



Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale Asl 3 Genovese

caratteristiche socio-anagrafiche
salute percepita
sintomi di depressione
dati 2011-2014



Rapporto a cura di:

Rosamaria Cecconi, Raffaella Castiglia, Patrizia Crisci, Claudio Culotta

Asl 3 Genovese - Dipartimento di Prevenzione, Struttura complessa Igiene e Sanità Pubblica, Struttura Semplice Epidemiologia e Stili di Vita

Sistema di Sorveglianza PASSI ASL 3 Genovese:

Coordinatore aziendale	Rosamaria Cecconi	ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
Intervistatrici per il periodo 2011-2014	Patrizia Crisci	Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
	Raffaella Castiglia	
	Mirella Benabbi	Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali,
	Paola Caproni	S.C. Attività Consultoriali
	Maria Concetta Curti	
	Luciana Frigerio	
	Gabriella Maggiali	
	Caterina Manca	
	Claudia Marchese	
	Luciana Musti	
Referente regionale	Roberto Carloni	ARS Liguria, Area Epidemiologia e Prevenzione
Coordinatore regionale	Claudio Culotta	ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia

Si ringraziano:

- Liguria Digitale – Anagrafe Sanitaria Regionale: Anna Bertagnin e Franco Mignone
- 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 a tutti i cittadini che hanno risposto all'indagine.

***Grazie a loro è stato possibile conoscere da vicino le esigenze
della popolazione adulta all'interno della nostra ASL.***

Si ringraziano anche tutte le persone che hanno fornito aiuto e supporto durante le interviste

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 marzo 2016 erano state caricate complessivamente oltre 325mila interviste.

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

Indice

Sintesi dei risultati	4
Indicatori di salute e proxy di salute: Sistema di sorveglianza Passi	5
Caratteristiche socio-anagrafiche della popolazione di Asl 3	6
Qualità della vita e salute: la salute percepita	16
Sintomi di depressione	22

Stili di vita

Attività Fisica
 Mobilità attiva
 Sovrappeso e obesità
 Consumo di Frutta e Verdura
 Consumo di alcol
 Abitudine al fumo
 Smettere di fumare
 Fumo Passivo

Salute, sicurezza e servizi

Rischio cardiocerebrovascolare
 ipertensione
 ipercolesterolemia
 calcolo del rischio cardiovascolare
 conoscenza dei segni e sintomi dell'ictus

Malattie Croniche Non Trasmissibili

Diabete

Sicurezza stradale
 Alcol e guida
 Sicurezza domestica
 Sicurezza sul lavoro
 Workplace Health Promotion

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero
 Diagnosi precoce del tumore della mammella
 Diagnosi precoce del tumore del colon retto

Vaccinazione antinfluenzale
 Vaccinazione antirosolia

Note Metodologiche	30
--------------------	----

Nota: Al fine di rendere la lettura più agevole e la pubblicazione periodica, è stato scelto di pubblicare il rapporto Passi in capitoli.

In verde vengono evidenziate le sezioni trattate nel presente rapporto.

SINTESI DEI RISULTATI

Nel riquadro della pagina successiva, denominato “Indicatori e proxy di salute”, sono rappresentati i principali valori dei determinanti (stili di vita, abitudini e comportamenti individuali) che possono costituire fattori di rischio o di protezione per la salute.

I risultati vengono presentati con l'ottica del **benchmarking**, strumento fondamentale per evitare l'autoreferenzialità e, nello stesso tempo, punto di partenza per la pianificazione degli interventi più utili nel contesto di riferimento, cioè il territorio di Asl 3 Genovese.

Il confronto con l'esterno offre una visione d'impatto molto chiara, essendo stato realizzato con la tecnica del semaforo, dove la colonna “Italia” non colorata, è il benchmarking, cioè rappresenta il valore col quale Asl 3 Genovese si confronta.

Le colonne “Liguria” e “Asl 3” riportano il dato medio della Regione e della Asl, in un riquadro colorato in verde, rosa o rosso a seconda che il valore dell'indicatore sia rispettivamente migliore, peggiore o non differente rispetto al valore medio italiano.

La significatività delle differenze si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza del valore medio italiano e quelli del valore aziendale di Asl 3. Se non vi è sovrapposizione di valori, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è.

Attenzione: non basta, per l'azienda di riferimento, nel nostro caso Asl 3, avere un valore verde per escludere che l'aspetto indicato NON sia un problema di salute pubblica.

Ad esempio la prevalenza, nella nostra Asl, di persone fisicamente attive è “verde”: non indica un buon dato (teoricamente tutte le persone dovrebbero essere fisicamente attive), indica solo un valore migliore rispetto alla media nazionale.

Indicatori di salute e proxy di salute

Sistema di sorveglianza Passi
Popolazione adulta: 18-69 anni

Benchmarking: dato nazionale

Migliore



Simile



Peggior



INDICATORE	ITALIA 2011-2014	LIGURIA 2011-2014	ASL 3 2011-2014
Fisicamente attivi	32,3 32,9-33,5	37,7 36,3-39,2	39,5
In eccesso ponderale	42,1 41,8-42,4	34,3 33,0-35,6	33,5
Five a day: almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al dì	9,6 9,4-9,8	15,9 14,8-17,0	19,5
Consumo di alcol a maggior rischio	16,7 16,5-16,9	20,0 18,8-21,2	20,2
Fumatori	27,4 27,1-27,7	27,8 26,5-29,1	27,3
Ipertesi	20,0 19,8-20,3	17,7 16,7-18,8	18,4
Ipercolesterolemici	24,0 23,7-24,3	23,5 22,2-24,8	25,5
Persone valutate con punteggio cardiovascolare	5,6 5,4-5,8	4,1 3,5-4,8	3,3
Diabetici	4,3 4,1-4,4	3,2 2,8-3,8	2,9
Persone con sintomi di depressione	6,4 6,3-6,6	8,1 7,3-9,0	9,9
Salute percepita (buona o molto buona)	69,0 68,7-69,3	69,7 68,3-71,0	69,6
Pap Test preventivo negli ultimi 3 anni	78,7 78,3-79,1	84,6 82,8-86,2	85,3
Pap Test nello Screening cervicale organizzato	41,7 41,3-42,2	16,7 15,0-18,5	16,0
Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	71,0 70,3-71,7	78,9 76,1-81,4	77,7
Mammografia nello Screening organizzato	51,4 50,7-52,1	48,3 45,1-51,4	43,7
Ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni nello Screening organizzato	40,8 40,3-41,3	31,9 29,9-33,9	18,3
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	23,2 22,2-24,3	22,3 17,8-27,4	20,7
Donne 18-49 aa suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario	37,5 36,7-38,2	33,7 31,2-36,2	27,9
Utilizzo di cinture posteriori in macchina	20,1 19,8-20,4	36,9 35,3-38,6	42,8
Percezione alta/molto alta del rischio incidente domestico	5,8 5,7-6,0	5,5 4,8-6,2	6,4

CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE

Questa sezione è dedicata alla descrizione delle caratteristiche socio-anagrafiche del campione, senza considerare esiti di salute.

Come descritto nella sezione “Note Metodologiche” le caratteristiche del campionamento effettuato consentono di effettuare un’inferenza statistica, cioè di affermare che quanto rilevato nella popolazione campionata è riferibile all’intera popolazione in studio.

La popolazione sotto studio in Italia è costituita da oltre 40 milioni di residenti in Italia tra i 18 e i 69 anni. Negli anni 2011-2014, sono state intervistate oltre 152 mila persone, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età dalle liste degli iscritti alle Anagrafi sanitarie.

La popolazione in studio della nostra Azienda comprende 456.298 residenti tra i 18 e i 69 anni. Negli anni 2011-2014, sono state intervistate oltre 1.300 persone, selezionate con campionamento casuale semplice, stratificato per sesso e classe di età, proporzional to size, dalle liste degli iscritti all’Anagrafe sanitaria Regionale.

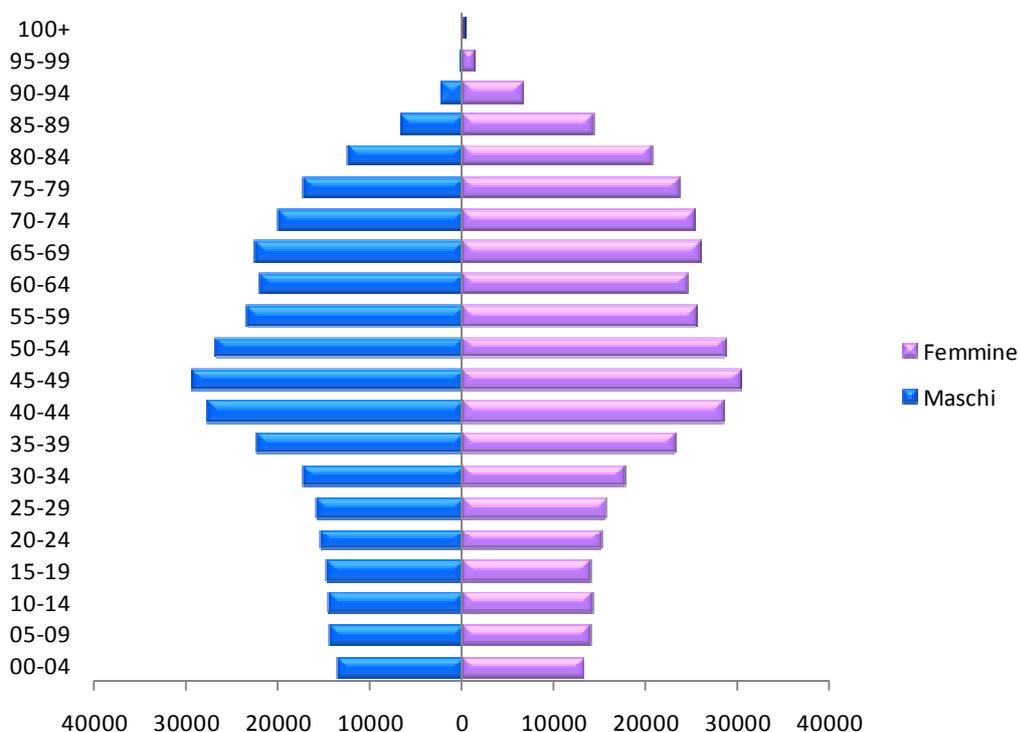
La popolazione genovese presenta una "criticità di tipo demografico", dovuta all'alto indice di vecchiaia e al basso tasso di natalità. Al contrario, gli indicatori socio-economici presentano in genere valori comparabili o migliori rispetto a quelli nazionali e regionali.

