



SORVEGLIANZE NAZIONALI

INDAGINE SULLE ANAGRAFI VACCINALI INFORMATIZZATE

Valeria Alfonsi, Fortunato D'Ancona, Marta Ciofi Degli Atti e il Gruppo interregionale malattie infettive*
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Le anagrafi vaccinali informatizzate costituiscono uno strumento importante per condurre i programmi di vaccinazione e il loro monitoraggio. Il loro uso, infatti, facilita lo svolgimento di numerose attività dei Centri vaccinali, tra cui la registrazione dei dati anagrafici e vaccinali, la generazione di inviti, l'identificazione dei casi di mancata vaccinazione, e la gestione delle scorte di vaccini. Semplifica inoltre la stima delle coperture vaccinali, che insieme all'andamento delle malattie prevenibili e alla frequenza di reazioni avverse, rappresentano un indicatore fondamentale per valutare l'impatto dei programmi di vaccinazione. In Italia, infatti, le coperture vaccinali vengono rilevate annualmente dalle autorità sanitarie regionali, che le trasmettono al Ministero della Salute. A partire dal 1998, la rilevazione routinaria è stata affiancata da indagini nazionali *ad hoc*, rivolte ai bambini nel secondo anno di vita e condotte con frequenza quinquennale (1). Mancano tuttavia informazioni accurate sulle coperture vaccinali nei bambini più grandi e negli adolescenti.

A livello nazionale, l'adozione di un unico sistema di gestione dell'anagrafe vaccinale non è considerata fattibile. Per armonizzare i dati raccolti, la struttura e le variabili chiave dei software dedicati alle anagrafi vaccinali sono stati inclusi nel Piano Nazionale Vaccini (2). Successivamente, il Piano Nazionale di Prevenzione ne ha previsto la diffusione

in tutte le regioni, e il Gruppo di lavoro interregionale "Mattoni" ha ridefinito e condiviso il set minimo di variabili.

Per valutare il livello di informatizzazione delle anagrafi vaccinali in Italia, nel 2007 è stata quindi condotta un'indagine conoscitiva, i cui principali risultati vengono presentati in questo articolo.

In quest'indagine i referenti regionali per le malattie infettive e le vaccinazioni hanno condiviso e compilato un questionario, che includeva domande su:

- presenza di anagrafi vaccinali informatizzate, e adozione di un unico software a livello regionale o di software differenti a livello di ASL;
- tipologia dei dati archiviati (individuali o aggregati), accessibilità alla regione e frequenza di trasmissione di queste informazioni;
- collegamento con le anagrafi comunali/sanitarie;
- variabili raccolte;
- possibilità di calcolo automatico delle coperture vaccinali, sue modalità, e denominatori utilizzati;
- funzioni del software.

Hanno aderito tutte le 21 regioni e province autonome italiane, per un totale di 180 ASL. I dati raccolti riflettono la situazione al giugno 2007.

L'indagine ha dimostrato che in 9 regioni italiane tutte le ASL utilizzano un'anagrafe vaccinale informatizzata: in 5 (Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Trento, Umbria, Valle d'Aosta) tutte le ASL

utilizzano lo stesso software, nelle altre 4 (Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana) vengono impiegati software differenti. In 6 regioni (Campania, Lazio, Marche, Piemonte, Puglia, Veneto) il livello di informatizzazione è variabile (range 62%-95%). Infine in 6 regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Molise, Sardegna, Sicilia) non esiste alcuna anagrafe vaccinale informatizzata (Figura).

In totale, 126/180 ASL italiane (70%) hanno un'anagrafe vaccinale informatizzata. Di queste, solo il 17% (21/126) trasmette o condivide i dati individuali con la propria regione. Le altre ASL trasmettono esclusivamente dati aggregati di copertura vaccinale.

Per quanto riguarda i dati anagrafici della popolazione target dell'offerta vaccinale, l'archivio dell'anagrafe vaccinale viene alimentato per via telematica dall'anagrafe sanitaria o comunale nel 60% delle ASL informatizzate (76/126).

I software per la gestione dell'anagrafe consentono di calcolare in automatico le coperture vaccinali nel 78% (98/126) delle ASL; come denominatore viene utilizzato nel 75% dei casi la popolazione residente, nel 25% quella domiciliata.

