



LO STUDIO PASSI

INTRODUZIONE

Questo numero doppio del BEN è interamente dedicato allo Studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) con 4 articoli che seguono gli altri 7 pubblicati recentemente (cfr. box a p. viii). Cominciato due anni fa come sperimentazione di alcuni metodi utili per la sorveglianza nella popolazione dei fattori comportamentali di rischio e per il monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche, il PASSI è diventato oggi il punto di partenza per un progetto del Ministero della Salute e delle Regioni che mira a mettere progressivamente a regime una sorveglianza di popolazione in tutte le Regioni e ASL del Paese. Si tratta di un'iniziativa originale per l'Italia, ma anche per l'Europa: solo la Finlandia, infatti, realizza da qualche anno una sorveglianza di popolazione. In particolare, questa iniziativa nasce in Italia con una peculiarità unica al mondo: tarare questo strumento di sorveglianza principalmente per l'uso da parte delle nostre ASL. Attorno a tale obiettivo, quest'autunno il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) supportato da esperti regionali e da un "comitato di saggi" di diverse istituzioni del Paese, farà partire un progetto della durata di due anni che vedrà le ASL in prima linea nella sperimentazione e messa a regime di una sorveglianza che si profila uno strumento utile a migliorare nei prossimi anni l'impatto del nostro sistema di salute sulle malattie croniche.

Alberto Perra e Nancy Binkin, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE IN PERSONE AFFETTE DA MALATTIE CRONICHE. I RISULTATI DELLO STUDIO PASSI

Pirous Fateh-Moghadam^{1,6}, Nicoletta Bertozzi^{1,3}, Carla Bietta^{1,4}, Nancy Binkin¹, Giovanna De Giacomi^{1,5}, Tolinda Gallo^{1,7}, Alberto Perra¹, Paola Scardetta¹, Francesco Sconza^{1,8} e Massimo O. Trinito^{1,2}

¹Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

²Unità Operativa, Epidemiologia e Sistema Informativo, Dipartimento Prevenzione AUSL Roma C, Roma

³Dipartimento di Sanità pubblica AUSL, Cesena

⁴Unità Operativa Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL 2 Umbria, Perugia

⁵Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

⁶Servizio Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

⁷Dipartimento Prevenzione ASS4 "Medio Friuli", Udine

⁸Dipartimento Prevenzione ASL 4, Cosenza

La vaccinazione antinfluenzale riveste un importante ruolo preventivo nella popolazione superiore a 65 anni di età e, indipendentemente dall'età, in tutte le persone affette da malattie croniche che potrebbero costituire un rischio per lo sviluppo di complicanze anche gravi dell'infezione con virus influenzali (1).

Mentre il tasso di copertura vaccinale nella popolazione anziana viene

abituamente monitorata in tutte le ASL, solitamente poco è noto sulle coperture della popolazione affetta da malattie croniche con età inferiore a 65 anni.

È ora possibile stimare la copertura vaccinale antinfluenzale in particolari gruppi a rischio grazie ai dati raccolti dallo Studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), uno studio che ha indagato, nelle popolazioni

delle ASL partecipanti, le frequenze di vari comportamenti a rischio associati con le principali cause di mortalità e morbilità e di alcuni possibili interventi effettuati per modificarli.

Obiettivo di questo articolo è di stimare la prevalenza di alcune malattie croniche nella popolazione con meno di 65 anni di età, la percentuale di persone a rischio con meno di 65 anni di età che ha ricevuto il vaccino ►

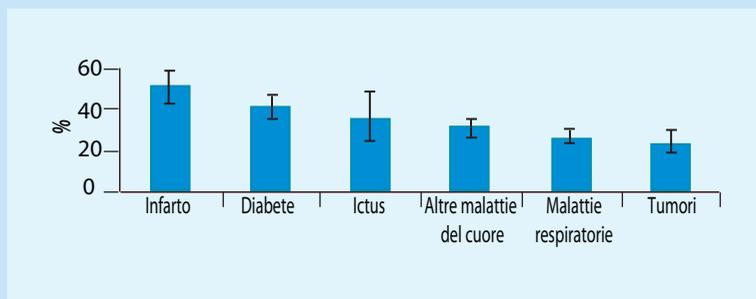


Figura - Percentuali e IC 95% di vaccinati contro l'influenza per patologia tra 18 e 64 anni - Studio Passi 2005

antinfluenzale nell'anno precedente l'indagine e di individuare possibili fattori di rischio associati alla mancata vaccinazione.

Lo Studio PASSI è stato realizzato mediante interviste telefoniche a campioni di cittadini, di età compresa tra i 18 e i 69 anni, estratti con metodo casuale semplice dalle anagrafi degli assistiti di 123 ASL partecipanti allo studio e appartenenti a tutte le regioni italiane (2). Le interviste sono state effettuate tra aprile e luglio 2005. L'analisi è stata condotta sui dati ottenuti dalle 14.206 persone con <65 anni intervistate (dato aggiornato al 13 marzo 2006).

Il questionario PASSI indagava, tra l'altro, la prevalenza delle seguenti malattie: infarto del miocardio, altre malattie del cuore, ictus, malattie respiratorie croniche, diabete e tumori maligni; veniva chiesto agli intervistati se un medico aveva mai diagnosticato una o più delle malattie sopra-elencate. È stato inoltre chiesto a tutti gli intervistati se avevano eseguito la vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 12 mesi.

