

Indagine sullo stato di salute a Firenze:
confronto tra un'indagine di tipo HIS ed
una di tipo HES

Susanna Conti
Direttrice
dell'Ufficio di Statistica

Lo Studio "La salute a Firenze" si proponeva tre obiettivi:

1. fattibilità di una rilevazione in ambito SSN dello stato di salute della popolazione, attraverso la somministrazione di un articolato **Questionario** e l'effettuazione di **esami** per rilevare vari parametri biologici (antropometrici, biochimici, pressori, ECG, MOC ed altro);
2. relativa **ricaduta informativa** sulla realtà fiorentina (cittadini, medici, istituzioni);
3. **confronto** tra un'indagine di tipo **HES** (Health Examination Survey) e una di tipo **HIS** (Health Interview Survey), che è l'indagine ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" 1999-2000, con **l'originalità** rispetto ad analoghi confronti effettuati in **altri Paesi**, che le indagini sono state condotte sullo **stesso campione**.

Campione di partenza

campione estratto dall' ISTAT, relativo alla città di Firenze, per l'indagine "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari" 1999-2000 :

476 FAMIGLIE (persone di tutte le età)



368 FAMIGLIE (in cui vi sono persone di 35-74 anni)



625 PERSONE

Escludiamo: **39** "cadute" e **174** "rifiuti"

restano



412 PERSONE



di queste 343 avevano partecipato anche alla HIS

Partecipazione HIS	Partecipazione HES		
	SI	NO	
SI	343	137	480
NO	69	76	145
	412	213	625

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

CONDIZIONI DI SALUTE
E RICORSO AI SERVIZI
SANITARI
1999 - 2000

1 Mese

Provincia

2 Comune

Sezione di censimento

3 Numero generale progressivo

Da 001 al totale dei nuclei ISTAT-ISA
compilati dal Comune nel trimestre
a cura del Comune

4 Numero d'ordine della famiglia nell'elenco
di appartenenza (Mod. ISTAT IAF/1)
Da 001 al totale delle famiglie dell'elenco
IAF/1 nel trimestre

Questionario per autocompilazione

(componente n.)

MALATTIA	È attualmente affetto o lo è stato in passato?	(Se SÌ)								
		È stato diagnosticata dal medico?		Prende farmaci o fa terapie?		È stato ricoverato per questo problema?		Si è manifestato per la prima volta negli ultimi 12 mesi?		
		NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	
Ernia addominale	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
Ulcera gastrica o duodenale	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
Calcolosi del fegato e delle vie biliari	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
Cirrosi epatica	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
Epate cronica (esclusa epatite A)	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
Calcolosi renale	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
Ipertrofia della prostata	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
Tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia)	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
Cefalea o emicrania ricorrente	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2

MALATTIA	È attualmente affetto o lo è stato in passato?	(Se SÌ)								
		È stato diagnosticata dal medico?		Prende farmaci o fa terapie?		È stato ricoverato per questo problema?		Si è manifestato per la prima volta negli ultimi 12 mesi?		
		NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	
Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
Altri disturbi nervosi (depressione, anoressia, bulimia, ecc.)	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
Altro (specificare)	NO, mai	1	<input type="checkbox"/>							
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2	<input type="checkbox"/>							
	SÌ	3	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2

3. APPARECCHI SANITARI (PER TUTTI)

3.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto uso di qualcuno dei seguenti apparecchi o protesi? (possibili più risposte)

- Occhiali o lenti a contatto.....1
- Apparecchi acustici.....2
- Protesi dentarie (compresi ponti).....3
- Apparecchi correttivi per denti.....4
- Scopie ortopediche.....5
- Busti.....6
- Altri apparecchi.....7
- Nessun apparecchio.....8

4. CONSUMO DI FARMACI (PER TUTTI)

4.1 Negli ultimi 2 giorni (precedenti l'intervista) ha fatto uso di farmaci?

- NO.....1 → passare a domanda 4.3
- SÌ.....2
- NON SO.....3 → passare a domanda 4.3

(Se SÌ)

4.2 Ha preso farmaci: (possibili più risposte)

- Su prescrizione o consiglio di un medico.....1
- Su indicazione di altra persona (amico, familiare, ecc.).....2
- Di propria iniziativa.....3
- Su iniziativa dei genitori.....4
- Non so/non ricordo.....5

(PER TUTTI)

4.3 Con che frequenza ricorre ai seguenti farmaci? (una risposta per ogni riga)

	Ma	Quante volte l'anno	Quante volte al mese	Quante volte al giorno	Tot	Non so						
Antinevralgici o antidolorifici.....	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
Tranquillanti o ansiolitici.....	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
Soniferi o ipnotici.....	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
Lassativi e purganti.....	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
Gocce o spray nasali.....	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
Digestivi.....	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
Ricostruenti o vitaminici.....	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
Altro.....	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>

(Se ricorre a farmaci almeno una volta l'anno, cod. 2,3,4,5 a dom. 4.3, altrimenti passare a domanda 4.2)

4.4 Il suo medico di famiglia è al corrente dell'assunzione di questi farmaci?

- NO.....1
- SÌ.....2

(PER TUTTI)

4.5 Prima di prendere un farmaco che è già in casa controlla la scadenza?

- SÌ.....1
- NO, ma lo controlla un familiare o un'altra persona.....2
- NO, non la controlla nessuno.....3

Distribuzione per genere ed età degli individui che hanno partecipato alla HES

Classi di età decennali	Totale	Uomini	Donne
35-44 anni	221 (53.6%)	98 (51.6%)	123 (55.4%)
45-54 anni	103 (25.0%)	52 (27.3%)	51 (23.0%)
55-64 anni	51 (12.4%)	26 (13.7%)	25 (11.3%)
65-74 anni	37 (9.0%)	14 (7.4%)	23 (10.3%)
Totale	412 (100%)	190 (100%)	222 (100%)