Al 1° gennaio 2014 la popolazione residente nella Asl 3 Genovese, secondo i dati ISTAT integrati con le Anagrafi Comunali, era di 723.182 unità.

Il saldo demografico è variabile negli anni, con una prima inversione di tendenza verso un saldo positivo nel 2014 (dato riferibile alla provincia di Genova, fonte www.geodemo.it).

Popolazione Residente per sesso e classe di età al 1° Gennaio 2014

Asl 3 Genovese
Fonte: ISTAT



Il titolo di studio riflette la scolarità delle diverse generazioni che compongono la popolazione: la bassa scolarità (nessun titolo/licenza elementare/licenza media inferiore) è più frequente tra le generazioni più anziane (50-69enni) e tra le donne, ma tra queste nelle generazioni più giovani la quota di laureati è maggiore.

Nel complesso si riduce nel tempo la percentuale di coniugati, ed aumenta quella delle persone che vivono sole.

La composizione per genere e età della popolazione straniera residente in Asl 3 mostra una prevalenza di donne e di persone giovani. La quota di cittadini stranieri è piuttosto stabile nel tempo.

Le persone che riferiscono molte/qualche difficoltà economica crescono a discapito della quota di chi riferisce “nessuna difficoltà economica”, in linea con la tendenza nazionale.

I dati sull'occupazione mostrano significative differenze di genere: il 78% degli uomini del campione dichiara di lavorare (continuativamente e non) vs il 66% delle donne.

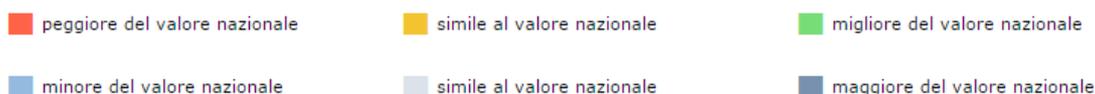
Esiste anche un chiaro gradiente geografico Nord-Sud a favore delle Regioni settentrionali.

Tra i residenti di Asl 3 più di tre giovani (18-34 anni) su dieci non lavorano.

A colpo d'occhio: indicatori socio-anagrafici (%)

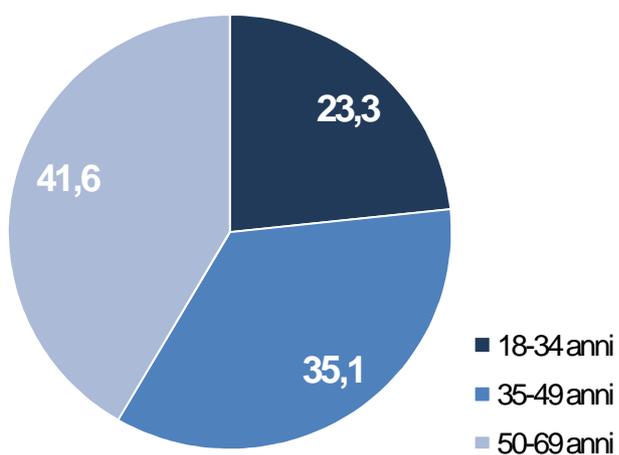
	Basso livello di istruzione	Molte difficoltà economiche	Cittadinanza straniera	Vive solo	Coniugato	Occupato lavorativamente*
Asl 3 Genovese	30.6	12.2	5.3	11.7	57.1	71.7
Liguria	36.1	13.6	5.8	12.5	56.7	69.2
Italia	38.3	16.2	3.9	8.4	59.0	65.2

* Persone 18-65enni

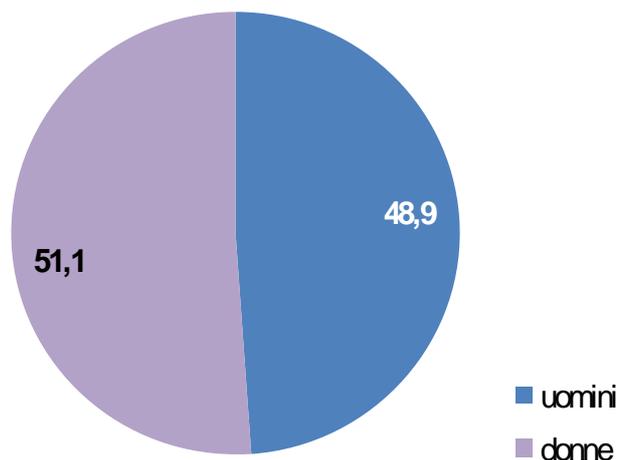


Di seguito vengono riportati alcuni dati socio-anagrafici riguardanti la popolazione 18-69enne residente nel territorio di Asl 3 Genovese.

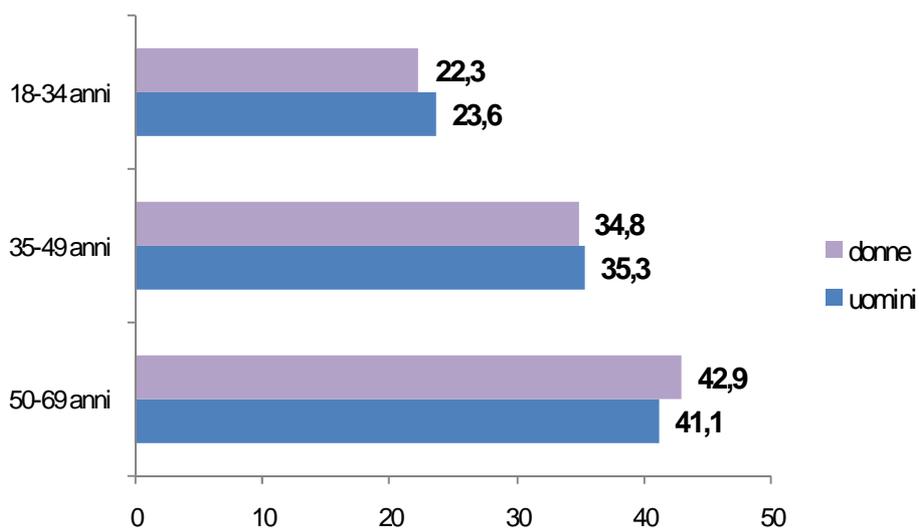
Distribuzione per età (%)
Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)



Distribuzione per sesso (%)
Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)

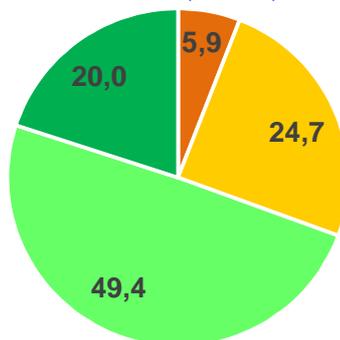


Distribuzione per sesso e classe d'età (%)
Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)



Distribuzione del livello di istruzione (%)

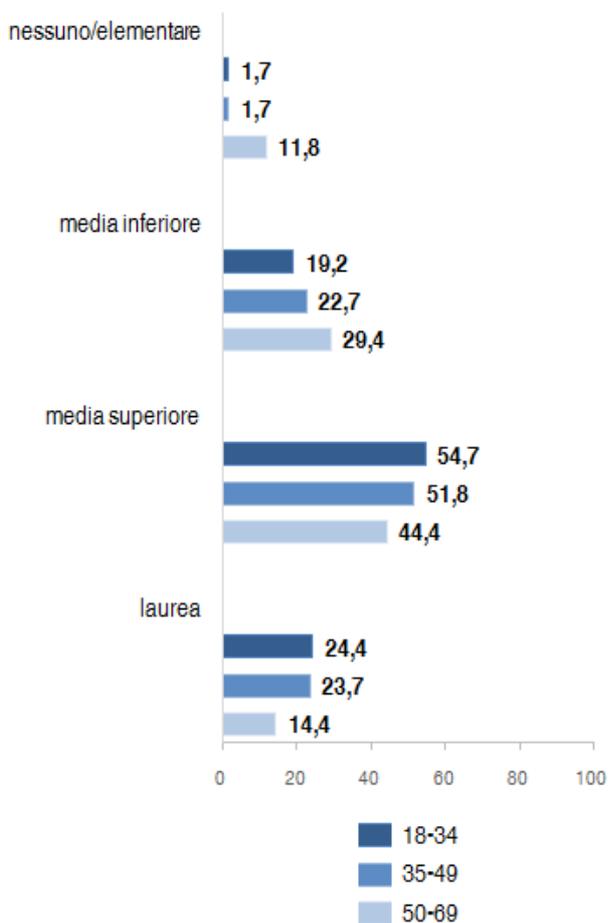
Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)



- 1 nessuno/elementare
- 2 media inferiore
- 3 media superiore
- 4 laurea

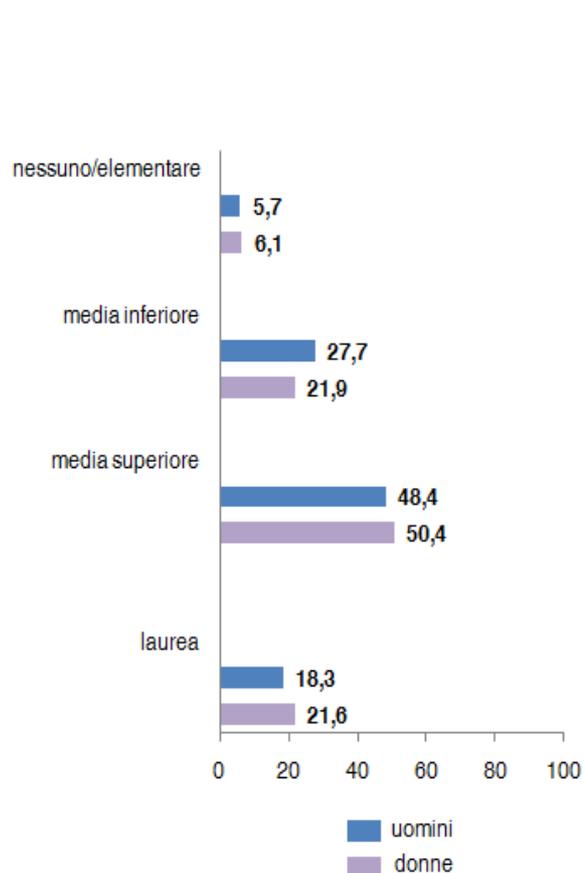
Distribuzione del livello di istruzione per classe d'età (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)



