

---

---

***SALUTE PERCEPITA, QUALITA' DELLA VITA  
E SINTOMI DEPRESSIVI***

**Il sistema di sorveglianza PASSI nell'Azienda ULSS 18  
Anni 2012-2015**

---

---

**Dott.ssa Patrizia Casale**

Coordinatore Aziendale PASSI - UOS Osservatorio  
Epidemiologico e di Epidemiologia Valutativa  
Dipartimento di Prevenzione

con il prezioso contributo delle operatrici sanitarie  
che hanno effettuato le interviste

- 📧 *Giliola Rando (2012-15)*
- 📧 *Rina Milan (2013-15)*
- 📧 *Claudia Cavalieri (2012-13)*
- 📧 *Fabrizia Chioldin (2012-13)*
- 📧 *Sebastiana Giliberto (2012-13)*
- 📧 *Mariangela Dafne Vincenti (2014-15)*
- 📧 *Maria Serena Gorbetta (2015)*

---

*Un ringraziamento particolare a tutte le persone  
intervistate per la cortesia e la disponibilità  
dimostrate, ai Medici di Famiglia e ai Sindaci dei  
Comuni dell'Azienda ULSS 18 Rovigo*

**Agosto 2016**

## Un “sistema” per guadagnare salute

**PASSI** (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è il sistema di sorveglianza italiano sugli stili di vita della popolazione tra i 18 e 69 anni residente nell’ULSS, che fornisce agli operatori della sanità informazioni facilmente analizzabili ed utilizzabili sui comportamenti rischiosi o favorevoli per la salute, per mettere in atto le più efficaci azioni di prevenzione.

**PASSI** indaga aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di sintomi di depressione e di fattori di rischio cardiovascolari come ipertensione ed ipercolesterolemia), alle abitudini di vita (alcol, fumo, alimentazione, attività fisica), all’offerta ed all’utilizzo di strumenti di prevenzione (screening oncologici, vaccinazione contro rosolia e influenza) ed alla sicurezza stradale e domestica.

**PASSI**, ideato dal CCM/Ministero della Salute, è coordinato a livello nazionale dall’Istituto Superiore di Sanità e nella Regione Veneto dalla Direzione Regionale della Prevenzione. In Italia hanno aderito tutte le Regioni/P.A. e tutte le ASL del Veneto.

Nel periodo 2012-2015 la raccolta delle informazioni, realizzata con un questionario telefonico di circa cento domande somministrato da operatori delle ASL opportunamente addestrati, è stata fatta nell’ULSS 18 ad un campione di 1.110 persone, di oltre 22mila in Veneto e di circa 152mila a livello nazionale, persone di tre classi di età, 18-34, 35-49 e 50-69 anni, estratte casualmente dalle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL.

### Salute percepita e qualità della vita

La definizione di *salute* messa a punto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948 come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia" ha comportato l’esigenza di misurare la salute non solo in termini di frequenza di malattia ma come la risultante di una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) ed di una componente soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa). Pertanto la valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso che richiede la costruzione di indicatori capaci di cogliere le molte dimensioni soggettive e funzionali dello *stato di benessere*.

La “*qualità della vita relativa alla salute*” è una valutazione globale dello stato di salute che include, quindi, anche componenti quali le condizioni e i comportamenti associati alla salute (come fumo, sedentarietà, ...), lo stato funzionale, lo stato socio-economico, il grado di integrazione sociale, ecc.. e dipende anche da aspetti difficili da rilevare oggettivamente, come per esempio le risorse psicologiche e fisiologiche di una persona o la sua capacità di reagire all’eventuale presenza di malattie.

Dal punto di vista cognitivo, è stato messo in evidenza che gli intervistati giudicano il proprio stato di salute, in modo relativo, in base alle circostanze e alle aspettative proprie e dei pari.

Gli indicatori che misurano la qualità della vita sono associati alla mortalità, alla morbilità (patologie croniche), al declino funzionale e al ricorso ai servizi sanitari, ma anche al lavoro, alle condizioni abitative, all’ambiente, alle scuole.

Pertanto utilizzare il concetto “qualità della vita” porta ad ampliare la definizione classica di salute come “assenza di malattia”, per utilizzarne una più ampia di “*stato di benessere fisico, mentale, funzionale e sociale*”. Di conseguenza, a livello della comunità, le misure della qualità della vita forniscono indicazioni relative alle *diseguaglianze sociali* nella salute, perché tali misure non dipendono solo dalla presenza e dal tipo di malattia, ma anche dalle risorse economiche, sociali ed altre condizioni pratiche.

