

Sistema di sorveglianza PASSI

Benessere 2010 -2013

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 - Triestina



**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
N° 1 TRIESTINA**



Riproduzione autorizzata citando la fonte

Redazione ed impaginazione a cura di:

Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione A.A.S.1 “Triestina”)

Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:

Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione A.A.S.1 “Triestina”)

Via de' Ralli, 3 34127 Trieste

e-mail: daniela.germano@aes1.sanita.fvg.it

Coordinatrice Aziendale

Daniela Germano (*Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria 1 Triestina*)

Intervistatrici

Silvia Cosmini, Marilena Geretto, Emanuela Occoni, Alessandra Pahor, Daniela Steinbock, Luisa Ripa
(*Dipartimento di Prevenzione*)

Organizzazione interviste

Matteo Bovenzi (*Dipartimento di Prevenzione*)

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Ccm

Si ringraziano:

tutti i cittadini che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni;

i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.



Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Daniela Germano 040 3997510 – e-mail: daniela.germano@aas1.sanita.fvg.it

- Dipartimento di Prevenzione - via de'Ralli, 3 – 34127 Trieste

INDICE

	pagina
Sintesi dei risultati	4
Benessere	6
• Percezione dello stato di salute	7
• Sintomi di depressione	12
Metodi	16

Sintesi dei risultati

Percezione dello stato di salute

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 (percezione della malattia stessa). La percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona. Gli indicatori che misurano la qualità della vita risultano associati con la mortalità, la morbilità, al declino funzionale e al ricorso ai servizi sanitari, ma anche al lavoro, la casa, l'ambiente di vita ^[1-9].

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

Nella ASS1 “Triestina”, il 72% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 25% di sentirsi discretamente e solo poco meno del 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

La maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (53% in buona salute fisica, 57% in buona salute psicologica e 80% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Il numero medio di giorni al mese percepiti in cattiva salute, sia per motivi fisici sia per motivi psicologici, è circa 4; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1,8 giorni al mese. Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (13%), per motivi psicologici (13%) e con limitazioni alle attività abituali (5%).

Percezione dello stato di salute – PASSI 2010-13 – Confronto ASS1 “Triestina” (n=1.136) –Pool Nazionale – Regione FVG

Percezione dello stato di salute PASSI 2010-13	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Risponde “Molto bene/bene” alla domanda sul proprio stato di salute	71,6 (69,0-74,1)	68,0 (67,7-68,2)	68,2 (67,3-69,2)
Numero di giorni con limitazione di attività per cattiva salute fisica o psicologica			
0 giorni	79,5 (77,2-81,9)	83,2 (83,0-83,4)	n.d
1-13 giorni	15,1 (13,0-17,2)	13,4 (13,1-13,6)	n.d
≥14 giorni	5,4 (4,0-6,7)	3,3 (3,2-3,4)	n.d

- ≥ n.d: non disponibile al momento della stesura del rapporto

Sintomi di depressione

Il Disturbo Depressivo Maggiore si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura della propria persona, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento. In Europa, tale patologia rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie ⁽¹⁾.

Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2).

Nella ASS1 "Triestina", circa il 5% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono più diffusi nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con molte difficoltà economiche, senza un lavoro continuativo, con almeno una patologia cronica e fra coloro che vivono soli. La percezione della qualità della vita risulta peggiore fra le persone depresse rispetto a quelle non depresse: solo il 36% delle persone con sintomi di depressione descrive il proprio stato di salute "buono/molto buono" rispetto al 73% delle persone senza sintomi di depressione.

Il 40% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di non essersi rivolta a nessuno per affrontare questo problema; gli altri hanno interpellato figure di riferimento, in particolare medici/operatori sanitari (34%), familiari/amici (12%) o entrambi (14%).

Sintomi di depressione – PASSI 2010-13 – Confronto ASS1 "Triestina" (n=1.136) –Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista	4,7 (3,4-5,9)	6,5 (6,3-6,6)	6,5 (5,9-7,1)
Ha cercato aiuto da qualcuno	59,5 (46,4-72,7)	59,3 (58,1-60,6)	nd
<i>medico/operatore sanitario¹</i>	34,0 (20,2-47,9)	33	nd
<i>famiglia/amici</i>	11,7 (2,8-20,5)	18,4	nd
<i>entrambi</i>	13,8 (4,1-23,5)	7,9	nd
<i>nessuno</i>	40,4 (27,3-53,6)	41	nd

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

Benessere

- **Percezione dello stato di salute**
- **Sintomi di depressione**



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.

