



## SORVEGLIANZE PASSI

### Il consiglio del personale sanitario per modificare gli stili di vita della popolazione: i risultati della sorveglianza PASSI in Veneto (2007-08)

Gianstefano Blengio<sup>1</sup>, Giovanna Frison<sup>2</sup>, Federica Michieletto<sup>2</sup>, Silvia Milani<sup>3</sup>, Cinzia Piovesan<sup>2</sup> e Francesca Russo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS n. 22, Bussolengo (VR)

<sup>2</sup>Direzione Prevenzione, Regione del Veneto, Venezia

<sup>3</sup>Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS n. 13, Mirano (VE)

Uno degli obiettivi della sorveglianza PASSI (1) è quello di monitorare quanto gli interventi preventivi siano in grado di contrastare stili di vita nocivi per la salute che interessano ampie fasce di popolazione. La rilevazione capillare del PASSI, che permette di scendere al dettaglio territoriale dell'azienda sanitaria, offre la possibilità di correlare il risultato di salute o il comportamento all'intervento che il decisore sanitario ha messo in atto.

I programmi di prevenzione sono oggi sempre più articolati e vedono il coinvolgimento di un numero sempre più ampio ed eterogeneo di soggetti. In un approccio intersettoriale, uno dei compiti peculiari del personale sanitario è quello di veicolare alla popolazione a cui ci si rivolge il corretto messaggio di salute. In particolare, il consiglio del medico, anche se breve, si è dimostrato efficace nel contribuire a modificare gli stili di vita, ancor più se inserito in un approccio integrato di intervento sulla comunità.

Il questionario PASSI indaga, tra l'altro, l'entità della diffusione del messaggio da parte del personale sanitario nei diversi ambiti della prevenzione, in particolare la modifica degli stili di vita nelle quattro aree del progetto "Guadagnare salute" (2) (fumo, attività motoria, alimentazione e consumo di alcol). Bisogna sottolineare che attraverso l'indagine si stima la prevalenza di persone che ricevono il consiglio da parte degli operatori sanitari; tuttavia questa non è che un *proxy* della frequenza con cui il consiglio è stato effettivamente dato. Infatti, un consiglio troppo breve o poco convinto offerto dall'operatore può tradursi nel

fatto che la persona non ricordi di averlo ricevuto. La frequenza riferita della ricezione del consiglio rappresenta pertanto una stima del fenomeno dopo una scrematura dei "consigli poco validi".

Negli ultimi anni la regione del Veneto ha investito molto nella formazione del personale sanitario su questi temi. In particolare, nel 2007, i 3.500 medici di medicina generale (MMG) della regione sono stati formati al counselling breve al fumatore e, tra il 2004 e il 2006, con il progetto regionale "Mamme libere dal fumo", 400 ostetriche sono state addestrate sul counselling antitabagico. Inoltre, nell'ambito del progetto regionale di lotta alla sedentarietà, sono stati formati 962 operatori sanitari, di cui 724 MMG, coinvolgendo 13 ULSS sulle 21 esistenti.

Vogliamo qui presentare i risultati della sorveglianza PASSI in Veneto, riguardanti questi temi, relativi agli anni 2007 e 2008. Abbiamo anche analizzato i dati raccolti per valutare se l'attività formativa attuata negli ultimi anni dalla regione si sia dimostrata efficace.

Per quanto riguarda le modalità di rilevazione del sistema di sorveglianza e i metodi di analisi, si rinvia a quanto già descritto altrove (1). Nel 2007 e 2008 in Veneto hanno partecipato all'indagine 17 ULSS su 21. Sono state analizzate, rispettivamente, 3.219 e 4.240 interviste.

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Da revisioni sistematiche

della letteratura è emerso che il semplice consiglio del medico, espresso anche solo una volta durante una visita di routine, convince il 2% dei fumatori a smettere di fumare e ad astenersi dal fumo per un anno. Fornendo ulteriore sostegno e incoraggiamento l'efficacia dell'intervento può migliorare fino al 3% (3).

Come riportato nella Tabella, nel 2008 al 45% degli intervistati che si è recato da un medico nell'ultimo anno, sono state poste domande in merito alla loro abitudine al fumo.

Il 62% dei fumatori, che si è recato da un medico, ha ricevuto nel 2008 il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario, mentre nell'anno precedente lo aveva ricevuto il 55%. Il consiglio è stato dato a scopo preventivo nel 32% dei casi, nel 16% dei casi per motivi di salute e nel 14% per entrambi i motivi.