Tra le ASL partecipanti allo Studio, la prevalenza di persone con meno di 65 anni che dichiara di aver avuto la diagnosi di almeno una delle malattie indagate era del 16%. Più precisamente l'1,1% dichiara di aver avuto una diagnosi di infarto miocardico, il 4,7% di altre malattie del cuore, lo 0,5% di ictus, il 7,6% di malattie respiratorie, il 3,2% di diabete ed il 2,2% di un tumore maligno.

Complessivamente, il 12% delle persone tra 18 e 64 anni ha dichiarato di aver eseguito la vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 12 mesi. Tra coloro con almeno una patologia la percentuale complessiva di

vaccinati era del 28%, mentre nella popolazione senza patologie tale percentuale era del 9% (RR = 3,1; IC 95% 2,8-3,4).

La percentuale di vaccinati tra i portatori di malattie croniche con meno di 65 anni varia con il tipo di patologia diagnosticata (Figura). Percentuali particolarmente basse di vaccinati si trovano tra gli ammalati di tumore (25%) e di patologie respiratorie croniche (25%). In una posizione intermedia si trovano gli ammalati di altre malattie del cuore (31%), ictus (36%) e diabete (43%). La percentuale più alta di vaccinati si registra nelle persone con pregresso infarto del miocardio (51%).

Tra le persone con almeno una patologia, il livello di istruzione non risulta associato alla copertura vaccinale nelle classi di età da 18-34 e 35-49 anni. Invece, a partire dai 50 anni, il basso livello di istruzione (nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore) sembra costituire un fattore favorente la vaccinazione antinfluenzale: il 42% risulta vaccinato, contro il 29% di chi ha un livello superiore di istruzione (RR = 1,4 IC 95% 1,2-1,7). Il sesso, invece, non risulta associato con i livelli di copertura vaccinale.

Mentre la percentuale dei vaccinati era del 28% tra i cittadini italiani inferiori a 65 anni e con almeno una patologia, tale percentuale viene quasi dimezzata prendendo in considerazione i cittadini non italiani (15%), anche se tale differenza non risulta statisticamente significativa ($p = 0,2$), verosimilmente per la scarsa numerosità di stranieri (n. 20) nel campione analizzato.

Mettendo a confronto le coperture vaccinali delle diverse ASL partecipanti allo Studio (escluden-

do le ASL che avevano effettuato meno di 200 interviste), risulta una graduatoria di copertura, da quella più alta del 54% (IC 95% 37-71) a quella più bassa del 10% (IC 95%, 1-32). Data la numerosità relativamente esigua di soggetti portatori di almeno una patologia nella fascia di età 18-64 anni a livello di singola ASL, gli intervalli di confidenza al 95% dei valori percentuali di copertura si sovrappongono ampiamente nella maggioranza dei casi. Tuttavia è riconoscibile un gruppo di 14 ASL con coperture <20%, tra cui 5 con valori inferiori a <15%.

In conclusione, è stato possibile stimare le coperture antinfluenzali nei soggetti a rischio per la presenza di patologie croniche che risultano poco soddisfacenti in tutte le ASL partecipanti allo Studio, soprattutto considerando le persone con meno di 65 anni di età, alcuni tipi di patologia (tumori e patologie dell'apparato respiratorio), cittadini stranieri e i residenti in particolari ASL. Occorre quindi un'opera di sensibilizzazione rivolta ai medici igienisti, ospedalieri e di medicina generale al fine di incrementare i tassi di copertura vaccinale tra i soggetti a particolare rischio per l'influenza.

La trasformazione dello Studio PASSI in un sistema di sorveglianza continuo nel tempo assicurerà il monitoraggio futuro del fenomeno, colmando un vuoto informativo esistente nella maggior parte delle ASL e ponendo le basi per la valutazione di eventuali interventi di sanità pubblica rivolti al miglioramento delle coperture. ■

Riferimenti bibliografici

1. Circolare del Ministero della Salute n. 2 del 18 aprile 2006, Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006-2007 (consultabile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_762_allegato.pdf).
2. De Giacomi G, Perra A, Bertozzi N et al. La valutazione dello studio "PASSI" - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. *Not Ist Super Sanità* - Insetto BEN - 2005;18 (11): i-ii.

LO STUDIO PASSI: RILEVAZIONE E ANALISI DEI CARICHI DI LAVORO E DEI COSTI DELLO STUDIO NELL'AZIENDA ULSS 22 DI BUSSOLENGO (VR)

Gianstefano Blengio¹, Enrica Castellani¹, Salvatore Falcone¹, Rosanna Ledri¹ e Federica Michieletto²

con il gruppo di intervistatori dell'ASL 22*

¹Servizio Igiene e Sanità Pubblica, ULSS 22, Bussolengo (VR)

²Direzione Regionale per la Prevenzione, Regione Veneto, Venezia

L'Azienda ULSS 22 della Regione Veneto ha aderito allo Studio PASSI per l'Italia, organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con gli Assessorati alla Sanità delle Regioni, avente lo scopo di monitorare i comportamenti a rischio associati con le principali cause di mortalità e morbosità ed i possibili interventi effettuati dai medici o da altro personale sanitario per modificarli, mediante la somministrazione telefonica di un questionario standardizzato a un campione di soggetti di età compresa tra i 18 e i 69 anni iscritti nelle liste dell'anagrafe sanitaria degli assistiti.