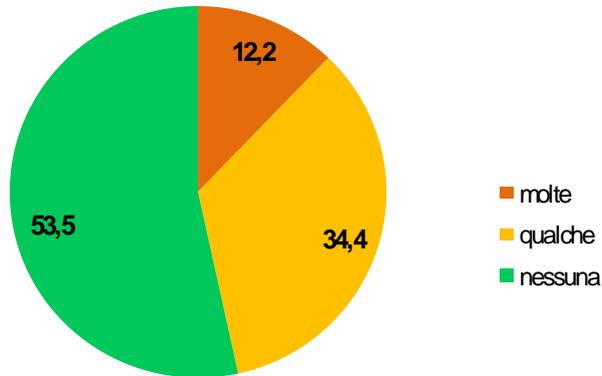
Distribuzione del livello di istruzione per sesso (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)



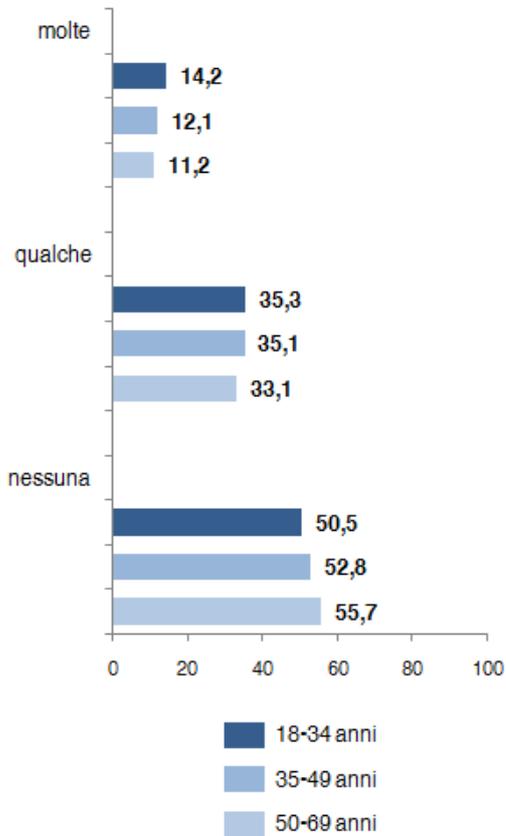
Distribuzione delle difficoltà economiche (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)



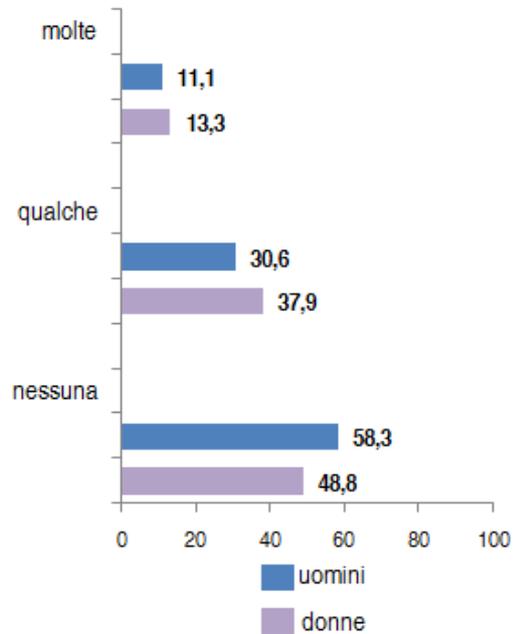
Distribuzione delle difficoltà economiche per classe di età (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)

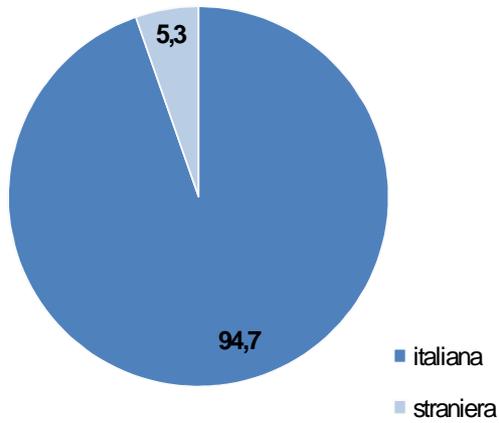


Distribuzione delle difficoltà economiche per sesso (%)

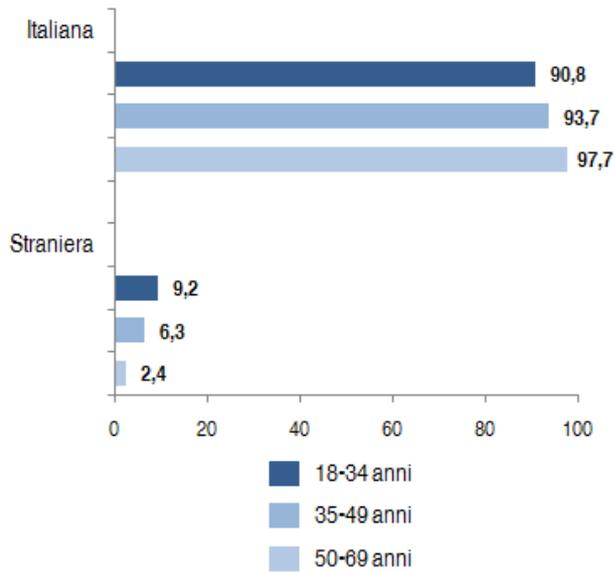
Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)



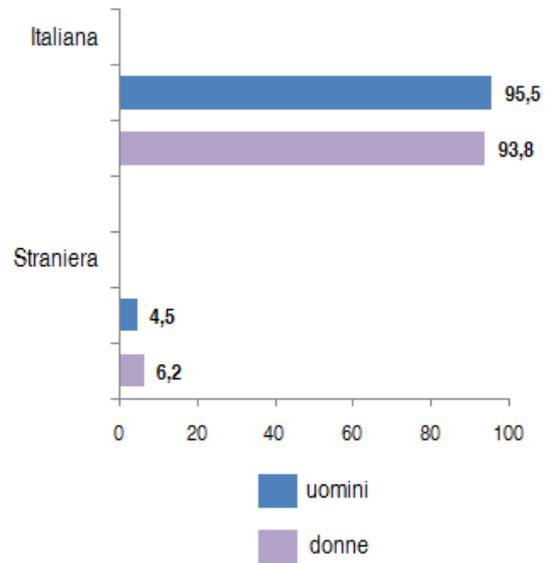
Distribuzione della cittadinanza (%)
 Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
 Asl 3 Genovese (n=1.309)



Distribuzione della cittadinanza per classe di età (%)
 Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
 Asl 3 Genovese (n=1.309)

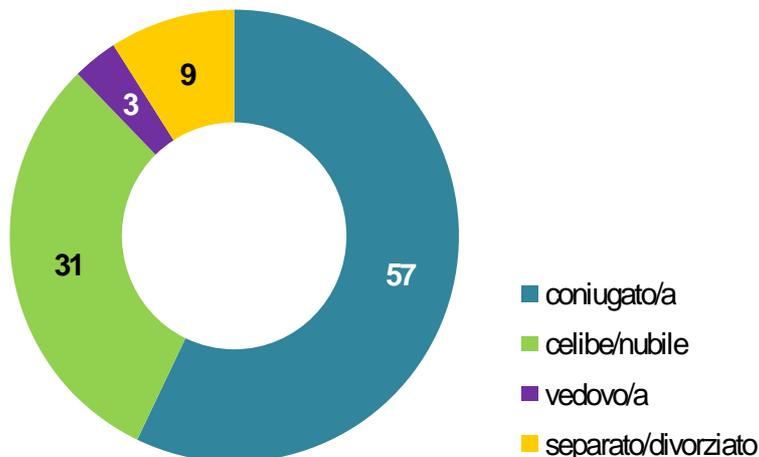


Distribuzione della cittadinanza per sesso (%)
 Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
 Asl 3 Genovese (n=1.309)



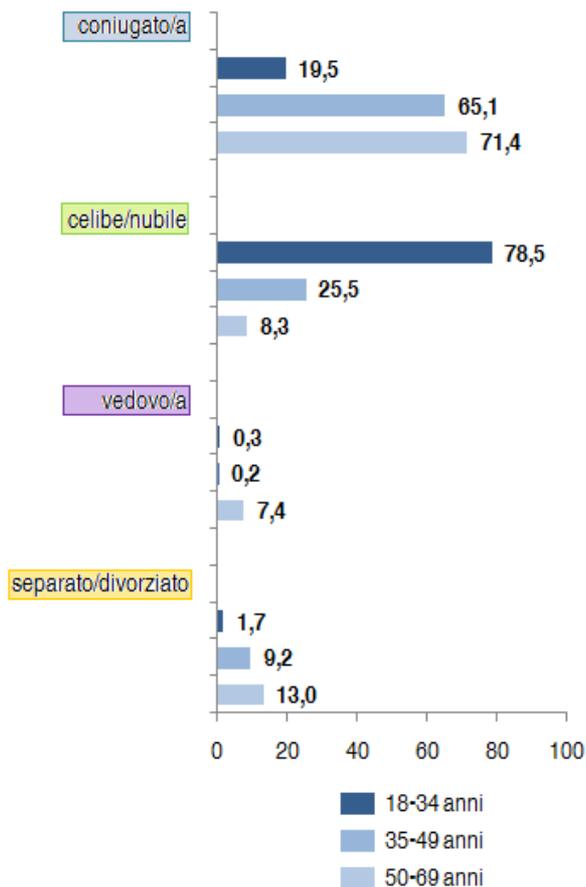
Distribuzione dello stato civile (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)



