

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA



# **Stranieri residenti in Emilia-Romagna: fattori comportamentali e consigli dei sanitari**

*I dati della Sorveglianza PASSI 2007-2008*

**Giugno 2009**



---

A cura di:

Giuliano Carrozzi, Letizia Sampaolo, Lara Bolognesi, Carlo Alberto Goldoni, Nicoletta Bertozzi, Diego Sangiorgi, Elena Prati, Alba Carola Finarelli, Paola Angelini, Andrea Mattivi, Rossana Mignani, Daniele Agostini, Pierluigi Cesari, Sara De Lisio, Aldo De Togni, Fausto Fabbri, Anna Maria Ferrari, Oscar Mingozi, Michela Morri, Alma Nieddu, Paolo Pandolfi, Anna Rita Sacchi, Giuliano Silvi, Ivana Stefanelli, Patrizia Vitali

*Gruppo Tecnico Regionale Passi*

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

*- a livello nazionale:*

Sandro Baldissera, Nancy Binkin, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Gabriele Fontana, Valentina Minardi, Giada Minelli, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzi, Angelo D'Argenzio, Pirous Fateh-Moghadam, Massimo Oddone Trinito, Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli, Stefano Menna

*Gruppo Tecnico PASSI nazionale*

*- a livello regionale:*

Pierluigi Macini, Alba Carola Finarelli, Paola Angelini, Andrea Mattivi, Rossana Mignani

*Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna*

La Sorveglianza PASSI è realizzata con il contributo finanziario del ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali - CCM

***Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate per la cortesia e la disponibilità dimostrate, a tutti gli intervistatori, ai Medici di Medicina Generale, ai Sindaci dei Comuni della Regione***

---

## ***La sorveglianza PASSI: caratteristiche salienti e aspetti metodologici***

PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è il sistema di sorveglianza italiano sui comportamenti correlati alla salute della popolazione adulta, coordinato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e dall'Istituto Superiore di Sanità. Da aprile 2007 è partita la rilevazione dei dati in 20 Regioni; in Emilia-Romagna aderiscono al sistema tutte le 11 Aziende USL.

Il sistema PASSI indaga aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di fattori di rischio cardiovascolari e di sintomi di depressione), alle abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol), all'offerta ed all'utilizzo dei programmi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazione contro rosolia e influenza) ed alla sicurezza stradale e domestica. Un sistema di sorveglianza della salute è caratterizzato dalla rilevazione continua delle informazioni allo scopo di poterne registrare le evoluzioni temporali.

Un campione di residenti di 18-69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale del Dipartimento di Sanità Pubblica, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario standardizzato. I dati vengono anonimizzati e quindi elaborati secondo procedure standardizzate a livello nazionale e regionale.

Nel 2007-2008 la popolazione in studio ha compreso le persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 11 Aziende USL emiliano-romagnole.

Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono stati la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico.

I criteri di esclusione sono stati la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione della persona selezionata.

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età. I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dal Dipartimento di Sanità Pubblica.

I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate, senza il ricorso a misurazioni dirette da parte di operatori sanitari. Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica nel periodo aprile 2007 - dicembre 2008, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

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

La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

In questa analisi dei dati della Sorveglianza PASSI si sono utilizzate unicamente le interviste delle persone di 18-49 anni a causa della ridotta numerosità di stranieri sopra i 50 anni sia nel campione sia nella popolazione di riferimento.

La cittadinanza italiana o straniera è riferita direttamente dagli intervistati e viene rilevata nella sezione socio-anagrafica del questionario.

Per gli stranieri sono stati illustrati i principali aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, sintomi di depressione, prevalenza di fattori di rischio cardiovascolari), agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol), alla sicurezza stradale e all'utilizzo dei programmi di prevenzione (Pap test e vaccinazione contro la rosolia), mettendoli opportunamente a confronto con i dati relativi agli intervistati con cittadinanza italiana.

Per analizzare la significatività della differenza tra stranieri e italiani nei confronti delle più importanti variabili oggetto di studio si è ricorso a un'opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*)

---

*multivariata*), che permette in generale di stimare o prevedere l'associazione tra una variabile di risposta con due livelli (dicotomica) e variabili indipendenti di diversa natura.

Attraverso questa tecnica si è potuto tener conto dell'influenza sulla variabile di interesse, oltre che della cittadinanza anche di quella di altri fattori socio-demografici importanti (come ad esempio sesso, età, livello d'istruzione e difficoltà economiche).

I risultati di tali analisi sono riportati in grafici che mostrano gli *odds ratio* (*OR*) di ogni variabile inserita nel modello con i rispettivi intervalli di confidenza al 95%.

L'*odds ratio* è il rapporto tra la probabilità del verificarsi dell'evento tra gli esposti al fattore di rischio e la probabilità del verificarsi dell'evento tra i non esposti e permette quindi di misurare l'associazione tra il verificarsi del fenomeno studiato e la variabile considerata. In particolare:

- se l'*OR* assume valori pari (o prossimi) a 1, significa che il fattore di esposizione indagato non influenza la variabile oggetto di studio
- se il valore dell'*OR* è maggiore di 1, il fattore indagato è un fattore di rischio
- se il valore dell'*OR* è minore di 1, il fattore indagato è un fattore protettivo.

## Descrizione del campione regionale PASSI

La popolazione in studio è costituita da 2.910.138 residenti di 18-49 anni iscritti al 31/12/2007 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 11 AUSL dell'Emilia-Romagna, di cui 243.744 sono stranieri (pari all'8%). Dall'avvio del sistema di Sorveglianza PASSI nell'aprile 2007 al dicembre 2008, sono state intervistate 3.960 persone nella fascia 18-49 anni, di cui 334 stranieri (8%), selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Le AUSL regionali hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale, eccetto Imola che ha partecipato ad una rappresentatività provinciale insieme a Bologna. Modena ha effettuato un sovracampionamento per avere la rappresentatività anche relativa al distretto di Mirandola.

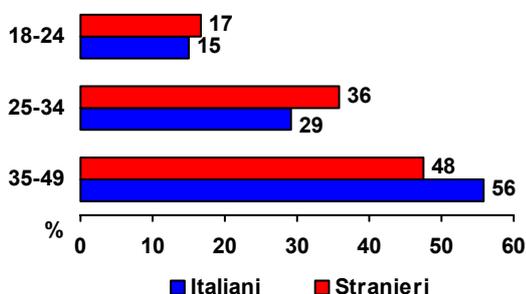
### Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati stranieri?

In Emilia-Romagna la popolazione straniera nella fascia 18-49 anni rappresenta circa il 6% dell'intera popolazione residente.

Nel campione PASSI 2007-2008, l'8% degli intervistati della stessa fascia d'età ha cittadinanza straniera.

Rispetto agli intervistati con cittadinanza italiana gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani.

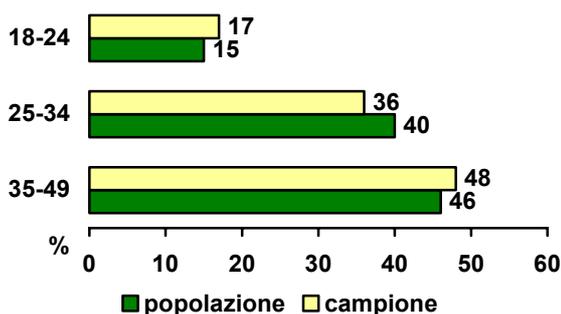
% di stranieri e di italiani per classi di età  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



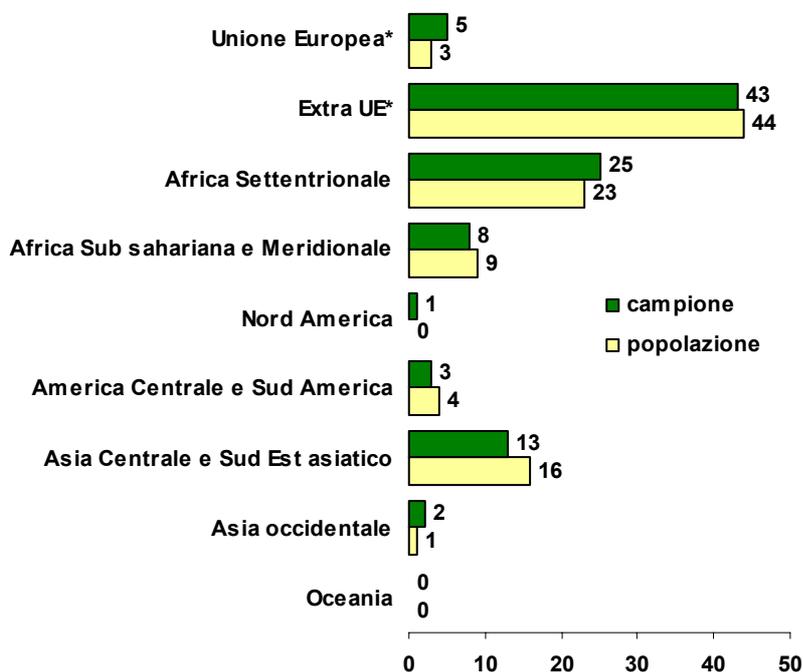
Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano: per questo motivo vengono raccolte informazioni relative agli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese in quanto residenti e in grado di comprendere e parlare la lingua italiana.

La distribuzione per età del campione di stranieri selezionato appare sovrapponibile a quella della popolazione, indice di una buona rappresentatività del campione estratto.

% di stranieri nel campione e nella popolazione  
Emilia-Romagna



**% di stranieri per area geografica di provenienza\* nel campione e nella popolazione**  
Emilia-Romagna



Il campione di stranieri è rappresentato per la maggior parte da soggetti provenienti dai paesi europei extra-comunitari\* (43%), dall'Africa settentrionale (25%) e dall'Asia centrale e dal Sud Est asiatico (13%).