Dal 2007 al 2008, quindi, il personale sanitario sembra avere aumentato l'interesse verso l'abitudine al fumo dei propri assistiti, con un incremento significativo della percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare.

L'attività fisica è praticata in modo insufficiente dalla popolazione veneta: secondo i risultati PASSI, circa un adulto su quattro in Veneto è sedentario, indipendentemente dall'età e dal sesso. Eppure è ben noto che l'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità (4, 5). Una combinazione di consigli su dieta ed esercizio fisico, associata ad una terapia comportamentale basata sul counselling mo- ▶

**Tabella** - Esposizione al consiglio breve dell'operatore sanitario, relativamente ai comportamenti associati alla salute

	Anno 2007 % (IC 95%)	Anno 2008 % (IC 95%)
Persone a cui è stato chiesto se fumano	41,8 (39,7-43,9)	44,7 (42,8-46,7) <sup>a</sup>
Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere	55,1 (50,5-59,8)	62,0 (57,8-66,2) <sup>a</sup>
Persone in eccesso ponderale a cui è stato consigliato di perdere peso	52,7 (49,3-56,3)	49,7 (46,4-53,0)
Persone che hanno ricevuto consiglio di fare attività fisica regolare	29,8 (26,7-30,9)	34,4 (32,5-36,2) <sup>b</sup>
Persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto consiglio di fare attività fisica	36,0 (32,5-39,7)	43,3 (40,3-46,4) <sup>b</sup>
Persone interpellate sui propri consumi di alcol	21,4 (19,5-23,2)	21,3 (19,6-22,9)

(a) Differenza al limite della significatività  
(b) Differenza significativa rispetto al 2007

tivazionale, sembra essere più efficace dei singoli interventi nel trattamento dell'obesità e può portare ad una perdita di peso durevole (6).

Nonostante ciò, in Veneto solo il 38% degli intervistati nel 2008 ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e solo il 34% ha dichiarato di aver avuto il consiglio di praticarla regolarmente. La percentuale è comunque significativamente aumentata rispetto al 2007 (Tabella). Il 43% delle persone in eccesso ponderale ha riferito, nel 2008, di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica; anche quest'ultima percentuale ha subito un incremento significativo rispetto all'anno precedente. Viceversa, la proporzione di persone in eccesso ponderale a cui è stato suggerito di perdere peso è rimasta sostanzialmente stazionaria (50% nel 2008 e 53% nel 2007).

I dati PASSI evidenziano che in Veneto circa due persone su tre nella fascia d'età 18-69 anni consumano bevande alcoliche e una su quattro ha abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione. Nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un uso eccessivo, il problema alcol rimane attualmente sottovalutato: all'accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale che spesso ostacola i messaggi della prevenzione. L'alcol contribuisce ad oltre 60 problemi di salute, dalla sindrome feto alcolica dei neonati agli incidenti

stradali, dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di cancro.

Esiste sufficiente evidenza di efficacia di interventi mirati da parte dei medici di medicina generale; in particolare, l'intervento di counselling breve si è dimostrato efficace nel ridurre il consumo rischioso e dannoso di alcol (7). Tuttavia, solo il 21% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol; la percentuale è rimasta stabile nel biennio. Solo il 7% dei consumatori a rischio ha riferito nel 2008 di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

Dai risultati dei primi due anni di sorveglianza PASSI appare che la diffusione dei consigli del personale sanitario sia aumentata per quanto riguarda la pratica dell'attività fisica (in modo significativo) e l'abitudine al fumo. Si cominciano quindi a vedere i risultati delle attività di formazione sul counselling breve e motivazionale dirette agli operatori sanitari per quanto riguarda questi due importanti ambiti preventivi.

Viceversa, secondo la sorveglianza PASSI, sul consumo di alcolici in Veneto nel 2007-08 è stata interpellata solo una persona su cinque e meno di un consumatore a rischio su dieci ha ricevuto il consiglio di ridurre il consumo. Va sottolineato che questi risultati appaiono in accordo con quanto emerso da altre indagini condotte in Veneto. In particolare, l'indagine regionale "Conoscere per cambiare", rivolta ad un cospicuo

campione di MMG e ai loro assistiti, ha rilevato nel 2002 che solo il 21% dei medici intervistati affrontava sempre esplicitamente il problema dell'assunzione di alcol con i propri pazienti (8).