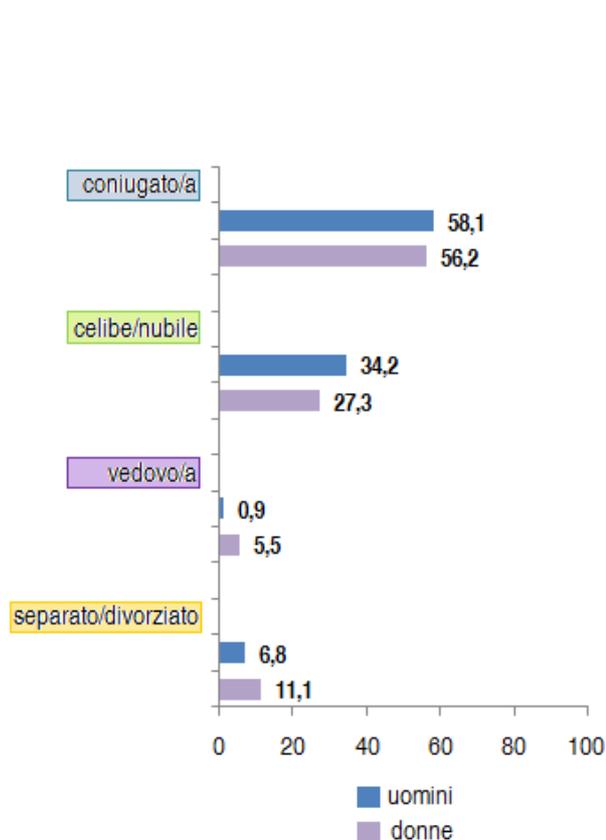
Distribuzione dello stato civile per classe di età (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)

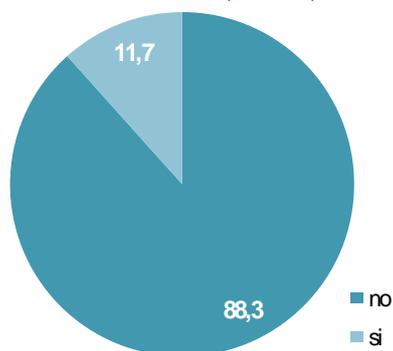


Distribuzione dello stato civile per sesso (%)

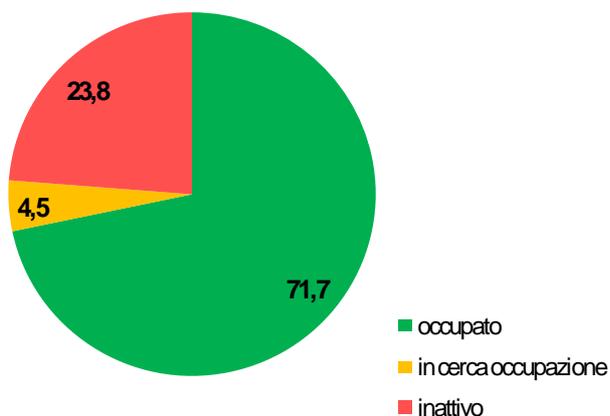
Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)



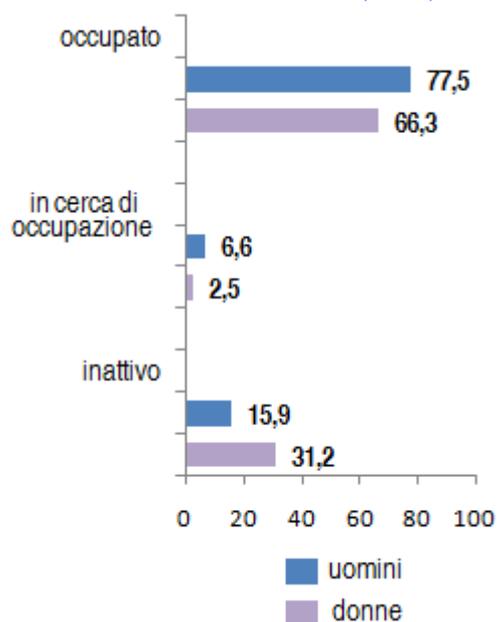
Vive solo (%)
Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14
Asl 3 Genovese (n=1.321)



Stato lavorativo (%)
Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014
Asl 3 Genovese (n=311)



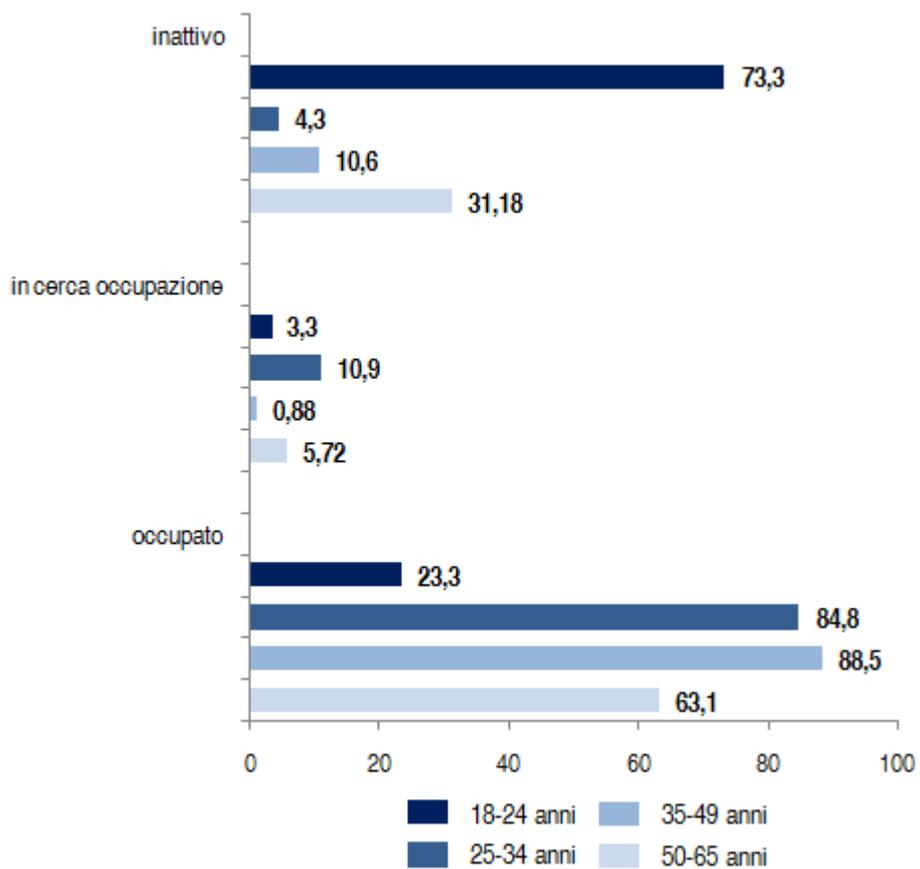
Stato lavorativo, per sesso (%)
Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014
Asl 3 Genovese (n=311)



Occupato: si considerano tra gli Occupati i lavoratori dipendenti in Cassa Integrazione Ordinaria (in deroga o non), in Cassa Integrazione Straordinaria (in deroga o non) o con Contratto di solidarietà (in deroga o non).

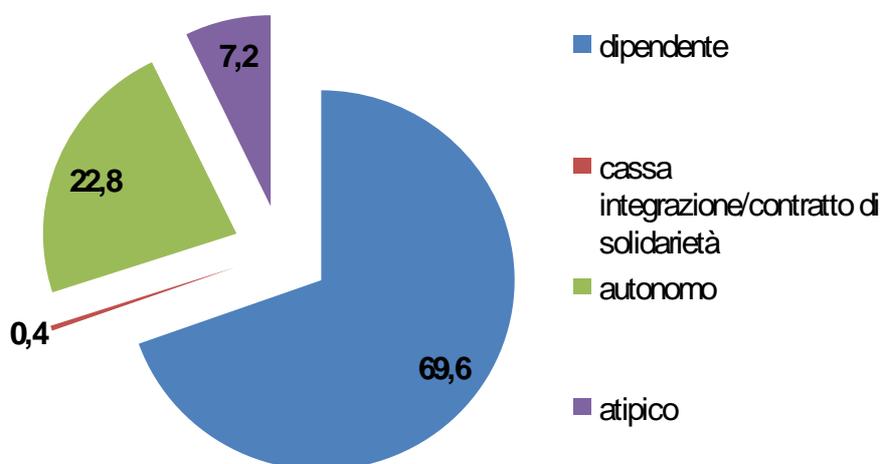
Stato lavorativo, per classe di età (%)

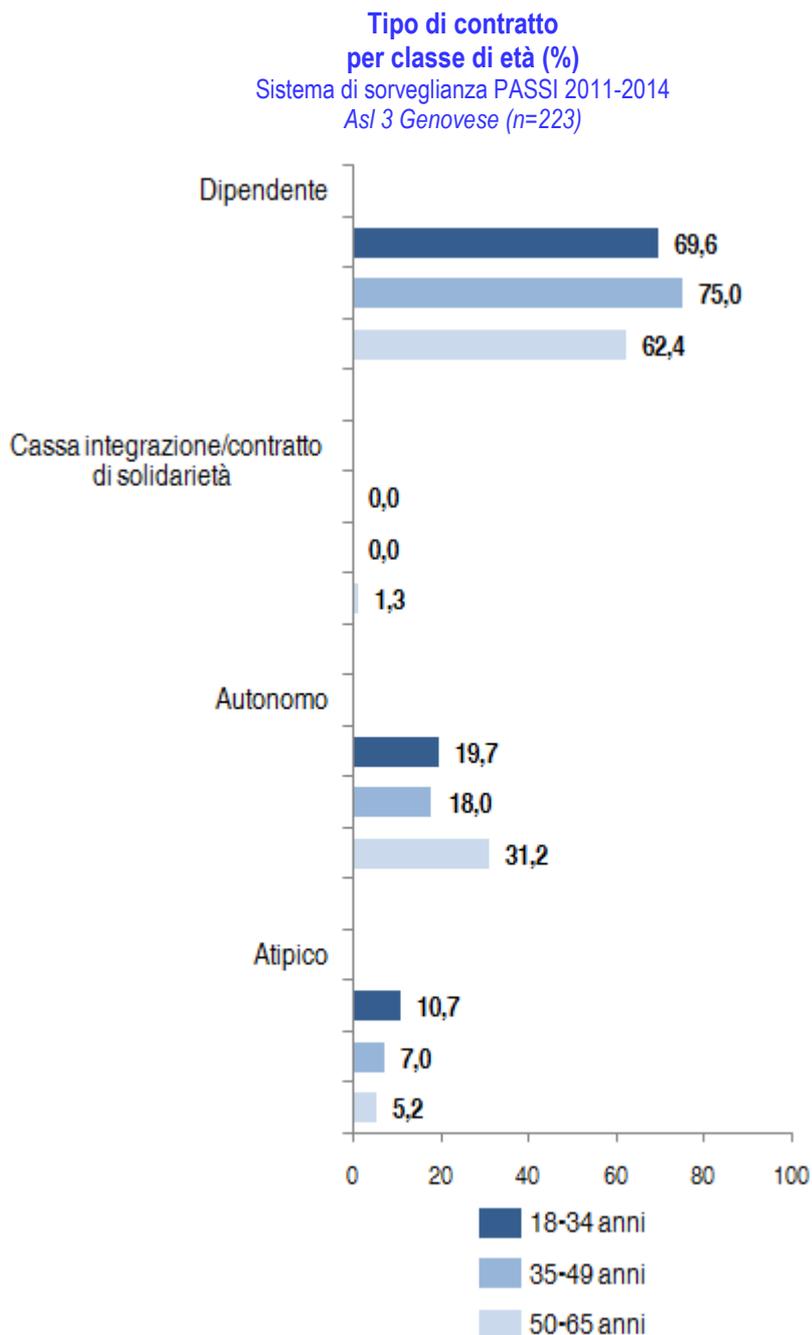
Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014
Asl 3 Genovese (n=311)