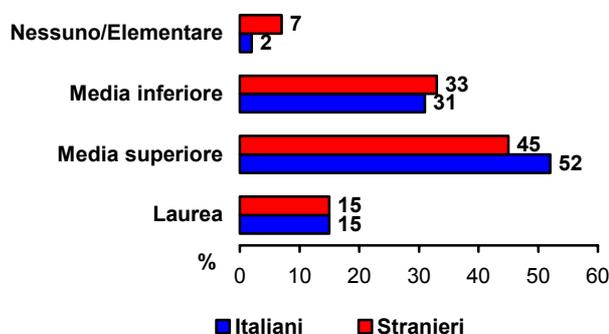
Dal grafico a fianco si può notare come la distribuzione degli stranieri per area geografica di provenienza del campione PASSI 2007-2008 sia rappresentativa di quella osservata nella popolazione con cittadinanza straniera nel 2007.

\*è stata usata la definizione di Unione europea del 1995 a 15 Stati

### Il titolo di studio

In Emilia-Romagna il 7% del campione degli stranieri di 18-49 anni non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 33% ha la licenza media inferiore, il 45% la licenza media superiore e il 15% è laureato. Rispetto agli intervistati di nazionalità italiana, gli stranieri sono più rappresentati tra chi non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare e meno tra chi ha dichiarato di avere la licenza media superiore.

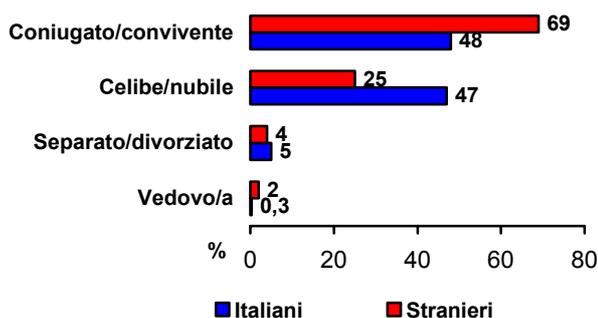
**Campione per titolo di studio**  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



### Lo stato civile

Tra gli intervistati di nazionalità straniera i coniugati/conviventi rappresentano il 69% del campione, i celibi/nubili il 25%, i separati/divorziati il 4% ed i vedovi il 2%. Rispetto agli italiani si nota una differenza nella percentuale di coniugati/conviventi.

**Campione per categorie stato civile**  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

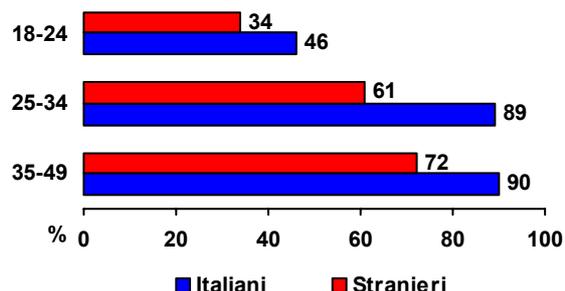


## Il lavoro

In Emilia-Romagna il 62% degli stranieri intervistati nella fascia d'età 18-49 anni ha riferito di lavorare regolarmente contro un 83% degli italiani.

Complessivamente la quota di stranieri con un lavoro regolare è statisticamente inferiore a quella degli italiani.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



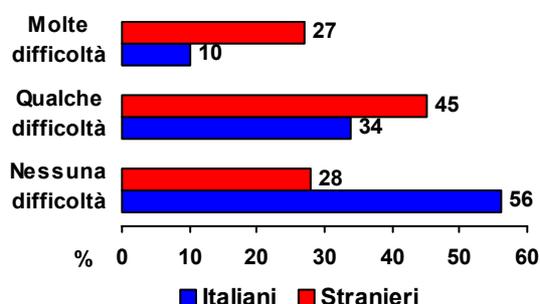
## Difficoltà economiche

In Emilia-Romagna :

- il 28% del campione degli stranieri non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 45% qualche difficoltà
- il 27% molte difficoltà economiche.

La percentuale di stranieri che hanno dichiarato di avere difficoltà economiche è statisticamente superiore di quella degli italiani.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



## Come hanno risposto gli stranieri?

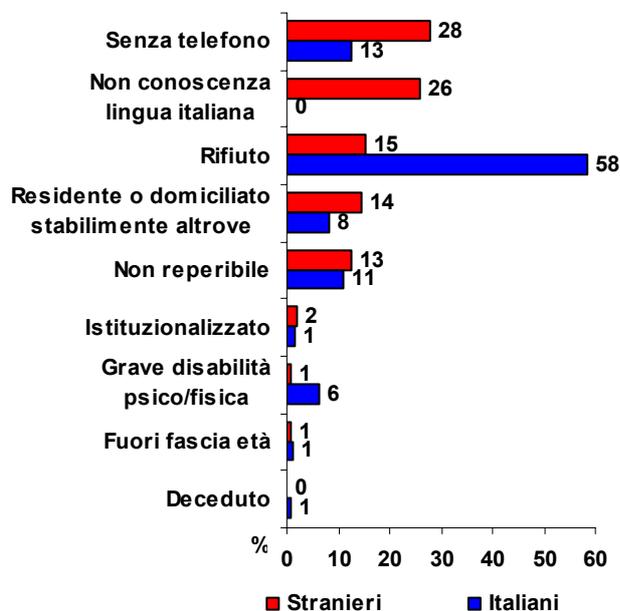
La cittadinanza delle persone sostituite non è un'informazione rilevata routinariamente nella Sorveglianza PASSI; in Emilia-Romagna si è deciso di raccoglierla come campo facoltativo, che è stato compilato in circa la metà dei soggetti campionati. Gli indicatori di monitoraggio presentati hanno pertanto un valore di stima, in quanto si riferiscono a 2.004 persone su 3.960 campionate (51%).

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, il tasso di risposta<sup>1</sup> è risultato del 90% per gli stranieri e dell'86% per gli italiani, mentre il tasso di sostituzione<sup>2</sup> è rispettivamente del 10% e del 14% e quello di rifiuto<sup>3</sup> dell'8% per entrambi.

I principali motivi di sostituzione per gli stranieri sono l'assenza di un numero di telefono rintracciabile (28% contro il 13% degli italiani) e la non conoscenza della lingua italiana.

Il tasso di eleggibilità<sup>4</sup> risulta essere invece del 76% per gli stranieri e del 97% per gli italiani.

Motivazioni delle sostituzioni  
Emilia-Romagna, 2007-2008



<sup>1</sup> Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

<sup>3</sup> Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

<sup>4</sup> Tasso di eleggibilità = (interviste+rifiuti)/(interviste+rifiuti+residenti altrove+istituzionalizzati+decaduti+non conoscenza della lingua italiana+disabili+fuori range+(senza telefono/2))

## Percezione dello stato di salute

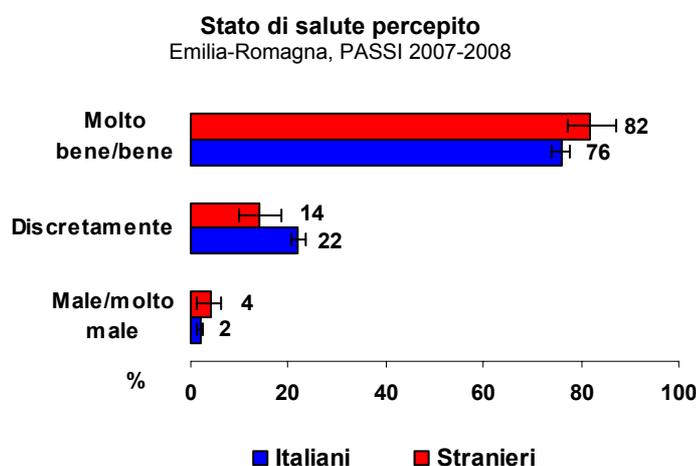
La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

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 auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

### Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

In Emilia-Romagna l'82% degli stranieri ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene, rispetto al 76% degli italiani; rispettivamente il 14% e il 22% hanno dichiarato di sentirsi discretamente, mentre il 4% e il 2% hanno risposto in modo negativo (male/molto male).

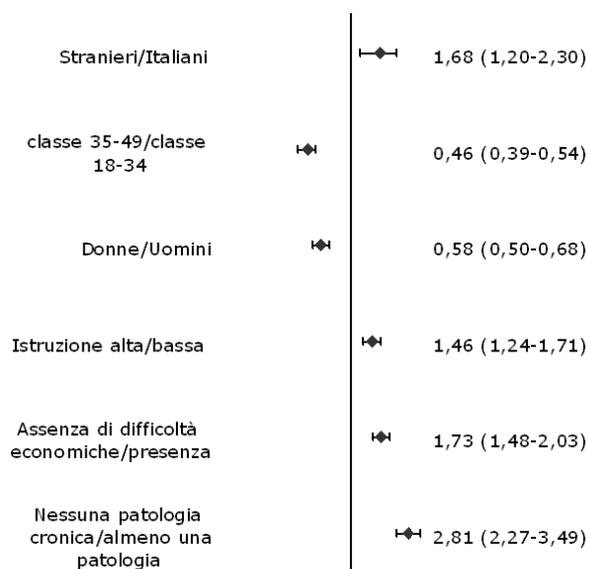
Questi dati mostrano valori simili a quelli dell'indagine "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'ISTAT nel 2005, che riporta che l'80% degli stranieri dichiara di stare bene o molto bene, contro il 72% tra gli italiani, standardizzando per età.



### Regressione logistica multivariata sulla percentuale di persone che si sono dichiarate in buona salute

Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

Dalla *regressione logistica* si può notare che la percentuale degli stranieri che si sono dichiarati in buona salute è statisticamente superiore a quella degli italiani.



## Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità.