Le coperture vaccinali possono essere calcolate per coorti di nascita, dose ed età di vaccinazione nel 52% delle ASL, e per coorti di nascita, dose e periodo di vaccinazione nel 48%. Le coperture vaccinali per gruppi di persone con particolari condizioni di rischio (ad esempio, soggetti <65 anni con patologie di ▶

(*) L. Sudano (Valle d'Aosta); G. Morosetti (Provincia Autonoma di Bolzano); R. Carloni (Liguria); A. Pavan (Lombardia); R. Prato (Puglia); V. Carraro (Provincia Autonoma di Trento); T. Gallo (Friuli-Venezia Giulia); A. Ferro (Veneto); F. Locuratolo (Basilicata); A.C. Finarelli (Emilia-Romagna); R. Patriarchi (Molise); A. Barale (Piemonte); S. Ciriminna (Sicilia); F. Curtale (Lazio); G. Grilli (Marche); E. Balocchini (Toscana); M. di Giacomo, R. Cassiani (Abruzzo); A. Zaccone (Calabria); A. Tosti (Umbria); G. Rossi (Sardegna); R. Pizzuti (Campania)

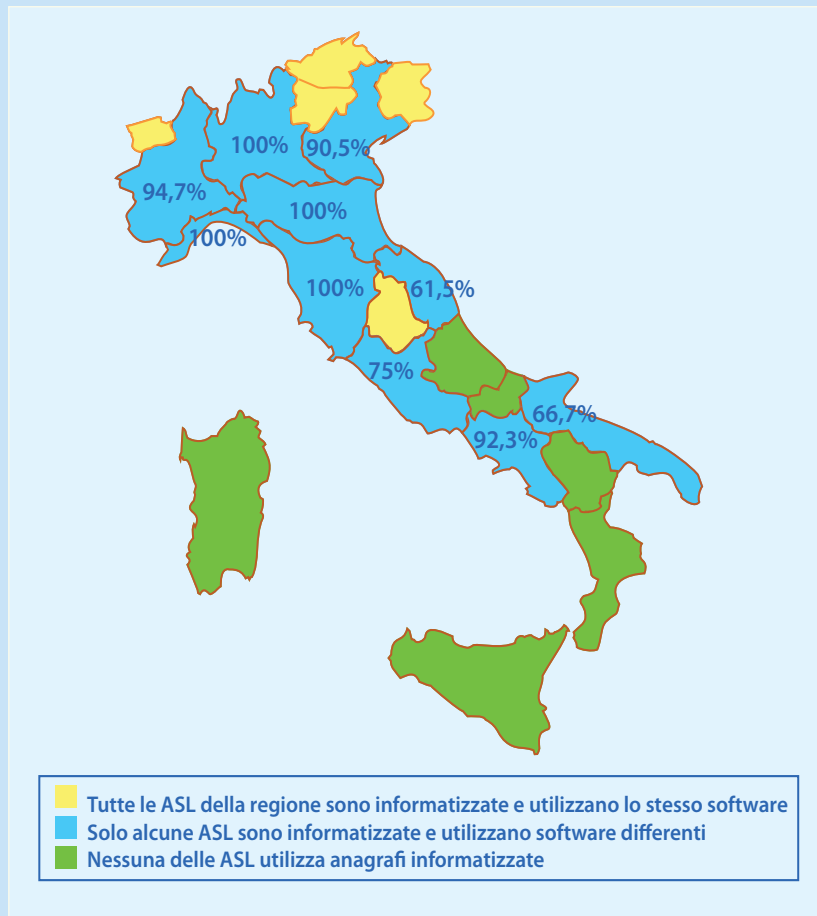


Figura - Percentuale di ASL con anagrafi vaccinali informatizzate, per regione e tipo di software utilizzato. Italia, giugno 2007

base vaccinati contro l'influenza) possono essere calcolate nel 7% delle ASL informatizzate.

Tutti i software utilizzati permettono la produzione di listati dei soggetti da invitare alla vaccinazione, la stampa delle lettere di invito, la generazione delle allerte per identificare chi non è stato vaccinato in modo appropriato e la registrazione di informazioni sui motivi di mancata vaccinazione; l'80% consente anche di programmare gli appuntamenti e registrare informazioni sui fattori di rischio (patologie di base, ecc.).