Gli indicatori che misurano la qualità della vita sono risultati associati con la mortalità, la morbilità (diabete, cancro del seno, artrite), al declino funzionale e al ricorso ai servizi sanitari, ma anche al lavoro, la casa, il quartiere, le scuole ^[1-9].

A livello della comunità, le misure della qualità della vita forniscono indicazioni relative alle disuguaglianze sociali nella salute ^[11] perché tali misure non dipendono solo dalla presenza e dal tipo di malattia, ma anche dalle risorse economiche, sociali ed altre condizioni pratiche. Incorporando gli indicatori della qualità della vita nella sorveglianza, è possibile ottenere dati che mettono le Aziende sanitarie in condizione di descrivere la salute della popolazione da una prospettiva più ampia, che tiene conto anche delle politiche non strettamente sanitarie, come quelle del lavoro, dell'istruzione, della casa. Si tratta di aree in cui le Asl possono ricercare la cooperazione con vari soggetti sociali, come i Comuni e altre agenzie territoriali, organizzazioni non governative o aziende private, organismi rappresentativi, e concorrere a indirizzare piani strategici e monitorarne l'impatto sulla comunità ^{[12][13]}

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?

Percezione dello stato di salute – PASSI 2010-13 –
Confronto ASS1 "Triestina" (n=1.136) –Pool Nazionale – Regione FVG

Percezione dello stato di salute PASSI 2010-13	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Risponde "Molto bene/bene" alla domanda sul proprio stato di salute	71,6 (69,0-74,1)	68,0 (67,7-68,2)	68,2 (67,3-69,2)
Numero di giorni con limitazione di attività per cattiva salute fisica o psicologica			
0 giorni	79,5 (77,2-81,9)	83,2 (83,0-83,4)	n.d
1-13 giorni	15,1 (13,0-17,2)	13,4 (13,1-13,6)	n.d
≥14 giorni	5,4 (4,0-6,7)	3,3 (3,2-3,4)	n.d

≥ n.d: non disponibile al momento della stesura del rapporto

- Nella ASS1 “Triestina”, il 72% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 25% di sentirsi discretamente e solo poco meno del 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

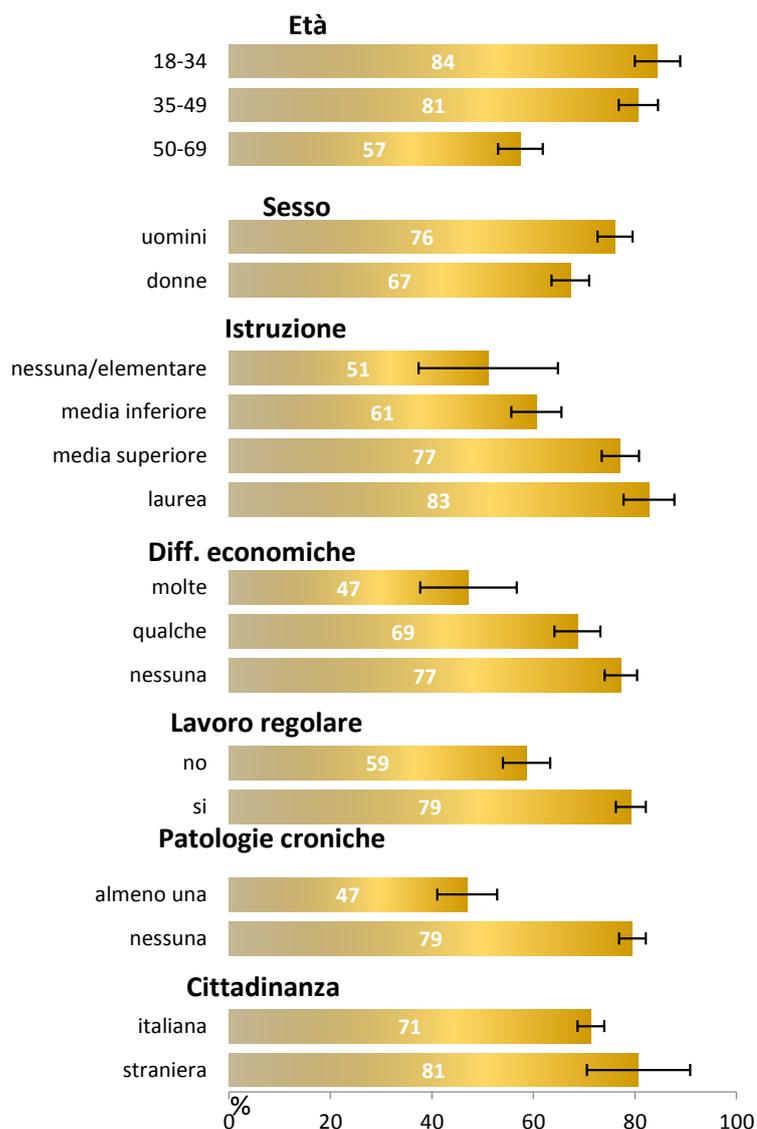
- In particolare, si dichiarano significativamente più soddisfatti della propria salute le persone:
 - più giovani (fascia 18-49 anni)
 - di genere maschile
 - con livello di istruzione alto
 - senza difficoltà economiche
 - con lavoro regolare
 - senza patologie severe.

