la percezione di avere difficoltà economiche.

Ricevere la lettera d'invito dell'Asl o il consiglio del medico si confermano fattori fortemente associati all'esecuzione degli esami.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Percezione dello stato di salute

La percezione dello stato di salute testimonia il benessere (o malessere) psicofisico vissuto dalla persona.

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

Nel triennio 2007-09, il 66% degli italiani di 18-69 anni ha riferito di stare bene o molto bene, il 30% discretamente e il 4% di stare male o molto male. Hanno dichiarato di stare meglio gli uomini e in entrambi i generi le persone più giovani (18-34 anni), quelle con scolarità più alta e quelle senza difficoltà economiche riferite.

Sia fra gli uomini sia fra le donne, si sono dichiarate meno soddisfatte del proprio stato di salute le persone residenti nelle Regioni centro-meridionali.

Percezione positiva dello stato di salute¹ - Prevalenza %

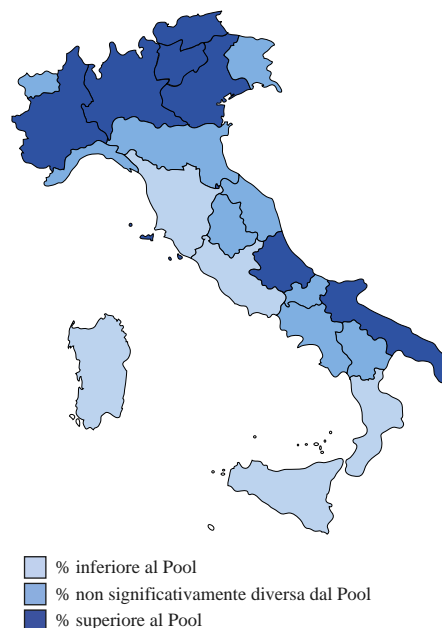
Pool PASSI 2007-09 (n=94.949)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	70,8	70,3-71,3	60,8	60,2-61,3
Classi di età				
18 - 34	87,9	87,2-88,7	82,4	81,5-83,2
35 - 49	73,6	72,6-74,5	63,9	62,9-64,9
50 - 69	52,8	51,9-53,8	40,6	39,7-41,6
Istruzione				
nessuna/elementare	45,8	44,0-47,7	34,1	32,7-35,6
media inferiore	66,3	65,3-67,2	55,4	54,3-56,5
media superiore	77,2	76,4-77,9	69,0	68,2-69,9
laurea	79,9	78,4-81,3	75,4	74,0-76,8
Difficoltà economiche				
molte	51,1	49,3-53,0	44,8	43,2-46,4
qualche	67,9	67,1-68,9	57,4	56,5-58,3
nessuna	78,0	77,4-78,7	69,7	68,9-70,5
Ripartizione geografica				
Nord	73,0	72,3-73,6	62,5	61,8-63,2
Centro	68,7	67,7-69,7	58,5	57,3-59,6
Sud	69,7	68,6-70,7	60,4	59,3-61,5

¹**Percezione positiva dello stato di salute:** intervistati che hanno dichiarato di stare bene o molto bene.

Percezione positiva dello stato di salute¹

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



Uomini

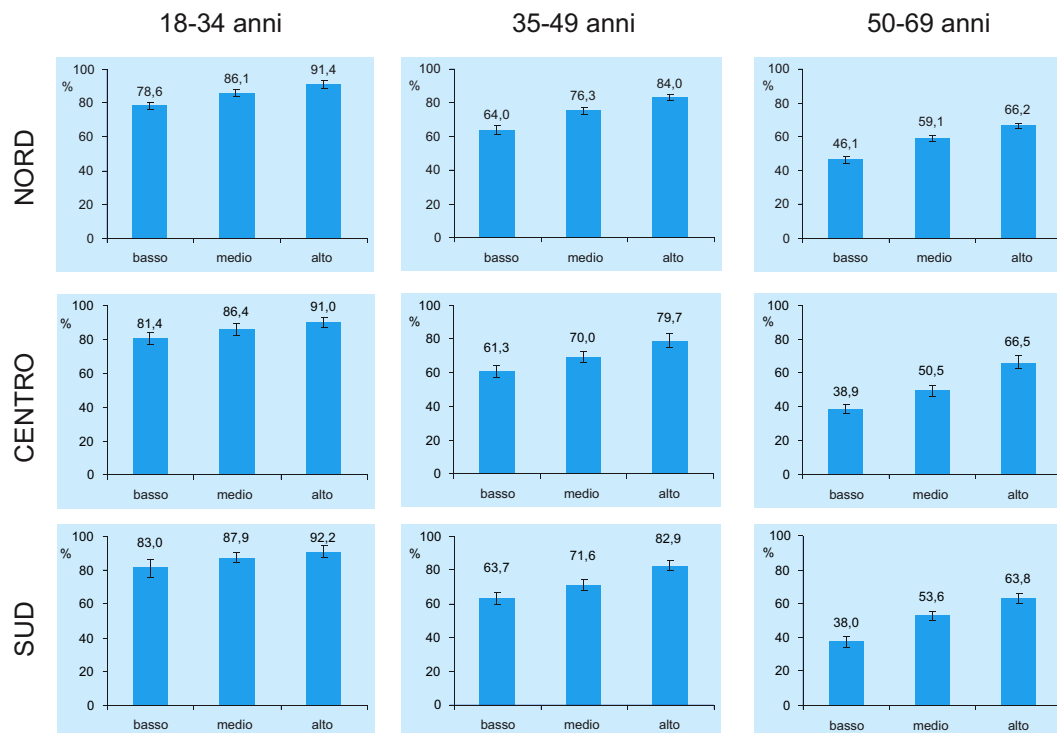
La percezione positiva dello stato di salute varia in funzione dello stato socioeconomico² in tutte le ripartizioni geografiche; questo fenomeno si manifesta in tutte le fasce d'età, ma soprattutto nei 50-69enni, classe nella quale, per esempio, al Sud la percentuale di persone che hanno dichiarato di stare bene o molto bene va dal 38% nel livello socioeconomico più basso al 64% in quello più alto.

Complessivamente il differenziale per livello d'istruzione è forte in ogni classe d'età, in particolar modo dopo i 35 anni la percezione positiva dello stato di salute cresce progressivamente passando dalla scolarità elementare/assente alla laurea: nei 35-49enni sale dal 61% all'83% (vedi allegato online). L'andamento è simile per le difficoltà economiche riferite; in ogni fascia d'età, soprattutto sopra i 35 anni, la percezione positiva dello stato di salute cresce al diminuire delle difficoltà economiche: nei 50-69enni ad esempio si passa dal 31% di chi ne ha dichiarate molte al 62% di chi non ne ha riferite (vedi allegato online).

