



Insero BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

SORVEGLIANZE NAZIONALI

STUDIO "PASSI": LO STATO DI SALUTE PERCEPITO

Francesco Sconza^{1,8}, Nancy Binkin¹, Nicoletta Bertozzi^{1,2}, Carla Bietta^{1,3}, Bruno Caffari⁴, Giovanna De Giacomi^{1,5}, Pirus Fateh-Moghadam^{1,6}, Tolinda Gallo^{1,7}, Alberto Perra¹, Paola Scardetta¹, Massimo O. Trinito^{1,9} per il Gruppo di lavoro PASSI

¹Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

²Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL, Cesena

³Dipartimento Prevenzione AUSL 2 Umbria, Perugia

⁴Reparto Farmacoepidemiologia, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

⁵Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

⁶Servizio Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

⁷Dipartimento Prevenzione ASS4 "Medio Friuli", Udine

⁸Dipartimento Prevenzione ASL 4, Cosenza

⁹U.O. Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL Roma C, Roma

La relazione tra salute e qualità della vita percepita è stata, sin dagli anni Ottanta, oggetto di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi, come la mortalità e la morbosità. Rispetto a questi risulta persino un predittore più forte riguardo ad alcune oggettive condizioni di salute quali la disabilità (1). Lo stato di salute percepito risulta infatti correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche, sia ai loro fattori di rischio. Inoltre, le misure della qualità della vita sono correlate alla domanda di accesso ai servizi.

L'acquisizione frequente e tempestiva di dati di qualità a livello locale sullo stato di salute percepita, tuttora mancanti nella maggior parte delle realtà nazionali, potrebbe diventare una base informativa preziosa nella verifica dei progressi di salute attribuibili agli interventi preventivi sul territorio. Per questo motivo, lo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) - che ha come obiettivo la creazione e l'aggiornamento periodico di una base di dati utile per la comunicazione fra erogatori e fruitori del sistema di salute e mirata a migliorare gli stes-

si interventi di salute - ha dedicato un'apposita sezione alla percezione dello stato di salute.

Lo studio PASSI è stato realizzato nel 2005 mediante interviste telefoniche a un campione di cittadini, di età compresa tra i 18 e i 69 anni, estratto con metodo casuale semplice dalle anagrafi degli assistiti di 123 ASL partecipanti allo studio e appartenenti a tutte le regioni italiane. Cinquantasei ASL hanno fatto un campionamento completo a livello aziendale (circa

200 interviste); le altre facevano parte di un campionamento regionale, con il numero di interviste proporzionale alla popolazione della ASL.

Il modello utilizzato per valutare la salute percepita è quello della stima dei "giorni vissuti in salute", attraverso quattro domande intese a rilevare lo stato di salute e il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici e per motivi mentali, nonché i giorni di limitazione delle abituali attività, sempre in riferimento agli ultimi trenta

Tabella 1 - Stato di buona salute percepito - PASSI 2005

Caratteristica	%
Totale	65,3 (IC95%: 64,6-66,1)
Età ^(a)	
18 - 34	83
35 - 49	70
50 - 69	48
Sesso	
M	70
F	60
Istruzione	
bassa ^(b)	55
alta ^(c)	75
Patologia severa ^(a)	
presente	37
assente	72

(a) le differenze risultano statisticamente significative ($p=0,0000$); (b) nessun titolo, licenza elementare o media inferiore; (c) scuola media superiore o laurea.

Tabella 2 - Media di giorni in cattiva salute e di giorni con attività limitata sugli ultimi 30 giorni- PASSI 2005

Caratteristica		Motivi	Motivi	Indice	Attività
		fisici	psicologici	complessivo	limitata
		gg	gg	gg ^(a)	gg
Totale		3,2	3,4	5,7	1,6
Età	18-34	1,9	2,6	4,2	1,1
	35-49	2,6	3,3	5,3	1,2
	50-69	4,7	4,1	7,2	2,4
Sesso	M	2,4	2,7	4,1	1,3

^{a)} gg per motivi fisici + gg per motivi psicologici

giorni. Questo metodo è stato largamente testato in molte situazioni ed è considerato affidabile e valido.

Dalle circa 15.000 interviste ai residenti nelle ASL partecipanti all'indagine, la percentuale della popolazione in "buona salute", definita come quella che ha risposto "molto buona" e "buona" alla domanda "come va in genere la sua salute?" è risultata essere il 65,3% (nella Tabella 1 vengono presentati i range per le ASL che hanno fatto 200 interviste). In particolare, la soddisfazione decresceva con l'età, passando dall'83% espresso dalla classe più giovane, al 48% da quella meno giovane. Inoltre, ritenevano di godere di migliore salute le persone con un livello di istruzione più alto (anche controllando per classi di età) e quelle non affette da una o più patologie severe. Le differenze relative a queste tre variabili risultavano statisticamente significative. Riguardo al sesso, gli uomini erano più soddisfatti del proprio stato di salute (70% vs 60% delle donne).