Per superare le resistenze e le retrosie ad affrontare il tema del consumo rischioso e dannoso di alcol, è necessario potenziare la sensibilizzazione del personale sanitario e dotarlo di strumenti appropriati per affrontare il problema con i propri assistiti. ■

### Riferimenti bibliografici

1. Gruppo Tecnico PASSI. *Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): risultati 2007*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (Rapporti ISTISAN 09/31).
2. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari. *Gazzetta Ufficiale* n. 117, 22 maggio 2007.
3. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo (edizione 2008). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/linee%20guida%20breve%202008%20per%20web.1211805168.pdf>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States. *MMWR* 2009;58(RR-7):1-30. Disponibile all'indirizzo: [www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5807.pdf](http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5807.pdf)
5. US Department of Health and Human Services. 2008 Physical activity guidelines for Americans. Disponibile all'indirizzo: [www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf](http://www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf)
6. De Luca R, Lingua S, Meneghin M, et al. L'attività ambulatoriale di nutrizione e le abilità di counselling: linee di indirizzo. Disponibile all'indirizzo: [http://www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/dwd/prev\\_obesity.pdf](http://www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/dwd/prev_obesity.pdf)
7. Scafato E, Gandin C, Patussi V (Ed). L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. Disponibile all'indirizzo [www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/fascicolo1.pdf](http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/fascicolo1.pdf)
8. Regione del Veneto. *Progetto regionale Conoscere per cambiare - Il cittadino veneto e i problemi alcol e fumo correlati*. Limena: Daigo Press; 2003.

## PASSI D'ARGENTO: DALL'UMBRIA UNA SPERIMENTAZIONE DELLA SORVEGLIANZA DELLA POPOLAZIONE DI 65 O PIÙ ANNI

Marco Cristofori<sup>1</sup>, Marcello Catanelli<sup>2</sup> e Vincenzo Casaccia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servizio di Epidemiologia, ASL 4 Terni

<sup>2</sup>Assessorato alla Sanità, Regione Umbria, Perugia

**D**al dopo guerra si è registrato un allungamento progressivo dell'aspettativa di vita nei Paesi industrializzati, legato a diversi fattori concomitanti, quali una consistente riduzione della mortalità per tutte le cause, oltre che a una diminuzione della natalità. L'invecchiamento della popolazione ha provocato conseguenze importanti sugli assetti sociali, culturali ed economici, ma anche sulla dimensione soggettiva della qualità percepita della vita e della salute, accompagnandosi al fatto che l'allungamento della vita non è sistematicamente associato anche al miglioramento della qualità di vita. Nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel documento "Active ageing: a policy framework" (1), ha raccolto e usato l'evidenza disponibile in letteratura per delineare una strategia mirante a creare o rafforzare le condizioni per un "invecchiamento attivo", le cui basi sono da costruire ben prima dell'età anziana. La parola "attivo" si riferisce alla possibilità che deve essere accordata alle persone anziane in termini di partecipazione alle questioni sociali, economiche, culturali, spirituali e civiche, in rapporto ai bisogni, desideri e inclinazioni di ciascun individuo o gruppo sociale. In tale documento vengono identificate tre strategie fondamentali: essere risorsa e partecipare alla vita sociale; rimanere in buona salute; usufruire di cure e tutele avendo un reddito adeguato. Tutto ciò è influenzato da gruppi di fattori personali, sociali ed economici (quali ad esempio genere, stili di vita, fattori biologici, fattori legati al sistema dei servizi sanitari e sociali). Questi fattori agiscono durante tutto il corso della vita e determinano, con il progredire dell'età, l'accentuarsi delle differenze individuali legate allo stato di salute e al benessere complessivo della persona. Fra l'altro, la realizzabilità dell'invecchiamento attivo implica anche che i sistemi sanitari e sociali migliorino i risultati delle loro performance, attraverso l'aumento dell'efficienza e il monitoraggio continuo delle attività e degli aspetti di salute della popolazione ultra 64enne.

Da qui la necessità, per promuovere l'invecchiamento attivo mantenendo e migliorando la salute degli anziani, di

conoscere e seguire nel tempo da un lato il loro stato di salute e dall'altro la diffusione delle misure di promozione e prevenzione della loro salute.

