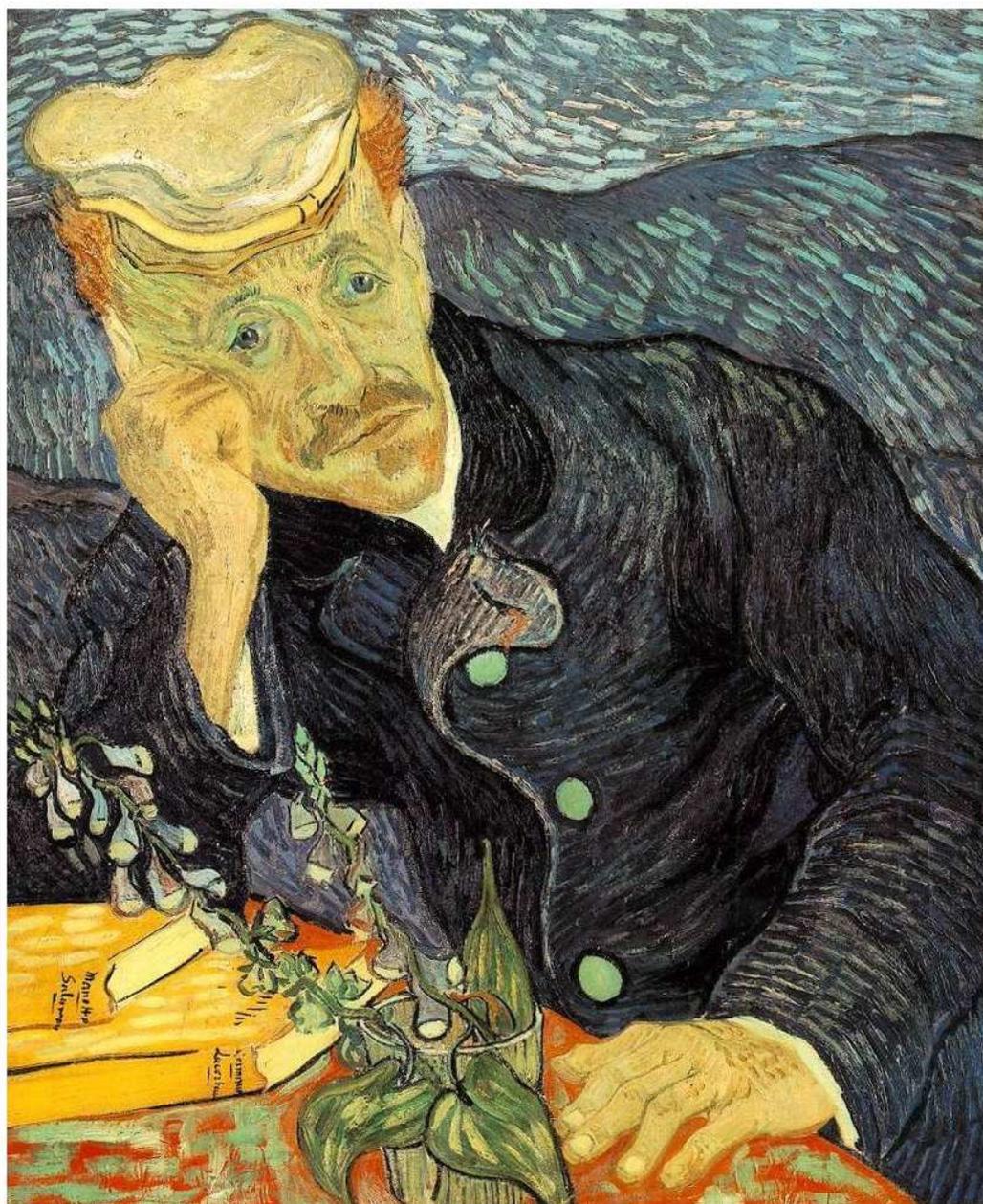


Sistema di sorveglianza Passi Asl 3 Genovese Focus Salute Mentale e Salute Percepita



Autori

Rosamaria Cecconi¹, Marco Vaggi², Claudio Culotta¹, Raffaella Castiglia¹, Patrizia Crisci¹, Eugenia Perelli²

¹Asl 3 Genovese - Dipartimento di Prevenzione, Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica, Epidemiologia

²Asl 3 Genovese – Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

Sistema di Sorveglianza PASSI ASL 3 Genovese:

Coordinatore aziendale	Rosamaria Cecconi	ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
Intervistatrici	Patrizia Crisci Alice Caielli Raffaella Castiglia	Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
	Maria Concetta Curti Luciana Frigerio Gabriella Maggiali Caterina Manca Claudia Marchese Luciana Musti	Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali, S.C. Attività Consultoriali
Referente regionale	Roberto Carloni	ARS Liguria, Area Epidemiologia e Prevenzione
Coordinatore regionale	Claudio Culotta	ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia

Si ringraziano:

- *i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita*
- *il Gruppo Tecnico Nazionale del Sistema di sorveglianza PASSI per il continuo supporto*
- *il Gruppo Tecnico Regionale del Sistema di sorveglianza PASSI*

Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione

PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale semplice, stratificato per sesso e classi di età, dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 30 al mese nella nostra Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. A dicembre 2012 erano state caricate complessivamente oltre 288 mila interviste.

Per maggiori informazioni, visita il sito www.epicentro.iss.it/passi

Premessa

Questo focus, elaborato unendo i dati provenienti da più fonti, offre un approccio funzionale ad una migliore conoscenza dello stato di salute mentale della comunità residente in Asl 3 Genovese.

I problemi di salute mentale rappresentano quasi il 20% del totale delle malattie e colpiscono addirittura una persona su quattro nell'arco della propria vita. Dei dieci Paesi con i più alti tassi di suicidio nel mondo, nove si trovano in Europa. Nonostante questi dati, molto spesso i servizi sanitari che vengono offerti non rispondono alle necessità e alle esigenze dei pazienti: il gap tra il tipo di cure di cui i malati avrebbero bisogno e quello che invece ricevono è ancora molto ampio. Per esempio, la metà di coloro che soffrono di depressione non viene mai curata e, più in generale, anche in Paesi dotati di un sistema sanitario sviluppato, il 44-70% di coloro che soffrono di malattie mentali non è sottoposto ad alcuna terapia. In un quarto degli Stati europei non sono neanche disponibili i servizi di assistenza e in alcuni Paesi oltre il 50% dei pazienti viene ospitato in strutture troppo grandi e inadeguate. (Fonte: Epicentro- Il portale dell'epidemiologia per la Sanità Pubblica. Salute mentale. www.epicentro.iss.it)

Con questo rapporto si vuole fornire una chiave di lettura su questo importante ed emergente tema di salute, stimolando riflessioni sulle azioni già messe in atto a livello locale per la prevenzione del disturbo depressivo maggiore e su quelle che, a livello ambulatoriale e territoriale, potrebbero essere implementate dai professionisti della salute.



Sintesi dei risultati nelle persone di 18-69 anni

Percezione dello stato di salute

	ASL 3 Genovese (%) anni 2008-2012	Liguria (%) anni 2008-2012	Italia* (%) anni 2009-2012
Stato di salute percepito positivamente	67,8 (65,5-70,1)	67,7 (66,5-68,9)	68,1 (67,8-68,4)
Numero di giorni riferiti con limitazione di attività per cattiva salute fisica o psicologica:			
<i>0 giorni:</i>	83,5	84,9	83,4
<i>1-13 giorni:</i>	12,1	11,5	13,4
<i>≥14 giorni:</i>	4,4	3,5	3,3

Sintomi di depressione

	ASL 3 Genovese (%) anni 2008-2012	Liguria (%) anni 2008-2012	Italia* (%) anni 2009-2012
Sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista	10,1 (8,7-11,6)	8,5 (7,7-9,3)	6,6 (6,4-6,8)
Ha cercato aiuto da qualcuno	64,6 (56,7-72,0)	64,0 (59,3-68,8)	58,2 (57,0-59,5)
La richiesta di aiuto per sintomi di depressione			
<i>medico/operatore sanitario</i>	44,7	40,4	32,5
<i>famiglia/amici</i>	14,3	15,9	18,2
<i>entrambi</i>	5,6	7,8	7,5
<i>nessuno</i>	35,4	36,0	41,8

*Pool delle ASL italiane partecipanti alla sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)



Sintesi dei risultati nelle persone con 65 anni e più

Percezione dello stato di salute

	ASL 3 Genovese (%) 2012	Liguria (%) 2012	Italia* (%) 2012
Stato di salute percepito positivamente	33,4 (28,8-37,9)	32,7 (29,7-35,8)	29 (dati 2010)
Numero di giorni riferiti con limitazione di attività per cattiva salute fisica o psicologica:			
<i>0 giorni:</i>	70,8	72,3	nd [§]
<i>1-13 giorni:</i>	12,9	14,0	nd
<i>≥14 giorni:</i>	16,3	13,7	nd
Quante persone hanno più di 20 “unhealthy days” per motivi fisici o psicologici	28,7	24,5	nd
Soddisfatto della propria vita	80,5	81,3	74

[§] dato non disponibile

Sintomi di depressione

	ASL 3 Genovese (%) 2012	Liguria (%) 2012	Italia* (%) 2012
Sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista	21,3 (17,3-25,2)	18,5 (16,0-21,0)	20,9 (20,3-21,5)
Ha cercato aiuto da qualcuno	81,4	76,6	78,6
La richiesta di aiuto per sintomi di depressione			
<i>medico/operatore sanitario</i>	24,1	21,2	23,0
<i>famiglia/amici</i>	16,7	20,1	19,0
<i>entrambi</i>	40,5	35,3	36,5
<i>nessuno</i>	18,6	23,4	21,4

*Pool delle ASL italiane partecipanti alla sorveglianza Passi d'Argento

Percezione dello stato di salute



La qualità della vita in relazione allo stato di salute è influenzata da diversi aspetti, quali le condizioni socio-economiche, le malattie e i comportamenti a rischio; inoltre nelle persone con 65 anni e più, indicatori negativi sulla percezione del proprio stato di salute sono correlati ad un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.

Esistono molti indicatori sulla qualità della vita in relazione allo stato di salute, che valutano sia la percezione del proprio stato di salute sia lo stato funzionale riferito dall'individuo, e sono utili ai decisori per mettere in evidenza le disparità in salute, ai ricercatori clinici per la valutazione degli esiti dei trattamenti e a coloro che effettuano valutazioni economiche per le analisi costo-utilità.

Nei sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento, la qualità della vita in relazione alla salute viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), che si basa su quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

"La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non una mera assenza di malattia o infermità". Questa definizione di salute fu coniata all'atto della costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel luglio 1946 ed entrò in vigore il 7 aprile 1948, data in cui l'OMS entrò nell'orbita delle Nazioni Unite. Una definizione ampia e generale, che rimosse il dualismo concettuale "salute-malattia" e offrì una visione dello "stato di benessere" di un individuo o di una popolazione non limitato alla componente somatica e non unicamente correlato con l'intervento sanitario. Tale concetto fu poi confermato e ampliato in uno dei più importanti documenti dell'OMS, la Dichiarazione di Alma Ata (1978). "La Conferenza riafferma con forza che la salute, come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di salute è

un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari". La salute è dunque concepita come il prodotto complessivo e coordinato di una serie di condizioni e azioni che fanno capo a vari settori della vita civile e sociale di un paese e di una comunità. Una visione moderna e veramente profetica, se si pensa a quando fu elaborata, anticipando di quasi mezzo secolo il dibattito sui determinanti sociali di salute.

Eppure la discussione sull'attualità della definizione di salute dell'OMS è aperta. Nel dicembre 2009 si è tenuta a L'Aia (Olanda) una Conferenza Internazionale dal titolo "Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health" ("La salute è una condizione o un'abilità? Verso un concetto dinamico di salute"), con la partecipazione di rappresentanti di molteplici discipline professionali e scientifiche.

Il dibattito verte soprattutto sull'aggettivo "completo" contenuto nella definizione di salute dell'OMS: l'aspirazione a una sorta di perfezione del benessere appare un obiettivo troppo distante dalla realtà e di conseguenza difficilmente misurabile. Il fatto è che il quadro epidemiologico è profondamente mutato da quando fu concepita la definizione dell'OMS: erano gli anni quaranta del secolo scorso, la popolazione era "giovane", prevalevano le malattie acute, iniziavano a diffondersi gli antibiotici e l'idea che lo scopo della medicina fosse principalmente quello di guarire e di portare alla "restitutio ad integrum" era dominante e giustamente fondata. Oggi, con una popolazione sempre più "vecchia" e con un numero crescente di persone affette da una o più malattie croniche, quell'aggettivo "completo" rende il "benessere" – cioè la "salute" – una condizione poco realistica, addirittura astratta.

La discussione degli esperti alla conferenza olandese ha portato ad un ampio consenso per lo spostamento dall'attuale formulazione statica verso una formulazione più dinamica basata sulla capacità di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità, il proprio equilibrio e senso di benessere. La visione preferita di salute è stata "la capacità di adattarsi e autogestirsi".

Concetti, a dir la verità, non del tutto nuovi. Nel 1943 un medico e filosofo francese, Georges Canguilhem, aveva pubblicato un libro dal titolo "Il Normale e il Patologico", dove il concetto di salute è proprio associato alla capacità di adattarsi all'ambiente. "La salute non è un'entità fissa. Essa varia per ogni individuo in relazione alle circostanze. La salute è definita non dal medico, ma dalla persona, in relazione ai suoi bisogni funzionali. Il ruolo del medico è quello di aiutare le persone ad adattarsi alle nuove condizioni."