Anche analizzando gli *Unhealthy Days*, cioè il numero complessivo di giorni (nei 30 precedenti l'intervista) in cui l'intervistato ha riferito che la propria salute fisica o mentale non era buona, si conferma la relazione con lo stato socioeconomico (vedi allegato online).

Percezione positiva dello stato di salute negli uomini per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Donne

La proporzione di donne che si dichiara soddisfatta del proprio stato di salute aumenta al crescere del livello socioeconomico² in tutte le ripartizioni geografiche e classi d'età.

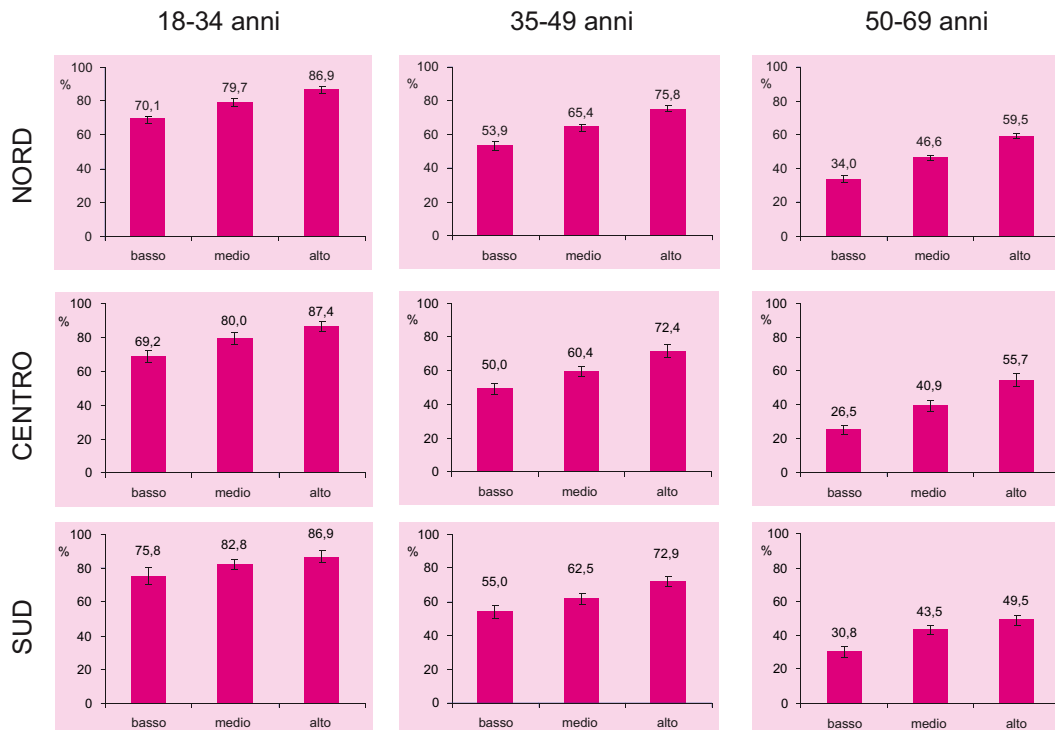
Un grado di istruzione più elevato (media superiore e laurea) sembra associato ad un giudizio più positivo della propria salute in particolare nelle età più avanzate: nella classe d'età 50-69 anni si passa dal 31% nelle donne meno istruite al 57% delle laureate (vedi allegato online).

L'andamento è simile se si considerano le difficoltà economiche: la percentuale di donne che hanno dichiarato di stare bene o molto bene cresce al diminuire della percezione di avere difficoltà economiche in particolare tra le ultra cinquantenni (vedi allegato online).

Analogamente a quanto evidenziato per gli uomini, la percezione di aver avuto giornate in cattiva salute (*Unhealthy Days*) diminuisce nelle persone di livello socioeconomico più alto (vedi allegato online).

Percezione positiva dello stato di salute nelle donne per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche

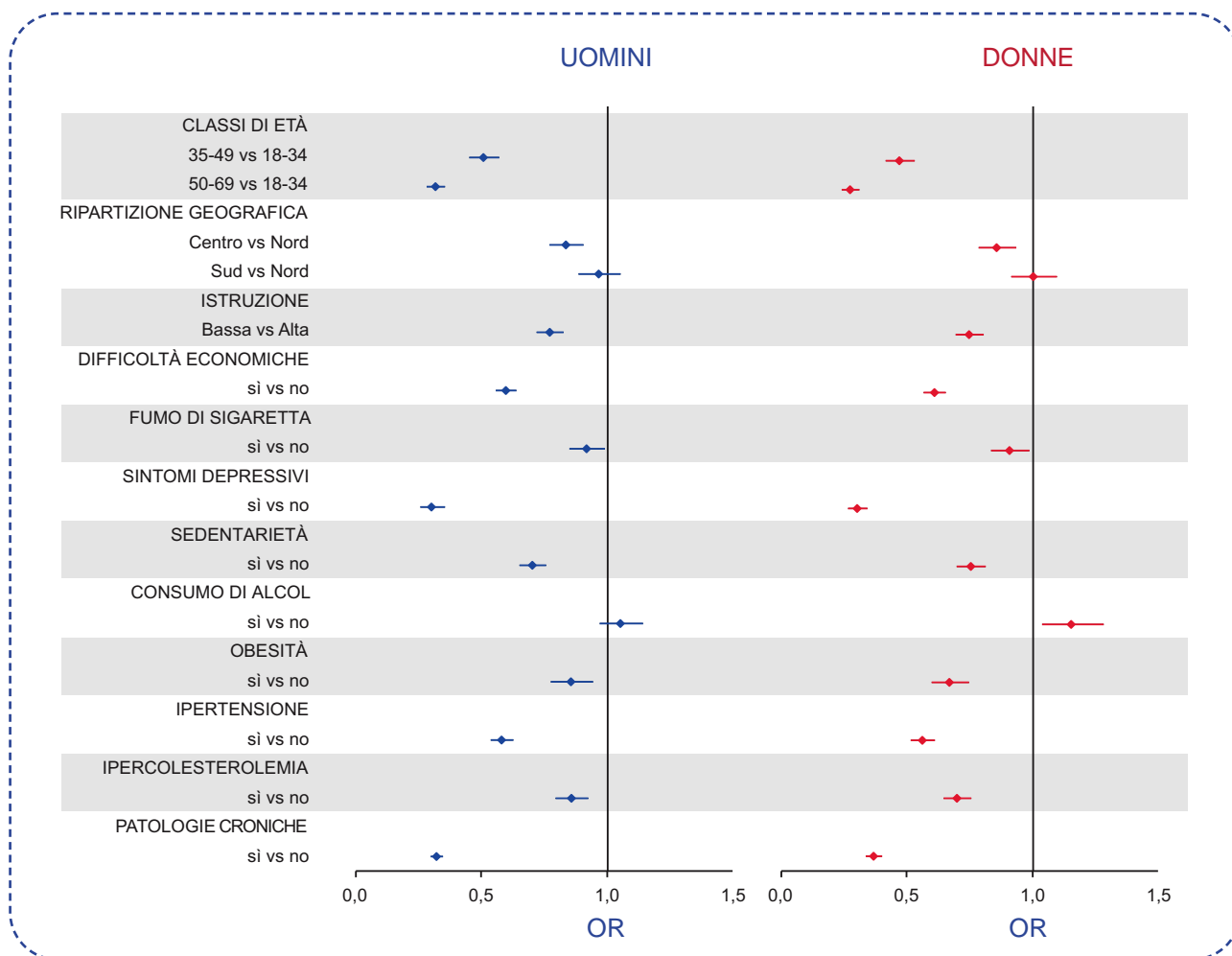
Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche

Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati alla percezione positiva dello stato di salute

Analizzando tutti i fattori in studio con un modello logistico multivariato, si conferma sia per gli uomini sia per le donne l'associazione inversa della percezione positiva dello stato di salute con la bassa istruzione e la presenza di difficoltà economiche. Molto forte è anche l'associazione con l'età: come atteso, le persone più giovani si sono dichiarate più soddisfatte della propria salute. Si conferma anche l'associazione statisticamente significativa tra area geografica e percezione dello stato di salute, meno buona nelle Regioni centrali rispetto a quelle settentrionali. Inoltre, risultano associati alla percezione positiva dello stato di salute l'assenza di sintomi depressivi, di ipercolesterolemia, di ipertensione e di patologie croniche. Analogamente, le persone che non fumano, non sono obese e non sono sedentarie hanno giudicato più positivamente il proprio stato di salute.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



Sintomi di depressione

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 della capacità di affrontare le normali difficoltà nella vita quotidiana. In Italia, secondo le stime dello studio ESEMeD, ogni anno oltre un milione e mezzo di adulti soffre di un disturbo di tipo depressivo.

Nel sistema di sorveglianza PASSI viene rilevata la presenza di sintomi di depressione mediante il Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)¹ con due domande validate a livello internazionale come test di screening con alta sensibilità e specificità. La diagnosi effettiva di depressione richiede, invece, un'approfondita valutazione clinica individuale.

Complessivamente l'8% degli italiani di età compresa tra 18 e 69 anni è risultata classificabile come persona con sintomi di depressione. Le donne hanno riferito sintomi depressivi in percentuale doppia rispetto agli uomini (11% contro 5%). La prevalenza di sintomi depressivi, in entrambi i generi, è maggiore tra le persone con un basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche. La prevalenza varia dal 4% al 10% nelle Regioni italiane senza un evidente gradiente geografico (vedi allegato online).

Prevalenza di persone con sintomi di depressione

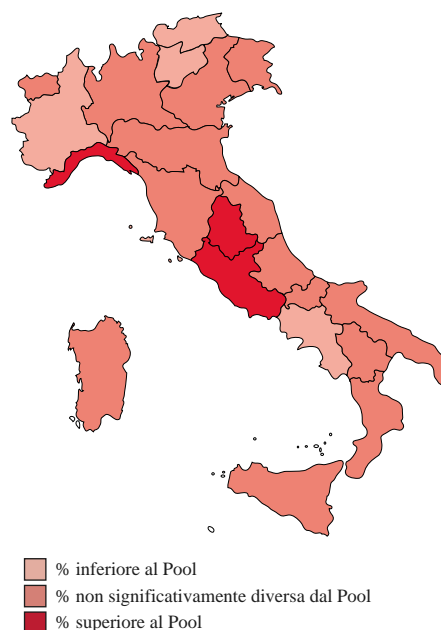
Pool PASSI 2007-09 (n=92.460)

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	5,1	4,8-5,4	10,7	10,3-11,1
Classi di età				
18 - 34	4,4	3,9-4,9	7,4	6,9-8,1
35 - 49	4,8	4,4-5,3	10,3	9,6-11,0
50 - 69	5,9	5,4-6,5	13,6	12,9-14,3
Istruzione				
nessuna/elementare	7,7	6,7-8,9	17,2	15,9-18,5
media inferiore	6,1	5,6-6,6	12,0	11,3-12,8
media superiore	4,3	3,9-4,7	8,8	8,3-9,4
laurea	3,2	2,6-4,0	6,4	5,7-7,3
Difficoltà economiche				
molte	14,3	12,9-15,8	22,0	20,6-23,5
qualche	4,7	4,3-5,1	10,3	9,7-11,0
nessuna	3,1	2,8-3,4	7,1	6,6-7,6
Ripartizione geografica				
Nord	5,0	4,6-5,3	9,9	9,4-10,4
Centro	5,5	4,9-6,1	12,4	11,6-13,2
Sud	4,9	4,4-5,5	10,4	9,6-11,2

¹**Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2):** rileva quale sia il numero di giorni - nelle ultime due settimane - durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: 1) aver provato 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 ad uno score da 0 a 6; le persone con uno score ≥ 3 sono classificate come "persone con sintomi di depressione".