Gli argomenti esplorati dalla ricerca sono stati attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, livelli di pressione arteriosa e di colesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Inoltre sono stati raccolti dati su alcune variabili demografiche e sullo stato di salute percepito.

Con il presente studio si è inteso monitorare e quantificare il carico di lavoro necessario per eseguire la ricerca in tutte le sue fasi, nonché di stimare con precisione i costi economici in un'azienda sanitaria pilota quale è l'ULSS 22 della Regione Veneto.

La ricerca, iniziata nel marzo 2005 e conclusa nel giugno 2005, ha visto la partecipazione di un coordinatore aziendale dello studio ed un medico epidemiologo, 6 assistenti sanitari in qualità di intervistatori, un borsista-statistico per la fase di campionamento, personale del centro elaborazione dati (CED) e amministrativo.

Dopo una prima fase di pianificazione a livello regionale delle varie fasi dell'indagine, la Direzione per la Prevenzione della Regione Veneto, in collaborazione con i coordinatori di ASL, ha organizzato un incontro in due sedute per la formazione degli intervistatori con esercizi preparativi e *role-playing* (fase 1, Tabella).

Per quanto riguarda la fase di campionamento (fase 2, Tabella) è stato necessario contattare il CED aziendale per l'estrazione dalle liste anagrafiche degli assistiti dei soggetti in età compresa tra i 18 e i 69 anni; successivamente si è passati alla selezione casuale del campione di 200 titolari e 400 sostituti, secondo le modalità previste dal protocollo dello studio.

Per ogni individuo sono stati selezionati data di nascita, medico di famiglia e numero di telefono; i soggetti estratti sono stati equamente suddivisi tra i 6 intervistatori ed i loro nominativi sono stati riportati nei rispettivi diari.

I dati reperiti presentavano delle incompletezze: per circa il 90% (180 soggetti) non era disponibile il numero di telefono; si è pertanto proceduto al reperimento delle informazioni mancanti tramite i medici di medicina generale (MMG) o le anagrafi comunali o in alternativa consultando gli elenchi telefonici. Per 10 soggetti non è stato possibile comunque reperire le informazioni mancanti; pertanto sono stati rimpiazzati secondo le modalità previste dal protocollo dello studio.

Prima dell'avvio delle interviste telefoniche lo studio è stato presentato, mediante lettera informa-

tiva con richiesta di collaborazione e supporto, agli MMG e ai Sindaci dei Comuni appartenenti al bacino di utenza dell'ULSS. Una dettagliata nota informativa sullo studio è stata inoltre inviata a tutti i soggetti selezionati per l'indagine, nonché a soggetti istituzionali interessati, quali la direzione sanitaria, i responsabili di distretto, ecc. È stata inoltre organizzata una conferenza stampa, nel corso della quale la direzione aziendale ha presentato ai mass media lo studio, al fine di informare, sensibilizzare e rendere partecipe la popolazione sui temi affrontati nello studio (fase 3, Tabella).

La raccolta dei dati (fase 4, Tabella) è stata realizzata, a partire dal mese di maggio, tramite intervista telefonica della durata media di 21 minuti e contestuale compilazione del questionario standardizzato. La somministrazione dei questionari è stata fatta quando possibile durante l'orario di servizio. Per il contatto telefonico dei soggetti che erano disponibili all'intervista solo durante le ore serali o festive si è provveduto all'acquisto di tessere telefoniche prepagate (sono state utilizzate 14 tessere da 10 euro ciascuna). Dei 200 titolari selezionati, si è reso necessario sostituirne, per indisponibilità, 47, estraendo dalla lista dei rimpiazzati il primo nominativo dello stesso sesso e fascia di età della persona da sostituire.

Per stimare le spese relative al costo delle telefonate si è ipotizzato che tutte le chiamate fatte prima delle ore 19.00 siano state effettuate all'interno dell'orario di servizio, mentre il rimanente sia stato fatto con l'utilizzo delle tessere prepagate. L'importo delle telefonate al minuto è stato calcolato tenendo conto che una pic- ▶

(*) Maria Vittoria Aldrighetti, Sabrina Scarponi, Luciana Accordini, Antonella Arduini e Vanio Zantedeschi