È dunque il singolo paziente, non il medico, l'autorità legittimata a definire i propri bisogni e il medico diventa un partner in questa operazione. Avendo rimpiazzato la perfezione con l'adattamento noi ci avviciniamo a un programma per la medicina più comprensivo, solidale e creativo, un programma al quale tutti noi possiamo contribuire.

Così come la qualità della vita, anche la felicità, intesa come soddisfazione complessiva della propria vita, può essere misurata unicamente su dati riferiti dai singoli individui.

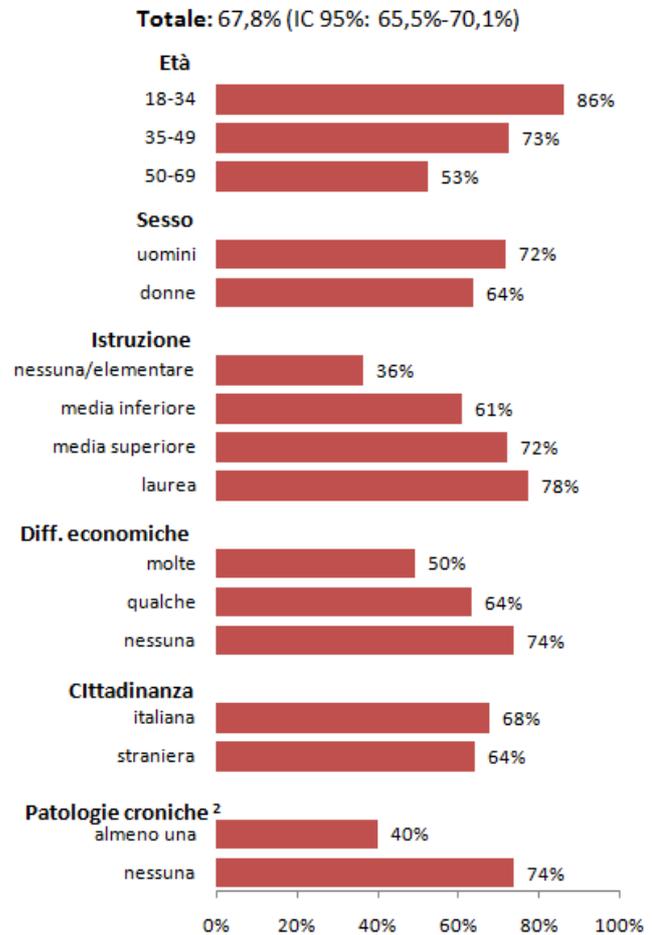
Negli ultimi anni, è stata attribuita grande importanza alle misure soggettive di felicità e soddisfazione per la propria vita. Le percezioni e le valutazioni soggettive influenzano, infatti, il modo in cui le persone affrontano la vita e per questo motivo possiedono un elevato valore informativo. La felicità nell'accezione originale è intesa e misurata, da alcuni decenni, come "soddisfazione della vita". PASSI d'Argento l'ha rilevata come soddisfazione complessiva della vita condotta da un individuo ricorrendo ad una sola domanda con 4 possibili risposte su un intervallo temporale non specificato.

La percezione del proprio stato di salute nei soggetti adulti di 18-69 anni

Nella ASL 3 Genovese, il 68% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 29% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe

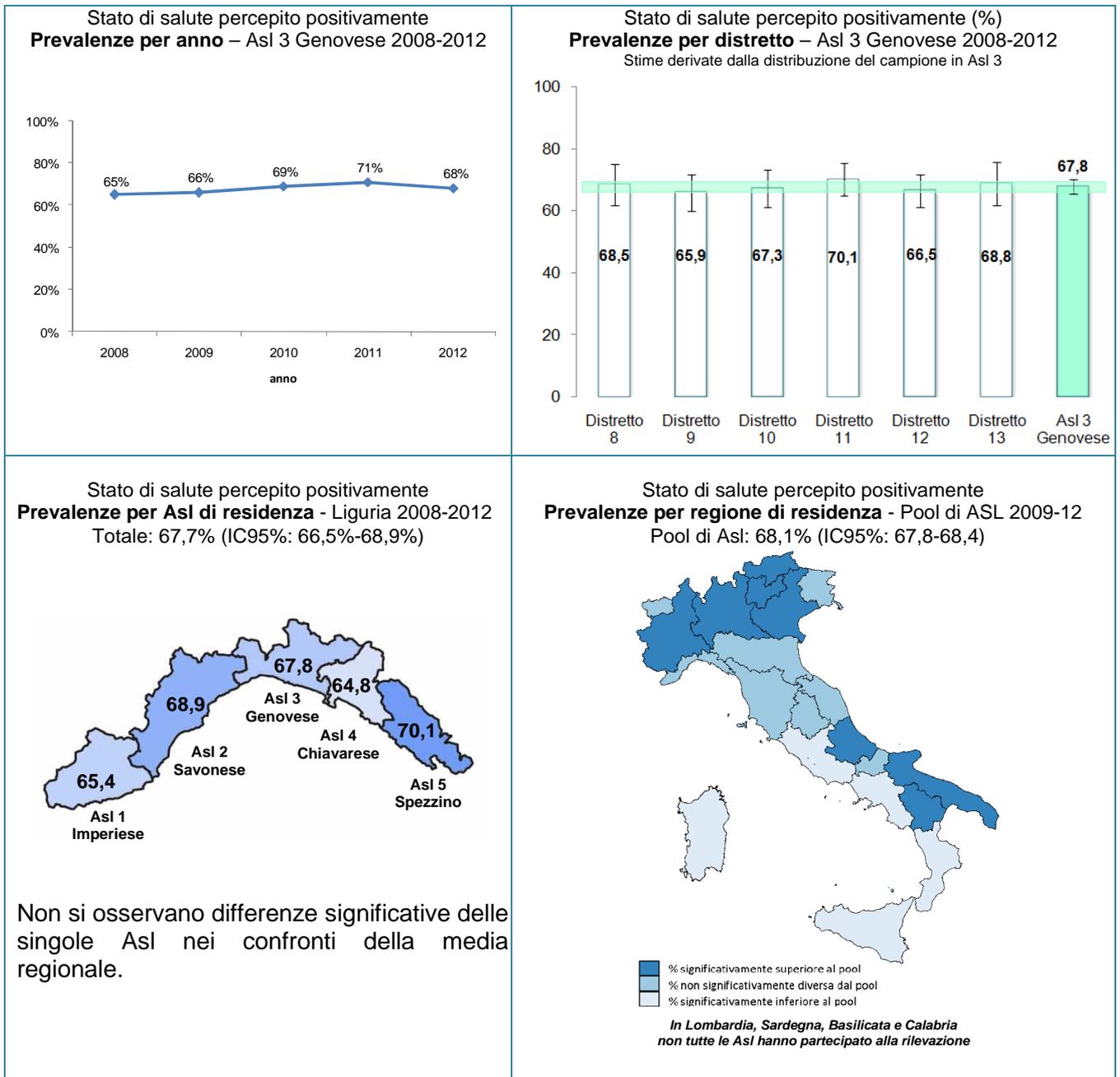
Stato di salute percepito positivamente¹
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL 3 Genovese 2008-12



¹ persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

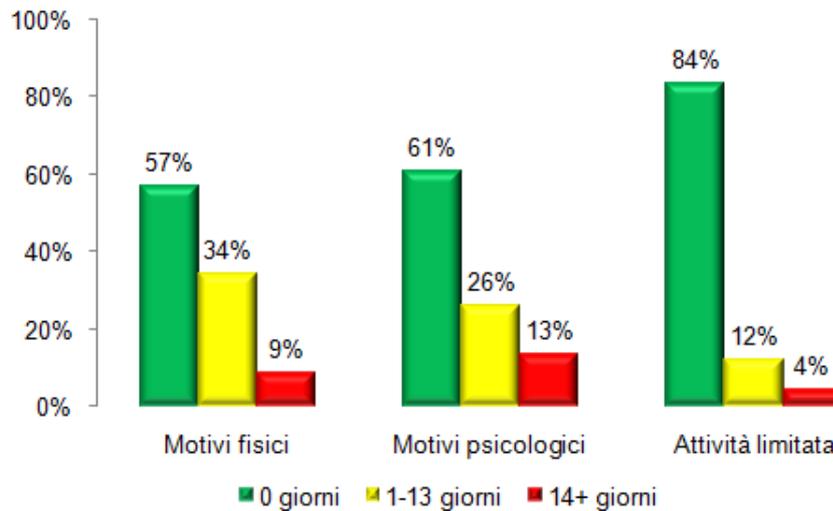
² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.

Per quanto i dati ricavati dal Sistema di sorveglianza Passi siano riferibili, al massimo del dettaglio, all’Azienda Asl intera e non al Distretto, abbiamo condotto uno studio di approfondimento per valutare la numerosità del campione (Passi) in ogni distretto nei confronti della numerosità della popolazione (dati ISTAT): ne è risultata una distribuzione sostanzialmente omogenea del campione, con una numerosità tale da poter condurre l’analisi separatamente per distretto. Di seguito si riportano i risultati di alcuni approfondimenti di analisi eseguiti al fine di studiare l’andamento del principale indicatore (stato di salute percepito positivamente) nel corso degli anni, la sua distribuzione nei sei distretti di Asl 3 Genovese, nelle Asl liguri e nelle Regioni italiane.



Giorni di cattiva salute percepiti in un mese e limitazione delle attività abituali

Distribuzione dei giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASL 3 Genovese - PASSI 2008-2012



Giorni percepiti in cattiva salute al mese
ASL 3 Genovese - PASSI 2008-2012 (n=1.633)

Caratteristiche	Media dei giorni/mese per:		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3,9	4,5	1,5
Classi di età			
18 - 34	2,5	3,8	1,2
35 - 49	3,3	4,4	1,6
50 - 69	4,1	5,0	1,6
Sesso			
uomini	2,7	3,5	1,4
donne	4,1	5,5	1,5
Istruzione			
Nessuno/elementare	7,0	7,6	2,9
Scuola media inf.	3,8	5,2	1,8
Scuola media sup.	3,0	4,0	1,3
Laurea/diploma univ.	2,5	3,7	1,1
Difficoltà economiche			
molte	5,5	9,4	2,9
qualche	3,8	5,1	1,8
nessuna	2,8	3,2	1,0
Patologie croniche			
almeno una	5,6	6,9	2,3
assente	2,9	4,0	1,3

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 presenza di patologie croniche.

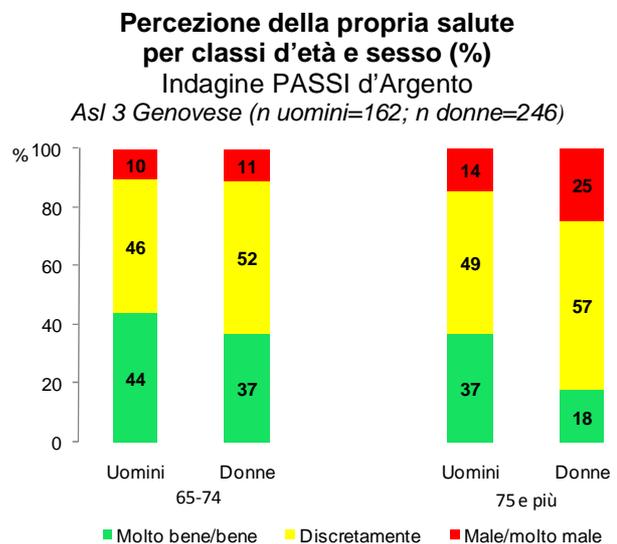
Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici è inoltre maggiore nella fascia d'età 50-69 anni (con associata anche una maggiore limitazione nelle attività abituali) e nelle persone con basso livello d'istruzione.

La percezione dello stato di salute negli ultra 65enni



Come percepiscono il proprio stato di salute le persone con 65 anni e più?

- Il 33% delle persone con 65 anni e più giudica il proprio stato di salute positivamente (7% molto bene, 26% bene), il 52% discretamente e il rimanente 15% in modo negativo (12% male, 3% molto male).
- La percezione peggiora con l'età: il 21% delle persone con 75 anni e più considera in modo negativo il proprio stato di salute, ma rimangono comunque più numerosi coloro che ne hanno un giudizio positivo (24%).



- In Asl 3 Genovese differenze di genere si osservano solo dopo i 74 anni, età nelle quali le donne si sentono meno in salute degli uomini (molto bene/bene 18% vs 37% degli uomini). Tenere conto che molti uomini non hanno risposto perché hanno il proxy.
- Una percezione negativa della propria salute interessa solo il 5% degli anziani in buone condizioni senza rischio di fragilità e più della metà (53%) di quelli con disabilità.

Quante persone anziane hanno più di 20 “unhealthy days” per motivi fisici o psicologici?