L'aver inserito gli indicatori della qualità della vita nella Sorveglianza PASSI ha reso possibile ottenere informazioni che permettono alle Aziende Sanitarie 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 e devono ricercare la cooperazione con vari soggetti sociali, come i Comuni e altre agenzie territoriali, organizzazioni non governative o aziende private, e concorrere ad indirizzare piani strategici nazionali, regionali e locali e monitorarne l'impatto sulla propria comunità.

La principale strategia messa a punto a livello europeo per migliorare le condizioni strutturali che influenzano la qualità della vita relativa alla salute è *"Health in all policies"* (Salute in tutte le politiche), che è dedicata ai principali determinanti sociali della salute e chiama in causa diversi settori politici ed economici, con l'obiettivo finale di ottenere l'equità, o più equità, nella salute. Si tratta di un approccio basato, come *"Guadagnare Salute"*, sui concetti di un'azione intersettoriale, responsabilizzando un'ampia gamma di settori, in particolare quelli dell'occupazione, dell'istruzione e delle politiche sociali, e coinvolgendo i diversi livelli di governo (europeo, nazionale, regionale e locale). Riconoscendo implicitamente il valore di questo tipo di approccio, diverse politiche dell'Unione Europea tengono conto delle conseguenze sulla salute (la politica sociale e regionale, la fiscalità, l'istruzione, la ricerca, ...) ed è stato fatto proprio dall'Agenzia Europea dell'Ambiente (AEA) e dall'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA).

Scendendo dalle strategie sovranazionali, nazionali e regionali, per le azioni preventive che le Aziende sanitarie possono e devono mettere in atto è necessario andare sul "pratico" ed utilizzare Sistemi di sorveglianza come PASSI che permettono, rispondendo a domande sulle azioni preventive già messe in atto dalle ULSS e mettendole in relazione con le caratteristiche socio-demografiche e le abitudini e stili di vita dei residenti, di ottenere informazioni utili in merito all'impatto degli interventi e delle politiche rivolte ai cittadini per ridurre le disparità di salute.

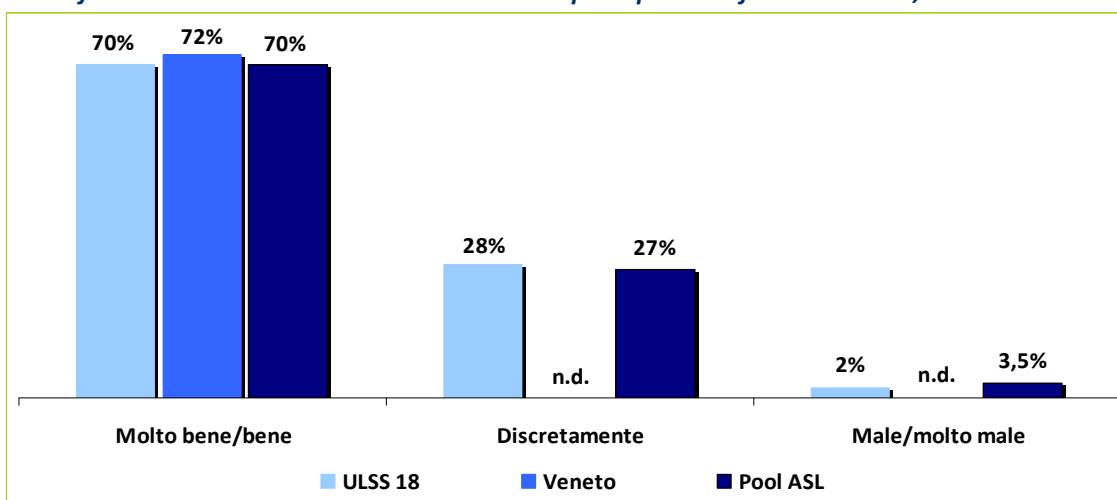
### **La salute percepita**

Nel Sistema di sorveglianza PASSI, una persona in "buono stato di salute" è una persona che alla domanda: "Come va in generale la sua salute?" risponde: "Bene o molto bene" al momento dell'intervista.

Lo *stato di salute percepito* è un indicatore complessivo dello stato di salute, gli intervistati riferiscono se giudicano il loro stato di salute "eccellente", "molto buono", "buono", "discreto" o "scadente". Si tratta di un indicatore basato su un giudizio soggettivo che può includere, quindi, aspetti che è difficile rilevare oggettivamente, ma che possono spiegare, almeno in parte, la percezione dello stato di salute: età, sesso, istruzione, reddito, integrazione sociale, risorse fisiologiche e psicologiche, reazione della persona all'eventuale presenza di una malattia.