Tabella - Analisi dei costi per la fase di studio

Fase di studio	Tempo impiegato	Costo per ora	Costi (in euro)	Costo totale (in euro)		
1	Intervistatori Coordinatore aziendale Costo missione Reperimento e formazione degli intervistatori	60 h 10 h	17,00 50,00	288,00	1 808,00	
2	Reperimento liste anagrafiche sanitarie - CED Campionamento - Borsista Statistico Completamento dati mancanti - Intervistatori Estrazione e formazione del campione	12 h 18 h 60 h	14,00 4,00 17,00	168,00 72,00 1020,00	1 260,00	
3	Coordinatore aziendale Medico Coordinatore degli intervistatori Borsista Statistico Personale amministrativo Materiali (carta, buste, lettere, spedizione) Presentazione dello studio	3 h 8 h 3 h 5 h 15 h	50,00 30,00 147,00 4,00 14,00	150,00 240,00 51,00 20,00 210,00	325,00	996,00
4	Telefonate Materiali (carta, stampa questionari) Intervistatori Medico Borsista Statistico Coordinatore degli intervistatori Raccolta dei dati	35 h * 6 intervistatori 20 h 25 h 15 h	17,00 30,00 4,00 50,00	616,00 393,00 3.570,00 600,00 100,00 750,00	6 029,00	
5	Medico Borsista Statistico Coordinatore aziendale Validazione dei dati	10 h 10 h 5 h	30,00 4,00 50,00	300,00 40,00 250,00	590,00	
6	Personale esterno Inserimento dei dati	5 min * 200 questionari		300,00	300,00	
Totale	505 h		10 983,00	10 983,00		

cola parte è stata fatta anche verso telefoni cellulari. Sono state infine conteggiate le spese per i materiali necessari per questa fase dello studio (costo della carta, delle fotocopie per la stampa dei questionari, ecc.). Complessivamente, la fase di raccolta dei dati è risultata la più onerosa, con un costo stimato di circa 6.000 euro.

Nel corso della fase di validazione (fase 5, Tabella) il medico delegato dal coordinatore ha visionato nuovamente i 200 questionari in modo accurato e completo per accertare che le risposte fossero leggibili e che fosse stata data risposta a tutte le domande. Nel momento in cui è stata riscontrata un'incoerenza o un'incompletezza è stato

contattato l'intervistatore per chiedere spiegazioni. Se necessario si è proceduto a ricontattare telefonicamente il soggetto intervistato. Dopo aver controllato e validato i questionari, si è provveduto ad eliminare la pagina del questionario contenente il nome ed altre informazioni identificative della persona; dette pagine sono state riposte in busta e collocate in un armadio chiuso a chiave.

Per quanto riguarda l'inserimento dei dati nell'apposito database fornito dall'ISS, la Direzione regionale per la prevenzione ha affidato l'incarico a personale esterno; il tempo medio necessario all'immissione dei dati di ogni singolo questionario nel database è stato stimato pari a 5 mi-

nuti, comprendenti, oltre al vero e proprio inserimento, la raccolta dei questionari, la verifica della correttezza e completezza del questionario, la numerazione dei questionari, l'accertamento e la correzione di eventuali errori di compilazione (fase 6, Tabella)

In conclusione, il carico di lavoro complessivo che ha gravato sul personale dell'Azienda ULSS 22 per la realizzazione dello Studio PASSI, riferito alla propria realtà territoriale (200 interviste ad assistiti selezionati con campionamento random semplice), è stato stimato in 502 ore lavorative. Il costo complessivo dello studio è stato stimato pari a 11.000 euro, come riportato nel dettaglio nella Tabella. ■

LIVELLI DI ATTIVITÀ FISICA E COUNSELLING DEI MEDICI NELLA POPOLAZIONE DELLE ASL PARTECIPANTI ALLO STUDIO PASSI

Pirous Fateh-Moghadam^{1,2}, Nicoletta Bertozzi^{1,3}, Carla Bietta^{1,4}, Nancy Binkin¹, Giovanna De Giacomi^{1,5}, Tolinda Gallo^{1,6}, Alberto Perra¹, Paola Scardetta¹, Francesco Sconza^{1,7} e Massimo O. Trinito^{1,8}

¹Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

²Servizio Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

³Dipartimento di Sanità pubblica AUSL, Cesena

⁴UO Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL 2 Umbria, Perugia

⁵Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

⁶Dipartimento Prevenzione ASS4 "Medio Friuli", Udine

⁷Dipartimento Prevenzione ASL 4, Cosenza

⁸UO Epidemiologia e Sistema Informativo, Dipartimento Prevenzione AUSL Roma C, Roma

L'attività fisica regolare è associata ad una aspettativa di vita più sana e più lunga: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause. Le persone fisicamente attive hanno inoltre un rischio ridotto di ammalarsi e morire per malattie cardiovascolari, ictus ischemico, ipertensione, cancro del colon, obesità, diabete del II tipo, osteoporosi, traumi da caduta ed alcuni disturbi mentali (depressione ed ansia). La promozione dell'attività fisica è considerata una delle azioni di sanità pubblica di provata efficacia ed i medici di medicina generale (MMG) possono giocare un ruolo importante per incoraggiare i loro pazienti a svolgere attività fisica (1-3).

Avere informazioni aggiornate sia sul livello di attività fisica praticata nella comunità, sulla prevalenza dei sedentari e i fattori di rischio della sedentarietà, sia su quantità e qualità del counselling degli MMG è pertanto fondamentale nell'ottica di una corretta pianificazione di programmi di prevenzione finalizzati all'aumento dell'attività fisica della popolazione.

Tale informazioni possono essere fornite grazie ai dati raccolti dallo Studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), uno Studio che ha indagato le frequenze di vari comportamenti a rischio associati con le principali cause di mortalità e morbilità e di alcuni possibili interventi effettuati per modificarli e che ha interessato 123 ASL delle varie regioni italiane (4).