- Sommando i giorni di cattiva salute fisica e quelli di cattiva salute psicologica, il 29% della popolazione con 65 anni e più risulta avere più di 20 giorni dell'ultimo mese passati in cattiva salute.
- Questa proporzione è maggiore tra le donne, tra le persone con bassa scolarità e tra quelle con difficoltà economiche (molte difficoltà: 53%)

20 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici (%)			
Indagine PASSI d'Argento – Asl 3 Genovese			
	%	IC 95 %	
Popolazione con 65 anni e più	29	24,4	33,1
Genere			
uomini	17	11,0	22,5
donne	37	30,7	42,9
Classi di età			
65-74	24	18,3	29,8
75 e oltre	35	28,1	41,2
Istruzione			
bassa	36	28,3	42,9
alta	24	18,9	29,7
Difficoltà economiche			
molte	53	38,6	68,1
alcune	31	23,1	38,6
nessuna	22	17,0	27,8

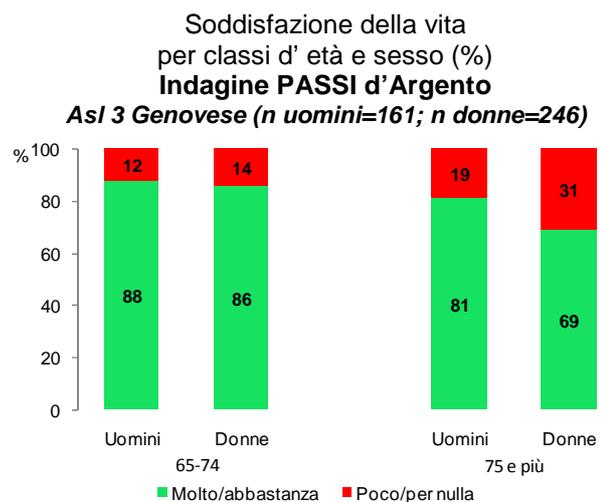
Le persone con 65 anni e più sono soddisfatte della vita che conducono?

Nel complesso la maggior parte delle persone anziane è soddisfatta della vita che conduce (20% molto soddisfatta, 61% abbastanza soddisfatta).

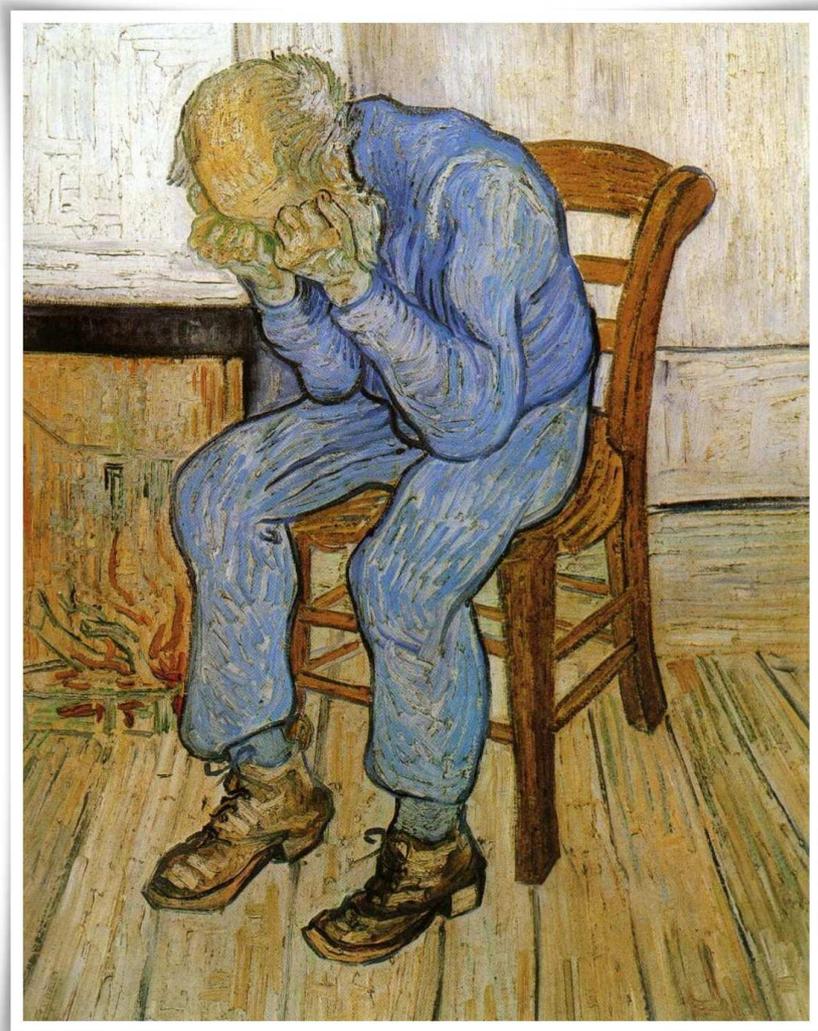
Il rimanente 19% non è soddisfatto (14% poco, 5% per nulla soddisfatto).

La soddisfazione per la propria vita diminuisce con l'incedere della fragilità e della disabilità (è soddisfatto l'89% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia ma diventa il 64% tra le persone con disabilità)

La percentuale di persone poco o per nulla soddisfatte della vita che conducono è maggiore tra le donne (23% contro 15%) e aumenta con il crescere dell'età in entrambi i sessi.



Sintomi di depressione



Il disturbo depressivo maggiore è un disturbo che 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. I sintomi più frequenti sono: stato d'animo di tristezza, abbattimento; perdita di piacere ed interesse; cambiamenti nell'appetito; disturbi del sonno; agitazione, irrequietezza o al contrario rallentamento; riduzione dell'energia, facile stanchezza e spossatezza; senso di valere poco, senso di colpa eccessivo; difficoltà di concentrazione, incapacità di pensare lucidamente; pensieri ricorrenti che non vale la pena di vivere o pensieri di morte e di suicidio. In genere una persona depressa ha i sintomi appena riportati, non necessariamente tutti, ma dovrebbe averne almeno uno dei primi due e almeno 5 complessivamente¹.

In Europa, il solo disturbo depressivo maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. 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, sulla base del calcolo degli anni trascorsi in una condizione di

¹ <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione.asp>

disabilità (Years lived in disability YLD 42%), al secondo posto entro il 2020 e al primo entro il 2030. 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.

Più episodi di depressione maggiore si sono avuti, più è facile averne di nuovi: circa il 50% delle persone, dopo avere avuto un primo episodio di depressione ne ha un secondo; dopo tre episodi, la probabilità di averne un quarto è del 90%. Nelle sue manifestazioni estreme il disturbo depressivo maggiore può portare al suicidio, a causa del quale muoiono in Italia circa 4 mila persone ogni anno.

Sempre in Italia, secondo le stime dello studio epidemiologico europeo sulla prevalenza dei disturbi mentali [Esemed](#)², ogni anno oltre un milione e mezzo di adulti soffre di un disturbo depressivo.

Con il progredire dell'età la presenza di una sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave: essa determina un peggioramento della qualità della vita, ed è collegata ad una maggiore morbilità e ad un aumento del rischio suicidario. Al contrario, in molti casi si riscontra una sottostima della necessità di curarsi sia da parte delle persone più anziane, che considerano il loro stato psicologico una necessaria conseguenza della loro storia di vita, sia da parte di familiari e conoscenti che l'interpretano come una condizione tipica dell'età avanzata.

I dati esaminati in questo capitolo sono il risultato dell'analisi di un breve modulo, contenuto nei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento, riguardante i sintomi di depressione che utilizza il Phq-2 (Patient Health Questionnaire-2, le cui domande sono riportate nel paragrafo sulle riflessioni per l'azione).

Questo strumento fa parte del DSM-IV-TR³ (Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali) elaborato dall'American Psychiatric Association negli anni '90, che è una raccolta dei principali disturbi mentali e degli strumenti ritenuti utili per effettuare la diagnosi. Fra questi, quelli utilizzati nell'ambito della depressione sono il Phq-2, a 2 items, strumento di approccio iniziale per l'identificazione dei sintomi e il Phq-9 (a 9 items) per effettuare la diagnosi.

Il Phq-2 presenta un elevato grado di sensibilità e specificità, a fronte di una comparazione con i criteri diagnostici internazionali (Phq-9). Naturalmente questo strumento, utile per effettuare un primo filtro sulla popolazione, non è sufficiente per una diagnosi clinica di depressione, che richiede una valutazione più approfondita.

² <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed-pres.asp>

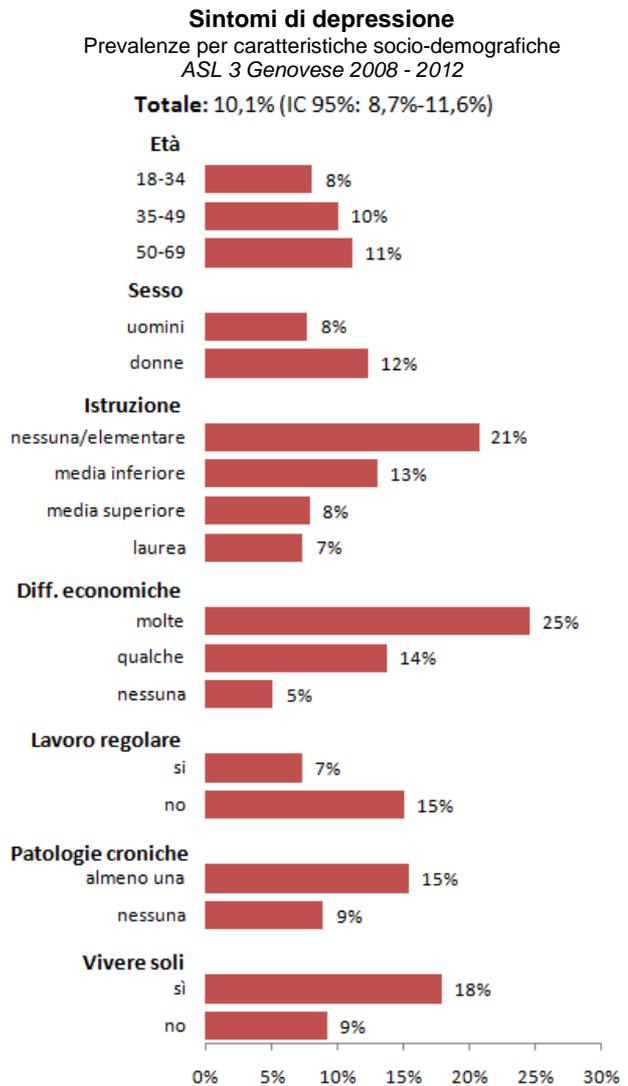
³ <http://www.dsm5.org/pages/default.aspx>

I sintomi di depressione nei soggetti adulti di 18-69 anni

Nella ASL 3 Genovese circa il **10,1%** delle persone intervistate in PASSI ha riferito sintomi di depressione; i sintomi sono più frequenti:

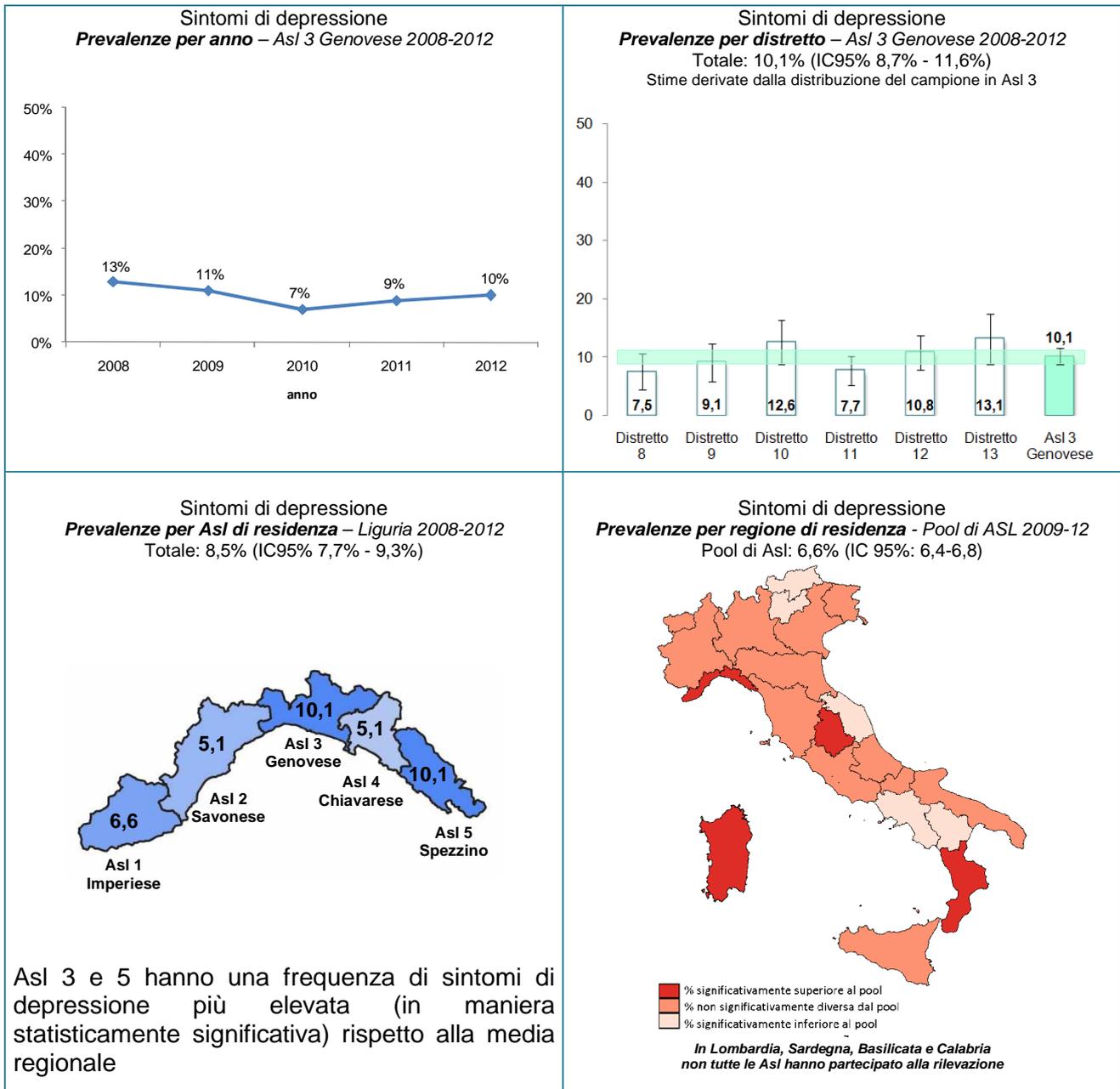
- nelle fasce d'età più avanzate
- nelle donne
- nelle persone con basso livello d'istruzione
- nelle persone con difficoltà economiche
- nelle persone senza un lavoro continuativo
- nelle persone con almeno una patologia cronica
- nelle persone che vivono sole

Questa frequenza media corrisponde a circa **48.000 persone di età 18-69 anni**



* Persone 18-69 con punteggio ≥ 3 del *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime 2 settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentito giù di morale, depressa o senza speranza.