Sintomi di depressione

Prevalenza regionale
Pool PASSI 2007-09



Uomini

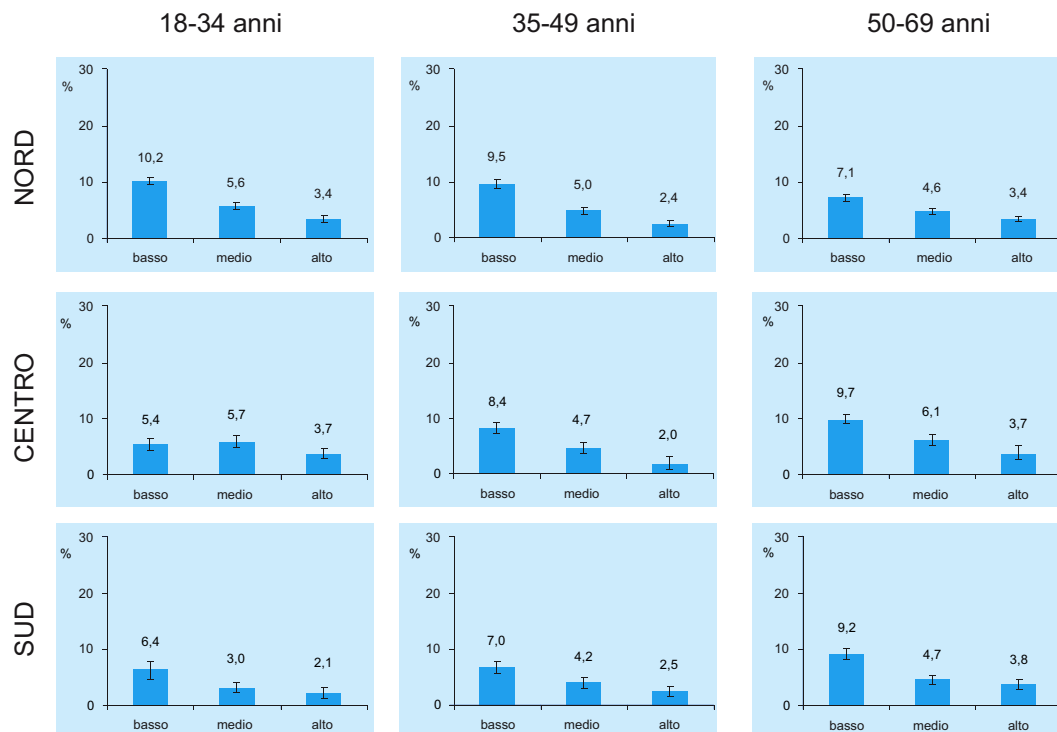
La presenza di sintomi di depressione varia con lo stato socioeconomico² in tutte le ripartizioni geografiche e in ogni classe d'età: ad esempio tra i 35-49enni delle Regioni settentrionali si passa dal 2% nel livello socioeconomico più avvantaggiato al 10% in quello più svantaggiato.

Sono presenti forti differenziali per livello di istruzione in tutte le fasce d'età, più evidenti tra 35 e 49 anni dove si va dal 3% di laureati con sintomi di depressione al 12% tra chi ha scolarità assente/elementare (vedi allegato online).

Per quanto riguarda le difficoltà economiche, la presenza di sintomi di depressione è molto più alta (oltre tre volte) tra chi ha riferito di avere molte difficoltà rispetto a di chi ha dichiarato di averne qualcuna o nessuna. Ad esempio tra gli uomini di età compresa tra 35 e 49 anni, sono presenti sintomi di depressione nel 14% di chi ha molte difficoltà economiche rispetto al 5% di chi ne ha qualcuna e al 2% di chi riferisce di non avere difficoltà economiche (vedi allegato online).

Sintomi di depressione - Prevalenza negli uomini per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

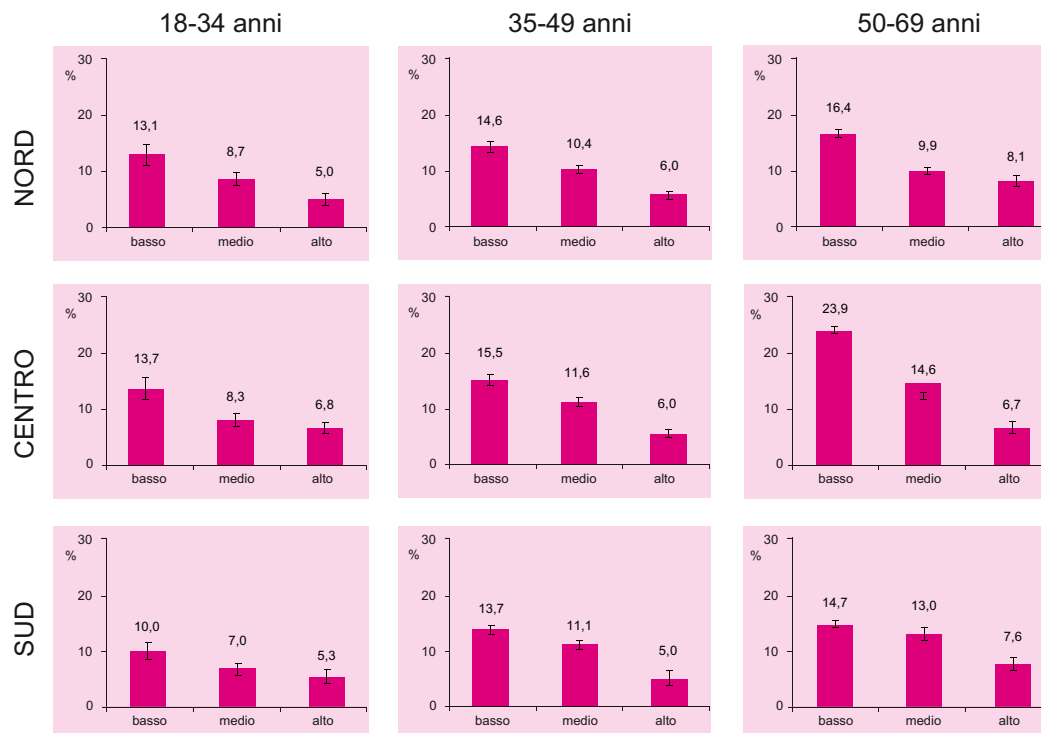
Donne

La presenza di sintomi di depressione diminuisce all'aumentare del livello socioeconomico² in tutte le ripartizioni geografiche e in tutte le fasce d'età. L'andamento è particolarmente evidente nelle Regioni centrali e tra le donne di 50-69 anni, dove si passa dal 7% nel livello più alto al 24% del livello più basso.

Anche considerando separatamente il livello di istruzione e le difficoltà economiche percepite (vedi allegato online) si osserva una maggiore presenza di sintomi di depressione nelle donne con basso livello di istruzione e in quelle con molte difficoltà economiche. Nella fascia d'età 50-69 anni, più di una donna su quattro con molte difficoltà economiche presenta sintomi di depressione (27%) rispetto al 13% di quelle che riferiscono di avere qualche difficoltà e al 9% fra chi riferisce di non averne (vedi allegato online).