Le interviste sono state effettuate tra aprile e luglio 2005. L'analisi è stata condotta sui dati ottenuti dalle 15.890 persone intervistate (dato aggiornato al 27 giugno 2006).

È stato considerato "aderente alle raccomandazioni" chi pratica almeno 30 min di attività moderata per almeno 5 giorni la settimana oppure chi fa attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni. Chi pratica settimanalmente qualche attività moderata o intensa ma non raggiunge i livelli raccomandati è stato incluso nel gruppo "qualche attività". Chi non svolge nessuna attività fisica e non ha un lavoro intenso dal punto di vista fisico (prevalentemente cammina oppure attività ancora più pesante) viene definito "sedentario". Il counselling è stato indagato nelle sue diverse fasi: consiglio generico, consigli più specifici (tipo di attività, frequenza e durata) e follow up del paziente.

Tra le ASL partecipanti allo Studio, la prevalenza di persone sedentarie è risultata del 24%, quella di persone che svolgono attività fisica ma senza raggiungere i livelli raccomandati del 34% e coloro che aderiscono alle raccomandazioni o che hanno un lavoro che implica un alto livello di attività fisica rappresentano il 42% del campione.

La percentuale di sedentari è più elevata nelle donne (26%, RR=1,2, IC 95% 1,1-1,3) rispetto agli uomini (21%) e aumenta con l'aumentare dell'età. Nella classe di età da 18 a 34 anni la percentuale di sedentari è del 19%, nelle persone da 35 a 49 anni del 23% e in coloro tra 50 e 69 anni del 28%.

La bassa istruzione (nessuna, scuola elementare, scuola media inferiore) è associata con una più elevata percentuale di sedentari (27%, RR = 1,3, IC 95% 1,2-1,3), nonostante il fatto che lavori più intensi dal punto di vista fisico siano più diffusi tra la popolazione meno istruita (il 20% di coloro con basso livello di istruzione

svolgono un lavoro attivo contro il 15% dei più istruiti; RR = 1,3, IC95% 1,2-1,4). Infatti, inserendo in un modello di regressione logistica sia il livello di istruzione sia il tipo di lavoro, risulta un'associazione più forte del livello di istruzione con la sedentarietà (da un OR di 1,3 si passa ad un OR di 1,6, IC 95% 1,4-1,7).

La sedentarietà è inoltre associata ad una cattiva percezione della propria salute. Mentre tra le persone attive la percentuale di coloro che giudica il proprio stato di salute "discreto", "male" o "molto male" è del 33%, tale percentuale aumenta al 41% tra i sedentari (RR = 1,3 IC 95% 1,2-1,3).

L'adesione alle linee guida sull'attività fisica è solo di poco più frequente tra chi non fuma (29% contro il 27% dei fumatori, RR = 1,1 IC 95% 1,0-1,1), ma rappresenta un evidente fattore protettivo di fronte a sovrappeso ed obesità (RR = 0,8, IC 95% 0,7-0,8), a dimostrazione dell'associazione tra sedentarietà e l'attuale epidemia di obesità.

Il 38% degli intervistati afferma di aver ricevuto domande sull'attività fisica dal proprio medico, una percentuale analoga di aver ricevuto il consiglio di praticarla. Solo il 10% riferisce di aver ricevuto anche consigli più precisi sul tipo e la frequenza e a un altro 10% è stato chiesto, in occasione di visite successive, come andava l'attività consigliata. Complessivamente solo il 7% degli intervistati ha ricevuto un consiglio completo.

Il consiglio generico non varia molto con l'età (37% da 18 a 34; 40% da 35 a 54 e 38% da 55 a 69 anni) ed è più frequente nelle donne (40%) rispetto agli uomini (37%).

Vengono maggiormente consigliate le persone con alto livello di ▶

istruzione (scuola media superiore e laurea) rispetto a quelli meno istruiti (rispettivamente il 42% contro il 35%; RR = 1,2 IC 95% 1,1-1,2) e coloro con eccesso ponderale rispetto ai normopeso (rispettivamente 43% e 35% RR=1,2 IC 95% 1,2-1,3).

L'11% del campione (1.770 persone) risulta sia in sovrappeso sia sedentario. Benché si tratti di un gruppo particolarmente indicato per il counselling, solo il 40% dichiara di ricevere consigli, una percentuale non molto diversa rispetto a chi è attivo e normopeso (37%). I diabetici ricevono consigli nel 57% dei casi, gli ipertesi nel 51% e gli ipercolesterolemici nel 50%.

In conclusione, quasi un quarto della popolazione in studio risulta completamente sedentaria. Fattori

associati con una maggiore sedentarietà sono il sesso femminile, la bassa istruzione, una scarsa percezione del proprio stato di salute e il sovrappeso. I consigli dei medici sono generalmente indirizzati maggiormente verso le persone più a rischio, fatta eccezione per le persone con basso livello di istruzione, ulteriormente penalizzate. Tuttavia, anche nei gruppi con maggiori potenziale di beneficio, il livello di counselling rimane ancora troppo basso.