Per quanto i dati ricavati dal Sistema di sorveglianza Passi siano riferibili, al massimo del dettaglio, all'Azienda Asl intera e non al Distretto, abbiamo condotto uno studio di approfondimento per valutare la numerosità del campione (Passi) in ogni distretto nei confronti della numerosità della popolazione (dati ISTAT): ne è risultata una distribuzione sostanzialmente omogenea del campione, con una numerosità tale da poter condurre l'analisi separatamente per distretto. Di seguito si riportano i risultati di alcuni approfondimenti di analisi eseguiti al fine di studiare l'andamento del principale indicatore (sintomi di depressione) nel corso degli anni, la sua distribuzione nei sei distretti di Asl 3 Genovese, nelle Asl liguri e nelle Regioni italiane.



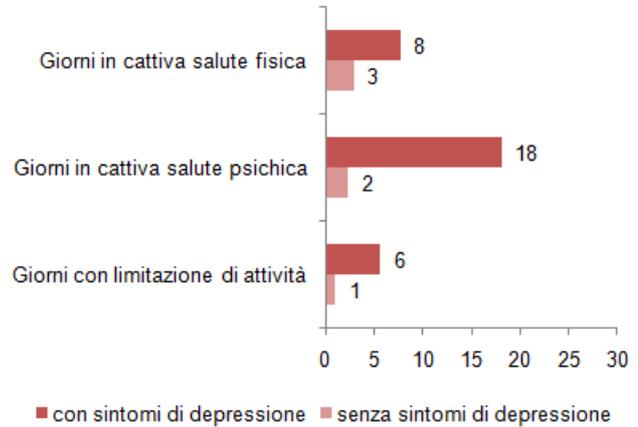
Conseguenze dei sintomi di depressione sulla vita quotidiana

Nella nostra ASL, le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:

- il 35,4% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono” rispetto al 71,6% delle persone che non hanno riferito i sintomi
- la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

Giorni in cattiva salute nei soggetti con sintomi di depressione

ASL 3 Genovese - PASSI 2008-12 (n=1630)



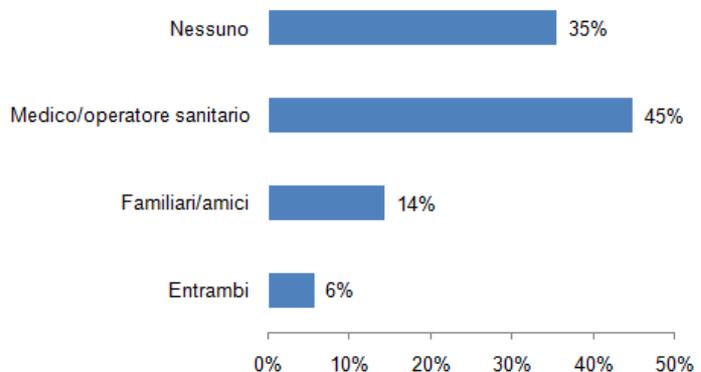
A chi si rivolgono le persone con sintomi di depressione

Il 64,6% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (44,7%), a familiari/amici (14,3%) o ad entrambi (5,6%).

Purtroppo più di una persona su tre non si rivolge a nessuno ignorando, più o meno consapevolmente, i segnali del suo stato.

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione

ASL 3 Genovese - PASSI 2008-12 (n=161)



Sintomi di depressione nei soggetti dai 65 anni in su

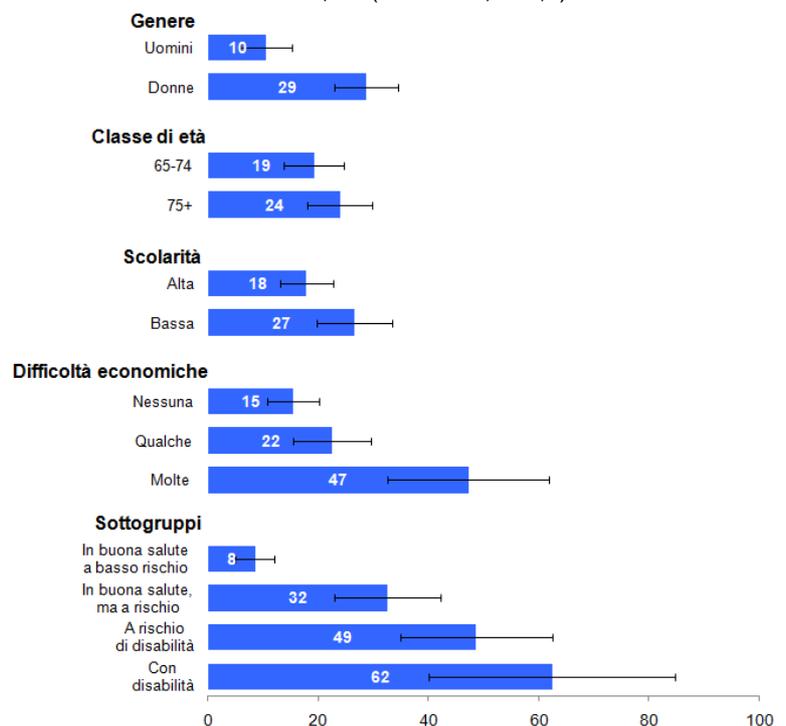


Quante sono le persone con sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

Il 21,3% degli ultra 64enni presenta sintomi di depressione, pari a circa **41.800** persone.

- Questi sintomi sono più diffusi tra:
 - le donne
 - le persone con 75 anni e più
 - le persone con livello di istruzione basso
 - le persone che hanno molte difficoltà economiche
 - le persone con disabilità
- Il 45% delle persone con 3 o più patologie croniche presenta sintomi di depressione (vs il 16% delle persone che non riferiscono patologie croniche).

Sintomi di depressione* (%)
 Indagine PASSI d'Argento - Asl 3 Genovese (n =397)
 Totale = 21,3% (IC95% 17,3-25,2)



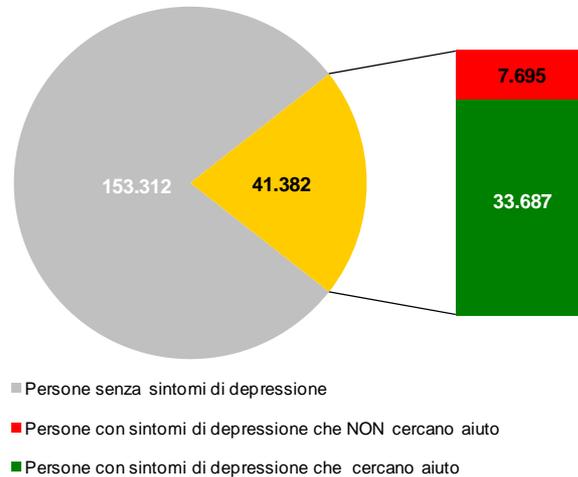
* Persone con 65 anni e più e punteggio ≥ 3 del *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime 2 settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentito giù di morale, depressa o senza speranza.

Quante sono le persone con 65 anni e più che presentano sintomi di depressione che non fanno ricorso ad alcuno?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione di Asl 3 Genovese si rileva che:

- Le persone con 65 anni e più che presentano sintomi di depressione sono 41.382 (il 21,3% degli intervistati).
- Tra le 41.382 persone con sintomi di depressione 7.695 (19%) non hanno fatto ricorso ad alcuno.

Richiesta d'aiuto in caso di sintomi di depressione
Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n =85)



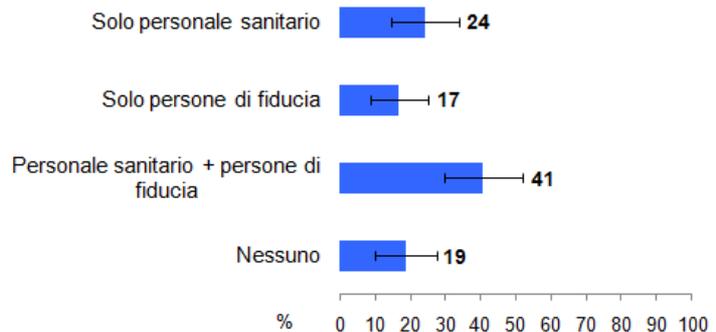
A chi ricorrono gli anziani che presentano sintomi di depressione?

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012-2013
Asl 3 Genovese (n =82)

L'81% delle persone con sintomi di depressione si rivolge a qualcuno.

- In particolare: a medici/operatori sanitari (24%), a familiari/amici (17%), a entrambi (41%).

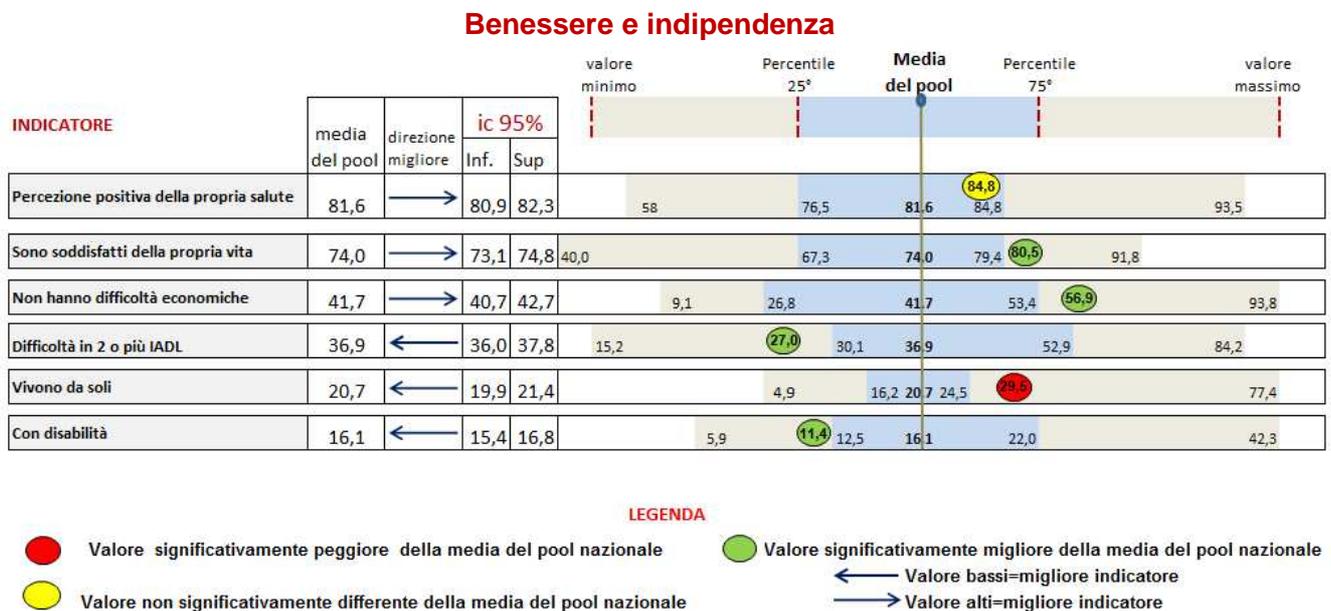


Indicatori che descrivono il benessere e l'indipendenza: un confronto tra la Asl 3 Genovese e i dati nazionali

In salute pubblica è sempre più frequente il ricorso ai profili di salute per rappresentare a colpo d'occhio lo stato di salute di un'intera popolazione o di una sua componente.

Nel contesto della sorveglianza questo approccio, oltre a dare un'idea su alcuni aspetti qualificanti di salute di un gruppo di popolazione, permette anche, in maniera semplice e scientificamente solida, di confrontare il valore degli indicatori prescelti con quello di altre unità territoriali (per esempio, le asl fra di loro all'interno di una regione o le regioni fra di loro).

Per realizzare questo approccio abbiamo scelto di utilizzare le spine-chart, un grafico particolare che permette di confrontare il valore di un certo indicatore, misurato localmente, con un valore di riferimento "nazionale" e di testare, in modo, semplice se la differenza rilevata (in meglio o in peggio) sia statisticamente significativa.



Come si può notare al primo impatto visivo, la situazione in Asl 3 è caratterizzata da una maggior solitudine della popolazione anziana: il 29,5% vive da solo. A fronte di questa situazione, che potrebbe portare ad una maggiore difficoltà nella conduzione di una vita attiva e ad un maggior senso di insoddisfazione, i Genovesi si dichiarano maggiormente soddisfatti della media degli Italiani.