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

Nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi:

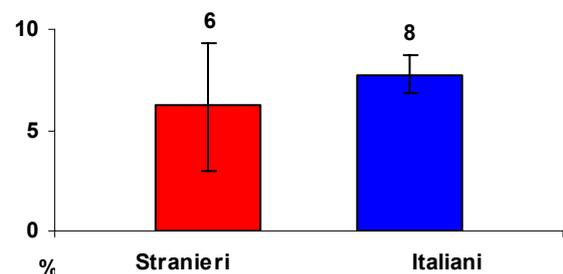
- 1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose
- 2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi sono poi sommati e classificati in base ad uno score da 0 a 6; coloro che ottengono un score uguale o maggiore di 3 sono individuati come "persone con sintomi di depressione"; la diagnosi effettiva di depressione richiede ovviamente una valutazione clinica individuale approfondita.

### Quante sono le persone che hanno dichiarato sintomi di depressione?

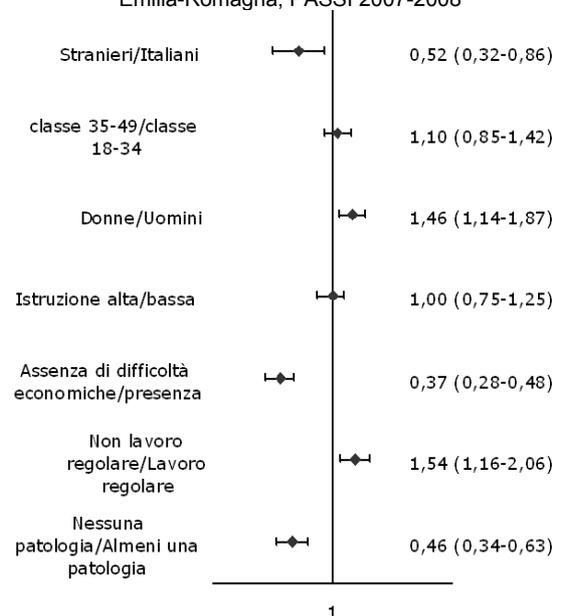
In Emilia-Romagna tra gli intervistati 18-49enni circa il 6% degli stranieri e l'8% degli italiani ha riferito sintomi di depressione, senza differenze sul piano statistico.

Percentuale di persone con sintomi di depressione  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



Regressione logistica multivariata sulla percentuale di persone che hanno dichiarato sintomi di depressione  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

Correggendo opportunamente per sesso, età, livello di istruzione, presenza di difficoltà economiche e di almeno una malattia cronica, la *regressione logistica* mostra che la percentuale di stranieri che hanno riferito sintomi di depressione è statisticamente più bassa di quella degli italiani.



## Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche; ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

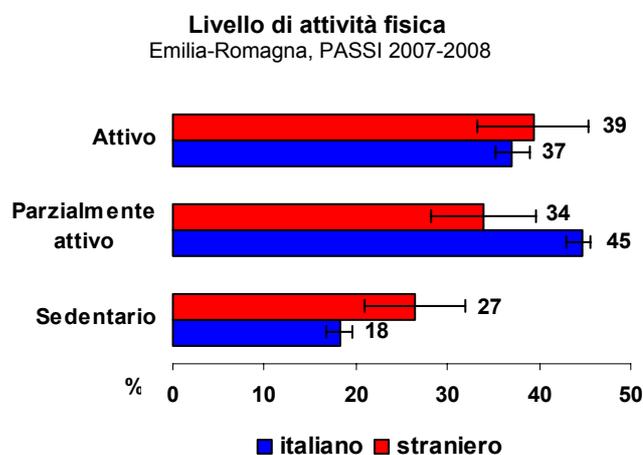
Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

### Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

In Emilia-Romagna il 39% degli stranieri intervistati di 18-49 anni ha uno stile di vita attivo, in quanto conduce un'attività lavorativa pesante e/o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 34% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 27% è completamente sedentario.

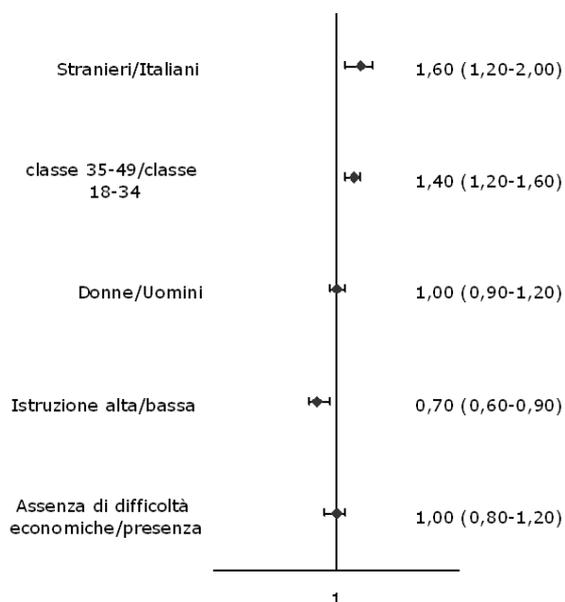
Genericamente gli intervistati di nazionalità straniera sono risultati significativamente più sedentari di quelli di nazionalità italiana.



### Regressione logistica multivariata sulla percentuale di persone sedentarie

Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

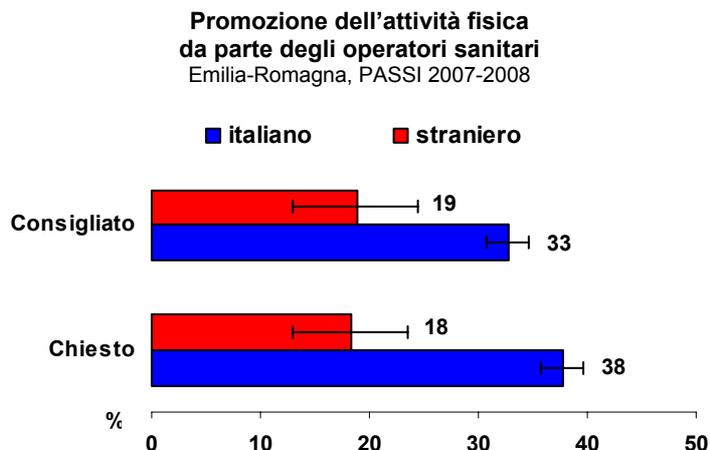
Inserendo nella *regressione logistica* anche sesso, età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche, si conferma significativa la differenza tra il livello di sedentarietà registrato negli stranieri e negli italiani: gli stranieri sono statisticamente più sedentari degli italiani.



## Gli operatori sanitari hanno promosso l'attività fisica dei loro assistiti?

In Emilia-Romagna solo il 19% degli intervistati di nazionalità straniera ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica ed il 18% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

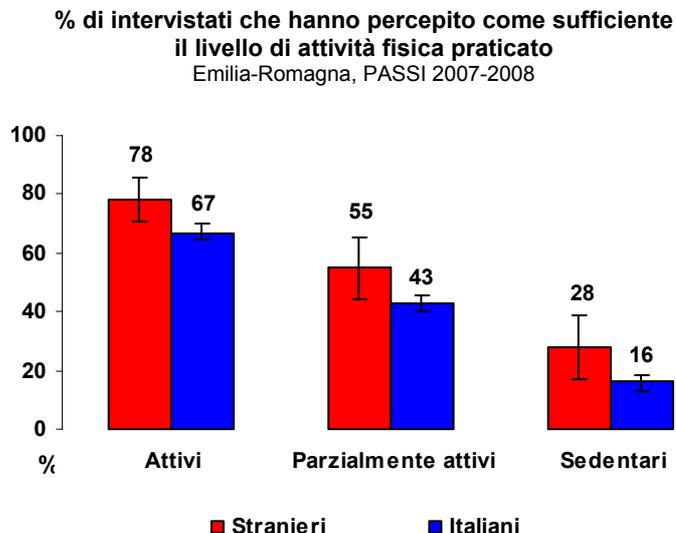
Queste percentuali sono statisticamente inferiori a quelle riferite dagli italiani.



## Come è stato percepito il proprio livello di attività fisica?

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Gli stranieri sembrano avere una percezione meno corretta di tale livello rispetto gli italiani: il 28% dei sedentari e il 55% delle persone parzialmente attive ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente contro rispettivamente il 16% e il 43% degli italiani.



## L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Il fumo rappresenta inoltre un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

### Quant'è diffusa l'abitudine al fumo di sigaretta?

In Emilia-Romagna l'abitudine al fumo è significativamente più bassa tra gli stranieri rispetto gli italiani.

Infatti:

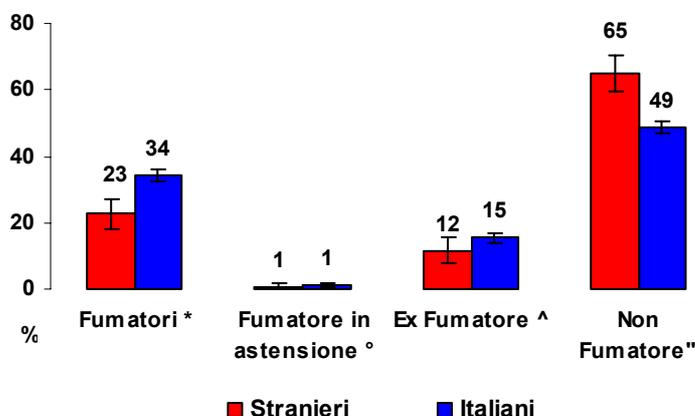
- il 23% degli intervistati stranieri ha riferito di fumare (contro il 34% degli italiani)
- il 65% di essere un non fumatore (contro il 49%)
- il 12% di essere un ex fumatore (contro il 15%).

L'1% degli intervistati sia tra gli stranieri che tra gli italiani ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "fumatori in astensione", ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).

La significatività della differenza tra la percentuale di fumatori registrata negli stranieri e negli italiani è confermata dalla regressione logistica, che tiene conto anche del sesso, età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche: il numero di stranieri fumatori è statisticamente inferiore a quello di italiani.