La trasformazione dello Studio PASSI in un sistema di sorveglianza continuo nel tempo assicurerà il monitoraggio futuro del fenomeno, colmando un vuoto informativo esistente nella maggior parte delle ASL e ponendo le basi per la valutazione

di eventuali interventi di sanità pubblica rivolti all'aumento dell'attività fisica nella popolazione. ■

Riferimenti bibliografici

1. Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzawaltowski DA. Physical activity promotion through primary care. *JAMA* 2003;289(22):2913-6.
2. <http://www.thecommunityguide.org/pa/default.htm>
3. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22(4):67-72.
4. De Giacomi G, Perra A, Bertozzi N *et al.* La valutazione dello studio "PASSI" - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. *Not Ist Super Sanità* - Insero BEN 2005;18(11): i-ii.

IL "SALTO" DEL PASSI DA STUDIO TRASVERSALE A SISTEMA DI SORVEGLIANZA DI POPOLAZIONE

Alberto Perra, Sandro Baldissera e Nancy Binkin

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Nel 2005, l'OMS ha confermato che le patologie definite non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale) sono attualmente responsabili dell'86% dei decessi nella Regione Europa, con tendenza all'aumento a causa, ad esempio, dell'epidemia di diabete; consumano in media il 77% del budget per la salute dei Paesi membri dell'Unione Europea (1). Sono sempre maggiori le evidenze scientifiche che queste patologie sono legate fra loro da fattori di rischio comuni, spesso identificati da determinanti legati agli "stili di vita", principalmente come alimentazione, fumo, consumo di alcol, attività fisica. Tutte le strategie a medio e lungo termine, come quella recentemente indicata dall'OMS (2), miranti a ridurre l'impatto delle patologie non trasmissibili attraverso valide misure di prevenzione, devono necessariamente monitorare da una parte i fattori comportamentali di rischio e dall'altra la penetrazione delle attività di prevenzione all'interno della popolazione.

Questa consapevolezza è andata rafforzandosi anche nel nostro Paese e al-

la fine del 2004 il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CMM) del Ministero della Salute e le Regioni facenti parte della Commissione "Mattoni" per il Nuovo Sistema Sanitario hanno dato l'incarico al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità di testare, in alcune ASL, metodi e procedure in vista di un'eventuale sperimentazione di un sistema di sorveglianza di popolazione che coinvolgesse tutte le Regioni e le ASL italiane.

Una prima volta nel 2005 e poi nel 2006, il CNESPS, con il suo gruppo PROFEA, ha progettato e realizzato il PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (3), uno studio trasversale che ha utilizzato un questionario standardizzato somministrato telefonicamente a un campione di popolazione di 18-69 anni rappresentativo delle ASL o Regioni partecipanti. Tale Studio ha misurato fattori di rischio comportamentali con strumenti già ampiamente usati e validati in altri Paesi (USA, Australia, Finlandia, studi Direzione Generale per la Protezione della Salute e dei Consumatori della Commissione Europea - DG SANCO) testando al-

cune modalità di campionamento e procedure di coinvolgimento dei gruppi di interesse. L'interesse destato da questa iniziativa nella realtà sanitaria italiana è testimoniato dalla partecipazione di 117 ASL che si sono aggiunte volontariamente (singolarmente o con la propria Regione) alle 6 selezionate inizialmente per lo studio. Questo entusiasmo si può giustificare con l'interesse e l'utilità di poter disporre in prospettiva di una base di dati specifica per il livello aziendale, in continua crescita e aggiornamento, per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi di prevenzione ad essi orientati. La stessa base di dati permetterebbe inoltre al livello regionale (e centrale) di confrontare le diverse realtà aziendali fra di loro seguendone l'evoluzione nel tempo.

Lo Studio PASSI inoltre ha verificato in quale misura alcuni criteri, richiesti alle attività di sorveglianza per essere efficaci nel contribuire alla prevenzione delle malattie non trasmissibili, possano essere soddisfatti nelle nostre realtà sanitarie e quale possa essere il costo di un'attività della sorveglianza a regime. Fra tali criteri sono stati consi-

derati in particolare la tempestività, in generale definibile come la capacità di disporre dei dati nel momento in cui servono per capire i fenomeni in corso, per comunicare e per agire; la rappresentatività, definibile come la capacità di descrivere al meglio persone, gruppi a rischio, problemi e attività di salute a livello di azienda, area metropolitana o regione; la flessibilità, in particolare per la possibilità di aggiungere al sistema nuovi temi quali sicurezza alimentare, incidenti domestici, salute mentale o altri di interesse locale; l'accettabilità, intesa come adesione e gradimento sia da parte degli operatori di salute coinvolti sia da parte degli intervistati. I risultati sono apparsi incoraggianti. Infatti per costi considerati contenuti, comprensivi di quelli del personale, di circa 12.000 euro per singola ASL e per un campione di 200 persone intervistate, lo Studio PASSI ha mostrato che la tempestività, la rappresentatività, la flessibilità, l'accettabilità dei metodi e delle procedure sperimentate sono potenzialmente valide per la messa a regime della sorveglianza di popolazione.