In conclusione, a oggi in Italia, il 70% delle ASL risulta avere un'anagrafe vaccinale informatizzata. Tuttavia estese realtà si trovano ancora a gestire gli archivi vaccinali su supporto cartaceo. È necessario quindi migliorare il livello di informatizzazione dei dati sulle vaccinazioni, soprattutto nelle regioni del Sud. La diffusione delle anagrafi vaccinali informatizzate potrà avere ricadute

positive sull'adesione alle vaccinazioni, vista la dimostrata efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali di interventi come la chiamata attiva alla vaccinazione, il sollecito di chi non si presenta, e i sistemi di promemoria per gli operatori sanitari (3).

Emerge inoltre una situazione disomogenea per quanto riguarda la possibilità di condividere tra aree i dati archiviati nelle anagrafi esistenti, e il loro collegamento con le anagrafi di popolazione (cioè le anagrafi comunali o sanitarie). La condivisione di informazioni sullo stato vaccinale dei singoli individui è molto importante per garantire l'adeguata vaccinazione di persone che si trasferiscono da un'area all'altra. Per questo, è auspicabile che i software utilizzati per gestire l'anagrafe vaccinale si basino sul set minimo di variabili messo a punto dal Gruppo di lavoro "Mattoni", e vengano messi a punto protocolli di condivisione dei dati.

Molti studi internazionali dimostrano l'importanza delle anagrafi informatizzate (4-6), che sono state descritte come la pietra miliare dell'immunizzazione nel XXI secolo (7).

I risultati di questa indagine, che sono i primi disponibili su questo tema a livello nazionale, evidenziano quindi l'importanza di modulare gli interventi a seconda del livello locale di avanzamento, avviando le anagrafi vaccinali laddove non siano presenti, o migliorandone l'utilizzo. Sarà inoltre importante un monitoraggio nel tempo del livello di informatizzazione delle anagrafi e delle loro performance. ■

Riferimenti bibliografici

1. Gruppo di lavoro ICONA. *ICONA 2003: indagine sulla copertura vaccinale infantile*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003 (Rapporti ISTISAN 03/37).
2. Ministero della Salute. Piano Nazionale Vaccini 2005-2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministero.salute.it/imgs/C_17_normativa_526_ulterioriallegati_ulterioreallegato_0_alleg.pdf
3. Vaccine-preventable diseases: improving vaccination coverage in children, adolescents, and adults. A report on recommendations from the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep* 1999;48(RR-8):1-15.
4. Glazner JE, Beaty BL, Pearson KA, et al. Using an immunization registry: effect on practice costs and time. *Ambul Pediatr* 2004;4(1):34-40.
5. Kempe A, Beaty BL, Steiner JF, et al. The regional immunization registry as a public health tool for improving clinical practice and guiding immunization delivery policy. *Am J Public Health* 2004;94(6):967-72.
6. Khare M, Piccinino L, Barker LE, et al. Assessment of immunization registry databases as supplemental sources of data to improve ascertainment of vaccination coverage estimates in the national immunization survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160(8):838-42.
7. Linkins RW, Feikema SM. Immunization registries: the cornerstone of childhood immunization in the 21st century. *Pediatr Ann* 1998;27(6):349-54.

LA DEPRESSIONE NELLA POPOLAZIONE DELLE ASL PARTECIPANTI ALLO STUDIO TRASVERSALE PASSI, 2006

Pierluigi Piras^{1,2}, Nancy Binkin¹ e Alberto Perra¹ per il Gruppo PASSI 2006*

¹Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

²Dipartimento di Prevenzione, ASL 7 di Carbonia, Cagliari

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità (1). Per i cittadini la salute mentale è infatti una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa.

Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri per i cittadini e la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. L'OMS stima che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati (2).

Nell'Unione Europea (UE), gli studi hanno dimostrato che i tipi più comuni di patologie mentali sono i disturbi legati alla depressione e all'ansia, ma è la depressione a rappresentare uno dei più seri problemi sanitari (2). Si stima che in Europa, almeno un cittadino su quattro abbia sofferto di una patologia mentale, e che queste malattie rappresentino circa il 3-4% del PIL (derivante per lo più dalla perdita di produttività) (3). Si stima infine che, mediamente, nei Paesi europei circa la metà (44-70%) delle persone colpite da malattie mentali non venga mai curata.