Le differenze più grandi sono state osservate tra le 56 ASL con campionamento completo. Più del 75% della popolazione nelle ASL di Bolzano, Matera, Perugia, Sondrio e Trento ha riportato di godere di buona salute, contro meno del 55% dei residenti di Avellino 1, Cagliari, Ferrara, Roma D, e Salerno 3.

Per i giorni in cattiva salute percepita, oppure con limitazione delle attività, riferiti all'ultimo mese, sono state calcolate le medie. Per ciascuna persona è stata anche calcolata una misura complessiva di giorni in cattiva salute (1), che rappresenta la somma dei giorni in cattiva salute per motivi

fisici più quelli psicologici. La media è stata di poco superiore ai 3 giorni sia per motivi di ordine fisico sia psicologico; ciò ha comportato una limitazione dello svolgimento delle attività abituali, quantificabile in oltre un giorno e mezzo al mese (Tabella 2). Nel complesso il totale dei giorni in cattiva salute (fisica + psicologica) è stato di 5,7.

Con l'aumentare dell'età cresceva il numero di giorni in cattiva salute sia per motivi fisici sia psicologici. I giorni con limitazioni delle abituali attività aumentavano, in particolare, nei soggetti di 50 e più anni. Le donne lamentavano più giorni in cattiva salute, per motivi fisici ma soprattutto psicologici, e più lunghi periodi di limitazione nelle attività abituali.

Vi è considerevole ampiezza tra i valori medi delle 56 ASL con campionamento completo. Il numero di giorni in cattiva salute fisica andava da 1,7 gg a 5,4 gg, con valori >4 gg osservati nelle ASL di Catania, Cosenza, Lecce 1 e Roma D. Una differenza ancora più grande è stata osservata fra i giorni in cattiva salute per motivi psicologici, da un minimo di 0,7gg a un massimo di 5,7 gg, con valori ≥5 gg osservati nelle ASL di Cagliari, Catania, Napoli 1 e Roma D. I giorni complessivi in cattiva salute andavano da 2,9 a 9,4, con valori >7,5 osservati a Napoli 1, Savonese, e Roma D. I giorni con attività limitata andavano da 0,6 gg a 2,8 gg, con valori ≥ 2,5 osservati nelle ASL di Lecce 1, Napoli 1 e 2, e Salerno 3.

Almeno alcune differenze tra le ASL possono essere dovute alla differenza nella distribuzione per età o sesso per ciascuna ASL. Tuttavia quando

i risultati sono stati stratificati per età e sesso e confrontati con i valori delle 123 ASL combinate, la media dei giorni in cattiva salute è stata più alta quasi in tutti gli strati per le ASL con valori complessivamente maggiori.

Nonostante non strettamente confrontabili a causa delle differenze nella completezza della copertura e al limitato gruppo di età studiato (18-69 anni) nello studio PASSI, la prevalenza globale e per sesso calcolate dallo studio, relativamente allo stato di salute percepito, sono in linea con quelle delle indagini multiscope dell'ISTAT (2). Non erano disponibili per un confronto i dati sui giorni in cattiva salute e con disabilità a livello nazionale per l'Italia, ma in generale i dati osservati erano più bassi di quelli riportati negli Stati Uniti (3).

In conclusione, lo stato di salute percepito e la media dei giorni in salute o con limitate attività sono correlati all'età, al sesso, al livello di istruzione, alla presenza di malattie. La percezione di buona salute diminuisce con l'aumentare dell'età, è minore tra le donne, tra i meno istruiti e tra coloro che sono affetti da malattie. Attualmente si sta considerando a livello di ASL un sistema di sorveglianza del comportamento salutare nell'adulto, che permetterà un monitoraggio continuo dello stato di salute percepito e si spera possa contribuire all'attuazione e alla valutazione di interventi preventivi di sanità pubblica.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano della preziosa collaborazione fornita Antonino Bella (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS) e i numerosi operatori sanitari delle ASL partecipanti allo studio a livello locale e regionale.

