



## SORVEGLIANZE NAZIONALI

### IL SISTEMA PASSI: UN'IMPORTANTE FONTE INFORMATIVA PER IL MONITORAGGIO DELLE DISUGUAGLIANZE

Valentina Minardi<sup>1</sup>, Stefano Campostrini<sup>2</sup>, Giuliano Carrozzi<sup>3</sup>, Valentina Possenti<sup>1</sup>, Lara Bolognesi<sup>3</sup>,  
Letizia Sampaolo<sup>3</sup>, Diego Sangiorgi<sup>4</sup> e Stefania Salmaso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

<sup>2</sup>Dipartimento di Statistica, Università degli Studi Ca' Foscari, Venezia

<sup>3</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena

<sup>4</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Cesena

I determinanti sociali sono fattori noti nell'implicare importanti differenze di salute, e come tali costituiscono una sfida per la sanità pubblica mondiale del terzo millennio. Il loro impatto sullo stato di salute degli individui, in termini di prevenzione, comparsa e guarigione delle malattie e delle disabilità, è stato ampiamente dimostrato sia in Paesi ad alto che a basso reddito (1). Ciononostante, permane un dibattito aperto su quali siano le fonti di informazione più idonee a incoraggiare e supportare l'adozione di politiche di intervento efficaci, in particolare sugli effetti prodotti dai determinanti sociali e la loro modifica nel corso del tempo. Per soddisfare alcune di queste esigenze informative, sistemi di sorveglianza come quello recentemente sviluppato in Italia, denominato PASSI\* (2, 3), possono essere ritenuti fonti importanti. Nel presente intervento si analizzano, relativamente ai risultati del pool di ASL partecipanti al sistema PASSI tra aprile 2007 e marzo 2008 (primo anno di rilevazione), alcuni aspetti inerenti i differenziali di salute con particolare riferimento a:

- indicatori individuali come lo status socio-economico;
- differenze territoriali e geografiche;
- accessi differenziati ai servizi sanitari ed efficacia e impatto differenziali degli interventi di salute in sottogruppi di popolazione.

Il PASSI è un sistema di sorveglianza che indaga in modo continuato aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di fattori di rischio cardiovascolare e di sintomi di depressione), alle abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol), all'offerta e all'utilizzo

dei programmi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazione contro rosolia e influenza) e alla sicurezza stradale e domestica. Un campione di residenti di 18-69 anni viene estratto casualmente dagli elenchi delle anagrafi sanitarie, stratificandolo per sesso e classi di età. Personale delle ASL, specificatamente formato, effettua interviste telefoniche mensili con un questionario (2).

Nei primi 12 mesi di rilevazione sono state raccolte oltre 30.000 interviste. Le analisi sono state effettuate, con il software STATA 9.0, su dati pesati per correggere eventuali differenze tra gli strati di campionamento per sesso ed età rispetto alla popolazione del pool di ASL partecipanti. I confronti tra sottopopolazioni sono stati effettuati mediante analisi uni e bivariate e le associazioni tra le diverse variabili in studio sono state verificate tramite regressione logistica multivariata.

Per valutare gli effetti delle disuguaglianze individuali è stata analizzata la sezione del questionario PASSI relativa ai sintomi di depressione (basata sul PHQ-2) (4). Sono state analizzate 29.573 interviste e la percentuale di rispondenti che dichiarano sintomi di depressione è stata stimata pari all'8,9% (IC 95% 8,5-9,4%). I sintomi di depressione risultano più frequenti nelle persone di età più elevata (18-34 anni: 6,5%, 35-49: 8,5%, 50-69: 11,6%), di sesso femminile (M: 5,6%, F: 12,3%), con basso livello di istruzione (nessun titolo/elementare: 16,1%, media inferiore: 9,6%, media superiore: 7,4%, laurea: 5,4%), con difficoltà economiche (molte: 20,7%, qualche: 8,8%, nessuna: 5,3), che vivono da sole (12,3 vs 8,7%) e non lavorano con regolarità

(12,3 vs 6,7%). Oltre alle caratteristiche demografiche, determinanti sociali quali difficoltà economiche e livello di istruzione sono risultati significativamente associati con la presenza di sintomi di depressione, e ciò è confermato dall'analisi multivariata che considera ulteriori variabili di influenza (5).