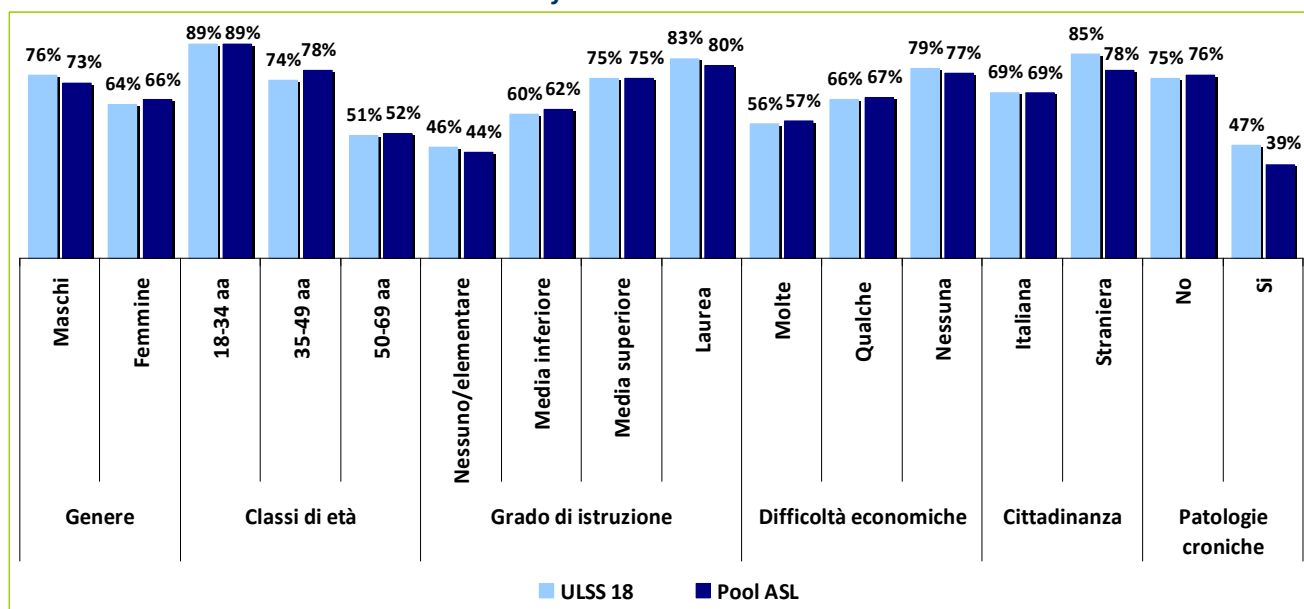
Nell'**ULSS 18** così come in **Veneto** e nel **Pool ASL nazionale**, la maggior parte della popolazione adulta (circa 7 persone su 10) giudica positivo il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi "bene o molto bene". Di contro, e fortunatamente, solo una piccola percentuale di persone (il 2,1% nell'ULSS 18 ed 3,5% nel Pool ASL) riferisce di sentirsi "male o molto male"; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi "discretamente" (**Grafico 1**).

**Grafico 1 – Distribuzione dello stato di salute percepito: confronto ULSS 18, Veneto e Italia**



Da un punto di vista socio-demografico, risulta che essere soddisfatti della propria salute diminuisce con l'aumentare dell'età ed è più frequente negli uomini rispetto alle donne, nelle persone con un livello socio-economico più elevato, per istruzione o condizioni economiche, nei cittadini stranieri rispetto agli italiani e in chi riferisce di non soffrire di patologie croniche fra quelle indagate da PASSI (ictus, infarto e altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato). Nel **Grafico 2** si riportano le caratteristiche socio-demografiche degli intervistati dell'ULSS 18 e del Pool ASL nazionale.

**Grafico 2 – Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche socio-demografiche: confronto ULSS 18 e Italia**



A livello nazionale è presente un gradiente geografico a sfavore dei residenti nelle Regioni meridionali, fra i quali è mediamente minore la quota di coloro che dichiarano di essere in buona salute, con l'eccezione di Abruzzo, Puglia e Basilicata. Vi è, però, un trend in miglioramento: dal 2008 aumenta in tutto il Paese la quota di persone che si dichiarano in buona salute, senza tuttavia raggiungere la significatività statistica e restando sostanzialmente stabile negli ultimissimi anni.

## Qualità della vita

Ai fini della sorveglianza, tenendo conto della definizione di *salute* dell'OMS, che include la percezione del benessere mentale, lo strumento progettato ed utilizzato per valutare la qualità della vita è chiamato "Hrqol-4" o più semplicemente, "Healthy Days" (giorni in salute), adottato a partire dal 1993 nel sistema di sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali americano "Behavioral Risk Factor Surveillance System" (BRFSS), da cui PASSI ha preso ispirazione. E' un modulo composto da solo 4 domande che si è dimostrato in grado di misurare in modo attendibile, nella popolazione, la qualità della vita in relazione allo stato di salute e di rilevarne i cambiamenti nel tempo.