Sintomi di depressione - Prevalenza nelle donne per livello socioeconomico², classe d'età e ripartizione geografica

Pool PASSI 2007-09



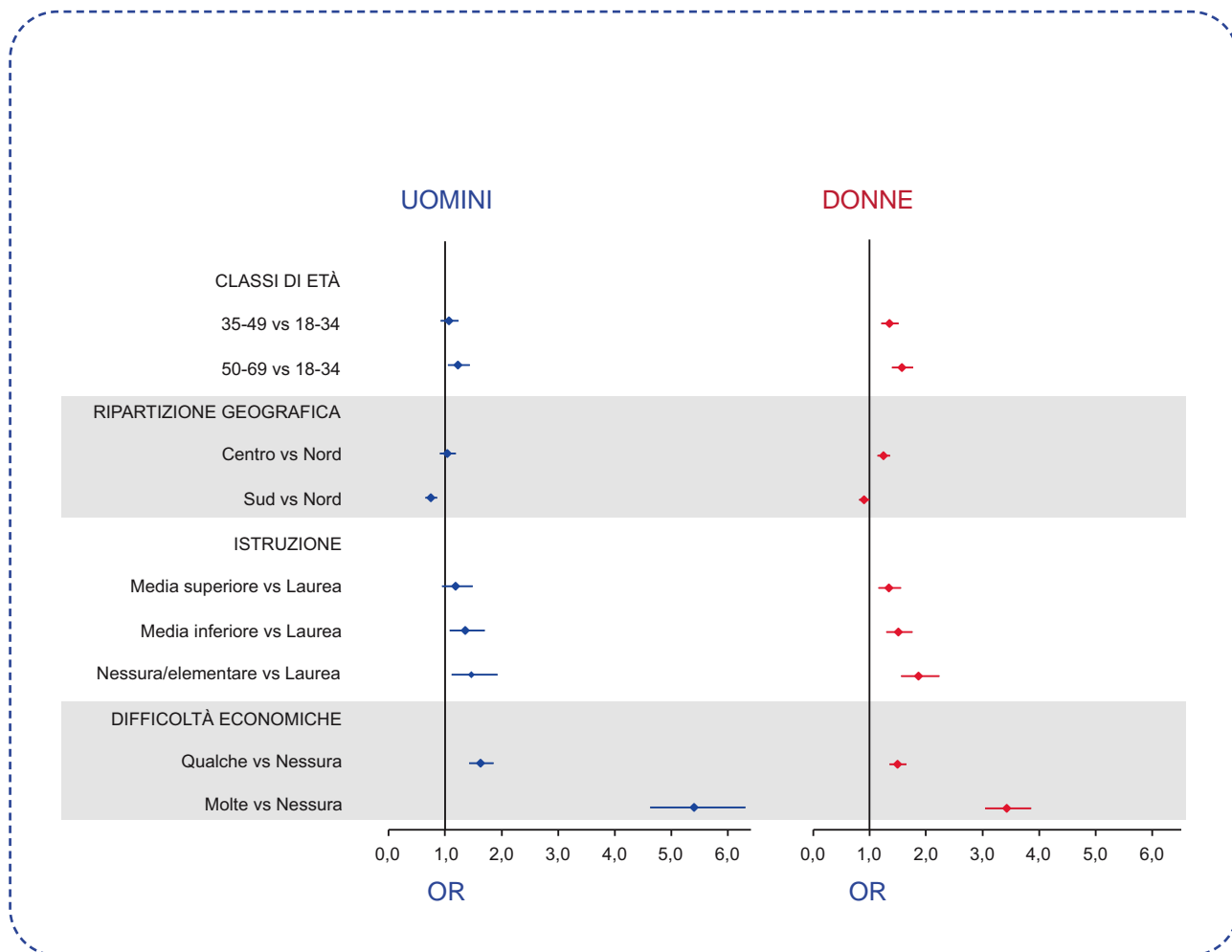
² Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
 Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
 Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Fattori associati alla presenza di sintomi di depressione

Analizzando insieme i principali fattori in studio con un'analisi multivariata, separata per i due generi, si conferma sia per gli uomini sia per le donne una forte associazione tra la presenza di sintomi di depressione e la percezione di avere difficoltà economiche, ed anche una associazione, meno marcata, ma con un evidente gradiente, con il livello di istruzione.

A parità degli altri fattori, la presenza di sintomi di depressione è più frequente negli uomini residenti nelle Regioni settentrionale e fra le donne delle Regioni del Centro.

Risultati dell'analisi multivariata. Per ogni fattore considerato, è riportato l'Odds Ratio (OR) e l'intervallo di confidenza.



APPENDICE

Elenco degli operatori PASSI 2007-2009

Si riporta l'elenco degli operatori che si sono avvicinati al coordinamento locale del Sistema PASSI, suddiviso per Regione/Provincia Autonoma di appartenenza, con riferimento al triennio 2007-2009.

Abruzzo

Referenti regionali: Domenica Pacifico, Tamara Agostini

Vice-Referente regionale: Vincenza Cofini

Coordinatore regionale: Giancarlo Diodati

Vice-Coordinatore regionale: Claudio Turchi

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Cristiana Mancini (Ex Asl Avezzano-Sulmona), Vincenzo Colorizio, Pierangiola Farello (Ex ASL L'Aquila); Claudio Turchi, Antonio Savino (Asl Lanciano-Vasto/Chieti); Iole Taglione (Asl Pescara); Paolo Natali (Asl Teramo).

Basilicata

Referenti regionali: Gabriella Cauzillo, Gerardina Sorrentino

Coordinatore regionale: Massimiliano Gallo, Giuseppina Ammirati

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Angelo Bochicchio (ASL 1); Caterina Rubino, Marina Marandola (ASL 2); Giuseppina Ammirati, (ASL 3); Teresa Russo, Anna Maria Russo, Salvatrice Casolaro, Ferdinando Vaccaro (ASL 4); Maria Giuseppa Amendolara (ASL 5).

Calabria

Referenti regionali: Giacomino Brancati, Tommasina Pelaggi, Amalia De Luca

Coordinatore regionale: Francesco Sconza

Vice-Coordinatore regionale: Maria Beatrice Grasso

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Francesco Sconza, Nello Guccione, Vilmerio Gigli, Claudia Zingone (ASP Cosenza); Alessandro Bisbano (ASP Crotone); Antonella Sutera Sardo (ASP Catanzaro); Giuseppe Paduano, Maria Beatrice Grasso (ASP Vibo Valentia); Pia Condello (ASP Reggio Calabria); Filomena Zappia (ASP Locri).

Campania

Referente regionale: Renato Pizzuti

Coordinatori regionali: Angelo D'Argenzio, Giuseppina De Lorenzo

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Elvira Bianco (ASL AV1); M. Antonietta Ferrara, Marcella D'Alessio (ASL AV2); Elena Fossi (ASL BN1); Crescenzo Bove, Domenico Protano (ASL CE1); Angelo D'Argenzio, Maria Di Tella (ASL CE2); Luigi Esposito (ASL NA1); Giuseppina De Lorenzo, Giancarlo D'Orsi (ASL NA2); Filomena Sibilio (ASL NA3); Maura Isernia (ASL NA4); Francesco Giugliano, Roberto Russo (ASL NA5); Anna Luisa Caiazzo (ASL SA1); Chiara Ronga, Maria Grazia Panico, (ASL SA2); Giuseppe Della Greca, Anna Maria Trani (ASL SA3).