A fianco di questi risultati di natura tecnico-scientifica, è da sottolineare che l'esperienza dello Studio PASSI ha creato le condizioni per accelerare una crescita culturale e professionale delle strutture che, a livello aziendale e regionale, sono dedicate alla prevenzione, in prevalenza i dipartimenti di prevenzione e di igiene e sanità pubblica. Questo *empowerment* acquista maggior significato nella misura in cui nel nostro Paese queste stesse strutture aziendali saranno impiegate nell'utilizzo di 440 milioni di euro vincolati a dei piani d'intervento le cui azioni preventive possono in parte essere monitorate con gli strumenti testati dallo Studio PASSI.

Dall'inizio del 2005 tuttavia non solo sono stati segnati dei progressi dal punto di vista tecnico-scientifico, ma contestualmente le strutture politiche e amministrative del Paese hanno gettato delle basi sempre più solide per la messa a regime di una sorveglianza di popolazione. I segni in tal senso sono inequivocabili: il nuovo Piano Sanitario Nazionale (2006-08) indica la sorveglianza PASSI come un obiettivo operativo da raggiungere per le regioni italiane. Il CCM del Ministero della Salute e delle Regioni ha cominciato attraverso il CNESPS un progetto bien-

nale di sperimentazione e sostegno alla messa a regime della sorveglianza di popolazione; la conferenza degli assessori alla sanità ha approvato la sperimentazione di tale sistema per i prossimi 2 anni (2007-08). Al momento sono oltre 10 le regioni italiane che hanno già fatto richiesta al CNESPS di partecipare a questa sperimentazione che comincerà ufficialmente agli inizi del prossimo anno.

I prossimi 2 anni si riveleranno cruciali per la messa a regime della sorveglianza di popolazione (sorveglianza PASSI). Infatti il passaggio dallo studio trasversale PASSI alla sorveglianza di popolazione pone una serie di interrogativi tecnici e politici per i quali non sono ancora disponibili risposte adeguate.

Nella sua accezione classica (4) la sorveglianza consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione viene messa a disposizione di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi in salute pubblica. Questa definizione sottolinea la ragion d'essere della sorveglianza di popolazione: essere solidamente ancorata all'azione in salute pubblica. Pertanto, pur rimanendo invariato il contesto (regioni e ASL) il passaggio dallo studio trasversale alla sorveglianza implica lo studio e la sperimentazione di modalità diverse di raccolta e utilizzazione dei dati. La Figura mostra schematicamente questi concetti e fornisce una guida per la comprensione di alcune tappe fondamentali che faciliteranno l'evoluzione dallo studio trasversale alla sorveglianza di popolazione. L'evento sotto sorveglianza (ad esempio, l'iperten-

sione) (Tappa 1) viene fatto oggetto di raccolta, analisi, interpretazione dei dati da parte degli attori del sistema. In un momento successivo (Tappa 2) l'informazione prodotta diventa oggetto di comunicazione con i gruppi di interesse (ad esempio, in che misura e perché l'ipertensione è un problema nella popolazione). Infine attori e gruppi di interesse coinvolti nel sistema (Tappa 3) mettono in atto delle azioni miranti a modificare l'evento sotto sorveglianza (ad esempio, cosa fare per prevenire o riconoscere l'ipertensione). Per ricominciare il cerchio con la Tappa 1 che permetterà anche di misurare quanto le azioni messe in atto siano state efficaci per limitare l'evento (ad esempio, ridurre la prevalenza dell'ipertensione).

Tappa 1 - Per quanto attiene a questa tappa, gli attori regionali dovranno decidere quali siano le patologie o i fattori di rischio da includere nella sorveglianza, assumendo di tenere costante un nucleo (*core*) di variabili per i prossimi anni e per tutte le regioni (ad esempio, i fattori di rischio per la patologia cardio-vascolare) e di avere un gruppo di variabili che verranno misurate periodicamente e, in qualche caso, solo per alcune regioni (ad esempio, incidenti domestici). In questa tappa rimangono ancora da precisare e mettere a punto numerosi aspetti tecnici, dall'informatizzazione del sistema alla modalità di inserimento dei dati, dalla scelta di indicatori validi ma anche sufficientemente sensibili alle variazioni temporali. Questo ruolo, eminentemente tecnico-scientifico, verrà svolto nei prossimi anni dal CNESPS. ▶



Figura - Schema della sorveglianza in salute pubblica

Tappa 2 - Nel nostro Paese sono stati finora realizzati molteplici sistemi di sorveglianza e i contenuti e tempi della prima tappa (Figura), sono generalmente noti e presenti nell'esperienza di molti operatori di salute pubblica. Per la Tappa 2, al contrario, non possiamo mediamente vantare lo stesso livello di esperienza. Sono molto limitate le iniziative documentate di comunicazione strutturate e rivolte agli interlocutori (gruppi di interesse compresa la popolazione "beneficiaria"). Nello sviluppo della sorveglianza PASSI questa tappa dovrà avere tutta l'attenzione degli operatori, in quanto unico "ponte" fra misura (Tappa 1 - raccolta dati) e azione (Tappa 3 - interventi di prevenzione). In particolare, aziende e regioni dovranno chiarire gli obiettivi di questa comunicazione quali, ad esempio, indurre cambiamenti comportamentali a medio/lungo termine o ottenere il sostegno o la partecipazione in progetti di prevenzione. Obiettivi e strategie di questa comunicazione dovranno essere ben specificati e misurabili in maniera tale da permetterne il monitoraggio o la valutazione *in itinere*. La diversificazione nell'uso dei mezzi di comunicazione (compreso Internet, ad esempio, con un sito a disposizione dei "cittadini competenti") richiederà agli operatori aziendali e regionali una formazione e una competenza adeguate. A tal scopo, per mettere a regime la sorveglianza di popolazione, i responsabili regionali e aziendali dovranno identificare il personale apposito e formarlo adeguatamente.