Anche i dati multiscopo ISTAT 2005 mostrano come il tabagismo sia un'abitudine meno diffusa negli stranieri che negli italiani: il 28% degli uomini e il 15% delle donne straniere tra i 14-64 anni fuma contro per il 31% degli uomini e il 28% delle donne italiane.

**Abitudine al fumo di sigaretta**  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



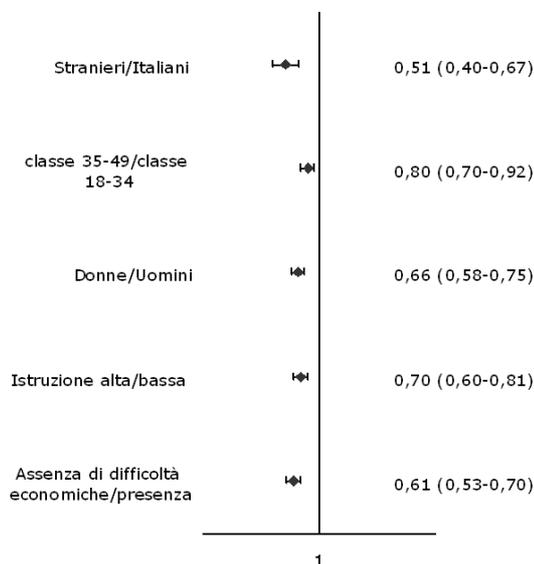
\* *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

° *Fumatore in astensione*: soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

^ *Ex fumatore*: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

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

**Regressione logistica multivariata sulla percentuale di persone che hanno dichiarato di fumare**  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



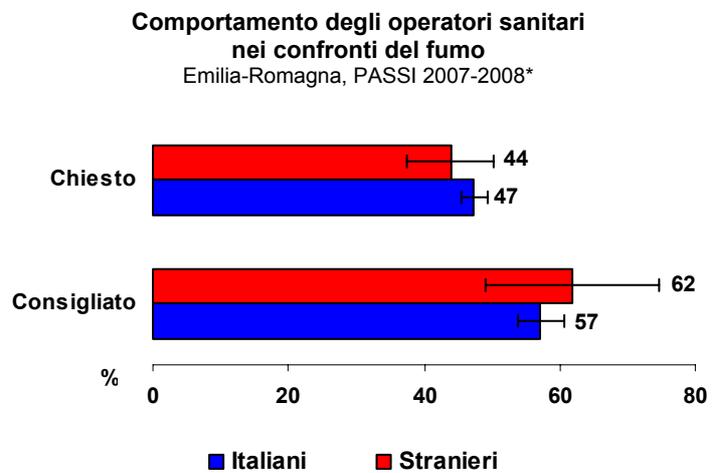
---

## **A quante persone sono state fatte domande sulla loro abitudine al fumo e a quante è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario?**

Circa il 44% degli stranieri intervistati di 18-49 anni ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

Tra i fumatori, il 62% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

Le due percentuali non risultano statisticamente differenti da quelle rilevate sugli italiani.



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

## Stato nutrizionale e abitudini alimentari

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.

Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (*Body Mass Index* o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

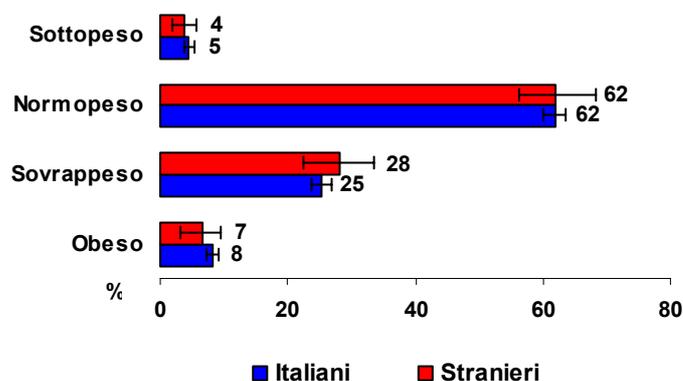
Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

### Qual è lo stato nutrizionale della popolazione rilevato?

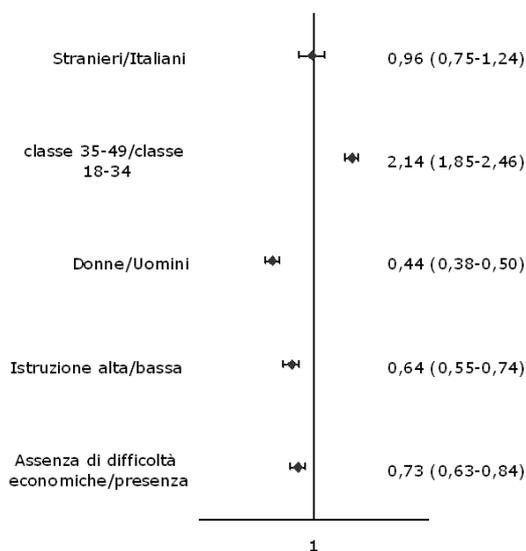
In Emilia-Romagna il 4% degli intervistati con cittadinanza stranieri intervistati risulta sottopeso, il 62% normopeso, il 28% sovrappeso e il 7% obeso (valori vicini a quelli rilevati negli italiani).

Anche i dati multiscopo ISTAT 2005 indicano valori non differenti: gli stranieri erano nel campione nazionale nel 9% obesi e nel 32% in sovrappeso.

Situazione nutrizionale della popolazione  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



Regressione logistica multivariata sulla percentuale di persone che si sono dichiarate in eccesso ponderale  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



Anche la *regressione logistica* che tiene conto pure delle principali variabili d'analisi (sesso, età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche) conferma che nel campione PASSI la differenza tra la percentuale di persone in eccesso ponderale registrata negli stranieri e negli italiani non significativa sul piano statistico.

## Come hanno valutato il proprio peso le persone straniere intervistate?

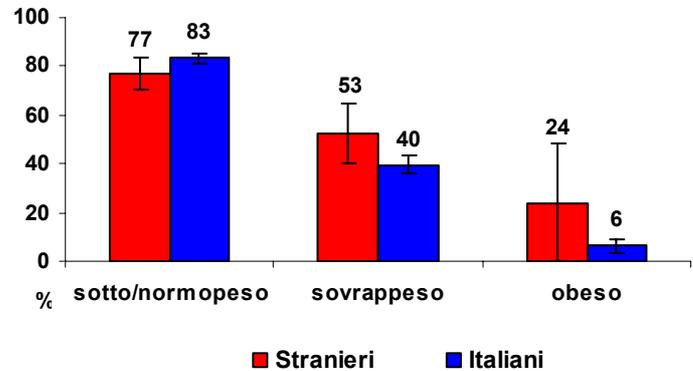
La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.

La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati.

Genericamente gli stranieri in eccesso ponderale sembrano avere una percezione meno corretta del loro stato nutrizionale rispetto agli italiani: il 53% delle persone in sovrappeso e il 24% di quelle obese ha dichiarato il proprio peso più o meno giusto contro rispettivamente il 40% e il 6% degli italiani (differenza non statisticamente significativa).

### % di persone che hanno dichiarato il proprio peso più o meno giusto

Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

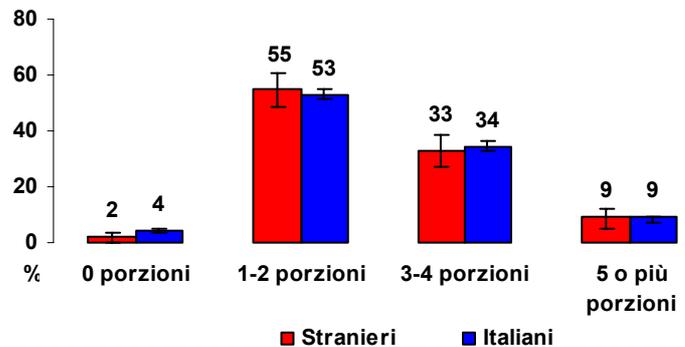


## Quante persone hanno dichiarato di mangiare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day")?

In Emilia-Romagna il 33% degli intervistati stranieri ha dichiarato di mangiare 3-4 porzioni di frutta e verdura al giorno e solo il 9% le 5 porzioni raccomandate, valori non dissimili da quelli degli italiani.

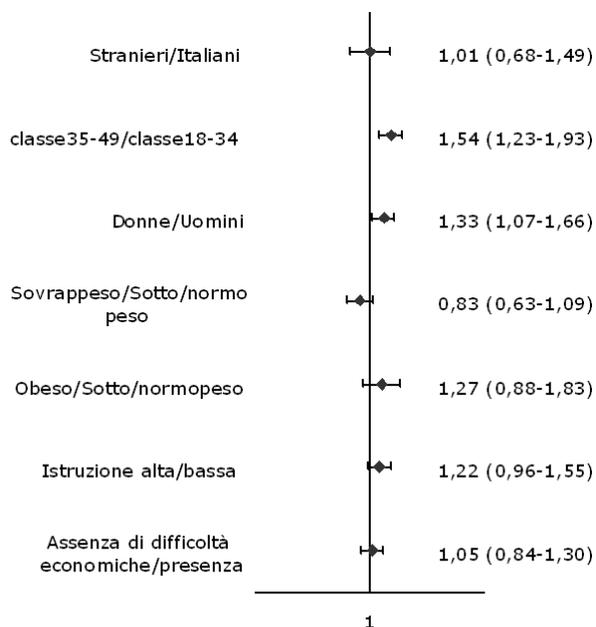
### Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno

Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



**Regressione logistica multivariata sulla percentuale di persone che hanno dichiarato di consumare almeno 5 porzioni di frutta o verdura**  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

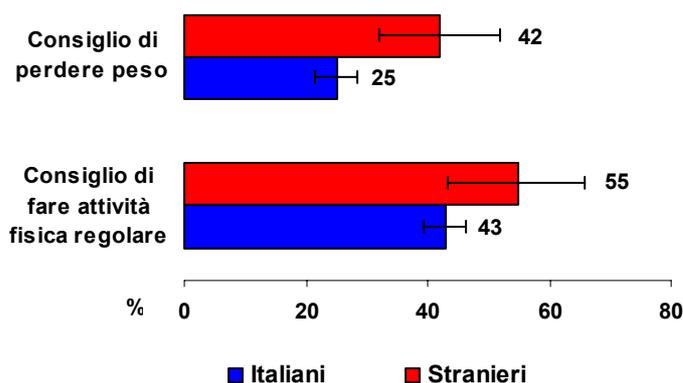
La *regressione logistica* che tiene conto anche di sesso, età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche conferma che la differenza tra stranieri ed italiani per il consumo raccomandato di frutta e verdura non è significativa sul piano statistico.