Emilia-Romagna

Referente regionale: Alba Carola Finarelli

Vice-Referente regionale: Paola Angelini

Coordinatore regionale: Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzi

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Paolo Pandolfi, Giovanni Blundo, Daniele Agostini, Sara De Lisio (AUSL Bologna); Nicoletta Bertozzi, Patrizia Vitali, Elena Prati, Diego Sangiorgi (AUSL Cesena); Aldo De Togni (AUSL Ferrara); Oscar Mingozi, Roberta Farneti (AUSL Forlì); Ivana Stefanelli (AUSL Imola); Giuliano Carrozzi, Lara Bolognesi, Cinzia del Giovane (AUSL Modena); Alma Nieddu, Christian Bulla (AUSL Parma); Anna Rita Sacchi (AUSL Piacenza); Michela Morri, Giuliano Silvi (AUSL Ravenna); Anna Maria Ferrari (AUSL Reggio Emilia); Fausto Fabbri, Michela Morri, Marina Casadei, P. Cesari (AUSL Rimini).

Friuli Venezia-Giulia

Referente/Coordinatore regionale: Tolinda Gallo

Vice-Coordinatore regionale: Ilva Osquino

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Daniela Germano, Riccardo Tominz (Ass 1 Triestina); Maria Teresa Padovan, Margherita Longobardi, Cinzia Braida (Ass2 Isontina); Andrea Iob, Mariarita Forgiarini (Ass 3 Alto Friuli); Tolinda Gallo, Margherita Zanini (Ass 4 Medio Friuli); Silla Stel, Rossella Malaroda (Ass 5 Bassa Friulana); Ilva Osquino, Luisa De Carlo, Daniela Fabbro (Ass 6 Friuli Occidentale).

Lazio

Referente regionale: Edoardo Turi

Vice-Referente regionale: Alessandra Capon

Coordinatore regionale Massimo Oddone Trinito

Vice-coordinatori regionali: Andreina Lancia, Silvia Iacovacci

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Barbara Giudiceandrea, Roberto Boggi, Andreina Ercole, Paola Abetti (ASL Rm A); Maria Di Fabio, Sandra Vaccarello (ASL Rm B); Massimo Oddone Trinito, Andreina Lancia (ASL Rm C); Umberto D'amico, Rosanna Trivellini, Domenico Follacchio (ASL Rm D); Alessio Pendenza, Anna Bisti (ASL Rm E); Alessandra Martelli (ASL Rm F); Rosa Francesca Alicata, Vito Ruscio (ASL Rm G); Roberto Giammattei, Daniele Gentile (ASL Rm H); Silvia Iacovacci (ASL Lt); Giuseppina Bartolomei Gianluca Fovi, Felicetta Camilli (ASL Ri); Oretta Micali (ASL Vt); Sonia Iannone (ASL Fr).

Liguria

Referenti regionali: Paola Oreste, Roberto Carloni

Coordinatore regionale: Claudio Culotta

Vice-Coordinatore regionale: Rosamaria Cecconi, Roberta Baldi

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Marco Picasso (ASL 1 Imperiese); Roberto Carloni, Marinella Giuliano (ASL 2 Savonese); Rosamaria Cecconi, Patrizia Crisci (ASL 3 Genovese); Maura Ferrari Bravo, Barbara Pianto (ASL 4 Chiavarese); Roberta Baldi, Ester Bazzali (ASL 5 Spezzino).

Lombardia

Referente e Coordinatore regionale: Carlo Zocchetti

Vice-Coordinatore regionale: Maria Elena Pirola

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Anna Rita Silvestri, Luisella Poli (ASL Milano Città); Giuliana Rocca, Laura Tessandri (ASL 2 Bergamo); Raffaella Salaroli (ASL 3 Lecco); Luigi Camana, Sergio Edo (ASL 4 Pavia); Roberto Bardelli, Salvatore Pisani (ASL 5 Varese).

Marche

Referente regionale: Giuliano Tagliavento

Coordinatore regionale: Fabio Filippetti

Vice-Coordinatore regionale: Rosanna Passatempo

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Gaetano Raschi (Asur ZT 1 Pesaro); Mosè Greco, Marco Pompili (Asur ZT 2 Urbino); Alfredo Vaccaro (Asur ZT 3 Fano); Rosanna Rossini (Asur ZT 4 Senigallia); Francesca Pasqualini, Elisabetta Branchesi (Asur ZT 5 Jesi); Daniela Cimini, Giorgia Capezone (Asur ZT 6 Fabriano); Marco Morbidoni, Antonella Guidi, Nicoletta Damiani (Asur ZT 7 Ancona); Rosanna Passatempo (Asur ZT 8 Civitanova); Lucia Marinelli (Asur ZT 9 Macerata); Fabio Filippetti, Marcello Pannelli (Asur ZT 10 Camerino); Maria Teresa Lanciotti, Rossana Belfiglio (Asur ZT 11 Fermo); Francesca Picciotti (Asur ZT 12 San Benedetto del Tronto); Massimo Baffoni, Roberta Girardo (Asur ZT 13 Ascoli).

PA Bolzano

Referente regionale: Carla Melani

Coordinatore regionale: Antonio Fanolla.

Vice-Coordinatore regionale: Sabine Weiss

Coordinatore aziendale: Patrizia Corazza (Azienda Sanitaria dell'Alto Adige).

PA Trento

Referente regionale: Luciano Pontalti

Coordinatore regionale: Pirous Fateh-Moghadam

Vice-Coordinatore regionale: Laura Ferrari

Coordinatori aziendali: Pirous Fateh-Moghadam, Laura Ferrari (Azienda Provinciale Servizi Sanitari Trento).

Molise

Referente regionale: Adelina D'Alò

Coordinatore regionale: Giovanni Di Giorgio

Vice-Coordinatore regionale: Sergio Rago

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali ASREM: Guido Ponzio (Campobasso); Vanna Antonelli (Isernia); Carmen Montanaro (Temoli).