Queste informazioni mirano a fornire ai decisori ma anche ai diversi gruppi di interesse, quali i rappresentanti delle attività locali, come i sindacati, elementi di comprensione dei fenomeni, con un dettaglio tale da permettere di identificare e realizzare interventi adeguati sul territorio.

Nel 2008, l'Umbria ha accettato la sfida, proposta e finanziata dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), di sperimentare, inizialmente all'interno della propria regione, ma estendendo la sperimentazione in un secondo momento alle altre regioni italiane, un sistema di sorveglianza in grado di produrre degli indicatori sulla popolazione generale di 65 o più anni che, sensibili al cambiamento nel tempo, rappresentino bene l'evoluzione dei fattori determinanti di salute e di autosufficienza, ma anche della penetrazione degli interventi realizzati dalle famiglie e dai servizi dell'area sociale e sanitaria.

Tale pool di indicatori ha per scopo di orientare l'azione da parte dei decisori o di gruppi di interesse della comunità facilitando l'adozione o il miglioramento di misure tese a promuovere la qualità della vita degli over 64 e a ridurre i costi dell'assistenza.

PASSI d'Argento (2), a somiglianza del sistema di sorveglianza PASSI (3), sperimentato nel 2004 e 2005 e ora messo a regime, ha per vocazione di essere uno strumento economico e sostenibile per una sorveglianza di popolazione, studiato per essere utile alle ASL e realizzabile dagli stessi operatori sanitari che ne sono anche i principali utilizzatori. Il progetto ha coinvolto in una prima fase (2009) 7 regioni italiane e successivamente (2010) (2) altre 12, con una copertura quasi totale del territorio nazionale.

In nessun gruppo di età come negli ultrasessantacinquenni, l'efficacia degli interventi dipende dalla sinergia e dalla efficienza degli operatori del settore sanitario e sociale. Per la struttura di governo della nostra regione, gran parte dell'attività sociale si realizza a cura di operatori

sociali che sono inseriti all'interno del sistema sanitario (ASL e distretti sanitari). Questa situazione ha facilitato la preparazione e l'esecuzione dell'indagine sperimentale, in particolare la raccolta dei dati tramite intervista telefonica o faccia a faccia, ma anche e soprattutto l'utilizzazione ottimale delle indicazioni operative che scaturiranno dai risultati. La cooperazione fra i due settori è stata, inoltre, facilitata dalla formazione congiunta di cui operatori sociali e sanitari hanno beneficiato nella fase di preparazione dell'indagine e, in fase di realizzazione della raccolta dati, nella valutazione delle attività tramite analisi SWOT (punti forti, punti deboli, opportunità e pericoli), alla quale hanno partecipato in gruppo operatori sanitari e sociali. Tutte le tappe della sperimentazione sono state compiute in stretta collaborazione con il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Rispetto al sistema di sorveglianza PASSI, il PASSI d'Argento si è sviluppato intorno ad alcuni elementi innovativi quali:

- la progettazione della sperimentazione fortemente partecipata con tutti gli *stakeholders* invitati in diversi workshop preliminari;
- la disponibilità di un'unità territoriale, quella della ASL 4 di Terni - Distretto n. 3 di Orvieto (4), che da anni ospita un corso di formazione di epidemiologia di campo, organizzato dall'ISS, il quale coniuga obiettivi formativi a indagini scientifiche sul campo: OKkio alla SALUTE e PASSI d'Argento costituiscono due esempi importanti;
- la valutazione continua attraverso le schede SWOT delle attività svolte *in itinere* che ha permesso di ritrarre continuamente gli strumenti, i protocolli e il questionario;
- una forte impronta iniziale mirata all'azione, sia nella scelta degli indicatori, prevalentemente di processo, per loro natura rapidamente modificabili;
- una classificazione della popolazione in sotto-categorie (anziani in buona salute, anziani in buona salute ma a rischio di malattie, anziani con segni di fragilità, anziani disabili) sulla base della ►

Tabella - Definizioni utilizzate per l'individuazione dei sottogruppi di popolazione

**Ultra 64enni in buona salute a basso rischio di malattia**

Si tratta di persone che:

- sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL (activities of daily living)
- non sono autonomi in al massimo 1 IADL (instrumental activities of daily living)
- presentano al massimo 1 delle seguenti caratteristiche o condizioni:
  - problemi di masticazione o di vista o di udito
  - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo di frutta e verdura
  - sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale

**Ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità**

Come il gruppo precedente, si tratta di persone che:

- sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL
- non sono autonomi in al massimo 1 IADL
- in più presentano almeno 2 delle seguenti caratteristiche o condizioni:
  - problemi di masticazione o vista o udito
  - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo di frutta o verdura
  - sintomi di depressione o di isolamento, mancanza di supporto sociale

**Ultra 64enni con segni di fragilità**

- sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL
- non sono autonomi in almeno 2 IADL

All'interno di questo sottogruppo si distinguono le persone con marcati segni di fragilità che presentano almeno 1 delle seguenti condizioni:

- percezione dello stato di salute "male o molto male", o 10 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici/psicologici e 5 giorni con limitazioni negli ultimi 30 giorni, o fin dall'inizio l'intervista è effettuata con l'aiuto del *proxy*
- perdita di appetito e peso (4,5 kg o 5% o più) nell'ultimo anno

**Ultra 64enni disabili**

- non sono autonomi in una o più ADL

All'interno di questo sottogruppo si distinguono le persone:

- parzialmente disabili: hanno bisogno di aiuto in un numero di ADL che va da 1 a 5
- totalmente disabili: hanno bisogno di aiuto in tutte e 6 le ADL

autonomia delle persone nelle IADL (instrumental activities of daily living) (Tabella);

- l'immediata fruibilità dei risultati grazie all'uso di un "barometro" dei principali indicatori che mette accanto, anche visivamente, problemi di salute o fattori di rischio e diffusione delle misure di cura o prevenzione;
- una forte adesione alla strategia OMS sull'invecchiamento attivo, che ha costituito il background scientifico, ma anche una griglia di lettura dei risultati dell'indagine sperimentale.

Con la sperimentazione di PASSI d'Argento la nostra regione sta ottenendo diversi risultati che vanno ben oltre la disponibilità di informazioni su una certa fascia di età. A cominciare dagli stessi operatori sociali e sanitari, infatti, si sta diffondendo un modo diverso di intendere la salute fisica e mentale di una popolazione in crescita e spesso risorsa più che problema. Si sta anche diffondendo una forte coesione fra sociale e sanitario con una chiave di lettura comune di una realtà, la progressiva integrazione e il rinforzo della sorveglianza di popolazione, rappresentata nella nostra regione oltre che da PASSI e PASSI d'Argento, anche da

OKkio alla SALUTE (5) e dal Health behaviour in school-aged children's, al fine di produrre un profilo regionale di salute orientato alla scelta delle priorità (6).

PASSI d'Argento rappresenta al momento attuale uno strumento importante per la conoscenza dello stato di salute, della qualità della vita e della percezione dei servizi territoriali riguardo la popolazione anziana. La forte impronta all'azione, il dettaglio di rappresentatività che in Umbria è la ASL, la suddivisione della popolazione in 4 grandi categorie funzionali al miglioramento dell'efficienza dell'azione socio-sanitaria costituiscono qualità promettenti di questo nuovo sistema di sorveglianza che con tutta probabilità sarà messo a regime nel nostro Paese nei prossimi anni. ■

**Riferimenti bibliografici**

1. Active ageing: a policy framework - A contribution of the World Health Organization to the second United Nations world assembly on ageing. Madrid, April 2002. Disponibile all'indirizzo: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
2. Perra A, Biscaglia L. È partito il progetto PASSI d'Argento: un occhio attento

alla salute e al ruolo della terza età nella società italiana. *Not Ist Super Sanità - Insetto BEN* 2009;22(3):iv.

3. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". *Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/30).
4. Cristofori M, Binkin N, Perra A, *et al*. "PASSI d'Argento": primo studio pilota sul distretto di Orvieto. Un'indagine su salute e qualità di vita nella terza età. *Not Ist Super Sanità - Insetto BEN* 2008;21(9):i-ii.
5. Spinelli A, Baglio G, Cattaneo C, *et al*. OKkio alla SALUTE: promozione della salute e crescita sana nei bambini della scuola primaria. *Ann Ig* 2008;20:337-44.
6. Disponibile all'indirizzo: [www.hbsc.com](http://www.hbsc.com)

**Comitato editoriale BEN**

Paola De Castro, Carla Faralli,  
Marina Maggini, Alberto Perra,  
Stefania Salmaso  
e-mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)