Questo fatto è supportato dalle migliori condizioni economiche percepite e da un maggior livello di autonomia, sia considerando le attività strumentali della vita quotidiana (IADL) che le attività vitali del quotidiano (ADL).

La spesa farmaceutica e il consumo di antidepressivi

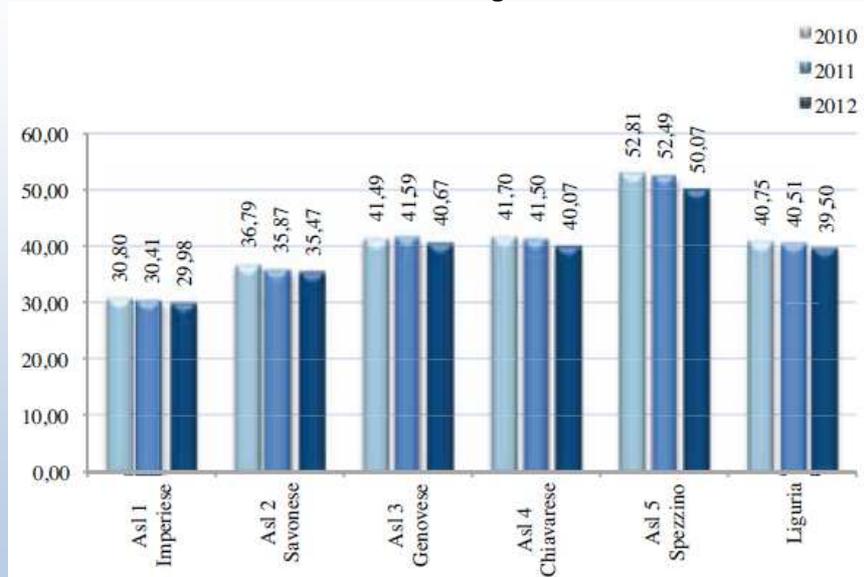
tratto da: “La valutazione della performance del Servizio Sanitario Regionale Ligure⁴”

La spesa farmaceutica è un'importante componente della spesa sanitaria; nel 2011 la spesa a carico del SSN a livello nazionale è stata pari a circa 20 miliardi di euro, nella Regione Liguria la spesa si è aggirata sui 546 milioni di euro.

In uno scenario in cui la contrazione delle risorse disponibili non viene controbilanciata da una riduzione dei fabbisogni farmaceutici in termini di DDD⁵, dato il progressivo invecchiamento della popolazione, ma piuttosto maggiormente penalizzata dall'arrivo sul mercato di terapie innovative, più efficaci ma molto più costose, si rende quanto mai necessario e indispensabile monitorare e verificare costantemente le modalità di utilizzo delle risorse rese disponibili dallo Stato, andando tempestivamente a individuare le aree di inappropriata o di “allerta rossa” e ad adottare interventi correttivi di razionalizzazione e qualificazione.

In questa ottica la Regione Liguria, negli ultimi anni, ha perseguito politiche di razionalizzazione e qualificazione dell'assistenza farmaceutica finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con l'adozione di molteplici atti programmatici (direttive, indirizzi per le aziende), e con l'approvazione di documenti tecnici (linee guida, raccomandazioni, associate allo svolgimento di attività di informazione e di formazione degli operatori sanitari). Tra i più recenti la D.G.R. n. 759 del 5.07.2011, con la quale è stato approvato il piano di qualificazione dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera per il biennio 2011 – 2012, e la D.G.R. n. 581 del 18.05.2012, con la quale è stata approvata la seconda annualità del piano. Gli indicatori individuati nei citati provvedimenti regionali ai fini del controllo, a livello territoriale, dell'andamento dei consumi di alcune categorie di farmaci a forte impatto sulla spesa sono gli stessi che ritroviamo nel Report 2011 prodotto dal Mes⁶, vale a dire gli inibitori di pompa protonica (PPI), le statine, alcuni antipertensivi, **gli antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina**, gli antibiotici.

Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi) nelle ASL Liguri



⁴ http://www.arsliguria.it/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=649&Itemid=132

⁵ DDD: Defined Daily Dose

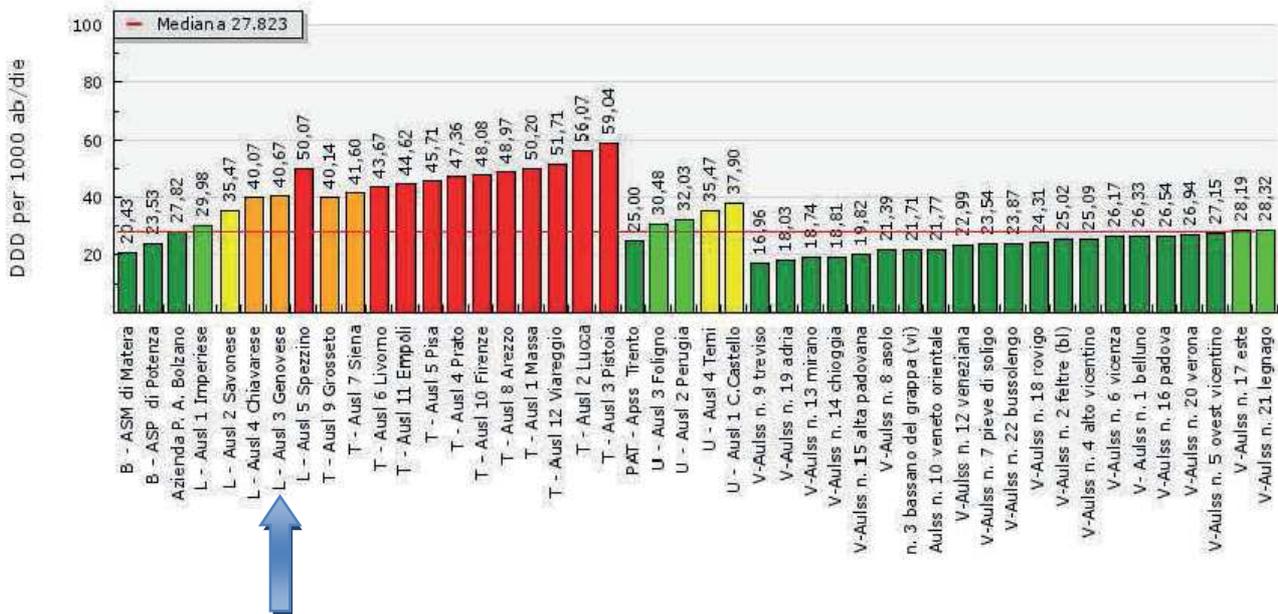
⁶ Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria – prodotto da Scuola Superiore S. Anna di Pisa laboratorio Management e Sanità (Mes)

I dati pubblicati da ARS-Liguria informano che in Asl 3 Genovese vengono prescritte circa 42 DDD (Defined Daily Dose o dosi definite giornaliere) ogni 1.000 residenti, valore sovrapponibile alla media ligure.

Esaminando nel dettaglio la percentuale di SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, si può osservare come Asl 3 Genovese raggiunga un'ottima performance nel network delle Regioni partecipanti al Sistema di valutazione della performance del Mes (Management e sanità – Scuola Superiore S.Anna di Pisa):

Percentuale di SSRI (antidepressivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

C9.4 - Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)



Entrambi gli indicatori sono stati introdotti per monitorare l'utilizzo di antidepressivi perché potrebbe risultare inappropriato.

Inoltre la terapia farmacologica con antidepressivi risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. Un altro indicatore prodotto da ARS-Liguria in questo ambito è la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con Antidepressivi, cioè quanti utenti hanno acquistato meno di tre confezioni di antidepressivi in un anno. Tale dato in Asl 3 Genovese si attesta attorno al 30%, in linea con la media regionale.

Il ricorso al ricovero delle persone con sintomi depressivi

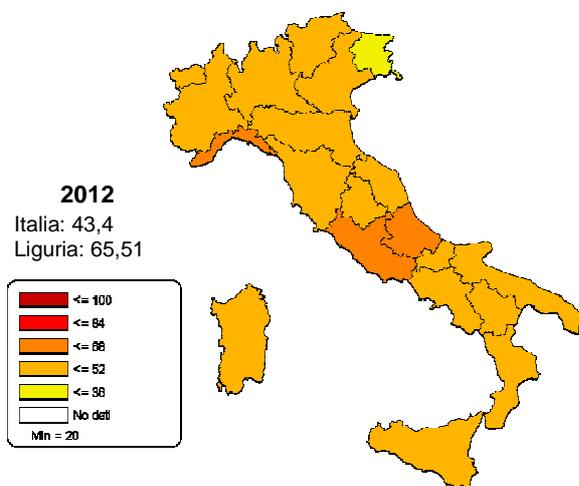
Nel periodo 1999-2011 il ricorso al ricovero per disturbi psichici è drasticamente diminuito in tutta Italia passando da circa 61 ricoveri ogni 10.000 abitanti tra gli uomini e 58 tra le donne a 44 e 41 ricoveri per 10.000 abitanti.

L'analisi della serie storica evidenzia un aumento consistente del ricorso al day hospital e un aumento del peso relativo dei ricoveri di riabilitazione.

Aumenta nel tempo la quota dei ricoveri femminili e dei molto anziani, cui si accompagna un peso più elevato delle patologie legate ai disturbi senili.

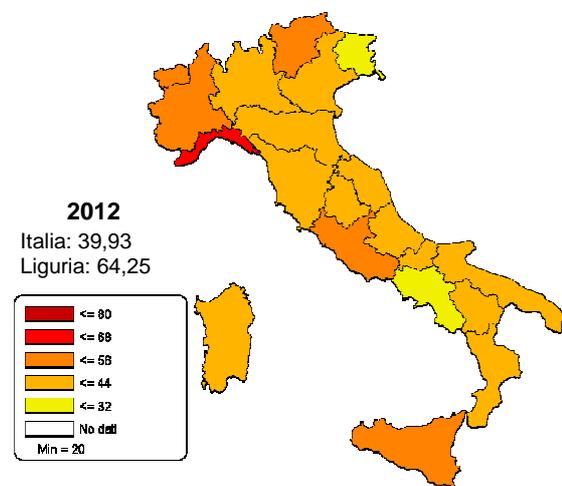
Il fenomeno dell'ospedalizzazione per disturbi psichici presenta una spiccata variabilità a livello regionale. Nel 2012 (ultimo dato disponibile), a fronte di un tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti pari a 42.4 per l'Italia, si registra un minimo di 26.5 in Friuli Venezia Giulia e un massimo di 65.4 in Liguria

Ricoveri per disturbi psichici* - Uomini



* Tassi standardizzati di dimissione per 10.000 ab. Standard Italia 2001.
ACC 65-75
Fonte HFA: Database dicembre 2013

Ricoveri per disturbi psichici* - Donne



* Tassi standardizzati di dimissione per 10.000 ab. Standard Italia 2001.
ACC 65-75
Fonte HFA: Database dicembre 2013

In assenza di un quadro informativo nazionale sui servizi territoriali per l'assistenza ai pazienti con disturbi psichici, non è possibile sostenere che le regioni con i tassi più elevati sono quelle dove si è investito meno nel trasferimento di questa casistica verso modalità assistenziali alternative all'ospedale.

I suicidi e i tentativi di suicidio

Pericolosità, inguaribilità, incomprendibilità, improduttività e irresponsabilità sono i pregiudizi che l'OMS indica come condizioni diffuse che impediscono in tutti i paesi l'accesso ai processi terapeutici ed emancipativi delle persone con problemi mentali.

Tali pregiudizi sono alla base dello "stigma", termine che indica l'atteggiamento negativo e il rifiuto che accompagnano la malattia mentale e in particolare il suicidio.

A fronte di tali pregiudizi, un recente rapporto della Commissione europea ha evidenziato che in Europa ci sono più persone che si tolgono la vita volontariamente di quante ne muoiano a causa degli incidenti stradali: nel 2006, in Europa, sono state circa 59 mila le persone morte per suicidio, quasi 9000 in più rispetto a quelle morte per incidenti stradali. Inoltre si è documentato che il 90% dei suicidi è associato alla presenza di un disturbo mentale, per lo più un disturbo depressivo maggiore.

L'attualità e la gravità dei suicidi e dei tentativi di suicidio è ribadita nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 che li include tra le azioni programmatiche prioritarie nell'ambito della salute mentale della popolazione.

L'Istat rileva i suicidi attraverso due indagini: una di fonte sanitaria su "Decessi e cause di morte", l'altra di fonte giudiziaria su "Suicidi e tentativi di suicidio". Da uno studio sulle due fonti risulta che l'indagine "Decessi e cause di morte" ha una migliore copertura del fenomeno: infatti, negli ultimi anni le statistiche di fonte giudiziaria registrano il 20-25% in meno di casi rispetto a quanto misurato dalla fonte sanitaria. A fronte di questo limite, la fonte giudiziaria è l'unica in grado di fornire stime riguardanti i tentativi di suicidio.

La sottostima di cui soffrono entrambe le fonti informative è legata a una pluralità di fattori quali lo stigma sociale, la difficoltà ad attribuire la causa reale a decessi specifici come quelli di anziani che vivono soli o in casa di riposo, quelli associati ad alcuni incidenti stradali, o infine quelli avvenuti in carcere o per overdose.

Nel 2011 nella provincia di Genova si sono registrati 28 suicidi corrispondenti a un tasso standardizzato di circa 0.36/10.000 abitanti (Fonte: HFA Database dicembre 2013)

Alcune riflessioni per l'azione

Secondo l'OMS, la depressione è la causa più importante di perdita di anni in buona salute per disabilità o morte prematura nei paesi ad alto reddito. In Italia, la stima della prevalenza annuale di depressione maggiore, tra le persone dai 18 anni in su è pari al 3%.