Piemonte

Referente regionale: Donatella Tiberti

Coordinatore regionale: Maria Chiara Antoniotti

Vice-Coordinatore regionale: Daniela Lombardi, Paolo Ferrari

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Margherita Meda, Silvana Malaspina, Giorgiana Modolo, Giovanna Vizzani (Asl Torino 1-2: ex Asl 1-4); Alda Cosola, Paolo Laurenti, Giovanna Paltrinieri, Angela Gallone (Asl Torino 3: ex Asl 5, ex Asl 10); Stefano Stanzione, Domenica Greco, Marina Ottino, Maria Pia Alibrandi (Asl Torino 4: ex Asl 6, ex Asl 7, ex Asl 9); Giuseppe Valenza (Asl Torino 5, ex Asl 8); Gabriele Bagnasco (Asl Vc, ex Asl 11); Adriano Giacomini (Asl Biella, ex Asl 12); Edoardo Moia (Asl Novara, ex Asl 13); Paolo Ferrari (Asl Verbano-Cusio-Ossola, ex Asl 14); Lorenzo Orione, Maria Teresa Puglisi, Anna Maria Fossati, Angelo Repposi (Asl Cuneo 1: ex Asl 15, ex Asl 16, ex Asl 17); Laura Marinaro, Franco Giovanetti (Asl Cuneo 2, ex Asl 18); Daniela Rivetti, Maurizio Oddone, Nadia Abate (Asl Asti, ex Asl 19); Rossana Prosperi, Maria Antonietta Brezzi, Paola Bracco, Massimo D'Angelo, Fiorangela Fossati, Bruna Rondano, Stefania Marchianò (Asl Alessandria: ex Asl 20, ex Asl 22); Antonio Galiano (ex Asl 21).

Puglia

Referente regionale: Vincenzo Pomo

Coordinatore regionale: Valerio Aprile

Vice-Coordinatore regionale Cinzia Germinario

Coordinatori aziendali: Vincenzo Di Martino, Anton Giulio Pollice (ASL Foggia); Enzo Coviello, Enrico Caputo (ASL Bari); Addolorata De Luca (ASL Bat); Rosita Cipriani (ASL Taranto); Stefano Termite (ASL Brindisi); Valerio Aprile (ASL Lecce).

Sardegna

Referente regionale: Rita Masala, Antonello Antonelli

Coordinatore regionale: Massimo Melis, Francesco Macis

Coordinatori aziendali: Mario Budroni, Elisabetta Tavera (ASL 1 Sassari); Mario Usala (ASL 3 Nuoro); Maria Adelia Aini (ASL 2 Olbia); Andrea Loddo (ASL 4 Lanusei); Rosa Murgia (ASL 5 Oristano); Franco Congiu (ASL 6 Sanluri); Giuseppe Pala (ASL 7 Carbonia); Mario Saturnino Floris (ASL 8 Cagliari).

Sicilia

Referenti regionali: Antonio Mira, Maria Antonietta Bullara

Coordinatore regionale: Salvatore Scondotto

Vice-coordinatori regionali: Patrizia Miceli, Gabriella Dardanoni

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Anna Maria Cardinale, Giuseppina Alida Amormino (Asp 1 Agrigento); Rosanna Milisenna (Asp 2 Caltanissetta); Mario Cuccia, Irene Torre (Asp 3 Catania); Franco Belbruno (Asp 4 Enna); Giovanna Fiumanò (Asp 5 Messina); Maria Angela Randazzo (Asp 6 Palermo); Giuseppe Ferrera, Calogero Pace (Asp 7 Ragusa); Maria Carmela Bandiera, Maria Lia Contrino, Alfonso Nicita, (Asp 8 Siracusa); Ranieri Candura (Asp 9 Trapani).

Toscana

Referente regionale: Emanuela Balocchini

Vice-Referente regionale: Maria Laura Duratorre

Coordinatore regionale: Giorgio Garofalo

Vice-coordinatori regionali: Franca Mazzoli Marradi, Rossella Cecconi

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Vasco Merciadri, Francesco Sacchelli (ASL 1 Massa Carrara); Alessandro Scacchiotti, Luca Ricci (ASL 2 Lucca); Wanda Wanderlingh, Franca Mazzoli Marradi (ASL 3 Pistoia); Mimmo Lotito, Maurizio Lazzeri (ASL 4 Prato); Luca Carneglia (ASL 5 Pisa); Alessandro Barbieri (ASL 6 Livorno); Andreina Bevilacqua, Silvia Cappelli (ASL 7 Siena); Anna Beltrano (ASL 8 Arezzo); Paolo Piacentini, Maria Di Cunto (ASL 9 Grosseto); Rossella Cecconi (ASL 10 Firenze); Marinella Chiti (ASL 11 Empoli); Cinzia Raffaelli, Franco Barghini (ASL 12 Viareggio).

Umbria

Referente regionale: Anna Tosti

Coordinatore regionale: Carla Bietta

Vice-Coordinatore regionale: Marco Cristofori

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Daniela Felicioni, Lucia Puletti, Ermete Gallo (ASL 1); Carla Bietta, Igino Fusco Moffa (ASL 2); Ubaldo Bicchielli, Maria Claudia Paoloni (ASL 3); Marco Cristofori, Vincenzo Casaccia (ASL 4).

Valle d'Aosta

Referente e Vice-referente regionale: Enrico Rovarey, Gabriella Furfaro

Coordinatore regionale: Salvatore Bongiorno

Vice-Coordinatore regionale: Rosa Maria Teresa Cristaudo

Coordinatori aziendali: Salvatore Bongiorno, Rosa Maria Cristaudo (AUSL Valle D'Aosta).

Veneto

Referente regionale: Federica Michieletto

Coordinatore regionale: Silvia Milani

Vice-Coordinatore regionale: Mauro Ramigni

Coordinatori e Vice-coordinatori aziendali: Floriana Russino, Antonio Lalli (AULSS 1 Belluno); Domenico Grazioli, Luigi Cazzola, Dina Galantin (AULSS 2 Feltre); Manuela Mazzetto, Maria Caterina Bonotto, Marilena Vellar (AULSS 3 Bassano Del Grappa); Edoardo Chiesa, Alessandra Dal Zotto, Gabriella Tognetto (AULSS 4 Alto Vicentino); Adolfo Fiorio (AULSS 5); Paola Colussi, Barbara Mazzaron (AULSS 6 Vicenza); Tiziana Menegon, Ester Chermaz, Rosanella Brunetta (AULSS 7 Pieve Di Soligo); Gianluigi Lustrò, Donatella Indiano (AULSS 8 Asolo); Mauro Ramigni, Antonella Nicoletti (AULSS 9 Treviso); Cosetta Lambertini, Alessandra Favaretto, Aida Carnio (AULSS 10 Veneto Orientale); Giacomo Marchese, Vittorio Selle, Lorenzo Ghio (AULSS 12 Veneziana); Silvia Milani, Antonella Dal Pra (AULSS 13 Mirano); Armando Olivieri, Gianni Bottacin (AULSS 15 Alta Padovana); Lorena Gottardello, Daniela Masiero (AULSS 16 Padova); Chiara Schiavinato, Luana Belcaro (AULSS 17 Este); Patrizia Casale, Claudia Cavalieri (AULSS 18 Rovigo e 19); Silvana Manservigi, Elisabetta Ferrari (AULSS 20 Verona); Katia Cervato, Anna M. Mantovani (AULSS 21 Legnago); Gianstefano Blengio, Salvatore Falcone (AULSS Bussolengo 22).