**Quante persone sovrappeso/obese hanno ricevuto consigli sul peso da parte di un operatore sanitario?**

Tra gli intervistati stranieri in eccesso ponderale che sono andati dal medico negli ultimi 12 mesi il 42% ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso, contro il 25% degli italiani (differenza significativa sul piano statistico). Il 55% degli stranieri ha ricevuto il suggerimento di fare regolare attività fisica a fronte del 43% degli italiani.

**Consigli degli operatori sanitari sul peso**  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



## Consumo di alcol

Nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo, il problema alcol rimane attualmente sottostimato: all'accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale che spesso copre i messaggi della prevenzione.

In Europa si stima che l'alcol uccida circa 115.000 persone l'anno e 25.000 in Italia: cirrosi epatica e incidenti stradali sono le principali cause di morte alcol-correlate.

L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza); il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività.

Si stima che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute si propone di coordinare tutte le attività di prevenzione per ridurre i danni causati dall'alcol. L'emergere infatti di nuove culture del bere (dallo sballo del fine settimana alla moda degli aperitivi) sollecita la realizzazione di sistemi di monitoraggio adeguati a orientare le azioni, per contribuire in maniera efficace alla riduzione del rischio alcol-correlato sia nella popolazione generale sia nei sottogruppi target più vulnerabili.

Secondo la definizione dell'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute o binge drink (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

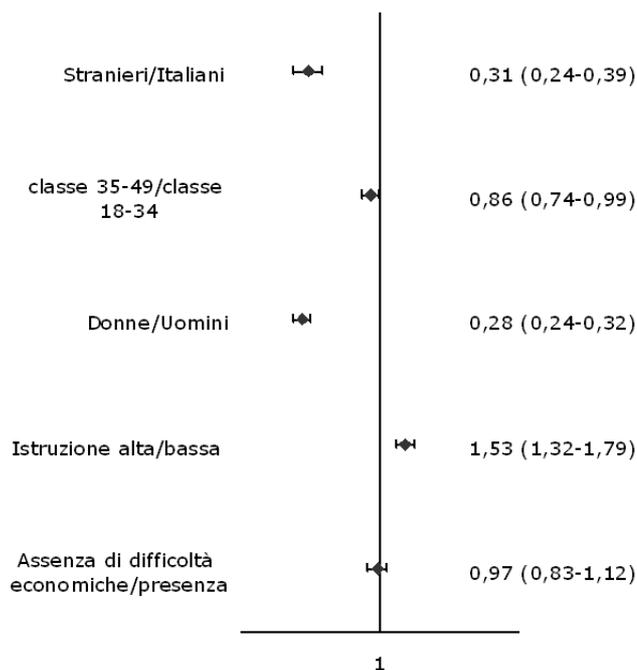
### Quante persone hanno dichiarato di essere non astemie?

Tra gli intervistati di età 18-49 anni hanno riferito di non essere astemi (cioè hanno bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica) il 40% degli stranieri e il 72% degli italiani.

Tenendo conto anche di sesso, età, livello di istruzione e difficoltà economiche degli intervistati con la *regressione logistica*, si conferma che la percentuale di non astemi è significativamente più ridotta negli stranieri.

La bassa numerosità degli intervistati stranieri non astemi non permette un'analisi per area geografica di provenienza; tuttavia a livello indicativo si può osservare che il consumo di alcol dipende dal paese di origine. La percentuale di non astemi è infatti nulla o trascurabile nei cittadini provenienti da paesi in cui il consumo di alcol non è permesso per motivi religiosi e più simile a quella degli italiani in quelli provenienti da paesi Extra-UE (60%).

Regressione logistica multivariata sulla percentuale di persone che hanno dichiarato di non essere astemie  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



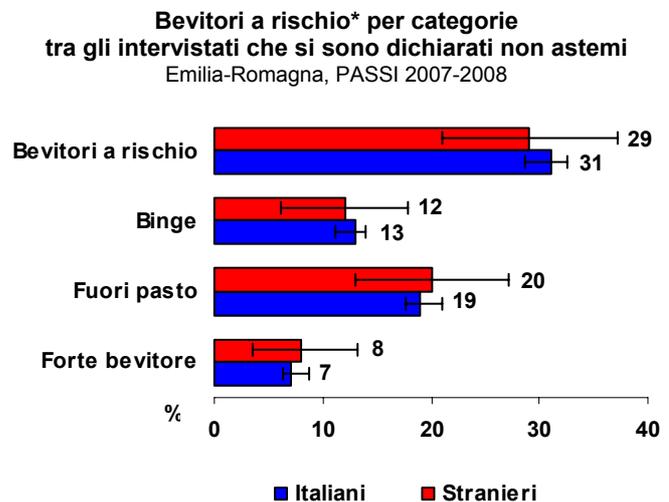
## Quanti bevitori posso essere definiti a rischio\*?

La percentuale di bevitori definibili a rischio è del 12% per gli stranieri e del 22% per gli italiani, differenza significativa sul piano statistico. Per bevitore a rischio si intende:

- chi ha assunto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione (bevitore binge)
- chi beve alcolici fuori pasto
- il forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

Considerando invece solo gli intervistati non astemi, le differenze tra stranieri e italiani nel consumo definibile a rischio si riducono: il 29% degli stranieri e il 31% degli italiani può essere ritenuto un consumatore a rischio. Rispettivamente:

- il 12% e il 13% può essere considerato un bevitore "binge"
- il 20% e il 19% ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- l'8% e il 7% può essere considerato un forte bevitore.



\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)

## A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

In Emilia-Romagna solo il 16% degli intervistati stranieri e il 17% degli italiani ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

Tra i bevitori a rischio solo il 4% degli stranieri e il 5% degli italiani ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno.

## Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni.

L'obiettivo dell'Unione Europea è dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2000.

In Emilia-Romagna nel 2007 gli incidenti stradali sono stati quasi 23.074 (-8% rispetto al 2000) con 531 morti (-32%) e 31.815 feriti (-9%).

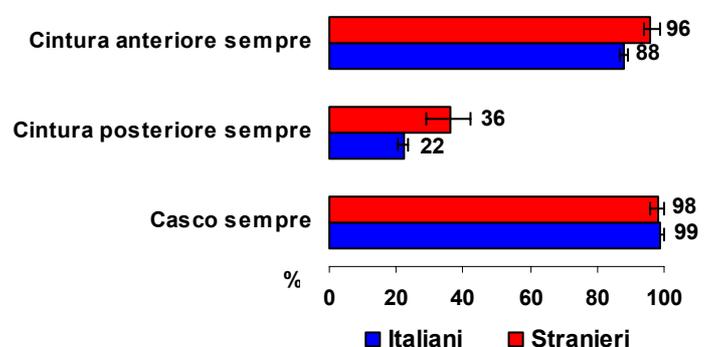
Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

### L'uso dei dispositivi di sicurezza

In Emilia-Romagna la percentuale di intervistati stranieri ed italiani che hanno riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata rispettivamente pari al:

- 98% e 99% per l'uso del casco
- 96% e 88% per la cintura anteriore di sicurezza (differenza statisticamente significativa)
- 36% e 22% per l'uso della cintura posteriore (differenza statisticamente significativa).

Uso dei dispositivi di sicurezza\*  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



\*tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

### Quante persone hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol?

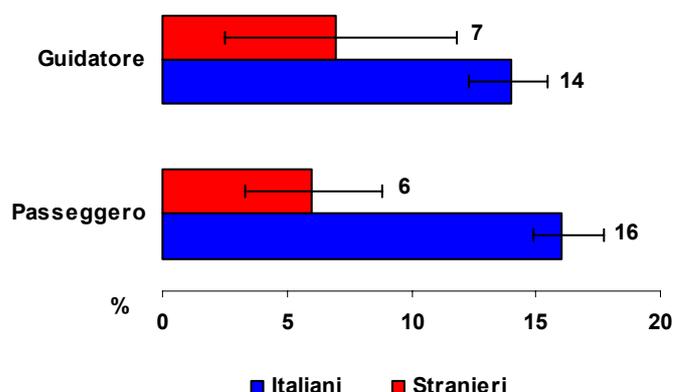
(coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto almeno 2 unità di bevanda alcolica)

Il 2% degli intervistati stranieri e il 10% di quelli italiani hanno dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente. Se si considerano solo le persone non astemie e coloro che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, le percentuali salgono rispettivamente al 7% e al 14%.

Le differenze rilevate sono statisticamente significative.

La percentuale di intervistati che ha dichiarato di essere stato trasportato da un guidatore che aveva bevuto nell'ora precedente due o più unità alcoliche è del 6% negli stranieri e del 16% negli italiani (differenza significativa sul piano statistico).