Per orientare le decisioni di politica sanitaria è essenziale stabilire l'estensione dei disturbi depressivi nella popolazione, i cambiamenti nel tempo, le differenze geografiche e quelle tra gruppi della popolazione e, a tale scopo, la sorveglianza di popolazione sui rischi comportamentali rappresenta uno strumento disponibile e a basso costo⁷.

Passi e Passi d'Argento pongono 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 il test validato del Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2).

In ambito clinico il Phq-2 consente di individuare le persone con probabile disturbo depressivo da indirizzare ai servizi specialistici, unico contesto possibile per fare diagnosi di un disturbo depressivo.

In ambito di sorveglianza il Phq-2 consente di individuare le persone con probabile disturbo depressivo, misurarne la prevalenza e l'associazione con determinanti, patologie croniche e rischi comportamentali.

La maggior parte delle cure per la depressione viene erogata come cura primaria nel setting dell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale, talvolta supportato dallo specialista. Tuttavia, riconoscere una condizione che può essere sconosciuta allo stesso assistito, o anche negata, è molto difficoltoso.

A questo scopo la United States Preventive Services Task Force⁸ (USPSTF), organo indipendente costituito da esperti della prevenzione, che si propone di migliorare la salute attraverso l'elaborazione di raccomandazioni evidence-based, conclude che porre, da parte del medico curante, le due seguenti domande (Phq-2) ha la stessa efficacia dell'utilizzo di screening più complessi perché consente, con la sua elevata sensibilità, di identificare le persone su cui effettuare approfondimenti diagnostici o da indirizzare allo specialista di riferimento:

1. Nelle ultime due settimane, per quanti giorni ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose?
2. Nelle ultime due settimane, per quanti giorni si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze?

In base alla durata, in giorni, dei sintomi, viene assegnato un punteggio. Quando la somma dei due punteggi è uguale o superiore a 3, la persona viene considerata affetta da sintomi depressivi.

Durata in giorni	Punteggio	
	Umore depresso	Anedonia
0 - 1	0	0
2 - 6	1	1
7 - 11	2	2
12 - 14	3	3

⁷ **Confronto tra due test per la sorveglianza dei sintomi depressivi nella popolazione** – P. D'Argenio, V.Minardi, N.Mirante, C.Mancini, V.Cofini, A.Carbonelli, G.Diodati, C.Granchelli, M.O.Trinito, E.Tarolla, A.Gigantesco. Inserto BEN (Bollettino Epidemiologico Nazionale) – Not Ist Super Sanità 2013:26(1): i-iii

⁸ <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>

In conclusione si tratta di un test accettabile e sostenibile che produce un indicatore che sovrastima apparentemente la prevalenza di depressione ma proprio per questo dà modo di individuare tutti coloro che necessitano di approfondimenti diagnostici.

Anche lo screening della **Depressione Post Partum** (DPP) può essere effettuato routinariamente nella pratica dei servizi. In Italia, nonostante la disponibilità di semplici ed efficaci procedure di diagnosi precoce, nella comune pratica clinica la DPP sfugge perlopiù all'attenzione dei clinici⁹. La DPP può causare la sofferenza soggettiva della neomamma e dei suoi familiari al punto da portare in casi estremi a suicidio e infanticidio. Inoltre notevoli sono i costi diretti ed indiretti dovuti alla compromissione dello stato di salute della mamma che si ripercuotono in ambito sociale lavorativo. In Italia nasce in questo momento lo studio "STRADE Screening e TRAttamento precoce della DEpressione post-partum", basato sull'interscambio¹⁰ come punto essenziale per un'efficace relazione madre-bambino, capace di prevenire le conseguenze negative a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino¹¹.

⁹ **Come prevenire la depressione post-partum e sentirsi nuovamente se stesse. Nasce lo studio "STRADE"**. G.Palumbo, A. Gigantesco, F. Mirabella, I.Cascavilla, E.Appelgren, L.Leoncini. Notiziario Istituto Superiore Sanità 2013;26(2): 17-19

¹⁰ **Interactions in postpartum depression: an early intervention program**. J Milgrom – Austr J Adv Nurs 2006; 11(4): 29-38

¹¹ **Maternal depression and children's antisocial behaviour**. J Kim-Cohen, TE Moffit, A Taylor et all. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(2): 173-81

La strategia di Asl 3 Genovese e i servizi dedicati ai disturbi mentali

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

Il Dipartimento di Salute Mentale, con circa 480 operatori, eroga nei diversi centri di attività prestazioni di natura preventiva, terapeutica, assistenziale e riabilitativa con modalità di assistenza:

domiciliare	Centro Salute Mentale
ambulatoriale	Centro Salute Mentale
semiresidenziale	Centro Diurno
residenziale	Comunità Alloggio (C.A.U.P.), RSA, Comunità Terapeutica
regime di ricovero	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

I Centri di Salute Mentale (CSM) svolgono un ruolo centrale di coordinamento di tutte le attività del Dipartimento e sono collocati in ciascun Distretto della ASL3 "Genovese" in quanto principale porta di accesso per tutti i cittadini residenti nel territorio di riferimento.

I CSM sono aperti dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 e il sabato dalle 8 alle 13 ai seguenti indirizzi:

Distretto	Indirizzo CSM	Telefono
DSS 8 Ponente	Via Lemerle 17, Voltri	0108499160
DSS 9 Medio Ponente	Via Operai 80 (Palazzo della salute di Fiumara)	0108497110
DSS10 Val Polcevera e Valle Scrivia	Via Montepertica 9, Bolzaneto	0108499625
DSS 11 Centro	Via Peschiera 10	0108495660
DSS 12 Val Bisagno e Val Trebbia	Via Struppa 150	010803030
DSS 13 Levante	Via G Maggio 3	0108496780

Le principali attività svolte nei CSM sono:

- visite medico psichiatriche
- colloqui di valutazione psicologico-clinica
- psicoterapia individuale, psicoterapia familiare e/o di coppia, psicoterapia di gruppo
- interventi d'urgenza
- interventi di consulenza
- certificazione medico-psicologica (patenti, porto d'armi, invalidità, adozioni, ecc.)
- interventi riabilitativi
- interventi socio-assistenziali

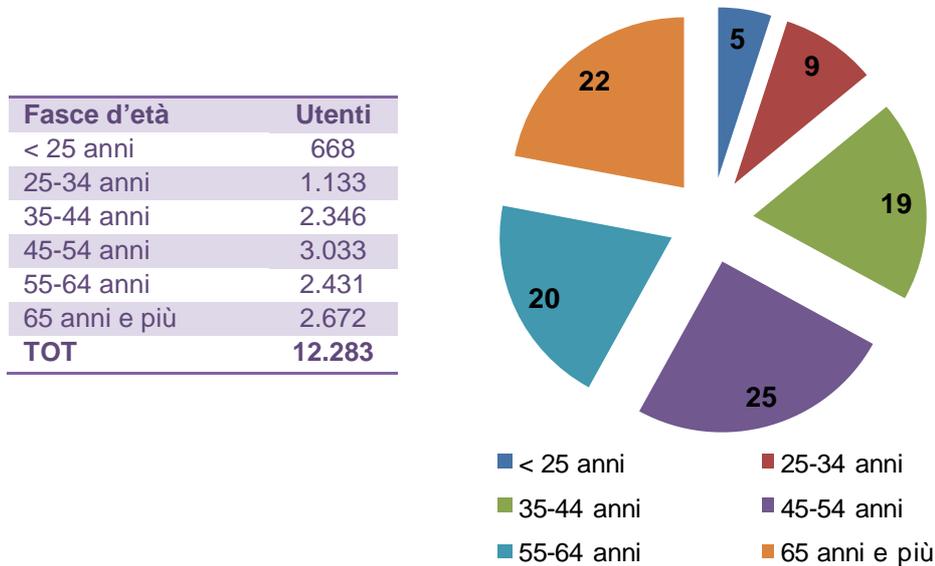
Il cittadino può richiedere un appuntamento per visita di valutazione psichiatrica o psicologica direttamente al CSM, preferibilmente presentando la richiesta del MMG. Alcune prestazioni sono soggette a ticket sanitario. Le prestazioni urgenti possono essere erogate senza appuntamento dagli operatori presenti in sede durante tutto l'orario di apertura del Servizio.

Nelle ore in cui i CSM sono chiusi, le prestazioni urgenti sono erogate presso i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA, Pronto Soccorso) di Villa Scassi, Galliera e San Martino, dove è presente il consulente psichiatra sulle 24 h e dove sono collocati i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) del Dipartimento.

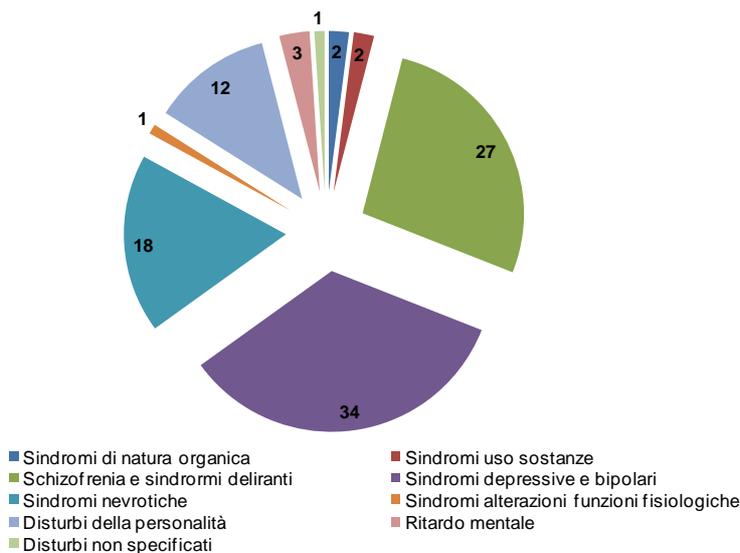
Le prestazioni semiresidenziali e residenziali sono erogate presso le strutture semiresidenziali (Centri diurni) e residenziali direttamente gestite dal Dipartimento di Salute Mentale, o private in convenzione. Gli inserimenti presso queste strutture sono gestiti e coordinati dai CSM secondo specifiche procedure.

Nel 2013 sono stati visitati nei Centri di Salute Mentale della nostra Asl più di 12.000 utenti; 8.000 di questi sono stati presi in cura (e fra questi 1.500 erano nuovi nel 2013); la prevalenza media di utenza è di 180/10.000 abitanti.

Nel dettaglio sono stati trattati i seguenti utenti suddivisi per fasce d'età (numeri assoluti e percentuali):



Gli utenti presi in cura nel 2013 hanno presentato le seguenti diagnosi:



Diagnosi	Utenti in cura
Sindromi di natura organica	141
Sindromi uso sostanze	139
Schizofrenia e sindromi deliranti	2.287
Sindromi depressive e bipolari	2.909
Sindromi nevrotiche	1.474
Sindromi alterazioni funzioni fisiologiche	63
Disturbi della personalità	1.000
Ritardo mentale	212
Disturbi non specificati	42
TOT	8.267

Sempre nel 2013 sono state erogate oltre 138.000 prestazioni, con una media di 11,4 prestazioni all'anno ricevute da ciascun utente¹².

Nella seguente tabella viene riportato il numero delle prestazioni per tipologia.

Tipo prestazione 2013	Numero
Visite psichiatriche	50301
Colloqui psicologici e psicoterapie e test	14520
Attività riabilitative	8202
Colloqui e interventi sociali e di rete	9685
Colloqui	14351
Consulenze	491
Attività infermieristica	40132
Visite medico legali	739
TOT	138421

Nel 2013, 600 pazienti hanno frequentato gli otto Centri Diurni del DSM e circa 500 pazienti hanno usufruito delle Strutture Residenziali, mentre i ricoveri nei reparti ospedalieri del DSM (3 SPDC E 1SPCR) sono stati 2058

Nel DSM da alcuni anni si sta implementando un modello di collaborazione con i Medici di Medicina Generale mutuato da esperienze internazionali e nazionali, che segue un percorso denominato "stepped-care" come evidenziato nello schema seguente:



¹² Relazione attività DSM 2013 - Asl 3 Genovese

L'obiettivo di questo modello è fare in modo che il MMG svolga una funzione di monitoraggio del soggetti a rischio, riconoscimento precoce delle situazioni d'esordio e di trattamento delle sindrome depressive - ansiose lievi e moderate, riservando ai servizi specialistici il trattamento delle situazioni cliniche più complesse. Ciò viene realizzato attraverso specifici percorsi diagnostico terapeutici che facciano riferimento alle indicazioni in tal senso fornite da Agenas, Regione Liguria ed Asl 3.

Per portare avanti questo obiettivo sono necessarie alcune azioni:

- esercitare l'advocacy per aumentare la consapevolezza di ciò nell'opinione pubblica, negli stakeholders e nei servizi
- favorire l'accessibilità ai servizi psichiatrici soprattutto nelle patologie d'esordio, anche per limitare i rischi di cronicizzazione
- governare il processo di cura potenziando il rapporto con il MMG
- intervenire sui fattori di protezione implementando la rete: Servizi Sanitari, Associazioni, Volontariato, Auto Mutuo Aiuto.