Gli indicatori sono calcolati in base alle risposte date a 4 domande su:

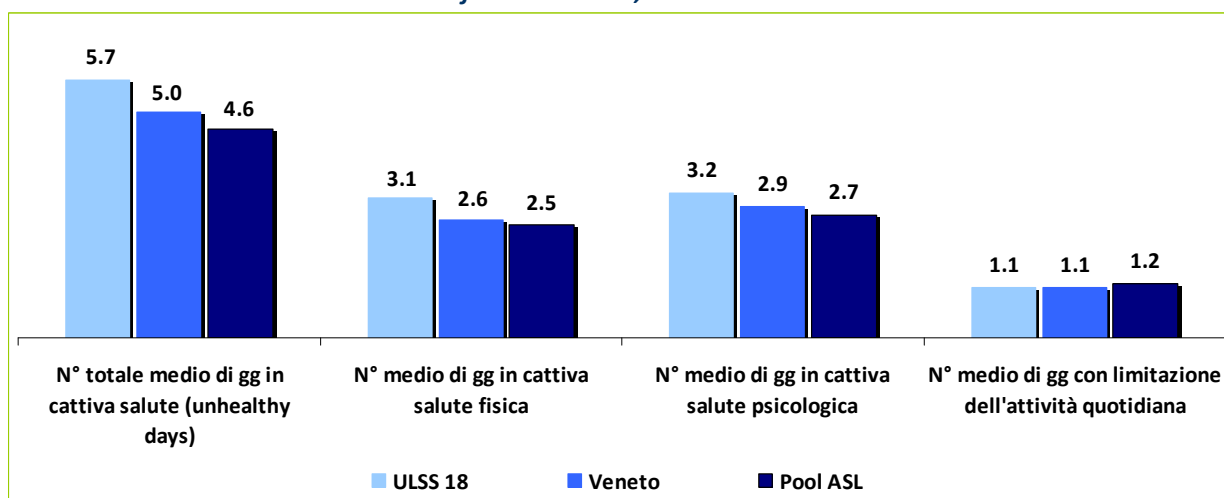
1. stato di salute auto-riferito,
2. numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici,
3. numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici,
4. numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali quotidiane.

Dalle risposte vengono calcolati diversi indicatori, tra cui i principali sono:

- la prevalenza di persone che *si dichiarano in buona salute*,
- la prevalenza di persone che *si dichiarano in cattiva salute*,
- la media dei giorni *non in buona salute fisica*,
- la media dei giorni *non in buona salute mentale*,
- la media dei giorni *non in buona salute fisica o psicologica*,
- la media dei giorni *con limitazioni funzionali*.

Nell'**ULSS 18** gli intervistati hanno dichiarato di aver vissuto in media 5,7 giorni in cattiva salute (*unhealthy days*) nel mese precedente l'intervista, equamente suddivisi fra giorni vissuti in cattive condizioni di salute fisica per malattie e/o incidenti (3,1) e di giorni vissuti in cattive condizioni di salute psicologica per problemi emotivi, ansia, depressione o stress (3,2), mentre poco più di 1 giorno al mese è stato vissuto con reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività, per motivi fisici e/o psicologici (1,1); in **Veneto** e nel **Pool ASL nazionale** la media dei giorni è risultata inferiore sia come *unhealthy days* (rispettivamente 5,0 e 4,6 giorni), sia come media dei giorni in cattiva salute fisica (2,6 e 2,5) che psichica (2,9 e 2,7), mentre è uguale il numero di giorni con limitazioni delle attività quotidiane (1,1). Il *profilo socio-demografico* per questo aspetto della salute riflette ed è coerente con quanto già emerge dai dati sulla salute percepita.

**Grafico 3 - Media di giorni non in salute per motivi fisici, psicologici e giorni con limitazione di attività: confronto ULSS 18, Veneto e Italia**



Se nelle Regioni meridionali è minore la quota di coloro che dichiarano di essere in buona salute, la media di giorni vissuti in cattive condizioni fisiche o psicologiche (*unhealthy days*) è mediamente più basso, e in un trend in miglioramento (di riduzione degli *unhealthy days*) osservabile in tutto il Paese, le differenze geografiche fra Nord e Sud del Paese sembrano persino ampliarsi per questo indicatore. Anche la qualità della vita, come la salute percepita, migliora nel tempo: dal 2008 al 2015 si registra una significativa riduzione degli *unhealthy days* dal Nord al Sud Italia.

## Sintomi depressivi

Il *disturbo depressivo maggiore* è una patologia psichiatrica che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e deterioramento delle relazioni familiari e sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento con forte impatto, dunque, sullo stile di vita e la qualità della vita in generale.

I sintomi della depressione sono molteplici ed i più frequenti sono: stato d'animo di tristezza; perdita di piacere e 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.