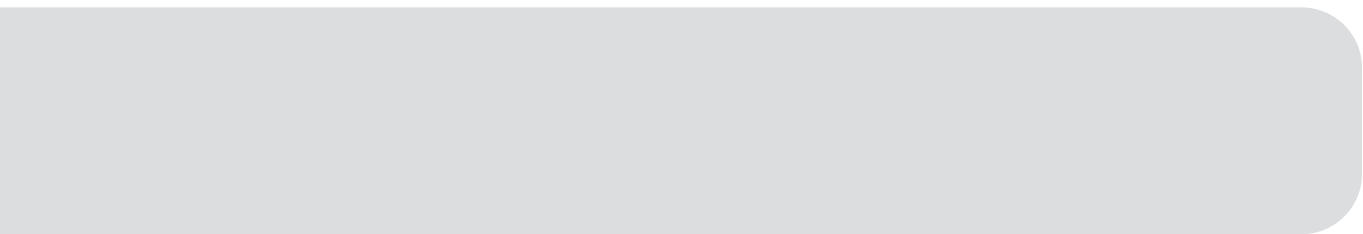
Bibliografia e sitografia di riferimento

- Alcohol and Global Health. The Lancet Series on Alcohol and Global Health, June 26, 2009. www.thelancet.com/series/alcohol-and-global-health
- American Association for Public Opinion Research (2008) Standard definitions-final dispositions of case codes and outcome rates for surveys. AAPOR. http://www.aapor.org/AM/Template.cfm?Section=Standard_Definitions&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=1273.
- Aprile V, Baldissera S, D'Argenzio A, et al. Risultati nazionali dello studio QUADRI (Qualità dell'Assistenza alle persone con Diabete nelle Regioni Italiane). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/10).
- Arbyn M, Anttila A, Jordan J, et al (eds) (2008) European guidelines for quality assurance on cervical cancer screening. 2 ed. Brussels: European community, 2nd edn. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities
- Baldissera S, Campostrini S, Binkin N, et al. Features and initial assessment of the Italian behavioral risk factor surveillance system (PASSI), 2007–2008. *Prev Chronic Dis* 2011; 8(1).
- Beaglehole R, Saracci R, Panico S. Cardiovascular diseases: causes, surveillance and prevention. *Int J Epidemiol* 2001;30: S1-S4
- Binkin N, Gigantesco A, Ferrante G, Baldissera S. Depression among adults 18–69 years in Italy: results from the Italian behavioural risk factor surveillance system, 2007. *Int J Public Health* 2010;55:479–488.
- Binkin N, Perra A, Aprile V, et al. Effects of a generalised ban on smoking in bars and restaurants, Italy. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007;11(5):522–527.
- Campostrini S, McQueen DV, Evans L. Health promotion and surveillance: the establishment of an IUHPE global working group. *Glob Health Promot* 2009;16(4):58-60.
- Centers for Disease Control and Prevention. Measuring Healthy days. Atlanta, Georgia: CDC, November 2000. <http://www.cdc.gov/hrqol/methods.htm>
- Chiu LF. Inequalities of access to cancer screening: a literature review. *Cancer Screening Series* n. 1. 2003. NHS Cancer Screening Programmes. <http://www.cancerscreening.nhs.uk/publications/cs1.pdf>.
- Commission on Social Determinants of health (2008). Closing the gap in a generation. Final report. WHO. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html
- Dalstra J, Kunst AE, Borrell C, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol* 2005;34:316–326.
- DPCM. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico “Guadagnare salute”. *Gazzetta Ufficiale* n. 117 del 22-5-2007 Suppl. Ordinario n.119.
- Emberson J, Whincup P, Morris R, et al. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. *Eur Heart J* 2004;25: 484–491.

- Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, et al. Smoking in Italy 2005–2006: effects of a comprehensive National tobacco regulation. *Prev Med* 2007;45(2-3):198-201.
- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- Gruppo tecnico PASSI. Sistema di sorveglianza PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/30). <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2119&lang=1&tipo=5&anno=2007>.
- Gruppo tecnico PASSI. Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): risultati 2007. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (Rapporti ISTISAN 09/31). <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2342&lang=1&tipo=5>
- Gruppo tecnico PASSI. Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Rapporto 2009. http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto09/giorni_salute.pdf
- Gruppo tecnico PASSI. The Italian behavioural risk factor surveillance system. Istituto Superiore di Sanità. <http://www.epicentro.iss.it/passi/english.asp>.
- Hahn RA, Heath GW, Chang MH. Cardiovascular disease risk factors and preventive practices among adults - United States, 1994: a behavioral risk factor atlas. *Behavioral Risk Factor Surveillance System State Coordinators. MMWR CDC - Surveillance Summaries*. 1998 Dec 11, 47(5);35-69.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-1292.
- Ministero della Salute. Linee guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale in applicazione di quanto previsto dal Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996, relativo all'azione programmata "Prevenzione e Cura delle malattie oncologiche", concernenti l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia. GU No 127 del 1/6/1996.
- 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;46,Suppl:S03-S42.
- Osservatorio Nazionale Screening. <http://www.osservatorionazionale screening.it/>
- Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. *Am J Prev Med* 2002; 22(4S):15-38.
- U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 Vol. 1. Understanding and Improving Health; Objectives for Improving Health (Part A: Focus Areas 1-14). Washington, DC Government Printing Office 2000.
- Venkat Narayan KM, Zhang P, Kanaya AM, et al. Diabetes: The pandemic and potential solutions. In: *Disease Control Priority Project in Developing Countries 2nd Edition April 2006: 591-603*.

- Whelton PK; He J, Appel LJ, et al. Primary Prevention of Hypertension: Clinical and Public Health Advisory From the National High Blood Pressure Education Program. JAMA 2002; 288(15):1882-1888.
- WHO. Preventing chronic disease a vital investment. WHO global Report. Geneva, 2005. (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/)
- WHO. Prevent and Control Cardiovascular Diseases, Cancers, Chronic Respiratory Diseases and Diabetes. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. WHO, Geneva, 2008.
- WHO. European Ministerial Conference on Counteracting Obesity Conference report. http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070503_1
- WHO. Handbook for action to reduce alcohol-related harm, World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, 2009. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf
- WHO, Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, 2009. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf
- Yusuf HR, Giles WH, Croft JB, Anda RF, Casper ML. Impact of Multiple Risk Factor Profiles on Determining Cardiovascular Disease Risk. Prev Med 1998;27:1-9.

Finito di stampare nel mese di agosto 2011
da De Vittoria Srl
Via degli Aurunci 19 - 00185 Roma



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
un monitoraggio continuo su stili di vita e interventi di prevenzione