Il Dipartimento di Salute Mentale collabora con:

Fondazione IDEA: Istituto per la Ricerca e la Prevenzione della **DE**pressione e dell'**Ansia**, che si propone come scopo quello di promuovere la conoscenza e la consapevolezza sui disturbi d'ansia e dell'umore nella popolazione generale, favorirne il rapido riconoscimento da parte del medico nel campo della diagnosi e della terapia e il tempestivo ed adeguato intervento, sostenere lo sviluppo della ricerca scientifica in questo campo ed il processo di miglioramento dell'organizzazione sanitaria.

Per informazioni: Via San Luca,15/5 16124 Genova;
tel. 0102476402, accessibile lunedì, mercoledì e giovedì ore 16-18 mentre il martedì ore 10-12;
Numero Verde 800538438 fax 0102478728
E-mail: ideagenova@libero.it.

ITACA Sostiene - Associazione per la tutela e il sostegno nel disagio sociale è un'Associazione per la tutela e il sostegno nel disagio sociale che non ha fini di lucro e che si avvale in modo determinante delle prestazioni personali volontarie e gratuite dei propri aderenti. Associata al Celivo è in attesa dell'iscrizione al registro regionale del Volontariato.

Per informazioni: Via Corsica 21/6 16128 Genova tel/fax segreteria: 010565843 E-mail: info@itacasostiene.it

Servizio delle Dipendenze e dei comportamenti d'abuso (SerT)

E' il Servizio specialistico per le problematiche delle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e illegali, e delle loro famiglie; rappresenta inoltre il punto di riferimento per persone che evidenziano forme di dipendenze e comportamenti d'abuso anche non da sostanze (es. dipendenza da gioco).

Dipartimento delle cure primarie e delle attività distrettuali

Struttura Complessa Assistenza Consultoriale

La Struttura Complessa Assistenza Consultoriale è un servizio per i giovani e la famiglia composto da:

- Centri giovani
- Consultori familiari
- corsi di preparazione alla nascita
- servizio di medicina preventiva di comunità
- servizio di riabilitazione e salute mentale in età evolutiva
- assistenza infermieristica per bambini a scuola e a casa
- centro maltrattamento e abuso sui bambini

All'interno dei Consultori sono presenti:

- pediatra, per le vaccinazioni
- ginecologo per visite, pap test, colposcopia ed ecografia ginecologica
- psicologo per colloqui, Mediazione Familiare, Psicoterapia
- neuropsichiatra per visite, colloqui, psicoterapia e per l'inserimento scolastico dei bambini disabili
- assistente sociale per informazioni e supporto alle famiglie, adozioni
- terapeuta per interventi riabilitativi

Nei diversi consultori si possono avere le informazioni e gli orari per i corsi di preparazione alla nascita, i corsi di massaggio per il bambino, gli incontri per i neogenitori.

Tutte le prestazioni sono gratuite e, per la maggior parte, ad accesso diretto, senza bisogno di richiesta del medico curante.

Servizi distrettualizzati

Assistenza anziani

Attività assistenza anziani:

- strutture residenziali
- strutture semiresidenziali - centri diurni
- regolamento per l'inserimento in istituto a carattere definitivo
- Ambulatori geriatrici per la valutazione dell'autosufficienza

La Residenzialità:

ASL3 Genovese eroga in forma diretta o in forma accreditata prestazioni di tipo semiresidenziale e residenziale. Le strutture residenziali gestite in forma diretta attualmente sono:

1. RSA Campo Ligure
2. RSA Pastorino
3. RSA Quarto
4. RSA Celesia

Accoglienza distrettuale

Lo sportello unico distrettuale ha lo scopo di:

ascoltare - comprendere e decodificare i bisogni sul piano relazionale; favorire la comprensione delle informazioni e chiarire i percorsi per ottenere le prestazioni sanitarie sul piano della comunicazione; individuare i problemi e pianificare gli interventi con efficacia sul piano tecnico professionale; rilevare le problematiche legate alla popolazione del Distretto sul piano epidemiologico.

Distretto 8: Ge (Voltri), Via Camozzini 95 r	tel. 0108499674/676/677
Distretto 9: Sampierdarena, Via Operai 80 Fiumara	tel. 0108497054/7093
Distretto 10: Bolzaneto, Via Bonghi 6	tel. 0108499482/9505
Distretto 11: Centro, Via Assarotti 35	tel. 0108494550/4580/4099/4620
Distretto 12: Ge San Fruttuoso, Via Archimede 30A	tel. 0108494920/4939
Distretto 13: Sturla, via Bainsizza 42	tel. 0108495630

Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione ha insito nel proprio nome il concetto di prevenzione dello stato di malattia, del disagio, dell'incuria; al centro delle sue azioni si trovano il cittadino e l'ambiente di vita, ed il Dipartimento esercita queste sue attività attraverso strumenti adeguati: vaccinazioni, indagini epidemiologiche su malattie infettive, gestione di screening oncologici, pareri e certificazioni igienico-sanitarie, etc...

Con le sue Strutture di "Epidemiologia" e "Sorveglianza nutrizionale" si interessa in particolare di prevenzione primaria: dalla gestione dei Sistemi di sorveglianza sulla popolazione alla Promozione della salute.

Nel corso del 2012 ha iniziato, col supporto della Direzione Sanitaria Aziendale, un percorso per la definizione della strategia aziendale per la prevenzione, incorporando i principali progetti di promozione della salute ideati dai vari Dipartimenti in un'unica programmazione condivisa e tendente ad alleanze maggiori: il Piano Aziendale della Prevenzione 2013-2015.

Il Piano aziendale della Prevenzione 2013-2015

Delibera Asl 3 Genovese n°415 del 10 luglio 2013.

Molti dei progetti del Piano affrontano la problematica della salute mentale o problematiche correlate con il disagio psicologico e sociale dei giovani o con comportamenti di dipendenza, oppure sono finalizzati al miglioramento del benessere e alla riduzione del rischio di isolamento sociale in alcune categorie fragili:

- ***"Mamme oltre ... il blu"*** *Maternità fragile: studio sull'efficacia di un modello di intervento volto alla prevenzione secondaria del disagio psichico perinatale ed alla prevenzione primaria delle disarmonie dello sviluppo infantile*, che si pone come obiettivi di salute:
 - Individuare precocemente le situazioni di maternità fragile attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati
 - Inviare le mamme individuate come fragili alle strutture in cui si svolgono le azioni previste dal progetto

(Pediatri di Libera Scelta, Assistenza Consultoriale, Università La Sapienza di Roma, Università di Brescia, ASL 5 Spezzino)

- **Centro Giovani: accogliere l'adolescente.** Spazio dedicato all'accoglienza e finalizzato all'ascolto e alla lettura dei bisogni espressi e non espressi degli adolescenti, con eventuale invio, se necessario, a specialisti dell'equipe Centro Giovani o ad altri servizi aziendali e/o ad agenzie esterne territoriali.
(Assistenza Consultoriale, Ufficio Relazioni col Pubblico, Dipartimento Salute Mentale; Centro Disturbi Alimentari, Medici di Medicina Generale, Servizi Ospedalieri e Pronto Soccorsi, USR, USP, Scuole Secondarie di I° e II° grado, Aggregazioni Territoriali Sociali dei Comuni, Centri Socio educativi e di volontariato, Centri per l'Inserimento lavorativo provinciali/regionali, Servizi della giustizia minorile)
- **Progetto Fenice: "Abitare il limite".** Squadra che si sposta su Unità Mobile con lo scopo di contattare le persone che necessitano di counselling su HIV e droghe e di consegnare materiali e presidi utili per la prevenzione
(Servizio delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso, Associazione Afet Aquilone Onlus)
- **La Vela: promozione di sani stili di vita tra gli adolescenti.** Prevede la realizzazione di un bilancio di salute e di un'attività di "counselling minimo" sui comportamenti a rischio per la salute e il benessere, effettuato da un gruppo di MMG e rivolto agli adolescenti (e alle loro famiglie), nel momento in cui questi passano dall'assistenza del Pediatra di Libera Scelta a quella del MMG stesso.
(MMG, Struttura di Epidemiologia, Assistenza Consultoriale, Servizio delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso)
- **Essere genitori: istinto, mestiere, vocazione ...?** Incontri formativi con gruppi di genitori, separatamente di bambini e di preadolescenti, realizzati nell'ambito e col supporto degli istituti scolastici comprensivi, volti ad avvicinare il genitore ad una riflessione sugli stili relazionali ed educativi improntati ad una sana crescita dei figli e a non indurre meccanismi di dipendenza.
(Servizio delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso, Assistenza Consultoriale, Istituti Scolastici Comprensivi Zona Centro, Spazio Famiglia Zona Centro, Comune di Genova)
- **Unplugged.** Programma di prevenzione primaria dell'uso di sostanze rivolto ad adolescenti di età compresa tra 12 e 14 anni basato sul modello dell'influenza sociale e strutturato in una sequenza di 12 unità svolte dagli insegnanti durante l'anno scolastico.
(Servizio delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso, Assistenza Consultoriale, Centro Disturbi Alimentari, Epidemiologia, scuola, associazioni di genitori)
- **Media education: nuove prospettive per la promozione della salute nell'epoca dei media digitali.** Percorso di formazione con gli insegnanti di adolescenti teso a favorire l'assunzione di sani stili di vita negli adolescenti attraverso l'utilizzo della metodologia della media education.
(Epidemiologia, Centro Disturbi Alimentari, Servizio delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso, Assistenza Consultoriale, Ufficio scolastico regionale e Istituti scolastici autonomi)

In questo ambito si sono sviluppate in Asl 3 altre progettazioni, quali:

- **Media Education per la prevenzione dei DCA nelle scuole secondarie.** Aumentare nei ragazzi adolescenti e nelle loro famiglie la conoscenza e la consapevolezza dell'influenza che l'ambiente ed i media possono avere nella genesi di un disturbo del comportamento alimentare.
(Centro Disturbi Alimentari, Sorveglianza nutrizionale, Epidemiologia, Istituto Superiore Gobetti, Compagnia teatrale Beato Ragno, scuole di danza)
- **Media Educandi.** Stimolare la consapevolezza dei ragazzi (studenti delle scuole secondarie di primo grado) rispetto a modelli di consumo a rischio. Favorire le capacità critiche individuali. Dare informazioni scientificamente corrette
(Servizio delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso, Istituti Comprensivi di Voltri, Arenzano e Cogoleto)
- **W l'indipendenza.** Corso di formazione rivolto ai docenti delle scuole secondarie di primo grado che una panoramica aggiornata sull'uso di sostanze nei giovani e la costruzione di percorsi con gli studenti sulla tematica delle dipendenze
(Servizio delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso, Prefettura e Osservatorio Regionale della Liguria)

- **I giovani: i consumi e le dipendenze tecnologiche.** Proposta, ai genitori dei ragazzi della scuola secondaria di primo grado, di un modello che aiuta ad osservare il fenomeno “Dipendenze” attraverso stimoli provenienti da più fonti: neuroscienze, psicologia sociale.
(Servizio delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso)
- **SportivaMente.** Sedute di attività motoria destinate a pazienti seguiti dal dipartimento di salute mentale che si svolgono con frequenza settimanale presso una palestra messa a disposizione dalla Provincia di Genova.
(Medicina dello sport, Dipartimento di salute mentale, Università di Genova (Facoltà di Scienze Motorie), associazione ASD insieme per Sport)
- **Il benessere è a cavallo: Percorso di avvicinamento al cavallo finalizzato al benessere psicofisico.** L'attività in maneggio induce gli utenti dei Servizi di Salute Mentale a muoversi in modo piacevole e senza eccessiva fatica, si svolge all'aperto in ambiente di campagna migliorando gli stili di vita (durante l'attività vige il divieto di fumare), le condizioni di salute psicofisica e le capacità empatiche e relazionali
(Dipartimento di Salute Mentale: Circolo Equestre “Amico Cavallo ASD”, Polisportiva “Insieme per Sport”, UISP Genova, FISE - Federazione Italiana Sport Equestri)
- **Gruppi di cammino.** Attività organizzata nella quale un gruppo di persone si ritrova due volte alla settimana per camminare ed eseguire semplici esercizi utili per aumentare l'equilibrio, lungo un percorso sicuro e gradevole, sotto la guida, inizialmente di un esperto del movimento e, successivamente, di un “walking leader” interno al gruppo ed appositamente formato.
(Epidemiologia, Diabetologia, Distretti socio sanitari, Università di Genova – Corso di Laurea in Scienze Motorie, Associazioni, Municipi, Comuni, Medici di Medicina Generale)
- **Attività fisica adattata.** Programma di esercizio fisico non sanitario svolto in gruppo per cittadini (preferibilmente ultra 64enni) con bassa o alta disabilità causata da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate.
(Riabilitazione, Epidemiologia, Assistenza Geriatrica, Medici Specialisti Sumai, servizio comunicazione asl 3, MMG, Associazioni, Municipi, Ambiti territoriali Sociali, Direttori Sociali di Distretto, Distretti sociosanitari ASL 3, Auser, Fondazione Carige, Regione Liguria, 3° settore, Coni (enti pro mozionali/ federazioni) Università di Genova - Scienze Motorie)
- **Corso di sensibilizzazione al trattamento dei soggetti con Problemi Alcol Correlati (PAC) secondo metodologia Hudolin.** Corso di formazione al ruolo di “Servitore Insegnante” all'interno dei Club degli Alcolisti in Trattamento
(Servizio delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso, ARCAT Liguria)

Le persone con disturbo di tipo psichiatrico cronico spesso hanno stili di vita non salutari e presentano condizioni quali ipertensione, ipercolesterolemia, sovrappeso. Questo può portare all'insorgenza di svariate comorbidità. Inoltre tale disturbo, specie se grave, costituisce di per sé una condizione invalidante che richiede una presa in carico globale di tipo socio-sanitario. Come per le altre malattie croniche, ma a maggior ragione nel caso del disturbo psichiatrico, è necessario affiancare all'assistenza che viene data alla singola persona un approccio di tipo “comunitario”, volto a ridurre la pressione dei fattori di rischio e a creare delle reti di protezione sociale e di auto-mutuo aiuto.