Tappa 3 - Formalmente questa terza tappa non è strettamente inquadrabile nella sorveglianza, ma senza di essa la sorveglianza di popolazione (Tappa 1 e 2) perderebbe di senso e validità. I fattori che facilitano questa tappa sono in primo luogo, gli interlocutori che, se adeguatamente preparati da un piano di comunicazione, hanno più probabilità di partecipare attivamente ai piani di prevenzione dell'evento da sorvegliare. In secondo luogo, il nostro Paese vive un momento particolarmente favorevole alla messa in funzione della sorveglianza in quanto tutte le regioni hanno sviluppato dettagliati piani tematici per la realizzazione, a livello locale, del piano nazionale della prevenzione (2005-07). La sorveglianza PASSI potrà pertanto farsi carico di misurare anche degli indicatori che mostreranno a operatori sanitari e

popolazione quali siano i progressi di questi piani. La riuscita di questa terza tappa sarà quindi condizionata dal grado di divulgazione degli obiettivi e strategie di questi piani e dall'utilizzo di indicatori "studiati" per la comunicazione e l'*empowerment* della comunità e non soltanto per la valutazione interna dei piani.

Resta da chiarire chi piloterà questo avvincente processo di passaggio dallo studio trasversale a una sorveglianza di popolazione che in pochi anni occuperà un posto di rilievo nel sistema sanitario del nostro Paese. Il progetto prevede che, nei prossimi 2 anni, due entità interagiranno a tal scopo con il gruppo tecnico del CNESPS:

- un comitato scientifico del CCM, all'interno del quale portano la loro esperienza ad esempio, l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Università, i diversi dipartimenti del Ministero della Salute, le regioni; ruolo principale sarà quello di suggerire e promuovere la costituzione di una leadership per la sperimentazione e in seguito della messa a regime della sorveglianza e il coordinamento con altri enti di ricerca, di garantire la rilevanza e la pertinenza delle aree di studio della sorveglianza, suggerendo le modalità per la creazione della rete per il sistema;
- un comitato tecnico composto dai responsabili regionali della prevenzione, il cui apporto sarà essenziale

per "l'aggancio" di tutta l'informazione prodotta dal sistema con l'azione rappresentata dai piani di prevenzione (Tappa 3 nella figura); tale comitato dovrà assicurare la leadership della sperimentazione della sorveglianza, favorendo la partecipazione regionale nell'identificare e appoggiare le strategie del progetto, garantire la rilevanza e la pertinenza delle aree di studio della sorveglianza, suggerire nuovi temi di studio, identificare un piano di comunicazione efficace e appoggiarne la realizzazione, suggerire modalità appropriate ed efficaci di utilizzazione dei dati prodotti dal sistema.

Tutti coloro che hanno lavorato per il PASSI del PROFEA si rendono conto di trovarsi alla vigilia di un momento che potrebbe segnare un progresso importante per il nostro sistema di salute. ■

Riferimenti bibliografici

1. WHO, Regional Office for Europe. Meeting of WHO National Counterparts for European Strategy on Noncommunicable Diseases (NCD), 6-7 December 2005. Helsinki.
2. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. World Health Organization, Geneva 2005.
3. Sito PASSI: <http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>
4. CDC. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988;37(S-5).

La bibliografia sullo Studio PASSI

- De Giacomi G, Perra A, Bertozzi N *et al.* La valutazione dello Studio "PASSI" - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. *Not Ist Super Sanità - Insero BEN* 2005;18(11):i-ii.
- Sconza F, Binkin N, Bertozzi N *et al.* Studio "PASSI": lo stato di salute percepito. *Not Ist Super Sanità - Insero BEN* 2005;18(12):i-ii.
- Carozzi G, Del Giovane C, Goldoni CA *et al.* Studio "PASSI": infortuni domestici (Modena e Reggio Emilia, 2005). *Not Ist Super Sanità - Insero BEN* 2005;18(12):iii-iv.
- Bietta C, Binkin N, Bertozzi N *et al.* Abitudine al fumo: i dati delle 123 ASL dello studio "PASSI". *Not Ist Super Sanità - Insero BEN* 2006;19(1):i-ii.
- Trinito MO, Bertozzi N, Bietta C *et al.* Analisi di alcuni fattori di rischio cardiovascolari nella popolazione delle ASL partecipanti allo studio PASSI. *Not Ist Super Sanità - Insero BEN* 2006;19(3):iii-iv.
- Gallo T, Ciofi degli Atti M, Bertozzi N *et al.* La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio PASSI. *Not Ist Super Sanità - Insero BEN* 2006;19(4):vii-viii.
- Gallo T, Bertozzi N, Bietta C *et al.* Lo screening per la neoplasia della mammella in Italia: i risultati dello studio PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). *Not Ist Super Sanità - Insero BEN* 2006;19(5):i-ii.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it