A partire dal 1999, l'UE ha promosso attivamente la cooperazione tra i Paesi membri nell'approccio alla salute mentale (2), in particolare per la raccolta di dati sulle caratteristiche e i fattori determinanti delle più diffuse patologie mentali.

Diversi studi nazionali hanno stimato la prevalenza di sindromi depressive e altre patologie mentali nella popolazione italiana (4, 5). Nonostante tali studi, sarebbero necessarie ulteriori conoscenze per selezionare priorità e migliorare gli interventi

in corso, in particolare per definire meglio l'ampiezza del problema, le sue dinamiche evolutive e alcuni aspetti relativi ai servizi preposti (ad esempio, equità e accessibilità). Questo è particolarmente importante a livello locale e regionale, dove vengono spesso prese decisioni al riguardo.

A tal scopo, nell'ambito dello Studio PASSI 2006, è stata condotta un'indagine telefonica per mezzo di un questionario standardizzato sulla salute e i comportamenti salutari negli italiani adulti. All'interno di questa indagine abbiamo inserito un breve modulo sulla depressione articolato in sei domande.

La prima parte del modulo rappresenta una versione modificata del Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consiste di due domande di provata e alta sensibilità e specificità per la depressione, secondo i criteri del DSM-IV (6). Si riferiscono ai sintomi relativi agli ultimi 12 mesi e per un periodo di almeno due settimane di fila, e manifestatisi con: (A) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e/o (B) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Le altre domande includono in che misura tali problemi abbiano reso difficile la vita e le attività; se, a causa di tali problemi, le persone intervistate si siano eventualmente rivolte a una figura professionale per essere aiutate e a quale; se un medico abbia loro prescritto un farmaco antidepressivo da prendere per alcuni mesi e, infine, se ricordassero il nome del farmaco.

Sono state coinvolte nell'indagine PASSI 2006 35 ASL di 7 regioni (Emilia-Romagna, Campania, Umbria, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Veneto e Sardegna). È stato intervistato un campione casuale di persone di 18-69 anni, selezionate dalla lista assistiti delle ASL, per un totale di 4.905 persone. I questionari sono stati somministrati per telefono da personale sanitario locale, in genere infermieri o assistenti sanitari, specificamente addestrati.

I dati sui sintomi di depressione sono stati raccolti per 4.859 (99,0%) delle 4.905 persone intervistate. Il 18,0% (IC 95% 16,9%-19,1%) delle 4.859 ha riferito, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, entrambi i sintomi di depressione, mentre l'8,2% ha riportato solo il primo sintomo (poco interesse o piacere nel fare le cose) e un altro 4,4% solo il secondo. Il testo seguente si riferisce alle persone che hanno riferito entrambi i sintomi.

La prevalenza riportata dei due sintomi di depressione coesistenti non differiva significativamente per età o livello di istruzione (Tabella). Tuttavia, i tassi erano superiori per le donne, per le persone attualmente non impiegate, e per le persone con almeno una malattia cronica. Un'analisi multivariata comprendente età, sesso, stato lavorativo, e presenza di malattie croniche ha dimostrato che tutti e quattro rimanevano significativi fattori di rischio per la depressione, con il sesso femminile come predittore più forte.

Tra coloro che hanno riferito entrambi i sintomi di depressione, il 55,0% dichiara che tale condizione ha reso loro la vita moderatamente difficile e il 33,3% molto o moltissimo difficile.

Su tutte le persone che hanno riferito entrambi i sintomi di depressione, il 33,3% ha dichiarato di aver parlato con un medico o altro operatore sanitario. Un ulteriore 26,8% ne ha parlato con familiari o amici, e il 39,9% con nessuno.

In questo stesso gruppo, laddove dichiarato, il 27,2% ha riferito di aver assunto farmaci per consiglio di un medico negli ultimi 12 mesi. Le tipologie di farmaci che sono state elencate da coloro in grado di ricordarlo (l'82% di chi ha dichiarato di aver assunto farmaci), appartengono alle categorie farmaceutiche ufficiali che spaziano dagli antidepressivi agli ansiolitici, dagli ipnotico-sedativi agli psicostimolanti, ►