Una percentuale maggiore di persone che si dichiarano soddisfatte per la propria salute si rileva fra quelle con cittadinanza straniera rispetto a quelle con cittadinanza italiana, ma le differenze rilevate non risultano significative.

Stato di salute percepito positivamente ¹

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
PASSI ASS1 “Triestina” 2010-13 (n=1.136)

Totale 71,58% (IC 95%: 69,05%-74,11%)



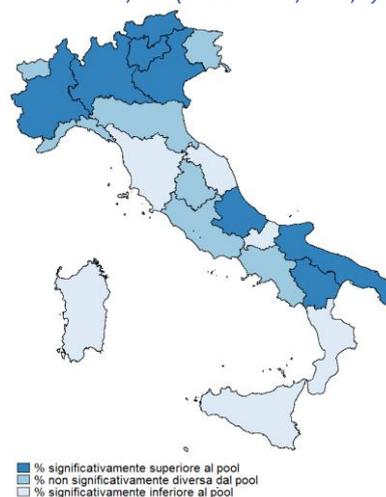
¹ persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.

p<0,05; ## p<0,01

Stato di salute percepito positivamentePrevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-13
Totale: 68,0% (IC95%: 67,7-68,2)

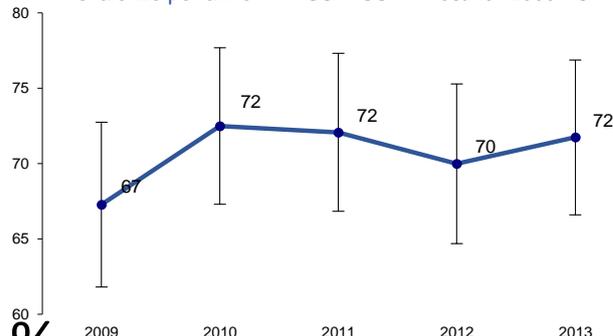
- In regione FVG il 68% circa degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute; tale valore non differisce significativamente da quello medio del Pool di ASL nazionale.
- A livello nazionale, la distribuzione geografica della prevalenza di quelli che dichiarano buono il proprio stato di salute non disegna un chiaro gradiente. La variabilità regionale è piuttosto contenuta, tuttavia alcune differenze significative si rilevano tra le Regioni: in Sardegna si registra la prevalenza più bassa, pari al 58%, e nella P.A. di Bolzano quella più alta, pari all'82%.

**Confronto temporale**

Nel corso del periodo di studio, la percentuale di persone che hanno dichiarato di sentirsi bene/molto bene non ha subito sostanziali modifiche.

Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per anno – PASSI ASS1 "Triestina" 2009-13

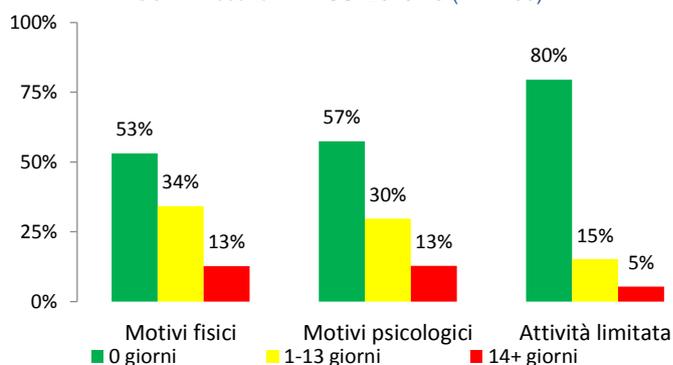
**Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese e in quale misura l'attività normale ha subito delle limitazioni?**

- Nella ASS1 "Triestina" la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (53% in buona salute fisica, 57% in buona salute psicologica e 80% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (13%), per motivi psicologici (13%) e con limitazioni alle attività abituali (5%).

La percentuale di persone che ha dichiarato più di 14 giorni con attività limitata per cattiva salute fisica o psicologica risulta più elevata rispetto alla media del pool nazionale (3%), con differenze significative dal punto di vista statistico.

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività

ASS1 "Triestina" - PASSI 2010-13 (n=1.135)



- Il numero medio di giorni al mese percepiti in cattiva salute, sia per motivi fisici sia per motivi psicologici, è circa 4; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1,8 giorni al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e con presenza di patologie croniche.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute inoltre aumenta al crescere dell'età, nelle persone con livello d'istruzione più basso e con molte difficoltà economiche.

Giorni percepiti in cattiva salute al mese ASS1 "Triestina" - PASSI 2010-13 (n=1.135)			
Caratteristiche	N° gg/mese (%) per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	4,3	4,4	1,8
Classi di età			
18 - 34	2,6	2,9	1,4
35 - 49	3,7	4,4	1,9
50 - 69	5,6	5,1	1,9
Sesso			
uomini	3,0	3,0	1,5
donne	5,5	5,7	2,1
Istruzione*			
nessuna/elementare	6,1	4,8	2,5
media inferiore	5,5	5,2	2,6
media superiore	3,5	4,0	1,4
laurea	3,7	3,5	1,2
Difficoltà economiche			
molte difficoltà	7,4	8,2	3,7
qualche difficoltà	4,6	4,4	2,3
nessuna	3,6	3,7	1,2
Patologie croniche			
almeno una	6,9	5,6	2,9
assente	3,4	4,0	1,5

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello aziendale ha riferito di percepire di essere in buona salute.

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie croniche.

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda.

La misura dello stato di salute percepito, ed in particolare il suo monitoraggio nel tempo, possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal sistema di sorveglianza PASSI: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

Gli indicatori di stato di salute percepito sono inoltre funzionali ad altre sezioni indagate dal PASSI, (come ad esempio quella dei sintomi di depressione) a cui forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.

Bibliografia

1. Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journal of Gerontology: Social Science* 1995; 50B(6): S344-S353.
2. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 1997; 38: 21-37.
3. Benyamini Y, Idler EL. Community Studies Reporting Association Between Self-Rated Health and Mortality Additional Studies, 1995 to 1998. *Research on Aging* 1999; 21: 392-401.
4. Shields M., Shoostari S. Determinants of self-perceived health. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)* 2001; 13(1): 35-52.
5. Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self assessments of health. *Psychosomatic Medicine* 2000; 62(3): 354-64.
6. Ramage-Morin PL. Successful aging in health care institutions. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)* 2006; 16(Suppl.): 47-56.
7. Bowling A. Just one question: If one question works, why ask several? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005; 59: 342-345.
8. Smith P, Frank J. When aspirations and achievements don't meet. A longitudinal examination of the differential effect of education and occupational attainment on declines in self-rated health among Canadian labour force participants. *International Journal of Epidemiology* 2005; 34(4): 827-34.
9. Fleishman JA, Zuvekas SH. Global self-rated mental health: associations with other mental health measures and with role functioning. *Medical Care* 2007; 45(7): 602-609.
10. Shields M. Community belonging and self-perceived health. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)* 2008; 19(2): 51-60.
11. Costa, G., Spadea, T., & Cardano, M. (2004). Diseguaglianze di salute in Italia. *Epidemiologia e Prevenzione*. anno 28 supplemento (3) maggio-giugno
12. Fondazione Ermanno Guerrieri per gli Studi Sociali. G. Costa. Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione.
13. OECD (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.
14. <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/PercezioneSalute.asp>

Sintomi di depressione

Il Disturbo Depressivo Maggiore si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo **abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria** igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento.