Distribuzione per genere ed età degli individui che hanno partecipato ad entrambe le indagini (HIS ed HES)

Classi di età decennali	Totale	Uomini	Donne
35-44 anni	186 (54.4%)	85 (51.9%)	102 (56.7%)
45-54 anni	89 (25.9%)	45 (27.8%)	44 (24.2%)
55-64 anni	42 (12.2%)	23 (14.2%)	19 (10.7%)
65-74 anni	26 (7.4%)	10 (6.2%)	15 (8.4%)
Totale	343 (100%)	163 (100%)	180 (100%)

**Quadro sinottico delle malattie e condizioni patologiche
indagate nella HIS e nella HES.**

MALATTIE E CONDIZIONI PATOLOGICHE	HIS	HES Domanda generale	HES Domande mirate e misure obiettive
Diabete	SI	SI	Domande mirate, misura Glicemia
Ipertensione	SI	SI	Domande mirate, misure Press. Diastolica e Sistolica
Infarto del miocardio	SI	SI	Domande mirate, Lettura ECG
Osteoporosi	SI	SI	Domande mirate, MOC
Angina pectoris	SI	SI	
Cataratta	SI	SI	
Ictus	SI	SI	
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	SI	SI	
Asma bronchiale	SI	SI	
Ipercolesterolemia		SI	SI

Le definizioni operative che i dati raccolti nella HES consentono di formulare, sono basate su domande mirate ed esami obiettive e sono le seguenti:

❖ **Diabete** :

valore della Glicemia ≥ 126 **oppure**
uso di farmaci anti-diabetici.

❖ **Ipertensione**:

valore della Pressione Sistolica (definita attraverso la media di due misure consecutive) ≥ 160 **oppure**

valore della Pressione Diastolica (definita attraverso la media di due misure consecutive) ≥ 95 , **oppure**

uso di farmaci anti-ipertensivi.

❖ Infarto :

alcuni selezionati valori in argomenti **dell'ECG codificato secondo il Minnesota Code**, insieme a **risposte a domande mirate secondo lo schema di G. Rose** ripreso nel Questionario HES,

per cui la presenza di Infarto è definita dal verificarsi di **almeno una delle seguenti condizioni**:

Argomento 1 che assume il valore 1 (pregressa necrosi del miocardio);

Argomento 1 che assume i valori 2 (probabile necrosi del miocardio) oppure 3 (tracciato ai limiti) accompagnati dalla cosiddetta **"storia di Infarto"**;

Argomento 5 che assume i valori 1 (danno ischemico o miocardico) oppure 2 (alterazioni della ripolarizzazione di possibile origine ischemica, onda T negativa) accompagnati dalla cosiddetta **"storia di Infarto"**;

Argomento 6 che assume i valori 1 (blocco A-V completo, terzo grado) oppure 2 (blocco A-V parziale, secondo grado) accompagnati dalla cosiddetta **"storia di Infarto"**;

Argomento 7 che assume i valori 1 (blocco di branca sin completo) oppure 2 (blocco di branca dx completo) oppure 4 (blocco intraventricolare) oppure **Argomento 8** che assume il valore 3 (fibrillazione o flutter atriale) accompagnati dalla cosiddetta **"storia di Infarto"**.

La presenza della **"Storia di Infarto"** consiste nel rispondere SI a tutte e tre le domande :**"Ha mai avuto un forte dolore al torace durato mezz'ora o più?"** **"Si è fatto visitare da un medico per questo dolore?"** **"Il medico le ha detto che era un infarto?"**

❖ Osteoporosi :

La definizione delle condizioni rispetto alla Osteoporosi si desume dai valori assunti, sulla base del risultato della **MOC**, dal parametro “**T-Score**”, secondo il seguente schema:

$T \leq -2.5$	Osteoporosi
$-2.5 < T < -1$	Osteopenia
$T \geq -1$	Condizione normale

❖ Ipercolesterolemia :

valore della Colesterolemia ≥ 240

oppure uso di farmaci per la ipercolest.

•Poiché si tratta di un'analisi del tutto preliminare, a scopo esemplificativo sono presentati due soli confronti, relativi alla ipertensione e alle variabili antropometriche peso, altezza e BMI

Ipertensione

Ipertensione HES (dom.)			
Ipertensione HIS	si	no	Totale
	si	24	
no	44	267	311
Totale	68	275	343



Sensibilità	35,29
Specificità	97,09
Misura di concordanza	,404*

Ipertensione HES (esame)			
Ipertensione HES (dom.)	si	no	Totale
	si	54	
no	21	305	326
Totale	75	337	412



Sensibilità	72
Specificità	90,5
Misura di concordanza	,591*

Ipertensione HES (esame)			
Ipertensione HIS	si	no	Totale
	si	13	
no	47	268	315
Totale	60	283	343



Sensibilità	21,67
Specificità	94,7
Misura di concordanza	,207*

* Valori di K significativi al livello di $p < 0.05$

Valori Medi di Variabili Antropometriche

		HES	HIS	HES-HIS (*)	p (°)
Peso	Uomini	80,95	79,02	1,93	0,000
	Donne	61,84	60,38	1,46	0,000
Altezza	Uomini	174,22	176,17	-1,95	0,000
	Donne	161,71	163,65	-1,94	0,000
BMI	Uomini	26,73	25,50	1,23	0,000
	Donne	23,66	22,54	1,12	0,000

(*) Media delle differenze (Osservazione Hes - Osservazione His)

(°) Significatività del test T per campioni appaiati