Tipo di contratto (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014
Asl 3 Genovese (n=223)





Dipendente: comprende anche chi opera presso una cooperativa con un'attività configurabile come subordinata caratterizzati ad esempio da: salario mensile fisso, gratifica natalizia, ferie retribuite, obbligo di timbrare i cartellini orari, soggezione al potere organizzativo e disciplinare degli organi direttivi della cooperativa

Autonomo: *Imprenditore:* comprende anche l'imprenditore individuale, cioè chi gestisce in proprio un'azienda impiegando prevalentemente personale dipendente o *Libero professionista:* chi esercita per conto proprio una professione o un'arte liberale o *Coadiuvante nell'azienda di un familiare:* chi collabora con un familiare che svolge un'attività in conto proprio, senza avere un rapporto di lavoro regolato da un contratto (ad esempio moglie che aiuta il marito negoziante, figlio che aiuta il padre agricoltore, ecc.)

Lavoratore atipico: chi lavora con contratti di collaborazione coordinata/continuativa, collaborazione a progetto, collaborazione occasionale, associazione in partecipazione, Partita Iva monocommittente.

Di seguito, una tabella riassuntiva degli indicatori che vengono utilizzati per calcolare le stime numeriche di popolazione:

Indicatore	(%)
Classe di età	
18-34	23,3
18-24	8,6
25-34	14,7
35-49	35,1
50-69	41,6
Sesso	
uomini	48,9
donne	51,1
Istruzione	
nessuna/elementare	5,9
media inferiore	24,7
media superiore	49,4
laurea	20,0
Difficoltà economiche	
molte	12,2
qualche	34,3
nessuna	53,5
Cittadinanza	
italiana	94,7
straniera	5,3
Stato civile	
coniugato/a	57,1
celibe/nubile	30,7
vedovo/a	3,2
separato/divorziato	9,0
Lavoro regolare	
si	62,5
no	37,5
Vivere soli	
si	11,7
no	88,3
Patologie croniche	
si	19,0
no	81,0

QUALITA' DELLA VITA E SALUTE

La salute percepita

La gran parte della popolazione adulta genovese (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 (meno del 3%) riferisce di sentirsi male o molto male; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi "discretamente". Tali dati sono sovrapponibili a quelli della popolazione adulta italiana.

Sono più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini rispetto alle donne, le persone con un livello socioeconomico più elevato per istruzione o condizioni economiche e chi non riferisce condizioni patologiche severe fra quelle indagate da Passi.

La quota di persone che riferiscono un buono stato di salute è maggiore al Nord, minore al Centro e ancor più bassa nel Sud e nelle Isole (con qualche eccezione, come per Puglia e Basilicata) ma va aumentando significativamente dal 2008 al 2014 in tutte e tre le macroaree geografiche.

Qualità della vita

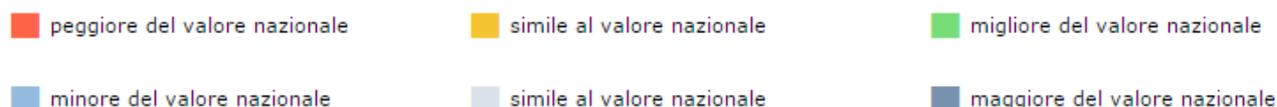
Ogni intervistato dichiara di aver vissuto in media 6,5 giorni in cattiva salute (unhealthy days) nel mese precedente l'intervista. In particolare, sono mediamente meno di 3 i giorni vissuti in cattive condizioni fisiche, per malattie e/o incidenti, più di 4 i giorni vissuti in cattive condizioni di malessere psicologico, per problemi emotivi, ansia, depressione o stress. Poco più di 1 giorno al mese invece è stato vissuto con reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività, per motivi fisici e/o psicologici.

Il profilo socio-demografico per questo aspetto della salute (unhealthy days) riflette ed è coerente con quanto già emerge dai dati sulla salute percepita.

A colpo d'occhio: indicatori salute percepita (%)

	Stato di salute percepito positivamente	Numero totale medio di giorni in cattiva salute*	Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane
Asl 3 Genovese	69.6	6.5	2.9	4.4	1.2
Liguria	69.7	5.2	2.5	3.4	1.1
Italia	69.0	4.8	2.6	2.8	1.2

* Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato



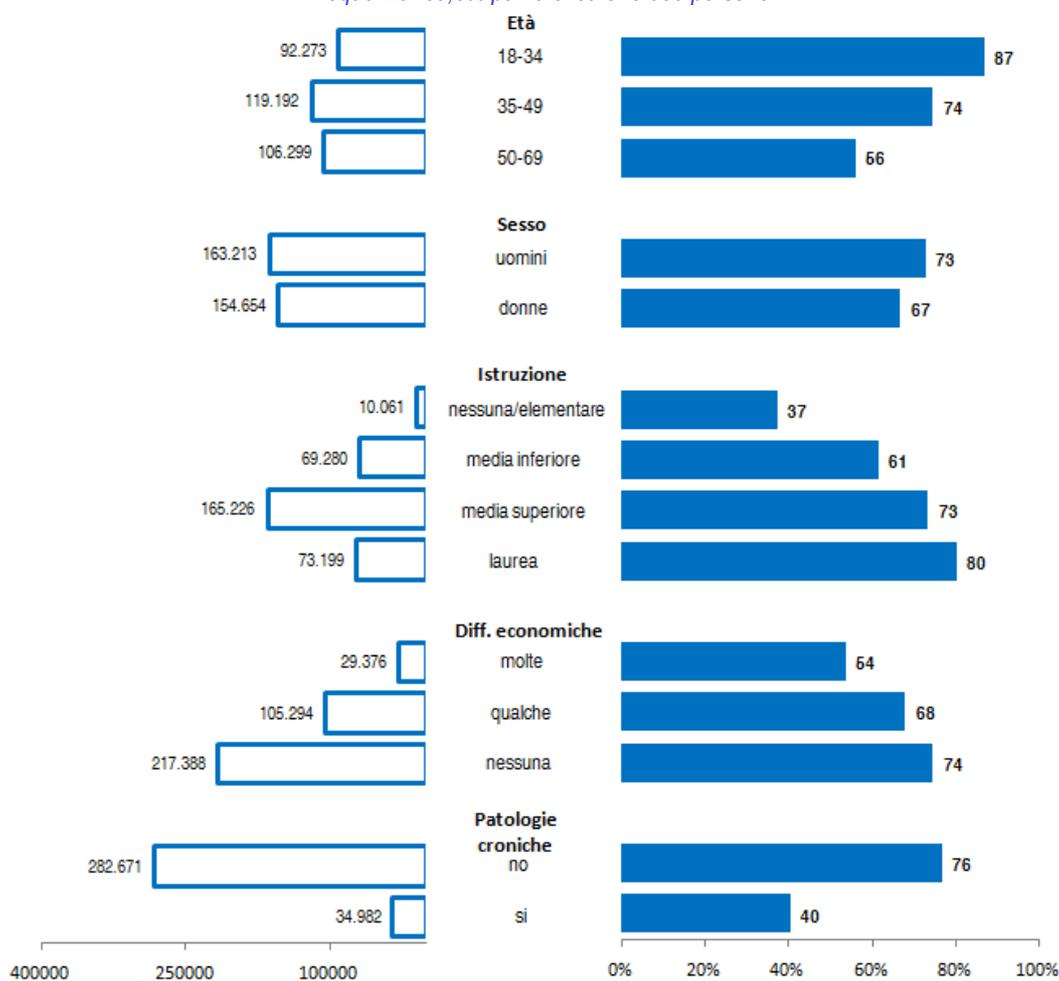
Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche sociodemografiche (%) e stime di popolazione

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014

Asl 3 Genovese (n=1321)

Popolazione di riferimento: 456.298

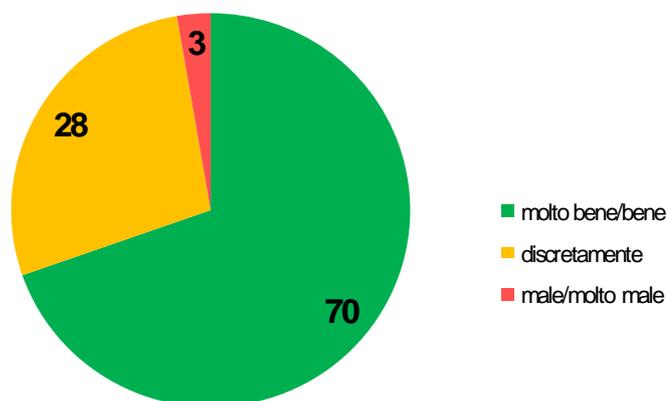
Frequenza: 69,6% pari a circa 318.000 persone



Distribuzione dello stato di salute percepito

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014

Asl 3 Genovese (n=1321)