Guida in stato di ebbrezza\*  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

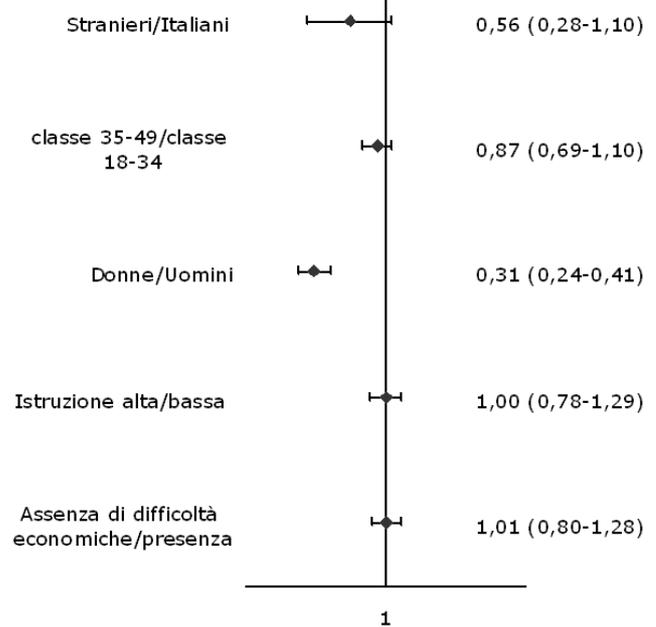


\*persone che hanno guidato dopo aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica nell'ora precedente tra quelle che hanno effettivamente condotto un'autovettura negli ultimi 30 giorni e che si sono dichiarate non astemie oppure persone che sono state trasportate da un guidatore che aveva bevuto nell'ora precedente due o più unità

Considerando anche sesso, età, livello di istruzione e difficoltà economiche degli intervistati, la *regressione logistica* mostra come la differenza tra la percentuale di stranieri e italiani che hanno dichiarato di guidare sotto l'effetto dell'alcol, non sia statisticamente significativa.

**Regressione logistica multivariata sulla percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol\***

Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



\*solo tra le persone che hanno dichiarato di aver guidato e di non essere astemie

## Rischio cardiovascolare

Nel mondo occidentale le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte: in Italia in particolare sono responsabili del 44% di tutte le morti.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa): la probabilità di sviluppare malattia dipende dalla rilevanza dei singoli fattori di rischio e dalla loro combinazione.

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione specifici maggiormente a rischio.

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso che si correla con malattie rilevanti quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale.

Il costo dell'ipertensione sia in termini di salute sia dal punto di vista economico è assai rilevante e pertanto la prevenzione e il trattamento adeguato di questa condizione sono fondamentali: trattare le complicanze dell'ipertensione costa circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi.

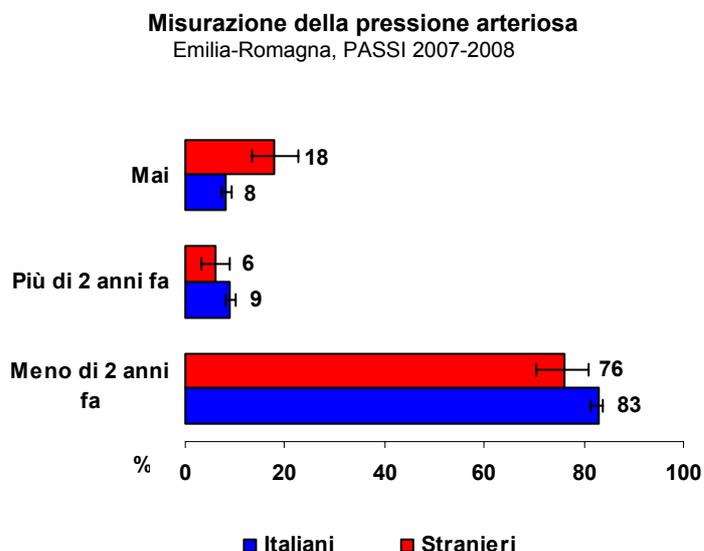
Una concentrazione elevata di colesterolo nel sangue rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica. Nella maggior parte dei casi l'ipercolesterolemia è legata a una non corretta alimentazione, a sovrappeso, fumo, sedentarietà e diabete, raramente è dovuta ad un'alterazione genetica. E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

### Quante persone hanno effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della pressione arteriosa?

In Emilia-Romagna il 18% degli stranieri 18-49enni ha dichiarato di non aver mai controllato la pressione arteriosa contro un 8% degli italiani (differenza statisticamente significativa); il 76% degli stranieri e l'83% degli italiani, invece, ha riferito di averla misurata negli ultimi 2 anni e il 6% e il 9% più di 2 anni fa.

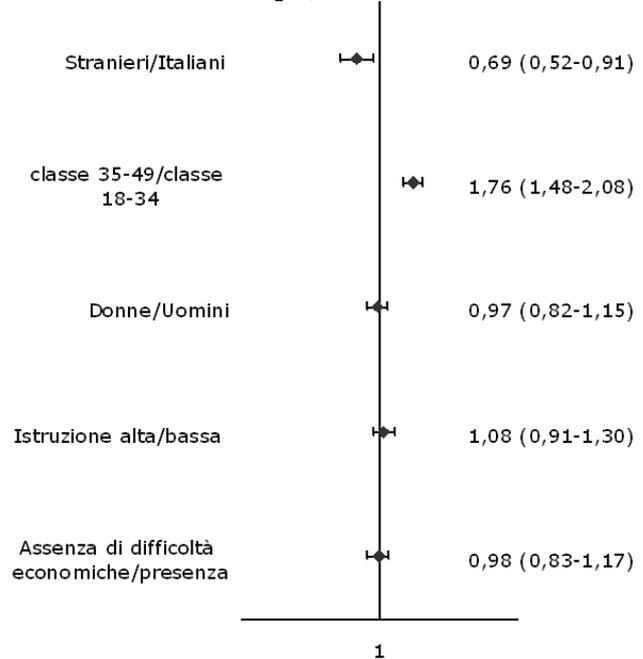
Tra gli intervistati stranieri ai quali è stata misurata la pressione arteriosa il 10% degli stranieri ha avuto diagnosi di ipertensione (valore uguale a quello registrato negli italiani).

I dati multiscopo ISTAT del 2005 confermano che gli stranieri controllano la pressione arteriosa in percentuale inferiore agli italiani (rispettivamente 35% contro 20%); i dati ISTAT però si riferiscono ad una diversa classe d'età (18-64) rispetto a quelli riportati per la Sorveglianza PASSI (18-49 anni).



**Regressione logistica multivariata sulla percentuale di persone che hanno dichiarato di aver misurato la pressione arteriosa negli ultimi due anni**  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

La *regressione logistica* mostra che la differenza della percentuale di stranieri e italiani che ha dichiarato di aver controllato la pressione arteriosa negli ultimi due anni è statisticamente significativa.



**Quante persone hanno effettuato almeno una volta nella vita la misurazione del colesterolo?**

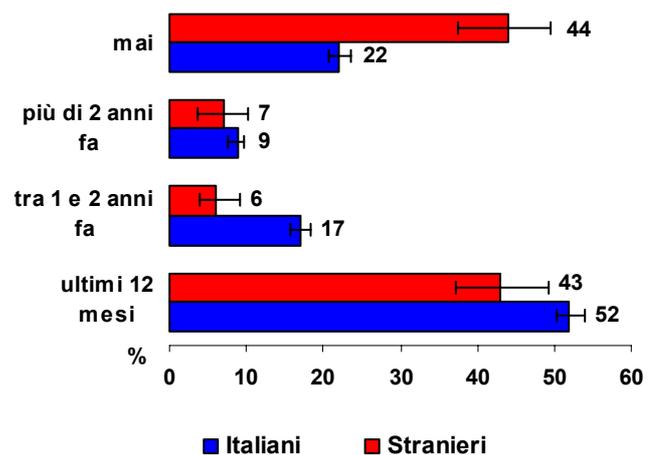
In Emilia-Romagna tra gli intervistati di età 18-49 anni, il 56% degli stranieri e il 78% degli italiani ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia (differenza statisticamente significativa).

Tra gli stranieri non ricorda o non ha mai misurato il livello di colesterolo nel sangue il 44%, percentuale statisticamente più alta di quella degli italiani (22%).

Rispettivamente l'ha misurato:

- il 7% e il 9% da oltre 2 anni
- il 6% e il 17% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista (differenza statisticamente significativa)
- il 43% e il 52% nel corso dell'ultimo anno (differenza statisticamente significativa).

**Misurazione del colesterolo**  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

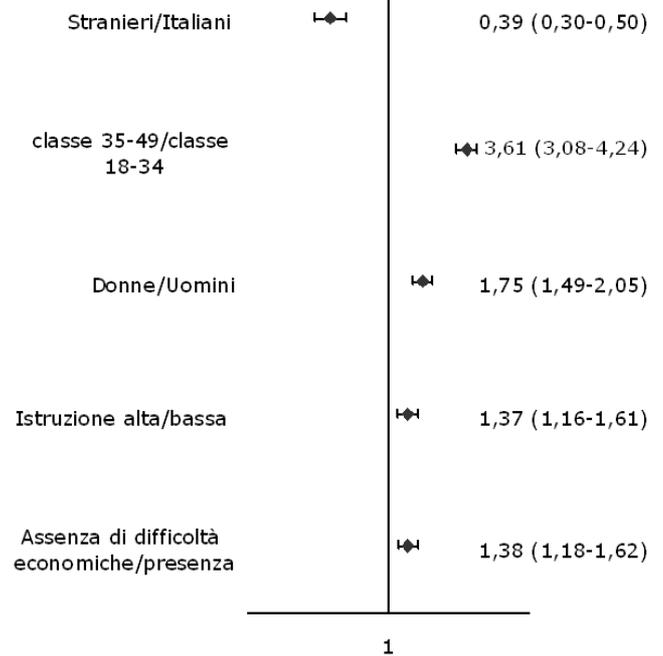


Tra gli intervistati PASSI che hanno riferito di aver misurato il livello di colesterolemia nel sangue il 14% degli stranieri e il 19% degli italiani sono risultati ipercolesterolemici.