La maggior parte dei casi di depressione è causata da una combinazione di fattori genetici, biologici, ambientali, sociali e psicologici. Il disturbo può essere associato ad altri problemi di salute mentale (come il disturbo d'ansia e quello da stress post traumatico), malattie (come le cardiovascolari, l'ictus, il morbo di Parkinson), a comportamenti dannosi per la salute (come la sedentarietà e l'abuso di alcol), a fattori socio-demografici (povertà, mancanza di lavoro, genere femminile), a fattori ambientali (disastri naturali o causati dall'uomo).

Per quanto riguarda la diagnosi, elevati livelli di accuratezza e riproducibilità si ottengono con la somministrazione della "*Structured Clinical Interview-Axis I*" (SCID-I), un'intervista psichiatrica strutturata basata sui criteri descritti nel manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-IV-TR, ma nell'ambito delle cure primarie, il sospetto diagnostico viene posto usando metodi semplici e rapidi. Esistono trattamenti farmacologici e psicoterapici efficaci per la depressione e le persone affette da questo disturbo dovrebbero ricevere una diagnosi specialistica tempestiva e un trattamento appropriato, ma in Italia ed in altri paesi il disturbo depressivo maggiore resta spesso non riconosciuto e non trattato.

La frequenza del *disturbo depressivo maggiore* è in aumento e, secondo i dati OMS (2016), affligge più di 350 milioni di persone in tutto il mondo, rappresentando uno dei principali responsabili del carico globale di malattia, la prima nei Paesi ad alto reddito: oltre 800.000 persone muoiono per suicidio ogni anno ed è la seconda causa di morte nei 15-29enni. Secondo stime effettuate con dati del 2010 dall'*Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)* (istituto di ricerca americano nel settore della statistica sanitaria e della valutazione dell'efficacia di iniziative per la salute globale e dei sistemi sanitari), la depressione ha provocato in Italia il 4,2% di *anni di vita persi per disabilità e morte prematura (DALY)*, rappresentando la quarta causa principale dopo le malattie ischemiche del cuore, quelle muscolo-scheletriche della colonna lombare e le cerebro-vascolari.

In Europa e in Italia i dati di prevalenza dei disturbi mentali comuni disponibili sono stati raccolti nell'ambito del progetto europeo *ESEMED (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders)*.

In Europa, la prevalenza di depressione maggiore e distimia, a 12 mesi, nelle persone dai 18 anni in su è del 4,2% e le donne sono risultate essere più a rischio di soffrire di un disturbo d'ansia e dell'umore e gli uomini di un disturbo da abuso di alcol, mentre in Italia, la stima della prevalenza di depressione maggiore è del 3% e le donne sono risultate molto più a rischio di soffrire di un disturbo mentale, con l'eccezione dei disturbi correlati all'uso di alcool. I dati *ESEMED* confermano, inoltre, che l'essere disoccupati, casalinghe o disabili aumenta il rischio di soffrire di disturbi psichici.

A livello internazionale, la depressione è riconosciuta come una delle cinque aree prioritarie del *"Patto europeo per la salute e il benessere mentale"*, varato nel 2008 dalla Commissione europea, che comprende la prevenzione del suicidio e della depressione, la salute mentale tra i giovani e nel mondo della scuola, la salute mentale sul lavoro, salute mentale tra gli anziani e la lotta contro la stigmatizzazione e l'esclusione sociale.

Il recente *Mental Health Action Plan 2013-20* dell'OMS auspica azioni più incisive per la prevenzione dei disturbi mentali e la promozione della salute mentale, infatti secondo l'OMS è di vitale importanza che nell'ambito delle politiche sanitarie, programmi e interventi siano focalizzati non solo su come affrontare i disturbi considerati gravi (in particolare depressione maggiore, disturbi bipolari e schizofrenia), ma anche su come proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti i cittadini. È particolarmente importante mettere in campo programmi di promozione della salute mentale rivolta alla popolazione giovanile considerato che circa il 50% dei disturbi mentali esordisce prima dei 14 anni. Sempre secondo il Piano è fondamentale, inoltre, disporre di informazioni aggiornate sulla prevalenza e sui fattori di rischio e protettivi dei disturbi mentali nella popolazione generale, sul numero di persone che non ricevono diagnosi e trattamenti tempestivi ed appropriati, sugli esiti sfavorevoli (incluso suicidio e morte prematura) e sulle condizioni socio-economiche delle persone affette, monitorando i segmenti della popolazione più vulnerabili, tenendo presente che la prevalenza di disturbi depressivi si può modificare a seguito di crisi economiche, disastri e aumento della disuguaglianza sociale. I dati dovrebbero essere raccolti mediante indagini periodiche ad hoc, oltre che attraverso i flussi informativi di routine.