Riferimenti bibliografici

- Centers for Disease Control and Prevention. Measuring Healthy Days. Atlanta, Georgia: CDC, November 2000 (consultabile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/hrqol/monograph.htm>).
- ISTAT. Sistema sanitario e salute della popolazione. 4ª edizione. Marzo 2005 (consultabile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/socio-san/>).
- <http://apps.nccd.cdc.gov/HRQOL/>

STUDIO "PASSI": INFORTUNI DOMESTICI (MODENA E REGGIO EMILIA, 2005)

Giuliano Carrozzi^{1,2}, Cinzia Del Giovane², Carlo Alberto Goldoni², Lara Bolognesi², Gianfranco De Girolamo²,
Anna Maria Ferrari³, Nicoletta Bertozzi^{1,4}, Alba Carola Finarelli⁵

¹ Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

² Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL, Modena

³ Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL, Reggio Emilia

⁴ Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL, Cesena

⁵ Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna, Bologna

Gli infortuni rappresentano una importante causa di morbosità e di mortalità. Fra di essi rivestono un ruolo non secondario quelli che avvengono a domicilio sia per numerosità sia per impatto anche psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere un luogo "sicuro" (1). Sebbene gli incidenti domestici siano stati riconosciuti come un importante problema di sanità pubblica, non sono disponibili molte informazioni sulla loro incidenza, specialmente a livello locale, là dove vengono fatti molti interventi di sanità pubblica.

L'infortunio di tipo "domestico", come viene definito dall'ISTAT nell'indagine multiscopo (2), presenta le seguenti caratteristiche:

- compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute a causa di ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altre lesioni;
- accidentalità dell'evento, che deve essersi verificato indipendentemente dalla volontà umana;
- l'evento deve essersi verificato in una abitazione, sia all'interno di essa sia in un eventuale balcone, giardino, garage, cantina, soffitta, pianerottolo o scala, indipendentemente dal fatto che l'abitazione sia della famiglia stessa o di altri parenti, amici o vicini.

Come descritto nell'articolo precedente, l'indagine nazionale PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), promossa dall'Istituto Superiore di Sanità e coordinata a livello regionale dal Servizio Sanità Pubblica dell'Assessorato alle Politiche per la Salute, ha lo scopo di effettuare una

sorveglianza sullo stato di salute della popolazione italiana, grazie a un monitoraggio delle abitudini, degli stili di vita e dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio.

Il Servizio Epidemiologia dell'Azienda Sanitaria Locale di Modena ha ampliato il questionario con una sezione relativa agli infortuni domestici realizzata dal Servizio. Questa estensione è stata utilizzata nelle province di Modena e di Reggio Emilia. Entrambe le ASL hanno effettuato il campionamento su 200 soggetti.

In questo documento è riportata una sintesi dell'analisi degli infortuni domestici sulla base dei dati congiunti delle due province (401 questionari validi) per aumentare la numerosità del campione.

Le persone che hanno riferito di aver subito un infortunio domestico nell'ultimo anno sono state 51, di cui 27 in provincia di Modena (pari al 13,4% delle interviste effettuate) e 24 in quella di Reggio Emilia (12%); gli infortuni sono stati 62: 30 per Modena (15%) e 32 per Reggio Emilia (16%); 5 persone hanno riferito di aver subito più di un infortunio.

Sulla base delle percentuali osservate, si è stimato che il numero di soggetti nella fascia di età 18-69 anni che annualmente subisce un infortunio domestico sia pari a 61.500 per la popolazione di Modena, che in quella fascia d'età ammonta ad oltre 456.300 persone, e circa 41.500 per quella di Reggio Emilia (334.000 persone).

Non si sono osservate differenze tra uomini e donne; mentre, dall'analisi della distribuzione per classi di età,

emerge che si infortunano maggiormente le persone tra i 18 e i 34 anni.

Gli intervistati hanno riferito che per il 78% degli infortuni domestici è stata sufficiente una medicazione in casa, il 18% si è recato al pronto soccorso senza però essere ricoverato in ospedale e il 4% è stato ricoverato in ospedale rimanendovi almeno una notte. Per nessun infortunio riferiscono di essersi rivolti al medico di medicina generale. Non si sono rilevate differenze statisticamente significative tra le due ASL relativamente a questi comportamenti.

Tra gli 11 infortuni che hanno richiesto cure mediche, 5 sono stati fratture o lussazioni e 4 ferite da taglio. In 6 casi su 11 gli "agenti" che hanno provocato l'infortunio sono elementi propri dell'abitazione (scale, pavimenti, vetri e mobili). Le attività svolte al momento dell'infortunio erano i lavori domestici per 4 casi, riparazioni/fai da te/bricolage per 3 casi (il dato è mancante nei rimanenti 4 casi).

Non si sono riscontrate associazioni dal punto di vista statistico tra gli infortunati e alcuni stili di vita che avrebbero potuto rappresentare un fattore di rischio, quale l'attività fisica intensa o moderata o l'assunzione di alcool, ma i numeri erano troppo piccoli.

L'indagine PASSI ha dimostrato di essere flessibile in quanto ha permesso di inserire, in modo semplice e non oneroso, una sezione aggiuntiva come questa dedicata agli infortuni domestici. Sebbene il numero di interviste effettuate in questa fase pilota per il campione aziendale (200) sia sufficiente a inquadrare il fenomeno, non è adeguato ad indagare i fattori di rischio, le modalità e gli esiti degli in-

fortuni, soprattutto per le modalità più rare. Per la stessa ragione, questi numeri non appaiono adeguati per utilizzare il questionario a fini valutativi a livello delle singole ASL, mentre potrebbero essere validi per valutazioni a livello regionale.