**Regressione logistica multivariata sulla percentuale di persone che hanno dichiarato di aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita**  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

La *regressione logistica* mostra come la percentuale di stranieri che hanno dichiarato di aver misurato almeno una volta nella vita il colesterolo sia statisticamente inferiore a quella degli italiani.

Anche la multiscopo ISTAT 2005 riporta che il 41% degli stranieri di 18-64 anni non ha mai controllato il livello di colesterolo nel sangue (contro un quarto degli uomini e un quinto delle donne tra gli italiani).



## Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

La vaccinazione antirosolia costituisce un'azione preventiva di provata efficacia, finalizzata all'eliminazione dei casi di rosolia congenita; per raggiungere questo obiettivo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita è necessario immunizzare almeno il 95% delle donne in età fertile.

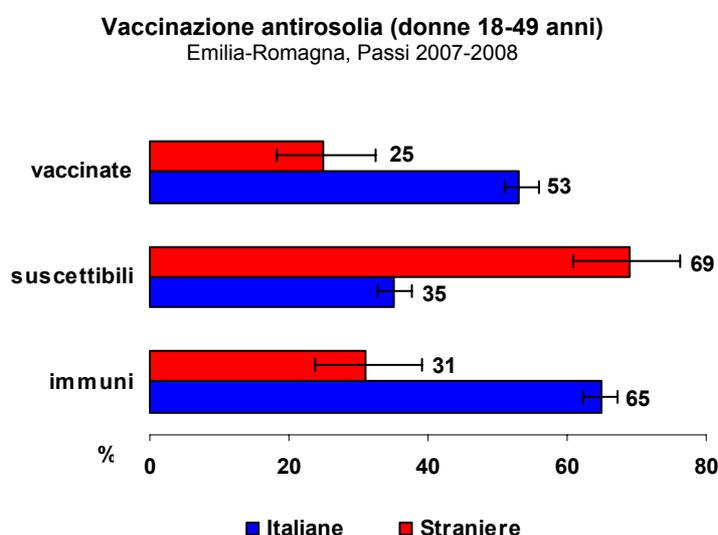
La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale consiste nel vaccinare tutti i bambini nel 2° anno di età e nell'individuare (attraverso un semplice esame del sangue detto rubeotest) le donne in età fertile ancora suscettibili d'infezione per somministrare loro il vaccino antirosolia.

### Quante donne sono state vaccinate per la rosolia e quante sono quelle immuni o suscettibili?

In Emilia-Romagna delle donne di 18-49 anni intervistate il 25% delle straniere e il 53% delle italiane ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia (percentuali statisticamente differenti).

Il 31% delle straniere e il 65% delle italiane di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto o ha effettuato la vaccinazione o ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo.

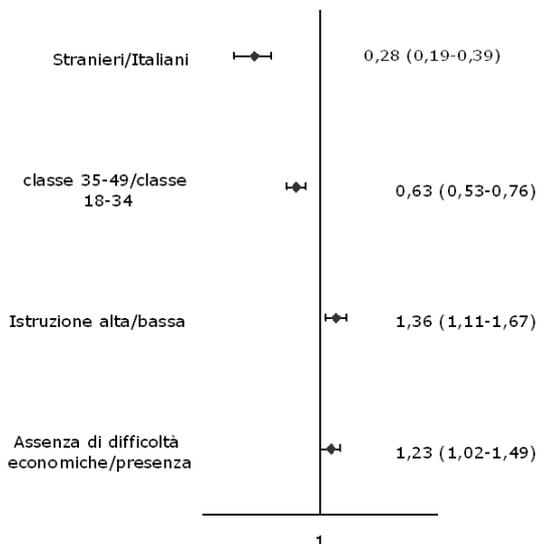
Il 69% delle straniere e il 35% delle italiane invece è risultata suscettibile in quanto non ha effettuato la vaccinazione o ha riferito un rubeotest negativo oppure lo stato immunitario nei confronti della rosolia non è conosciuto.



### Regressione logistica multivariata sulla percentuale di donne di 18-49 anni vaccinate contro la rosolia

Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

La *regressione logistica* conferma a sua volta come la differenza tra la percentuale di donne 18-49enni straniere e italiane vaccinate sia significativa sul piano statistico: il numero di donne vaccinate è statisticamente inferiore a quello delle italiane.



## Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. Nei Paesi con programmi di screening organizzati si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza della neoplasia e della mortalità.

In Emilia-Romagna il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel periodo 1997-2003 è stato di 11 casi ogni 100.000 donne residenti; nel 2006 si sono stimati 208 nuovi casi. La mortalità per tutti i tumori dell'utero (corpo e collo) è in diminuzione: da 10 decessi su 100.000 donne residenti nel 1994, si è passati a 8 nel 2004. Nel 2005 i decessi attribuibili al tumore del collo dell'utero sono stati 76. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 70% (66% a livello nazionale).

Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

In Emilia-Romagna il programma di screening è a regime in tutte le AUSL dagli anni 1996-1997 e coinvolge il 55% della popolazione femminile, pari a circa 1.200.000 donne.

La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

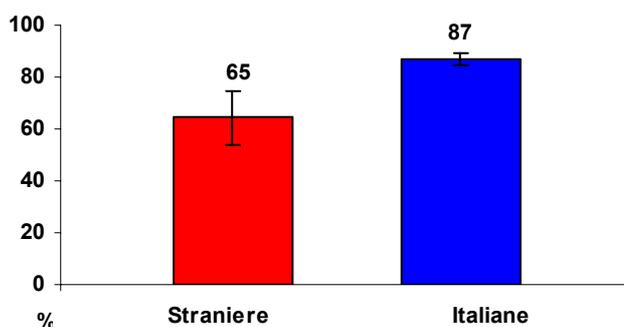
### Quante donne hanno eseguito un Pap-test in accordo alle linee guida?

In Emilia-Romagna, circa 65% delle donne straniere intervistate di 25-49 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali; questa percentuale è statisticamente inferiore rispetto a quella registrata nelle donne italiane della medesima fascia d'età (87%).

Il minor ricorso al Pap-test preventivo da parte delle straniere è confermato anche dalla multiscopo ISTAT 2005: in Italia il 52% delle straniere contro il 72% delle italiane nella fascia d'età raccomandata (25-64 anni) è ricorsa al test.

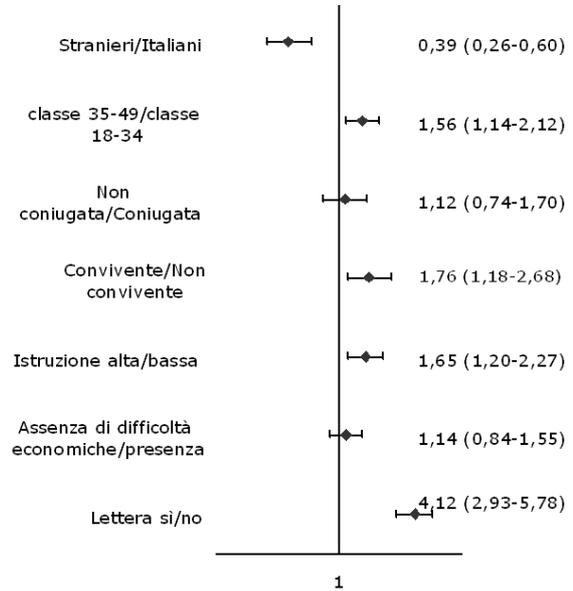
La copertura stimata da PASSI nelle straniere è pari al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) ma più bassa del livello definito "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.

Donne di 25-49 anni che hanno eseguito un Pap-test secondo le linee guida  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



**Regressione logistica multivariata sulla percentuale di donne 25-49 anni che hanno effettuato un Pap-test negli ultimi tre anni**  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008

La significatività statistica della differenza nella percentuale di donne 25-49enni straniere e italiane che hanno effettuato un Pap-test nei tempi raccomandati (ogni tre anni) appare pure nella *regressione logistica*, che corregge anche per età, livello di istruzione, presenza di difficoltà economiche, l'essere convivente e l'essere coniugata e l'aver ricevuto la lettera dell'ausl.



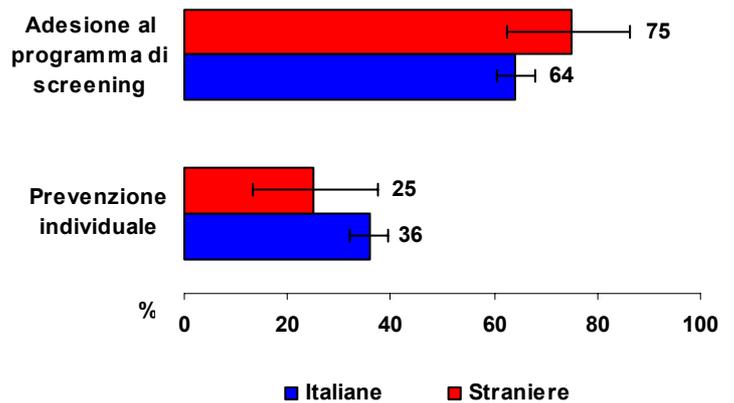
**Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?**

Tra le donne intervistate di 25-49 anni il 75% delle straniere ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato mentre il 25% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

Percentuali non differenti sul piano statistico da quelle italiane, che ammontano rispettivamente a 64% e a 36%.

Sono state considerate aderenti al programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto un Pap-test preventivo negli ultimi tre anni senza pagare e in prevenzione individuale quelle che effettuato l'esame nell'ultimo triennio ma pagando il ticket o l'intero costo.