Poiché affrontare il problema con qualcuno rappresenta ancora una difficoltà, come si evince dai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, qualora nelle ASL siano presenti e accessibili servizi di salute mentale, è raccomandato che Medici di famiglia e altri operatori sanitari ricerchino la presenza di sintomi depressivi, tanto più se l'assistito presenta malattie croniche o condizioni disagiate. In questo senso, sarebbe necessario promuovere e sostenere l'attenzione degli operatori e della comunità su questi temi perché chi è affetto da depressione possa giovare delle informazioni e del supporto utili a risolvere il problema.

PASSI per individuare i sintomi di depressione utilizza una versione ridotta dello strumento impiegato generalmente nelle indagini di popolazione, il *Patient Health Questionnaire*, comprendente solo le prime due domande (*PHQ-2*) anziché le nove del questionario completo (*PHQ-9*), relative ai sintomi di "umore depresso" e "perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività della vita quotidiana". La persona con sintomi di depressione è una persona che, nelle due settimane prima dell'intervista, ha sperimentato questi due sintomi in modo duraturo.

Il *PHQ-2* è più accettabile e sostenibile rispetto ad altri test e, sebbene sovrastimi la prevalenza di depressione, è in grado di apprezzare le differenze tra gruppi a maggior rischio, le differenze territoriali e i trend temporali.

Le persone con sintomi di depressione riportano un sensibile peggioramento della qualità della vita e limitazioni nelle attività quotidiane.

Nell'**ULSS 18** la quota di persone che riferisce sintomi depressivi è del 5,6% e percepisce compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 10,9 giorni vissuti in cattiva salute psichica, nel mese



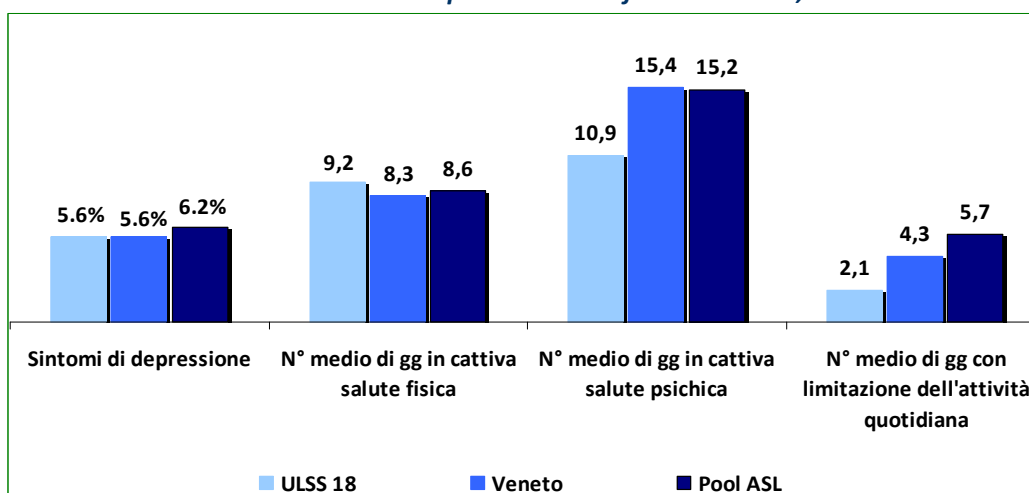
precedente l'intervista (vs 0,4 giorni riferito dalle persone senza sintomi depressivi); fra queste persone anche la salute fisica risulta decisamente compromessa: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi dichiara mediamente 9,2 giorni vissuti in cattive condizioni fisiche (vs 1,8 giorni riferito dalle persone senza sintomi depressivi) e sono 2,1 il numero medio di giorni vissuti con limitazione delle abituali attività quotidiane (vs 0,7 giorni delle persone senza sintomi depressivi).

Anche in **Veneto** e nel **Pool ASL nazionale**, una piccola quota di adulti (circa il 6%) riferisce sintomi depressivi e percepisce compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 15 giorni nel mese precedente l'intervista e oltre 8 giorni sono vissuti in cattive condizioni fisiche (vs 1 giorno riferito dalle persone libere da sintomi depressivi), mentre circa 4 giorni in **Veneto** e 6 giorni nel **Pool ASL** sono vissuti con limitazione delle abituali attività quotidiane.