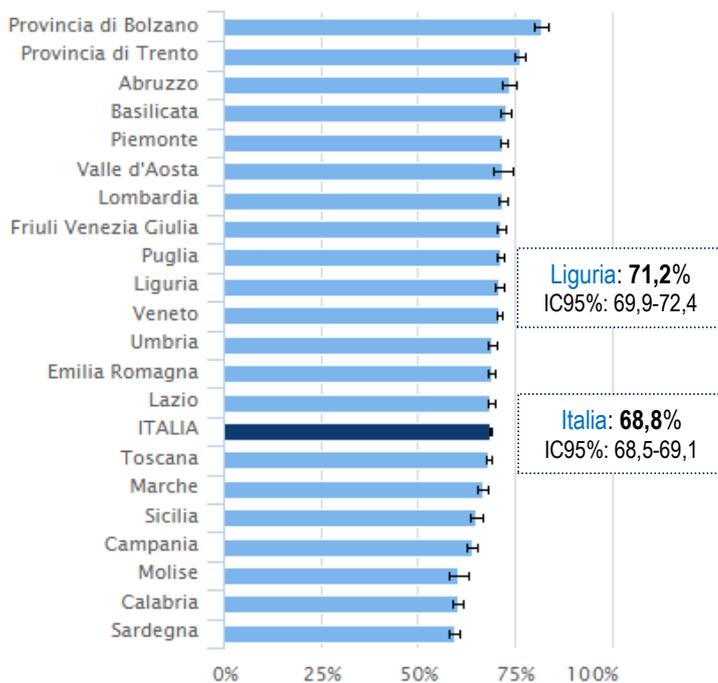


Stato di salute percepito positivamente per regione di residenza
Passi 2011-2014



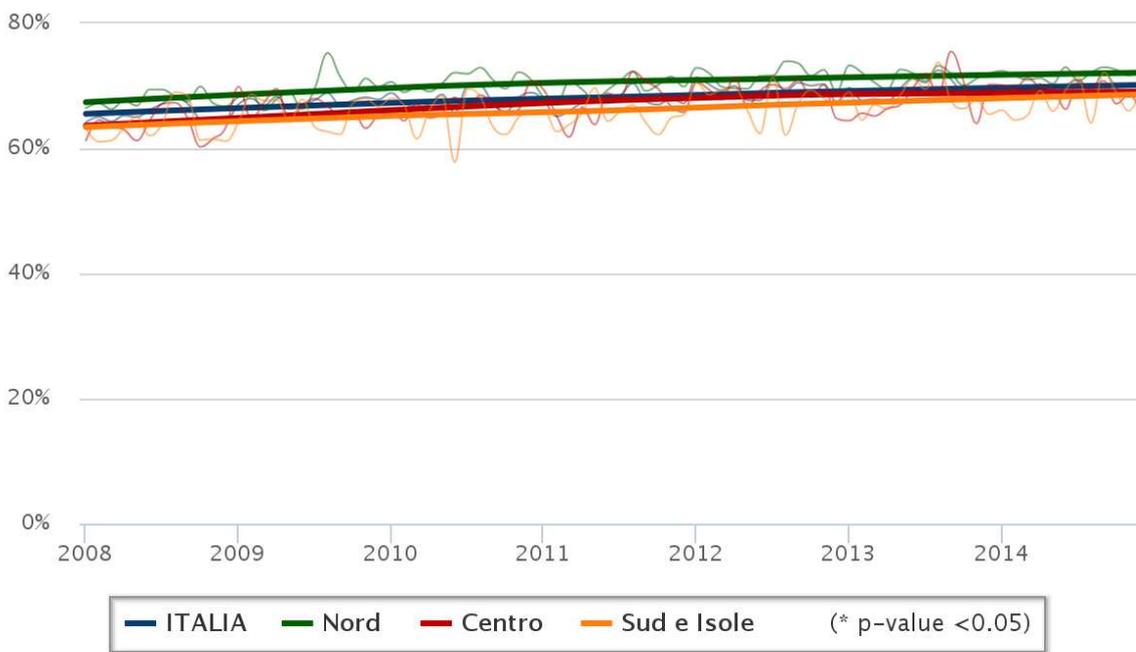
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Stato di salute percepito positivamente per regione di residenza
Passi 2011-2014



Trend stato di salute percepito positivamente: analisi delle serie storiche

Passi 2008-2014



Sorveglianza Passi

**Giorni non in salute per motivi fisici e psicologici, e giorni con limitazione di attività
(numero medio di giorni, negli ultimi 30 giorni)**

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014

		Asl 3 Genovese (n.1315)			
		giorni totali *	motivi fisici	motivi psicologici	attività limitata
	Totale	6.5	2.9	4.4	1.2
Età	18-34	5.4	2.5	3.2	0.9
	35-49	6.4	2.4	4.4	1.0
	50-69	7.1	3.4	5.0	1.4
Sesso	uomini	5.1	2.0	3.5	1.0
	donne	7.8	3.6	5.2	1.3
Istruzione	nessuna / elementare	10	6.2	6.7	2.5
	media inferiore	6.5	2.8	4.4	1.1
	media superiore	6.2	2.7	4.2	1.2
	laurea	6.1	2.4	4.1	0.7
Difficoltà economiche	molte	10.3	5.1	7.7	2.2
	qualche	7.6	3.2	5.1	1.2
	nessuna	4.9	2.2	3.2	0.9
Cittadinanza	italiana	6.5	2.8	4.4	1.2
	straniera	7.2	3.9	3.9	1.2
Patologie croniche	no	5.7	2.5	3.7	0.9
	sì	9.7	4.6	7.1	2.4

* Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato

Importanza per la salute

La “qualità della vita relativa alla salute” è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale, e diversi fattori ad esso correlati tra cui: le condizioni e i comportamenti associati alla salute (come ipertensione, fumo, sedentarietà), lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale [1]. La qualità della vita 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 i rispondenti 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 risultati associati con la mortalità, la morbilità (diabete, cancro del seno, artrite), al declino funzionale e al ricorso ai servizi sanitari, ma anche al lavoro, la casa, il quartiere, le scuole [1-9].

Utilizzando il concetto della “qualità della vita”, ci si scosta dalla definizione di salute come assenza di malattia, per utilizzarne una più ampia di stato di benessere fisico, mentale, funzionale e sociale [10].

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

Il contesto internazionale e italiano

Nella maggior parte dei Paesi europei sono condotte regolarmente indagini in cui è presente una domanda sulla salute percepita, che è una delle misure della qualità della vita. Sebbene i confronti tra Paesi possano risultare di difficile interpretazione per l'influenza di fattori socio-culturali e altri limiti, è stato rilevato che la maggioranza della popolazione adulta in Europa si sente in buona salute, con le *performance* migliori in Irlanda, Svezia e Svizzera (≈80%), *performance* vicine alla media europea (67%) per Paesi come Francia, Germania e Italia, e valori inferiori al 60% nei Paesi dell'Europa orientale e in Portogallo.

In tutta Europa, gli uomini hanno un migliore stato di salute percepito rispetto alle donne, i giovani migliore delle persone in età più avanzata, gli occupati uno stato di salute migliore delle persone senza lavoro. Così pure un elevato livello di istruzione e di reddito influenzano positivamente in tutta Europa la percezione dello stato di salute [13].

Come Passi misura la “qualità della vita”

Nel sistema di sorveglianza Passi, la qualità della vita viene misurata col metodo dei “giorni in salute” (*Healthy Days*), che si basa su quattro domande: lo stato di salute riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

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

1. la prevalenza di persone che si dichiarano in buona salute
2. la prevalenza di persone che si dichiarano in cattiva salute
3. la media dei Giorni NON in buona salute fisica
4. la media dei Giorni NON in buona salute mentale
5. la media dei Giorni NON in buona salute fisica o psicologica
6. la media dei Giorni con limitazioni funzionali.

Definizioni operative

Persona in buon stato di salute è una persona, in età tra 18 e 69 anni, che alla domanda: “Come va in generale la sua salute?” risponde: *bene* o *molto bene*.

Scheda indicatore: prevalenza di persone che si dichiarano in buona salute	
Popolazione di riferimento	Persone in età 18-69 anni, residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl.
Numeratore	Rispondenti, in età 18-69 anni, che dichiarano che riferiscono che il proprio stato di salute attuale è “buono” o “molto buono”.
Denominatore	Intervistati, in età 18-69 anni, che, alla domanda: “Come va in generale la sua salute?”, rispondono: “molto bene” oppure “bene”, “discretamente”, “male”, “molto male”. Sono esclusi coloro che rifiutano di rispondere o rispondono “non so”; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale, con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	Attuale. La domanda indaga la percezione dello stato di salute al momento dell'intervista.
Significato per la salute pubblica	Si tratta di un indicatore basato su un giudizio soggettivo che può includere quindi aspetti che è difficile rilevare oggettivamente, ad esempio l'integrazione sociale, le risorse fisiologiche e psicologiche, o la reazione della persona all'eventuale presenza di una malattia.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore è complessivo, i rispondenti giudicano il proprio stato di salute in modo relativo, in base alle circostanze e alle proprie aspettative e a quelle delle persone vicine.
Validità dell'indicatore	È un indicatore riproducibile e valido, associato con la mortalità, la morbilità e il declino funzionale. È associato inoltre al ricorso ai servizi sanitari.

Riferimenti

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

DEPRESSIONE

I dati sui sintomi depressivi delle persone con sintomi di depressione

Nella nostra Asl, una piccola quota di adulti riferisce sintomi di depressione e percepisce compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 15 giorni nel mese precedente l'intervista.

In oltre un quarto dei casi (28%) non si ricorre all'aiuto di nessuno e chi chiede aiuto si rivolge soprattutto a medici/operatori sanitari (39%). I sintomi depressivi sono più frequenti tra i 35-69enni, fra le donne, fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche), fra chi non possiede un lavoro regolare, fra chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica e fra chi vive solo.

La variabilità regionale è contenuta e non si osserva un chiaro gradiente geografico, le quote più alte di sintomi depressivi si registrano in Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Molise, Calabria e Sardegna.

Oltre alla salute psicologica, anche quella fisica risulta decisamente compromessa se paragonata al resto della popolazione adulta: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi dichiara mediamente di aver vissuto più giorni in cattive condizioni fisiche, in cattiva salute psicologica e più giorni con limitazione delle abituali attività.