In Europa, il solo Disturbo Depressivo Maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie ⁽¹⁾. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attualmente questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il carico che provoca e, se non verrà contrastato, salirà al secondo entro il 2020 e al primo entro il 2030. Secondo stime effettuate con dati 2010, dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (Ihme), la depressione ha provocato in Italia il 4,2% di anni di vita persi per disabilità e morte prematura, rappresentando così la quarta causa principale di Daly ⁽²⁾. Da un punto di vista di salute pubblica, quindi, il Disturbo Depressivo Maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale

Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2).

Sintomi di depressione – PASSI 2010-13 – Confronto ASS1 “Triestina” (n=1.136) –Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista	4,7 (3,4-5,9)	6,5 (6,3-6,6)	6,5 (5,9-7,1)
Ha cercato aiuto da qualcuno	59,5 (46,4-72,7)	59,3 (58,1-60,6)	nd
<i>medico/operatore sanitario²</i>	34,0 (20,2-47,9)	33	nd
<i>famiglia/amici</i>	11,7 (2,8-20,5)	18,4	nd
<i>entrambi</i>	13,8 (4,1-23,5)	7,9	nd
<i>nessuno</i>	40,4 (27,3-53,6)	41	nd

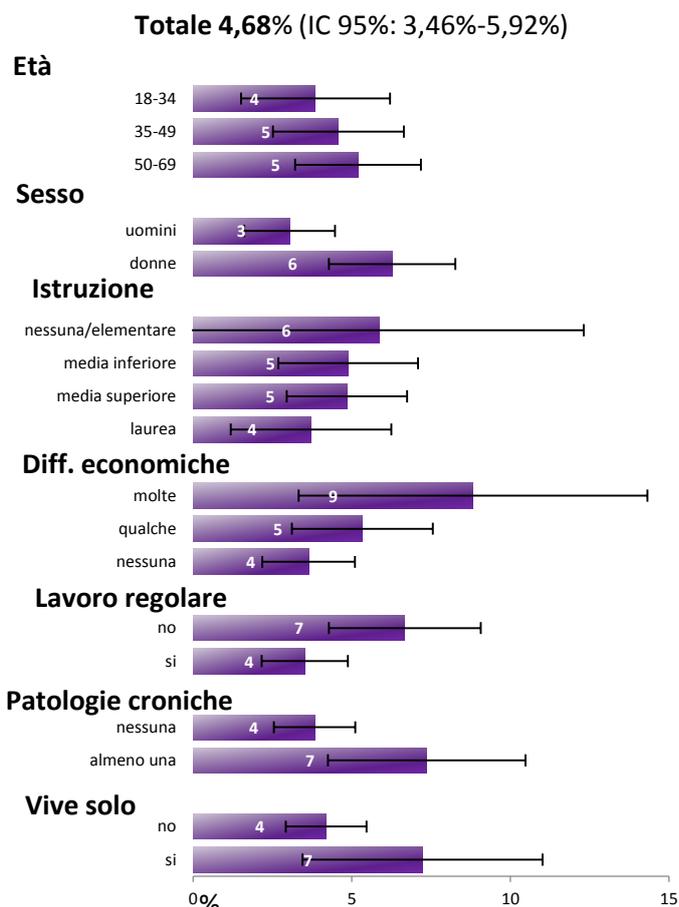
nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Nella ASS1 “Triestina”, circa il 5% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
 - nelle donne
 - nelle persone con basso livello d’istruzione
 - nelle persone con molte difficoltà economiche
 - nelle persone senza un lavoro continuativo
 - nelle persone con almeno una patologia cronica
 - nelle persone che vivono sole.