Per tutti questi motivi è necessaria la collaborazione fra il Dipartimento di Salute Mentale e i MMG, secondo il modello “Stepped care”, che è stato sopra descritto.

Ulteriori reti di collaborazione potranno essere create nell'ambito dello sviluppo dei progetti del Piano Aziendale di Prevenzione, in una prospettiva di costruzione sociale della salute.

Appendice

Poster presentato al Convegno “Costruire insieme la salute” Orvieto 22-23 ottobre 2014



Costruzione di un percorso di intercettazione e cura della depressione: un'esperienza in Asl 3 Genovese



R Cecconi¹, M Vaggi², C Culotta¹, R Castiglia¹, P Crisci¹, E Perelli², D Malagamba², R Costa²

¹Asl 3 Genovese Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia; ²Asl 3 Genovese, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

Introduzione

Il Disturbo depressivo maggiore è, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, un importante problema di sanità pubblica essendo responsabile di buona parte del carico assistenziale e dei costi del Sistema Sanitario nel campo delle malattie mentali; è noto inoltre che nel 2020 le malattie mentali, sulla base del calcolo degli anni trascorsi in una condizione di disabilità (Years lived in disability YLD 42%), diventeranno la seconda causa di disabilità nel mondo.

La rilevazione dei sintomi di depressione, realizzata con il Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), può costituire un approccio iniziale alla problematica già in sede di prima visita di Medicina Generale; a questo approccio devono seguire approfondimenti, diagnosi e terapia in sede di secondo livello specialistico.

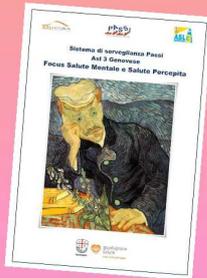
In Asl 3 Genovese la quota di persone adulte con sintomi di depressione, rilevata con PHQ-2, è del 10,1%, quella di persone anziane con gli stessi sintomi del 21,3% (Fonte dati: Passi 2008-2012, Passi d'Argento 2012).

Obiettivo del progetto è quello di sensibilizzare i Medici di Medicina Generale (MMG) e gli operatori della Asl 3 Genovese sull'importanza di un riconoscimento precoce e di un trattamento adeguato delle sindromi depressive attraverso specifici percorsi diagnostici terapeutici che facciano riferimento alle indicazioni in tal senso fornite da Agenas, Regione Liguria e Asl 3.

Metodi

- Costruzione di uno strumento di conoscenza, un **Focus dedicato**, costruito integrando i dati locali disponibili: risultati dei Sistemi di sorveglianza sulla popolazione, dati delle attività svolte dal Dipartimento di Salute Mentale, statistiche regionali e aziendali, censimento delle azioni messe in atto in Asl 3 per il contrasto alla depressione e alle sue ricadute
- Diffusione del Focus su siti web** aziendali, regionali e nazionali dedicati alla salute, anche attraverso una "News Letter" inviata ai potenziali portatori d'interesse
- Utilizzo di questo strumento come contesto locale**, da utilizzare nella collaborazione tra Agenas, Servizi aziendali e MMG
- Miglior governo del percorso di cura:** costruzione di un PDTA specifico con potenziamento del rapporto col MMG
- Costruzione di un percorso di inclusione, nel setting della Medicina Generale, del PHQ-2, attraverso momenti di formazione e riflessione dedicati
- Introduzione del progetto oggi in implementazione nella programmazione strategica del Piano Aziendale della Prevenzione

Risultati



◊ Nel DSMD della ASL 3 Genovese si sta implementando da alcuni anni un modello di collaborazione strutturata con la Medicina Generale mutuato da esperienze internazionali (Linee Guida NICE) e nazionali (ad esempio, Programma regionale "Giuseppe Leggieri", Regione Emilia Romagna), che segue un percorso denominato "stepped care" sinteticamente evidenziato nello schema a destra

◊ E' stato realizzato il focus, che sarà utilizzato nel potenziamento della rete tra tutti gli operatori territoriali coinvolti: Salute mentale, Medici di Medicina Generale, operatori sanitari e sociali di Asl e Comuni, operatori della salute in genere, soprattutto le Associazioni, il volontariato, chi esercita l'Auto Mutuo Aiuto

Modello "stepped care"

Livello di gravità	Definizione	Interventi
Step 1: soggetti a rischio, disturbi moderati, con modesti fattori di rischio	depressione, ansia, reazioni da stress o da adattamento	consulenze ed invio ad altre agenzie (es MMG) per monitoraggio
Step 2: disturbi moderati con marcati fattori di rischio	depressione BP, DOC	trattamento amb a termine
Step 3: disturbi gravi	depressione resistente, rischio suicidio, BP, disturbi personalità	trattamento psichiatrico, psicologico percorsi di specializzazione (terapia, sostegno, PCA)
Step 4: alta priorità	psicosi maggiori, BP gravi, doppio diagnosi	trattamento integrato

Conclusioni

Una organizzazione dei servizi sanitari fondata sui bisogni di salute della popolazione anche in tema di Salute Mentale, quale quella proposta dal Focus descritto, è funzionale a garantire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio di malattia, una risposta adeguata alla maggior parte dei soggetti che necessitano di un trattamento e contemporaneamente una appropriatezza degli interventi effettuati secondo profili di intensità di cura; per il raggiungimento di questi risultati è necessaria una forte integrazione tra tutte le agenzie sanitarie e sociali coinvolte.

L'alta prevalenza di questi disturbi e gli elevati costi sanitari e sociali inducono a ritenere prioritario un intervento del Sistema salute su questo tema; per questo sono necessarie alcune azioni:

- Esercitare l'Advocacy per aumentare la consapevolezza di ciò nell'opinione pubblica, negli stakeholders e nei servizi
- Favorire l'accessibilità ai servizi psichiatrici soprattutto nelle patologie d'esordio, anche per limitare i rischi di cronicizzazione
- Governare il processo di cura potenziando il rapporto con il MMG
- Intervenire sui fattori di protezione implementando la rete: Servizi Sanitari, Associazioni, Volontariato, Auto Mutuo Aiuto



Note metodologiche del Sistema di Sorveglianza PASSI

Nel 2006, il Ministero della Salute ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) con i seguenti obiettivi:

- stimare frequenza ed evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali;
- stimare la diffusione delle misure di prevenzione.

Per questi motivi, operatori sanitari delle Asl, specificamente formati, intervistano al telefono persone di 18-69 anni, residenti nel territorio aziendale. Le persone da intervistare vengono selezionate in maniera casuale, estraendo dalle liste dell'anagrafe sanitaria regionale un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi d'età.

I criteri di esclusione dal campione sono:

- Assenza di telefono
- Residenza o domicilio stabile altrove
- Istituzionalizzazione (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)
- Decesso
- Non conoscenza lingua italiana
- Grave disabilità psico/fisica

La rilevazione (30 interviste al mese in Asl 3 Genovese) avviene continuamente durante tutto l'anno.

I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy.

Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplora i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi, da moduli opzionali, la cui somministrazione viene effettuata solo in alcune regioni e da moduli aggiuntivi, validi per tutte le regioni, che vengono somministrati in caso di eventi da esplorare in maniera tempestiva a livello nazionale.

Tra le caratteristiche del sistema di sorveglianza sono da evidenziare:

- l'essere rappresentativo della popolazione
- fornire tempestive informazioni sulle dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica
- consentire la messa a punto di azioni correttive nei programmi di salute
- fornire un dettaglio di informazione fino al livello di Azienda Sanitaria Locale.

Il periodo di rilevazione su cui ci siamo basati va da Gennaio 2008 a Dicembre 2012. La dimensione del campione relativa al quinquennio 2008-2012 è pari a 1634 individui.

Dal 2007, anno di inizio della raccolta dati, a Luglio 2014 sono state effettuate in tutta Italia oltre 245mila interviste.

Questi numeri consentono di ottenere la stima delle principali variabili limitando al massimo il grado di approssimazione.

L'analisi delle informazioni raccolte è stata effettuata utilizzando il software EpiInfo 3.5.3, con metodi statistico-epidemiologici tali da fornire, oltre al dato di prevalenza della variabile analizzata, anche i limiti fiduciarî entro i quali quel valore cadrà, con un livello di probabilità prefissato al 95% (Intervallo di Confidenza al 95%).

Note metodologiche sul Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento

PASSI d'Argento è un sistema di sorveglianza della popolazione con più di 64 anni del nostro Paese.

Molti aspetti metodologici e di funzionamento del sistema sono comuni a Passi, ma da esso si distingue perché prende in considerazione le problematiche sociosanitarie legate al progredire dell'età e l'efficacia degli interventi messi in atto dai servizi, dalle famiglie e dall'intera collettività.

Questi gli obiettivi di Passi d'Argento:

- stimare la quota di anziani in quattro sottogruppi (anziani in buona salute e a basso rischio di malattia, anziani in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità, anziani con segni di fragilità e anziani disabili)
- descrivere un profilo di salute della popolazione anziana e dei suoi sottogruppi
- ottenere informazioni sui tre pilastri dell'invecchiamento attivo: salute, partecipazione e sicurezza

Al momento attuale partecipano al sistema 17 fra regioni e province autonome che con i loro operatori appositamente formati, raccolgono l'informazione, attraverso un questionario, direttamente dalle persone selezionate dagli elenchi delle anagrafi sanitarie con metodo casuale stratificato per età.

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato, messo a punto con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità.

In base ad un albero decisionale definito nel protocollo dello studio, la somministrazione del questionario poteva avvenire tramite intervista telefonica o faccia a faccia.

Il protocollo prevedeva anche le modalità con cui consentire l'intervento di un "proxy" (familiare o persona di fiducia), per sostenere e aiutare l'intervistato, nei casi in cui questa non fosse risultato idoneo a un test cognitivo inserita nell'indagine. La popolazione in studio è costituita dalle persone di età maggiore ai 64 anni. Erano da considerare non eleggibili i soggetti istituzionalizzati (persone che si trovavano in ospedale, Residenza Sanitaria Assistenziale o altra struttura residenziale al momento del contatto telefonico o per i 30 giorni successivi), quelli senza recapito telefonico, le persone che non conoscevano la lingua italiana o quelle che vivevano fuori dal comune di residenza.

Secondo il protocollo dello studio per assicurare una "sufficiente" precisione dei risultati la numerosità del campione aziendale era definita in circa 390 soggetti, da estrarre casualmente stratificati per sesso e 2 classi di età (<75 anni o ≥75 anni).

In Asl 3 Genovese si è scelto di estrarre i soggetti dall'Anagrafe Sanitaria Regionale, con campionamento casuale semplice stratificato per sesso e 4 classi di età.

Il periodo di rilevazione va da Maggio a Ottobre 2012, la dimensione del campione è pari a 503 individui.

Questi numeri consentono di ottenere la stima delle principali variabili limitando al massimo il grado di approssimazione.

L'analisi delle informazioni raccolte è stata effettuata utilizzando il software EpiInfo 3.5, con metodi statistico-epidemiologici tali da fornire, oltre al dato di prevalenza della variabile analizzata, anche i limiti fiduciarci entro i quali quel valore cadrà, con un livello di probabilità prefissato al 95% (Intervallo di Confidenza al 95%).

La popolazione ultra 64enne è stata suddivisa in sottogruppi valutando l'autonomia rispetto alle attività della vita quotidiana misurate con indici validati e diffusi a livello internazionale. In particolare è stata valutata l'autonomia che le persone hanno nelle:

- attività di base della vita quotidiana o Activities of Daily Living (ADL): muoversi da una stanza all'altra, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, essere continenti (per feci e urine), usare i servizi per fare i propri bisogni.
- attività strumentali della vita quotidiana o Instrumental Activities of Daily Living (IADL): usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o delle compere, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto, pagare conti o bollette.

Si sono così identificati 4 sottogruppi:

1. In buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa:

- sono autonomi in tutte le ADL
- non sono autonomi al massimo in una IADL
- presentano al massimo due delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
 - a. problemi di masticazione o di vista o di udito
 - b. insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura
 - c. molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale
 - d. almeno una patologia cronica
 - e. ipertensione

2. In buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e di fragilità:

- sono autonomi in tutte le ADL
- non sono autonomi al massimo in una IADL
- presentano tre o più delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
 - a. problemi di masticazione o di vista o di udito

- b.** insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura
- c.** molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale
- d.** almeno una patologia cronica
- e.** ipertensione

3. A rischio di disabilità:

- sono autonomi in tutte le attività ADL
- non sono autonomi in almeno due IADL

4. Con disabilità:

- non sono autonomi in una o più ADL

Redazione e impaginazione a cura di:

Rosamaria Cecconi, Raffaella Castiglia

(Asl 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione - Epidemiologia)

Ottobre 2014

Copia del volume può essere scaricata dai siti internet:

www.asl3.liguria.it

www.epicentro.iss.it

Maggiori informazioni sul Sistema di sorveglianza PASSI e i suoi prodotti possono essere reperite al link:

<http://www.epicentro.iss.it/passi/>



Dipartimento di Prevenzione
Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica
Struttura Semplice Epidemiologia