A colpo d'occhio: indicatori sintomi di depressione (%)

	Sintomi di depressione	Richiesta di aiuto	Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane *
Asl 3 Genovese	9.9	71.7	8.0	17.4	5.2
Liguria	8.1	65.7	8.2	17.1	5.6
Italia	6.4	59.1	8.6	15.4	5.9

* Tra le persone con sintomi di depressione

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

■ migliore del valore nazionale

Sintomi di depressione per caratteristiche sociodemografiche e stime di popolazione

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014

Asl 3 Genovese (n=1321)

Popolazione di riferimento: 456.298

Frequenza: 9,9% pari a circa 45.000 persone

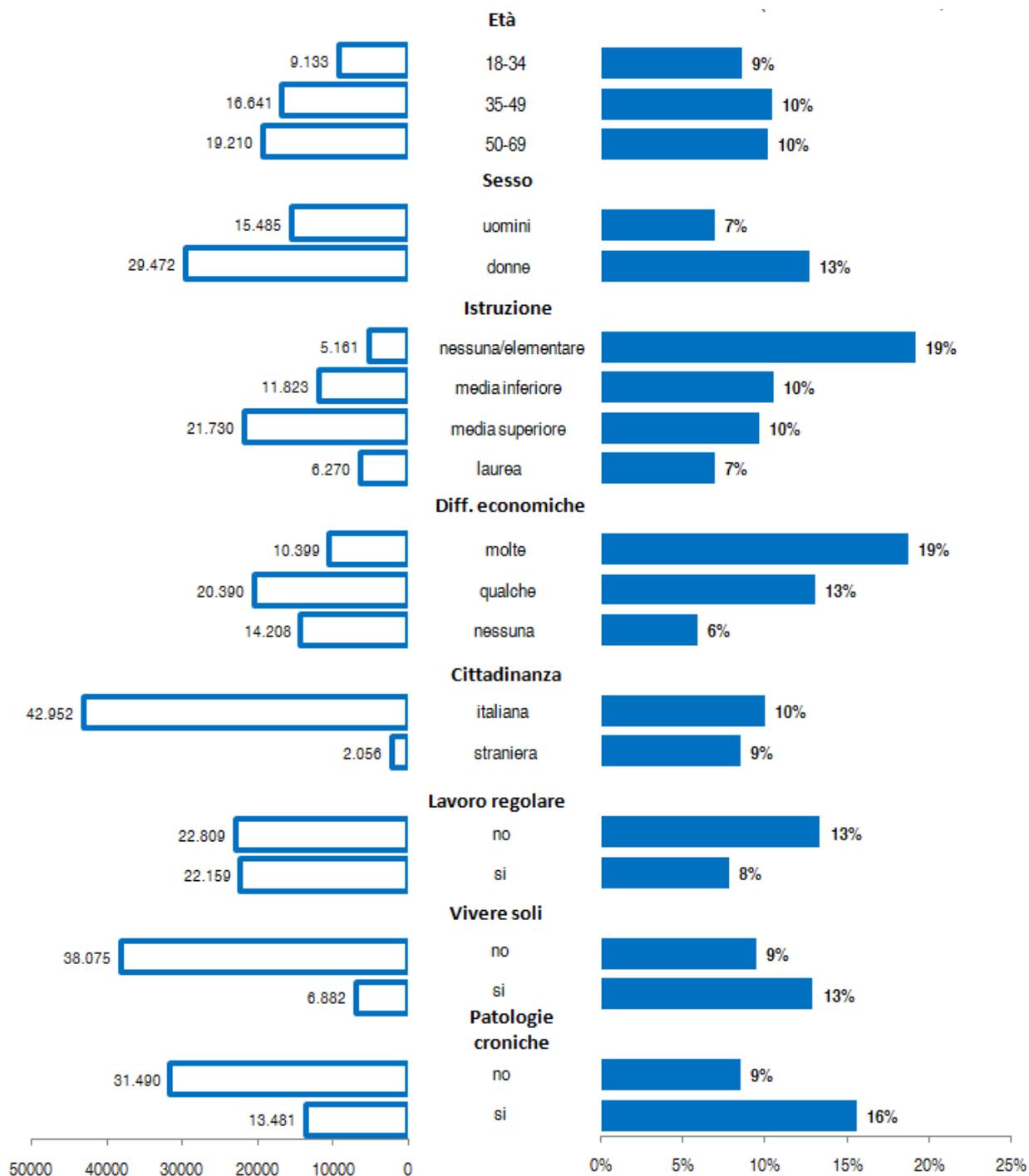
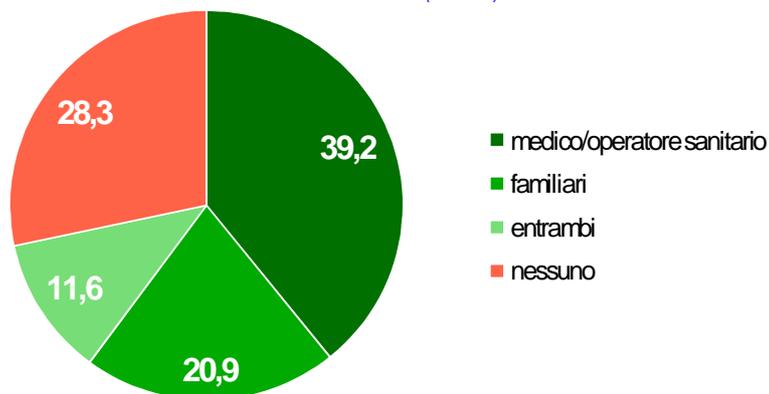


Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014

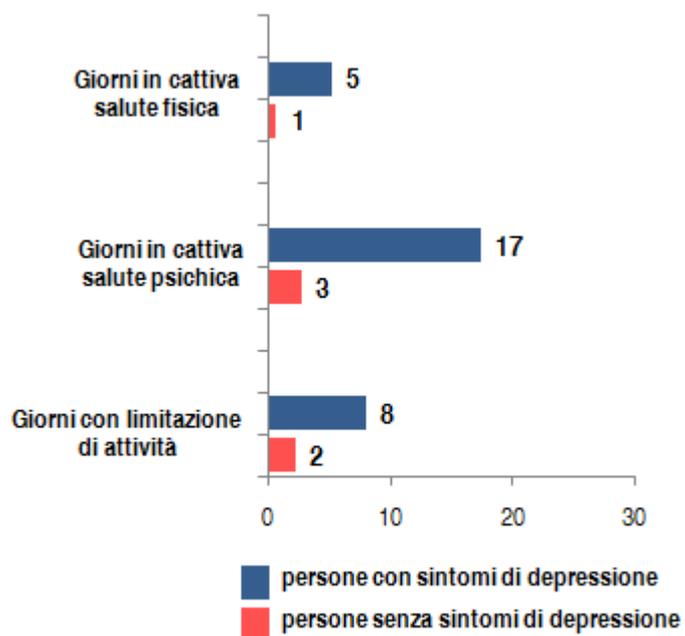
Asl 3 Genovese (n=130)



Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazioni di attività nei 30 giorni precedenti

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014

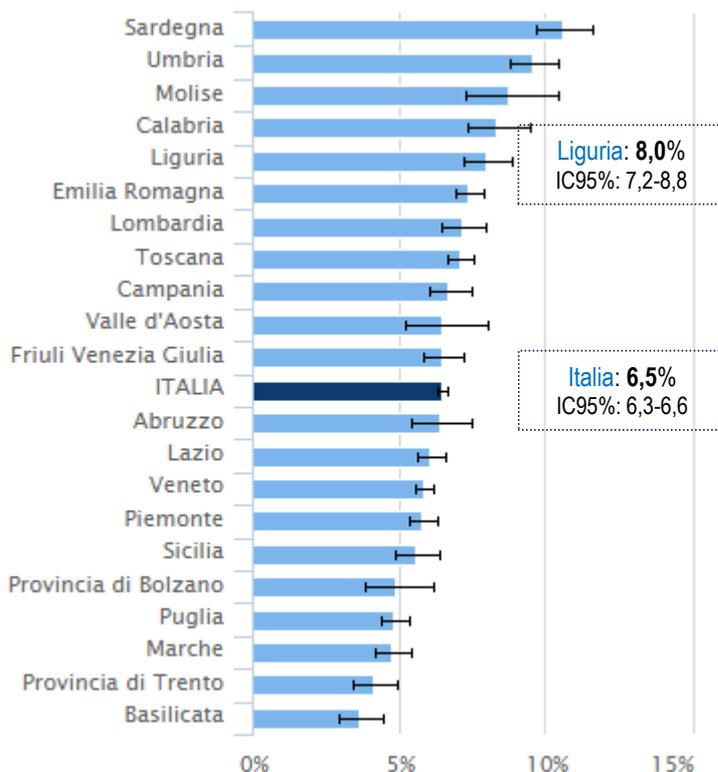
Asl 3 Genovese (n=130)



Sintomi di depressione per regione di residenza
Passi 2011-2014

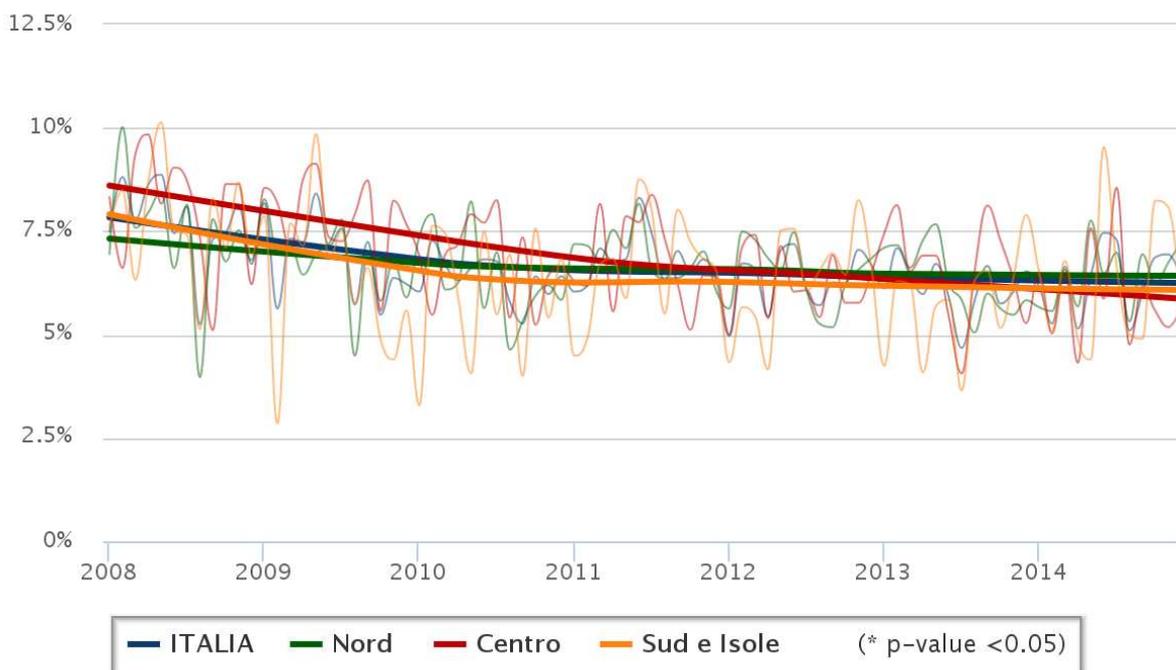


Sintomi di depressione per regione di residenza
Passi 2011-2014



Trend Sintomi di depressione: analisi delle serie storiche

Passi 2008-2014



Importanza per la salute

Il disturbo depressivo maggiore è un disturbo 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 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 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.