**Partecipazione allo screening organizzato**  
Emilia-Romagna, PASSI 2007-2008



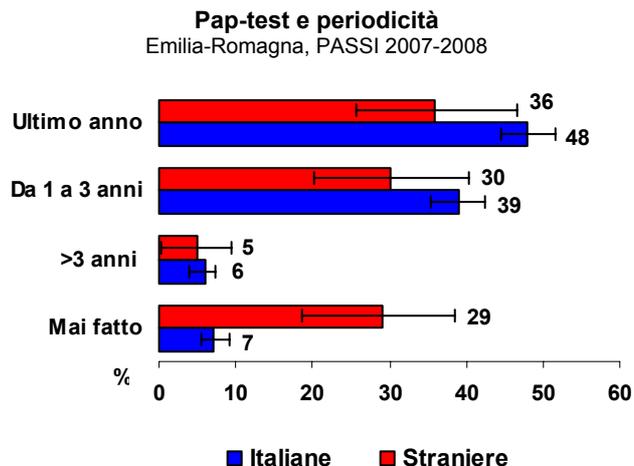
## Quale è stata la periodicità di esecuzione del Pap-test\*?

Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:

- il 36% delle donne straniere di 25-49 anni e il 48% di quelle italiane ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 30% e il 39% da uno a tre anni
- il 5% e il 6% da più di tre anni

Ben il 29% delle donne straniere ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo; tale percentuale è statisticamente inferiore a quella registrata sulle italiane (7%).

\* La campagna di screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni 3 anni per le donne nella fascia d'età di 25 -64 anni.

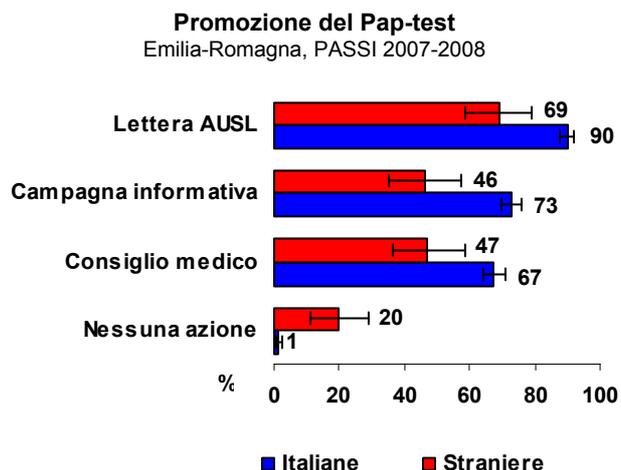


## Quale è stata la promozione per l'effettuazione del Pap-test\* dichiarata?

In Emilia-Romagna tra le donne straniere intervistate di 25-49 anni ha riferito nel

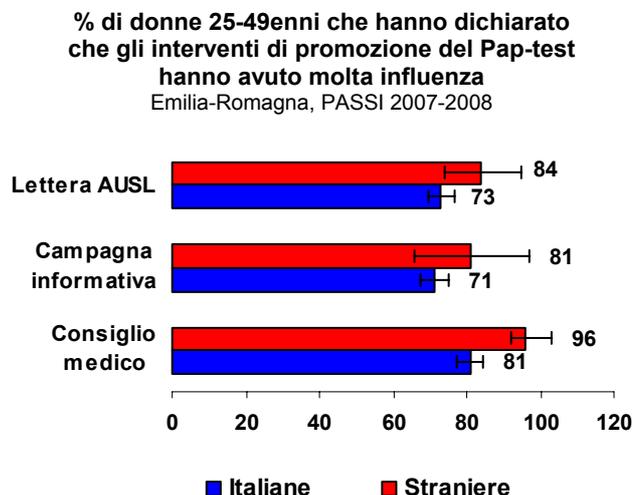
- 69% di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL (statisticamente inferiore del dato delle italiane, 90%)
- 46% di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test (statisticamente inferiore di quella italiana, 73%)
- 47% di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità l'esame (statisticamente inferiore della percentuale italiana, 67%).

\*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero



## Quale è stata la percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test rilevata?

Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'AUSL l'84% delle straniere ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (65% molta e 19% abbastanza) contro il 73% delle italiane (51% molta e 22% abbastanza). La differenza non è significativa sul piano statistico.



Tra le donne di 18-49 anni che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario il 96% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (52% molta e 44% abbastanza) contro l'81% delle italiane (52% molta e 29% abbastanza).

La differenza è statisticamente significativa.

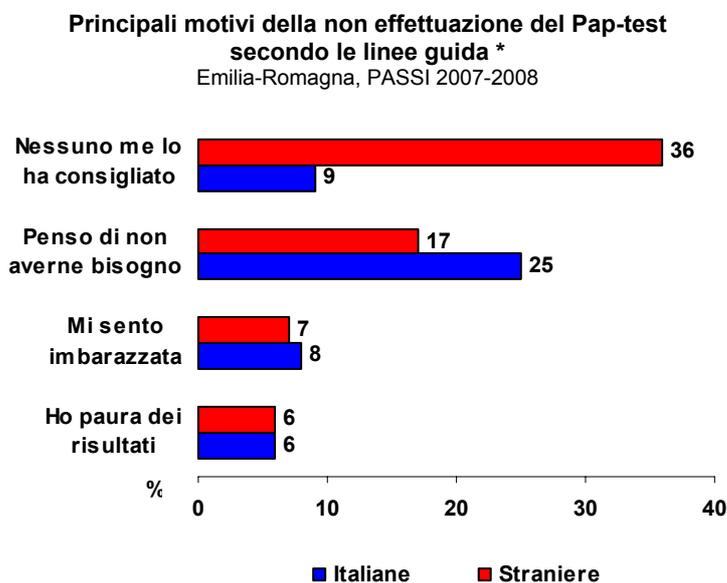
Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa l'81% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (51% molta e 30% abbastanza) contro il 71% delle italiane (30% molta e 41% abbastanza).

La differenza non è statisticamente significativa.

### Perché non è stato effettuato il Pap-test a scopo preventivo?

In Emilia-Romagna il 34% delle donne straniere di 25-49 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (29%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (5%).

Tra le donne straniere la non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui i principali sono l'assenza del consiglio medico (36%), una non corretta percezione del rischio (17%), il sentirsi imbarazzata (7%) e la paura dei risultati dell'esame (6%).



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

---

## Conclusioni

Dalla Sorveglianza PASSI risulta che la popolazione degli stranieri intervistati di 18-49 anni percepisce in modo più favorevole il proprio stato di salute rispetto agli italiani: questi infatti riferiscono in proporzione maggiore di stare molto bene/bene e di non soffrire di sintomi depressivi. E' però da ricordare che la popolazione straniera intervistata è quella residente e che, parlando e comprendendo bene la lingua italiana, è in grado di sostenere un'intervista telefonica; al sistema di Sorveglianza sfugge pertanto la quota di stranieri potenzialmente meno integrata e più deprivata.

Le persone con cittadinanza straniera riferiscono alcuni comportamenti più salubri rispetto agli italiani: hanno dichiarato di fumare meno, di consumare meno alcol e di utilizzare con più frequenza i dispositivi di sicurezza stradale (cinture e casco). Risultano invece essere meno attenti degli italiani rispetto all'attività fisica: la percentuale di stranieri intervistati sedentari è significativamente maggiore di quella degli italiani.

I dati mostrano un rapporto delle persone con cittadinanza straniera con il mondo sanitario migliorabile in termini di prevenzione e tutela della propria salute: la quota di intervistati che ha riferito di non aver mai misurato la pressione arteriosa o la colesterolemia è significativamente più alta negli stranieri che negli italiani. Così come la percentuale di donne 25-49enni che non ha mai effettuato un Pap-test preventivo, anche correggendo per la ricezione della lettera di invito. Pure i dati della vaccinazione anti-rubeolica tra le donne straniere di 18-49 anni sembrano confermare questa ipotesi.

Gli intervistati con cittadinanza straniera hanno riferito inoltre che medici e operatori sanitari si informano generalmente meno sui loro comportamenti potenzialmente a rischio e danno loro meno consigli sui corretti stili di vita rispetto alle informazioni e consigli ricevuti dagli italiani.

Tutte queste osservazioni vanno lette con prudenza: sono dati riferiti e non sono ancora stati condotti test cognitivi per riconoscere eventuali differenti comportamenti della popolazione italiana e straniera nei confronti del questionario. Tuttavia i dati forniscono elementi di riflessione per le strategie di prevenzione primaria e secondaria da adottare e suggeriscono la necessità di intensificare le attività di promozione della salute rivolta alla popolazione straniera, da adattare alle culture dei paesi d'origine.

---

# Bibliografia

- Istituto Superiore di Sanità. “Sistema di Sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Rapporto Istisan 07/30, 2007.
- Regione Emilia-Romagna “Passi. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Indagine 2007” collana contributi numero 54, 2008.
- Regione Emilia-Romagna “Passi. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Indagine 2007” collana contributi numero 52, 2007.
- ISTAT “Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia”. Statistiche in breve, 2008 (anno di riferimento 2005). [www.istat.it](http://www.istat.it)
- ISTAT “Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari Anno 2005”. 2007 [www.istat.it](http://www.istat.it)
- ISTAT “Indagine annuale sulle famiglie. *Aspetti della vita quotidiana*. Anno 2006” 2007 [www.istat.it](http://www.istat.it)
- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User’s Guide [www.cdc.gov/brfss](http://www.cdc.gov/brfss)
- Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, <http://www.ccm-network.it>
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, <http://www.ministerosalute.it>
- Ministero della salute “Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari” 2007 <http://www.ministerosalute.it>
- Regione Emilia-Romagna “Piano regionale della prevenzione” <http://www.saluter.it>
- European Community “Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)” [http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm)
- David W. Hosmer, Stanley Lemeshow, Applied logistic regression (second edition), New York: Wiley,2000
- [www.epicentro.it](http://www.epicentro.it)
- [www.iss.it](http://www.iss.it)
- [www.ccm-network.it](http://www.ccm-network.it)
- [www.who.int](http://www.who.int)

---

Stampato presso  
Centro stampa Giunta - Regione Emilia-Romagna  
Giugno 2009



**ccm**  
Centro nazionale per la prevenzione  
e il Controllo delle Malattie

  
*Ministero del Lavoro della Salute  
e delle Politiche Sociali*

  
**guadagnare  
salute**  
rendere facili le scelte salutari