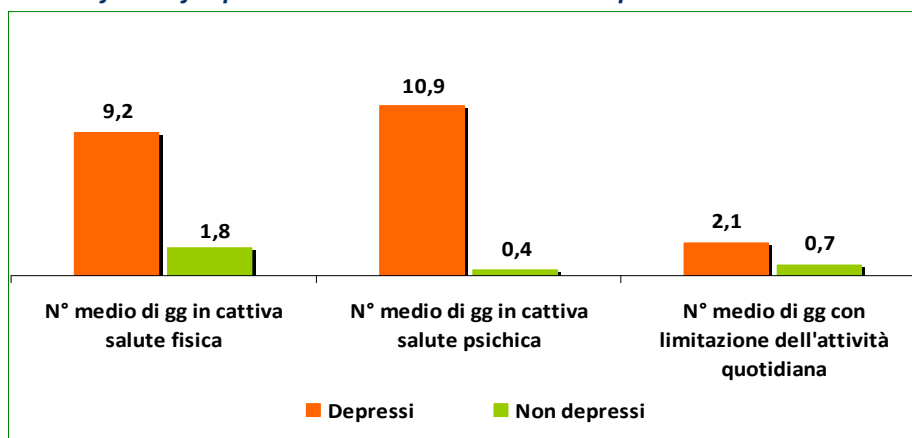
La variabilità regionale è contenuta, tuttavia in alcune Regioni del Centro e del Sud Italia si registrano prevalenze più alte di persone con sintomi depressivi. Si è ridotta nel tempo la prevalenza di persone con sintomi depressivi, ma resta stabile negli ultimi anni.

Nel **Grafico 1** si riportano la prevalenza delle persone che risultano soffrire di disturbi depressivi e la media dei giorni in cattiva salute fisica, psichica e con limitazione delle attività quotidiane nell'ULSS 18, in Veneto e nel Pool ASL nazionale, mentre nel **Grafico 2** si riporta il confronto della media dei giorni fra le persone che sono risultate depresse quelle non depresse nell'ULSS 18.

**Grafico 1 - Prevalenza di sintomi depressivi e media di giorni in cattiva salute fisica, psichica e con limitazione delle attività quotidiane: confronto ULSS 18, Veneto e Italia**



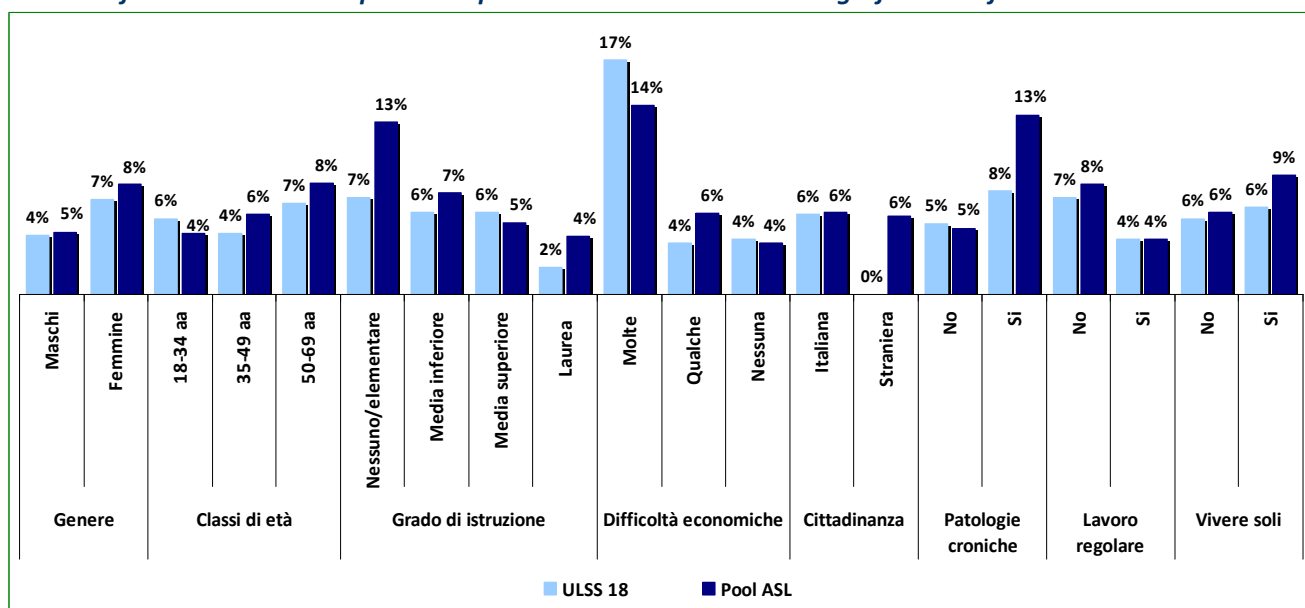
**Grafico 2 - Giorni in cattiva salute fisica, psichica e con limitazione delle attività quotidiane: confronto fra persone con e senza sintomi di depressione nell'ULSS 18**



Nell'**ULSS 18**, le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della *qualità della vita* peggiore rispetto quelle non depresse: il 67,0% ha descritto il proprio stato di salute "discreto/male/molto male" rispetto al 27,7% delle persone risultate non depresse; le stesse percentuali sono state rilevate a livello di **Pool ASL nazionale**.