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 nel nostro ed in altri paesi il disturbo depressivo maggiore resta spesso non riconosciuto e non trattato.

La maggior parte dei casi di depressione è causata da una combinazione di fattori genetici, biologici, ambientali, sociali e psicologici. Il disturbo risulta 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 nocivi (come la sedentarietà e l'abuso di alcol), a fattori socio-demografici (come la povertà, la mancanza di lavoro, il genere femminile), a fattori ambientali (come i disastri naturali o causati dall'uomo).

La frequenza di disturbo depressivo maggiore è in aumento e, secondo i dati Oms, esso 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. Secondo stime effettuate con dati 2010, dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (Ihme), la depressione ha provocato in Italia il 4,2% di anni di vita persi per disabilità e morte prematura, rappresentando così la quarta causa principale di Daly.

A livello della popolazione, è necessario mettere sotto sorveglianza sia la prevalenza di disturbi depressivi, che può modificarsi a seguito di crisi economiche, disastri e aumento della diseguità sociale, sia la percentuale di diagnosi tempestive e trattamenti appropriati. La sorveglianza infine dovrebbe consentire di monitorare i disturbi depressivi nei segmenti della popolazione più vulnerabili.

Il contesto internazionale e nazionale

In Europa, la prevalenza di depressione maggiore e distimia, a 12 mesi, nelle persone dai 18 anni in su è del 4,2%. In Europa, come in Italia i dati disponibili di prevalenza dei disturbi mentali comuni sono stati raccolti nell'ambito del progetto europeo Esemmed (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders). I risultati dello studio mostrano che il 18% del campione di intervistati aveva avuto almeno un episodio di disturbo dell'umore (depressione maggiore o distimia) nel corso della vita. La prevalenza nella vita dei disturbi d'ansia è risultata essere del 13,6%. Le donne sono risultate essere più a rischio di soffrire di un disturbo d'ansia e dell'umore e gli uomini più a rischio di un disturbo da abuso di alcol.

In Italia, la stima della prevalenza di depressione maggiore, a 12 mesi, tra le persone da 18 anni in su è pari al 3% [1]. In I risultati dello studio Esemmed, relativi al nostro Paese indicano che circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita. In particolare, la depressione maggiore, le fobie specifiche e la distimia sono risultati i disturbi più comuni, con percentuali di prevalenza nel corso della vita rispettivamente pari al 10,1%, al 5,7% e al 3,4%. Il disturbo post traumatico da stress, la fobia sociale e il disturbo d'ansia generalizzata sono invece stati riscontrati nel 2% circa dei soggetti intervistati. 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 Esemmed confermano anche che l'essere disoccupati, casalinghe o disabili aumenta il rischio di soffrire di disturbi psichici.

Come Passi misura la depressione

Nelle indagini di popolazione, uno degli strumenti più utilizzati è il *Patient Health Questionnaire* che, nella versione completa (PHQ-9), è composto da nove domande con cui è possibile individuare la presenza di episodio depressivo maggiore con buona sensibilità e specificità > 90, una validità che si ottiene anche con una versione a 8 domande (PHQ-8).

Passi utilizza una versione ridotta, il PHQ-2, che include solo le prime due domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività.

La Persona con sintomi di depressione è una persona che, nelle due settimane prima dell'intervista, ha sperimentato questi due sintomi in modo duraturo.

Nella sorveglianza di popolazione, 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.

Politiche di prevenzione della depressione

A livello internazionale, la depressione è riconosciuta quale una delle cinque aree prioritarie del Patto europeo per la salute e il benessere mentale, varato nel 2008 dalla Commissione europea.

Poiché, inoltre, affrontare il problema con qualcuno rappresenta ancora una difficoltà, qualora i servizi Asl per persone con sintomi di depressione siano presenti e accessibili 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.

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. Secondo il Piano è di vitale importanza che nell'ambito delle politiche sanitarie, programmi e interventi siano focalizzati non solo su come affrontare quelli 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 molto importante 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 trattamenti e servizi appropriati, sugli esiti sfavorevoli (incluso suicidio e morte prematura) e sulle condizioni socio-economiche delle persone affette. I dati dovrebbero essere raccolti mediante indagini periodiche ad hoc oltre che attraverso i flussi informativi di routine.

Risorse utili

- Murray CJ. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2197-223.
- Pagine Oms dedicate al World Mental Health Day http://www.who.int/mediacentre/events/official_days/en/
- Pagine Oms dedicate alla salute mentale http://www.who.int/topics/mental_health/en/
- Pagine Oms dedicate alla depressione http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
- Pagine di EpiCentro dedicate allo studio Eseméd <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed-pres.asp>
- Dati 2012 del sistema di sorveglianza Passi sulla depressione.
- WHO. Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020.
- Alonso J and ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
- Gigantesco A, Mirante N, Granchelli C. Psychopathological chronic sequelae of the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy. *J Affect Disord*. 2013 Jun;148(2-3):265-71-
- Binkin N, Gigantesco A, Ferrante G. Depressive symptoms among adults 18-69 years in Italy: results from the Italian behavioural risk factor surveillance system, 2007. *Int J Public Health*. 2010 Oct;55(5):479-88.
- D'Argenio P, Minardi V, Mirante N. Confronto tra due test per la sorveglianza dei sintomi depressivi nella popolazione. *Inserito BEN Notiziario ISS*. 2013 Gen; 26 (1):i-iii.

Indicatori Passi: sintomi di depressione

Definizioni operative

Persona con sintomi di depressione è una persona che nelle due settimane prima dell'intervista ha sperimentato sintomi di umore depresso e/o di anedonia (perdita di interesse nelle attività della vita di tutti i giorni) in modo duraturo. 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

Scheda indicatore: prevalenza di persone con sintomi di depressione

Popolazione di riferimento	Persone in età 18-69 anni, residenti in un Comune della Asl e iscritte all'anagrafe assistiti della Asl.
Numeratore	Rispondenti, in età 18-69 anni, che riferiscono di aver sperimentato, nelle ultime due settimane, sintomi di umore depresso e/o anedonia in modo duraturo (per il significato di "duraturo" vedi tabella nella pagina sulla definizione).
Denominatore	Intervistati, in età 18-69 anni, che rispondono a entrambe le domande riguardanti i sintomi di umore depresso e anedonia, riferendo il numero di giorni in cui hanno eventualmente sperimentato questi sintomi. Chi risponde "non so" viene equiparato a chi risponde "nessuno", mentre i valori mancanti sono esclusi dall'analisi.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale, con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	Due settimane precedenti l'intervista.
Significato per la salute pubblica	Adottando un'appropriata soglia di punteggio (≥ 3), il Phq-2, consente di individuare le persone con possibile disturbo depressivo, misurare la prevalenza di questa condizione, l'associazione con determinanti sociali, patologie croniche e rischi comportamentali, l'eventuale incremento a seguito di eventi imprevisti, come disastri naturali. Consente inoltre di valutare quanto è compromessa la qualità della vita legata alla salute, a causa dei sintomi fondamentali della depressione.
Limiti dell'indicatore	Rispetto ai test più complessi, compreso quello da cui è derivato (Phq-9), il Phq2 è semplice da somministrare, accettabile e ha una buona riproducibilità e capacità di cogliere i cambiamenti, tuttavia risulta meno affidabile. Esso non consente di fare diagnosi di depressione. In contesti clinici è raccomandato come test di screening, nel caso sia accessibile, per le persone che risultano positive, un secondo livello diagnostico di approfondimento.
Validità dell'indicatore	Confrontato con la diagnosi di disturbo depressivo maggiore, il test mostra una sensibilità generalmente attorno a 80% ed una specificità attorno al 90%. Poiché la depressione maggiore, nella popolazione generale, non ha una frequenza elevata, il numero di rispondenti falsi positivi è alto. Di conseguenza, la prevalenza di sintomi depressivi stimata dal Passi risulta più elevata rispetto alla prevalenza di disturbo depressivo maggiore. Tuttavia i trend, le differenze tra gruppi della popolazione, e quelle geografiche anche rilevate con il Phq2 poiché riguardano analisi comparative sono oltre che altamente informative anche sufficientemente solide.

NOTE METODOLOGICHE

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 mensilmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria regionale un campione casuale semplice stratificato per sesso e classi d'età "proportional to size".

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

Le caratteristiche del campionamento effettuato consentono di effettuare un'inferenza statistica, cioè di affermare che quanto rilevato nella popolazione campionata è riferibile all'intera popolazione in studio.

In generale nel rapporto i risultati sono stati rappresentati con tabelle e grafici di semplice impatto visivo.

I grafici che mostrano le stime di popolazione sono più complessi e conducono al calcolo delle stime numeriche, considerando la frequenza dell'indicatore scelto nel sottogruppo di popolazione oggetto dello studio (es. frequenza di sintomi di depressione tra coloro che vivono soli=13%) e la prevalenza di tale sottogruppo nella popolazione (es. vivono soli=11,7%); il risultato viene poi rapportato alla numerosità della popolazione generale in quel sottogruppo:

formula: $n^\circ \text{ popolazione di riferimento} * \text{percentuale sottogruppo popolazione} * \text{percentuale indicatore}$

Conoscere il numero dei potenziali destinatari di un'azione di salute è di importanza strategica negli interventi di promozione della salute perché consente di quantificare le risorse umane e materiali da impegnare, e di mirare meglio al destinatario ideale con una comunicazione efficace.

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.

Il periodo di rilevazione su cui ci siamo basati va da Gennaio 2011 a Dicembre 2014. La dimensione del campione relativa al quadriennio 2008-2012 è pari a 1321 individui.

Dal 2007, anno di inizio della raccolta dati, a Marzo 2016 sono state effettuate in tutta Italia oltre 325mila 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 fiduciarci entro i quali quel valore cadrà, con un livello di probabilità prefissato al 95% (Intervallo di Confidenza al 95%).

Redazione e impaginazione a cura di:

Rosamaria Cecconi, Raffaella Castiglia

(Asl 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione - Epidemiologia)

Aprile 2016

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/>