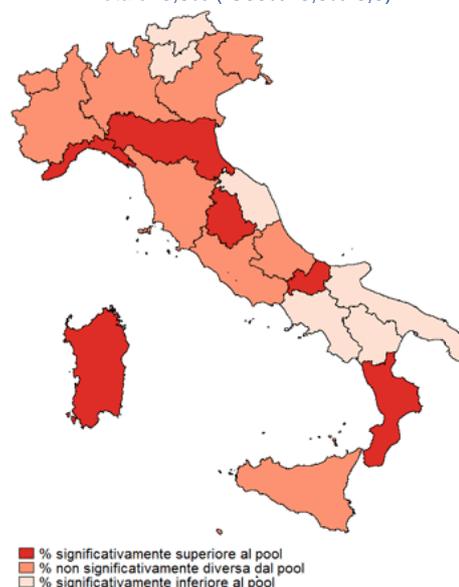
Nessuna delle differenze rilevate risulta significativa dal punto di vista statistico.

Sintomi di depressione
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS1 2010-13 (n=1.135)



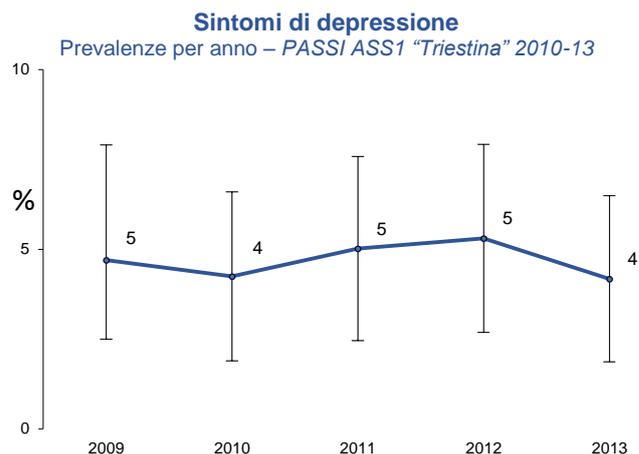
- I valori medi regionali in FVG di persone che hanno riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l’intervista è quasi del 7%. Tale valore non differisce da quello medio del Pool di ASL PASSI 2009-12, che corrisponde a circa il 7%.
- La distribuzione della prevalenza dei sintomi depressivi non disegna un chiaro gradiente geografico e la variabilità regionale è piuttosto contenuta, tuttavia tra le Regioni si rilevano alcune significative differenze: in Sardegna si registra la prevalenza più alta (11%) e in Basilicata la più bassa (3%)

Sintomi di depressione
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2009-12
Totale: 6,5% (IC95%: 6,3%-6,6)



Confronti temporali

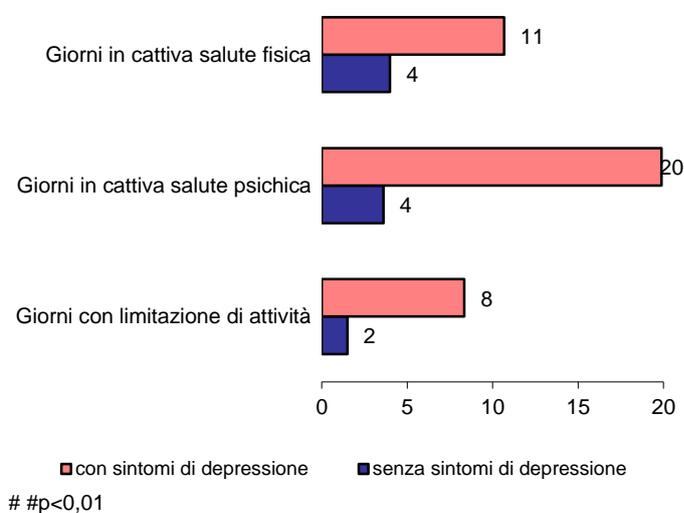
- Nel corso del quadriennio in esame, la percentuale di persone che ha dichiarato sintomi di depressione è rimasta stabile.



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

- Nella ASS1 “Triestina”, le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto a coloro che non hanno riferito i sintomi; le differenze rilevate sono risultate statisticamente significative:
- Fra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione, il 36% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono” rispetto al 73% delle persone che non hanno riferito i sintomi. Come riportato nel grafico a fianco, la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata più alta tra le persone con sintomi di depressione. Le differenze rilevate risultano significative dal punto di vista statistico.