(*) Gruppo PASSI 2006: Giuliano Carrozzi (AUSL di Modena); Marco Cristofori (ASL 4, Terni); Giuseppina De Lorenzo (Regione Campania, Napoli); Daniela Lombardi (Servizio di Epidemiologia ASL 20, Alessandria); Maria Miceli (ASL Roma D); Paolo Niutta (Ministero della Salute, Roma); Pierluigi Piras (ASL 7, Carbonia); Mauro Ramigni (Servizio Igiene e Sanità Pubblica ULSS 3, Bassano del Grappa); Gaia Scavia, Nancy Binkin, Alberto Perra (Istituto Superiore di Sanità, Roma); Tolinda Gallo (ASS 4 "Medio Friuli"); Carla Bietta (AUSL Umbria 2)

Tabella - Sintomi di depressione per caratteristiche demografiche e sanitarie, PASSI 2006

	% di chi ha riferito entrambi i sintomi	Odds ratio di prevalenza aggiustato* (IC 95%)
Totale	18% (IC 95% 16,9-19,1)	
Caratteristiche		
Età		
18-34	18,5	1,3 (1,1-1,6)
35-49	17,8	1,2 (1,0-1,5)
50-69	17,8	1,0
Sesso		
M	11,0	1,0
F	24,7	2,5 (2,1-3,0)
Istruzione		
< 9 anni	18,9	-
≥ 9anni	17,3	-
Occupazione		
Presente	15,0	1,0
Saltuaria	24,7	1,6 (1,2-2,0)
Assente	22,3	1,3 (1,1-1,6)
Malattie croniche**		
Nessuna	16,6	1,0
≥ 1	23,6	1,6 (1,4-2,0)

(*) Aggiustato per età, sesso, occupazione e malattie croniche; (**) Malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie, insufficienza renale, tumori (autoriferiti)

fino agli antipsicotici, più una miscelanea di farmaci meno frequenti (antiepilettici, anticolinergici, antivertigine, procinetici, e preparati omeopatici).

Lo studio ha dimostrato che le domande sulla depressione sono state ben accettate sia dagli intervistatori sia dalle persone intervistate.

I risultati evidenziano come i sintomi di depressione, misurati secondo il PHQ-2, riguardino una notevole fetta della popolazione in studio - quasi uno su cinque - con una distribuzione non omogenea; sono stati infatti evidenziati gruppi con caratteristiche socio-demografiche a maggior rischio. I risultati del PASSI evidenziano inoltre tassi ancora bassi relativamente al trattamento dei disturbi mentali e all'utilizzo dei servizi sanitari, suggerendo in certa misura un bisogno insoddisfatto.

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una delle attuali "sfide" poste ai servizi sanitari.

Il confronto dei risultati con altri dati è complicato dal limitato gruppo d'età usato per questo studio e dal periodo di riferimento per i sintomi, che è diverso da quello usato da altri studi. Nel sistema di sorveglianza PASSI, lanciato nel 2007, le due

domande sono state modificate per riferirsi a un periodo di tempo più compatibile con altri studi nazionali e internazionali. È auspicabile che questi dati, diffusi non solo agli erogatori di servizi nel campo della salute mentale, ma anche ai decisori di sanità pubblica, spingano all'azione per migliorare da una parte lo screening dei medici di medicina generale e dall'altra riducano il senso di stigmatizzazione nelle persone bisognose di un aiuto medico. ■

Ringraziamenti

Si ringrazia Antonella Gigantesco del Reparto di Salute Mentale del CNEPS, per l'essenziale apporto nella preparazione del questionario per la raccolta dei dati e nell'analisi e interpretazione dei risultati.

Riferimenti bibliografici

1. WHO. Strengthening mental health promotion. Geneva: WHO, Fact Sheet 220, 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>
2. Consiglio Europeo. Mental health promotion and prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in Europe (2001-2003). Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/promotion/fp_promotion_2001_frep_02_en.pdf
3. Parlamento Europeo. Risoluzione del Parlamento europeo sul miglioramento

della salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea. 2006/2058(INI). Disponibile all'indirizzo: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2006-0341+0+DOC+XML+V0//IT>

4. Dubini A, Mannheimer R, Pancheri P. Depression in the community: results of the first Italian survey. *Int Clin Psychopharmacol* 2001;16:49-53.
5. De Girolamo G, Polidori G, Morosini PL, et al. La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders, realizzato nell'ambito della WHO World Mental Health Survey Iniziative). *Epidemiol Psichiatr Soc* 2005; suppl 4. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>
6. Kroenke K, Spitzer R, Williams JB. The patient health questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-92.

Comitato editoriale BEN

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