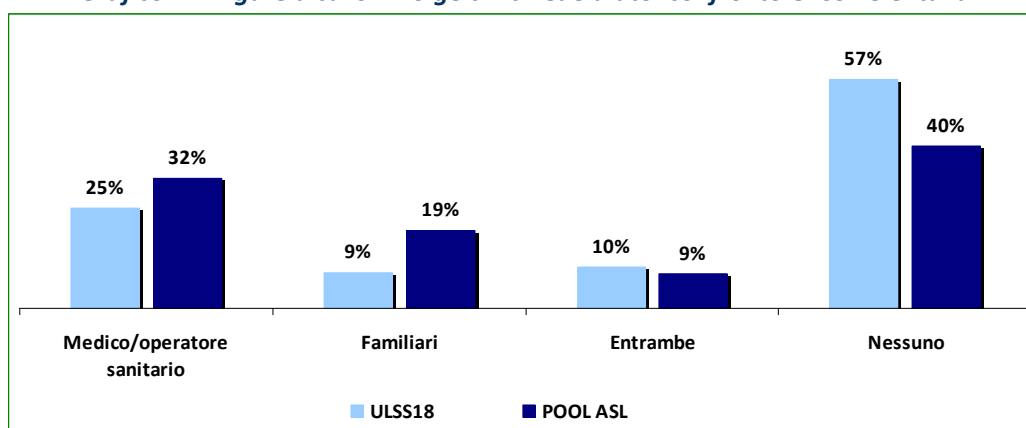
Per quanto riguarda le *caratteristiche socio-demografiche*, che sono simili sia nell'**ULSS 18** che nel **Pool ASL nazionale**, i sintomi depressivi sono più frequenti all'avanzare dell'età, fra le donne, fra le classi socio-economiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche), fra chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica, fra chi non possiede un lavoro regolare e fra chi vive solo (**Grafico 3**).

**Grafico 3 - Sintomi di depressione per caratteristiche socio-demografiche: confronto ULSS 18 e Italia**



Nell'**ULSS 18** fra chi riferisce sintomi depressivi, solo il 43,5% dichiara di ricorrere all'aiuto di qualcuno, rivolgendosi soprattutto a persone di riferimento (medici od operatori sanitari) per affrontare questo problema (24,7%), l'8,8% si rivolge ai familiari e il 10,1% ad entrambe, circa 6 persone su 10, però, affronta questo problema da solo (56,5%); nel **Pool ASL nazionale** la percentuale di chi si rivolge a qualcuno è maggiore (60%) ed anche in questo caso sono soprattutto operatori sanitari (32%), mentre il 19% si rivolge a familiari e il 9% ad entrambi, mentre 4 persone su 10 non chiede alcun aiuto (**Grafico 4**).

**Grafico 4 – Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto: confronto ULSS 18 e Italia**



### **Caratteristiche socio-demografiche del campione degli intervistati dell'ULSS 18**

La numerosità del campione nel quadriennio 2012-2015 è di 1.103 intervistati di età tra i 18 e 69 anni.

- ☞ Il 49,9% del campione è composto di uomini ed il 50,1% di donne; il 23,8% ha tra i 18 e i 34 anni, il 33,5% tra 35 e 49 anni ed il 42,6% tra i 50 e i 69.
- ☞ Il 95,8% degli intervistati è di cittadinanza italiana e il 4,2% straniera: PASSI può dare informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo in Italia, perché il protocollo prevede la sostituzione di chi non è in grado di sostenere l'intervista in italiano.
- ☞ Il 4,9% degli intervistati non possiede titolo di studio o ha la licenza elementare, il 32,5% ha la licenza media inferiore, il 49,2% la licenza di scuola media ed il 13,4% la laurea/diploma universitario.
- ☞ Ha un lavoro regolare (continuativo e non) il 70,9% degli intervistati tra i 18 e i 65 anni (76,4% uomini e 65,4% donne; 59,7% 18-34 aa, 89,3% 35-49 aa e 60,2% 50-65 aa).
- ☞ Il 13,1% dichiara di avere molte difficoltà ad arrivare a fine mese, il 45,2% di avere qualche difficoltà ed il 41,8 di non avere alcuna difficoltà economica.
- ☞ Il 57,7% è coniugato, il 32,3% celibe/nubile, il 3,6% vedovo ed il 6,5% separato/divorziato.
- ☞ Vive solo il 10,1% degli intervistati, il 6,8% tra i 18 e 34, il 10,8% tra i 35 3 49 e l'11,5% tra i 50 e 69 anni, il 10,5% sono uomini e il 9,7% donne.