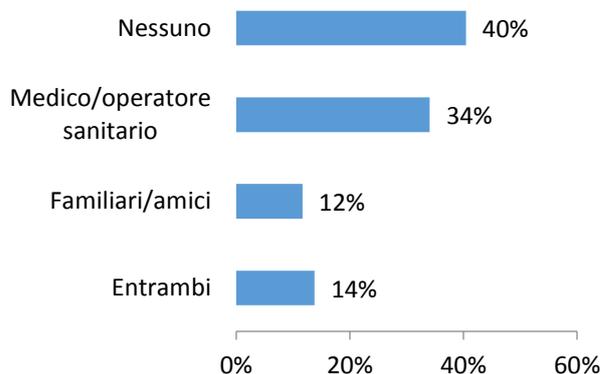
Qualità di vita percepita e sintomi di depressione
ASS1 “Triestina” - PASSI 2010-13 (n=1.134)



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 40% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di non essersi rivolta a nessuno per affrontare questo problema.
- Gli altri hanno interpellato figure di riferimento, in particolare medici/operatori sanitari (34%), familiari/amici (12%) o entrambi (14%).

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione
ASS1 "Triestina" - PASSI 2010-13 (n=53)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella AAS1 "Triestina" si stima che circa il 5% degli intervistati abbia sintomi depressivi, con percentuali più alte tra le donne, le persone con difficoltà economiche, le persone con patologie severe e fra coloro che vivono da soli.

I risultati evidenziano come il trattamento di questa condizione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti non sia ancora soddisfacente, essendo ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato (quasi una persona su due non si è rivolta a nessuno).

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una attuale "sfida" per i Servizi Sanitari.

Bibliografia

1 Mental health action plan 2013 – 2020

http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html

2 <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/publications/policy-report/gbd-eu-report>

Metodi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di Azienda per i Servizi Sanitari (ASS) tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale.

Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e pertanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria n°1 "Triestina" (complessivamente 152.634 persone al 31/12/2012), Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della Azienda Sanitaria e la disponibilità di un recapito telefonico.

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

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età, direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie; la dimensione minima del campione mensile prevista è di 25 unità.

Il campione complessivo dell'Azienda Sanitaria Triestina relativo al 2013 è risultato di 291 individui, mentre quello riferito al periodo 2010-2013 è di 1.136 individui.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dal Dipartimento di Prevenzione.

I dati raccolti sono stati riferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale del Dipartimento di Prevenzione da gennaio a dicembre di ciascun anno di indagine, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 23 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, somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

La raccolta dei dati è avvenuta sia tramite questionario cartaceo che utilizzando il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview), con crescente utilizzo di quest'ultima modalità di raccolta (dal 20% nel 2008 al 44% nel 2012). 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.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (www.passidati.it).

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1.

I risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli Intervalli di Confidenza al 95% (IC 95%) solo per le variabili principali, Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante *regressione logistica*. Con questa analisi sono analizzati i vari fattori di studio "depurandoli" degli effetti delle altre variabili, principalmente l'età e il genere, che possono giocare un ruolo di confondente o di modificatore d'effetto.

Nelle tabelle dell'analisi univariata, i confronti che riportano il simbolo # sono quelli per i quali risultano differenze statisticamente significative per ciascuna categoria della variabile rispetto alla prima modalità citata nelle varie tabelle (es, le donne rispetto agli uomini).

L'intervallo di confidenza regionale, se disponibile, viene preso come riferimento per i confronti.

Etica e privacy

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il sistema PASSI è stato inoltre valutato da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria. Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista.

Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

Il personale del Dipartimento di Prevenzione che svolge l'intervista ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

La raccolta dei dati avviene tramite supporto informatico oppure tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su PC-

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

Le interviste sono trasferite, in forma anonima, in un archivio nazionale, via internet, tramite collegamento protetto. Gli elementi identificativi presenti a livello locale, su supporto sia cartaceo sia informatico, sono successivamente distrutti, per cui è impossibile risalire all'identità degli intervistati,