Per ASL con risorse adeguate, aumentare la grandezza del campione annuale può aumentare la possibilità di condurre analisi a livello locale. In alternativa, può essere possibile in futuro, combinando i dati di due o più anni, ottenere stime più robuste.

Riferimenti bibliografici

1. Taggi F. *La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art.4 della Legge 493/1999*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001 (Rapporti ISTISAN 01/11).
2. ISPESL. *Case, persone, infortuni: conoscere per prevenire*. Roma; 2002.

Il commento

Paolo D'Argenio

Direzione della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

Assieme ad altre, la misura dei "giorni in salute" fornisce indicazioni sullo stato di salute percepito ed è utilizzata nella pianificazione e nella ricerca per identificare disuguaglianze e monitorare i progressi nel raggiungimento degli obiettivi di salute (1), per la sua caratteristica di essere correlata a reddito ed istruzione, così come a sesso, età e gruppo etnico. I risultati presentati nell'articolo di Sconza mostrano una differenza Nord-Sud, che ancora una volta si palesa come la disuguaglianza principale tra sistemi sanitari, accesso alle cure e stato di salute.

Nel nostro Paese i piani sanitari raramente individuano obiettivi di salute misurabili, gli indicatori con cui devono essere misurati e i sistemi informativi in grado di fornire tempestivamente tali dati. In assenza di tali informazioni, i piani perdono parte della loro potenza unificante. Per queste ragioni, la "Relazione sullo stato di salute della popolazione" somiglia ad un insieme di approfondite monografie che, pur rappresentando una preziosa fonte di informazioni, mancando spesso la connessione con gli obiettivi dei piani, perde la sua funzione di valutazione. Per poter dire: "Siamo arrivati fin qui! Ed ora?". Il processo di pianificazione sanitaria risulta, allora, come inceppato e non riesce a muovere, in modo sufficientemente coordinato, le volontà e le forze nel sistema sanitario.

Lo studio PASSI (2) è una sperimentazione che serve a implementare nel nostro Paese un sistema di sorveglianza, dentro il sistema sanitario, capace di fornire informazioni che misurino la riuscita degli interventi di sanità pubblica per rispondere a quesiti come: aumenta la copertura degli screening oncologici? In altre parole: sta funzionando la legge 138/2004 art. 2bis che mira a superare le disuguaglianze nell'accesso agli screening? Oppure: quale è il comportamento dei fumatori, a seguito dell'entrata in vigore della legge 3/2003 sul divieto di fumo?

Il nucleo di questa sorveglianza è di misurare gli obiettivi di salute. Facendolo, le Regioni, l'Istituto Superiore di

Sanità e il Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie danno attuazione all'accordo Stato-Regioni sulle linee guida per la prevenzione sanitaria e i dipartimenti di prevenzione. Ed il fatto che siano proprio le strutture di sanità pubblica a organizzare la rilevazione assume un doppio valore: mostra senso di responsabilità ed aumenta la probabilità che i risultati saranno utilizzati.

Tuttavia, se il sistema sanitario è il protagonista della valutazione, non si può sottacere che tale sistema è attualmente decentralizzato, per cui, accanto a un nucleo di problemi comuni, esistono differenti giudizi circa l'importanza dei vari problemi di salute. Per questo, un sistema come quello che è stato sperimentato non poteva non essere flessibile, in grado cioè di dare risposta a domande sorte in sede locale, come quelle poste nelle ASL di Modena e Reggio Emilia che avevano l'esigenza di stimare la frequenza di incidenti domestici, una delle priorità individuate dal Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007.

Queste ASL hanno quindi aggiunto una sezione all'intervista ed hanno potuto stimare la frequenza degli incidenti domestici (12-13%), la gravità (un accesso a pronto soccorso su 5 incidenti), il tipo e le modalità. Carrozzini, nel suo articolo, lamenta l'impossibilità di individuare fattori di rischio, ma - anche se non è da escludere la possibilità che la sorveglianza contribuisca ad individuare i fattori di rischio - il risultato principale della sorveglianza, in questo caso, è di contribuire a definire se gli incidenti domestici sono un problema prioritario. Nel caso in cui la risposta sarà affermativa, le ASL rileveranno dalla letteratura scientifica quali sono gli interventi più utili e cercheranno di pianificarli e attuarli. La sorveglianza allora potrà fornire ulteriori informazioni relative a quanto l'intervento è stato applicato e quanto sono cambiati gli incidenti domestici.

Riferimenti bibliografici

1. www.healthy people.gov/document/htm/uh/uh_2.htm
2. www.iss.epicentro.it

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Stefania Salmaso

e-mail: ben@iss.it