Tenendo presente le differenze geografiche, si è valutata la percentuale degli intervistati che ha dichiarato di rispettare sempre o quasi sempre il divieto di fumare nei luoghi pubblici o nei luoghi di lavoro. A fronte di un valore medio di pool di ASL dell'85,0% per i luoghi pubblici e dell'85,4% per i luoghi di lavoro al chiuso, come mostrato a scopo esemplificativo nella Figura, questo indicatore presenta un'elevata variabilità geografica. Un gradiente Nord-Sud risulta evidente: nella Provincia Autonoma di Trento si registra il valore più alto (95,8%) e il più basso nella regione Sicilia (69,1%), con differenze statisticamente significative.

Si riporta lo screening del collo dell'utero come ultimo esempio. Per verificare l'accesso differenziale agli interventi di prevenzione da parte della popolazione straniera, sono state analizzate le interviste (6.609) raccolte dalle regioni partecipanti al sistema del Nord Italia, dove si registra una più ampia presenza di immigrati. Il 65,6% delle donne straniere dichiara di aver fatto un Pap test a scopo preventivo negli ultimi 3 anni: un valore significativamente più basso di quello riportato per le italiane (83,9%) e appena al di sopra del livello accettabile (65%) (6). Le donne straniere ricevono una minore attenzione da parte della ASL e degli operatori sanitari in termini di promozione ►

(\*) Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie



**Figura** - Distribuzione regionale della percentuale di intervistati che ha dichiarato di rispettare sempre, o quasi sempre, il divieto di fumare nei locali pubblici

dello screening: il 18,7% delle immigrate non ha mai ricevuto alcun suggerimento (lettera di invito, consiglio del medico o campagna informativa) rispetto al 4,7% delle italiane. In particolare, solo il 40,3% delle donne straniere ha ricevuto il consiglio del medico contro il 63,5% delle italiane; rispettivamente il 56,3% contro

il 73,9% ha ricevuto la lettera di invito della ASL e il 45,0% contro il 71,4% ricorda di aver visto una campagna informativa. Nell'analisi multivariata, i determinanti sociali, quali il livello di istruzione, la cittadinanza e le difficoltà economiche, risultano essere estremamente associati con l'aver effettuato un Pap test secondo le linee guida. La correlazione più forte si nota per la presenza o meno dell'intervento di promozione, seguito dalla cittadinanza e dalle difficoltà economiche (Tabella).

Nonostante non nascano specificamente per indagare e monitorare l'ambito dei determinanti sociali e i loro effetti sulla salute, i sistemi di sorveglianza di popolazione quali il PASSI possono considerarsi a ragione importanti fonti di informazione e monitoraggio nel tempo delle disuguaglianze sociali.

Si è ad esempio dimostrato come la depressione sia ancora fortemente influenzata dalle disuguaglianze sociali, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici risenta di un'applicazione regionalizzata o che persistano importanti differenze per l'accesso ai servizi di prevenzione da parte di alcuni sottogruppi di popolazione (7).

Un valore aggiunto in termini conoscitivi può essere poi ricavato a fronte di opportune integrazioni con differenti fonti di dati. In particolare si auspica la possibilità di collegare risultati di sorveglianza a quelli di sistemi specializzati

sui determinanti sociali (come i dati del censimento) o sugli esiti di malattie (ad esempio, i registri ospedalieri).

Ciò non esclude l'ipotesi che l'attuale configurazione dei sistemi di sorveglianza possa essere modificata in futuro anche al fine di soddisfare al meglio le esigenze informative legate alle disuguaglianze sociali, in particolare in merito alla raccolta di dati più precisi su indicatori specifici e sui programmi/interventi mirati alla loro riduzione.

Sicuramente oggi nei dati PASSI non si può ancora cogliere appieno l'elevato valore del dato di sorveglianza finché esso non restituirà l'informazione principale che è deputato a fornire e per cui è stato congegnato, ossia la rappresentazione dei cambiamenti e delle tendenze evolutive nel tempo.

L'analisi dei diversi aspetti di salute toccati dalla sorveglianza, in associazione con i determinanti sociali, si riveleranno poi di particolare interesse quando troveranno regolare attuazione politica e interventi tesi a ridurre le disuguaglianze in ambito sanitario. Inoltre, le informazioni relative ai determinanti sociali saranno tanto più preziose se lette e utilizzate al livello in cui quelle azioni di intervento saranno attuate che, nel caso italiano, corrisponde alla sede regionale o addirittura locale, cosa consentita dal sistema PASSI, grazie alla rilevazione locale e protratta nel tempo. ■

**Tabella** - Percentuale di donne che hanno dichiarato di aver effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni per scopi preventivi, per le variabili socio-demografiche - PASSI 2007-08 (n. 6.609)

Variabili	Adesione alle raccomandazioni per il Pap test (%)	Odds ratio grezzo (IC 95%)	Odds ratio aggiustato (IC 95%)*
Totale	83,0 (IC 95% 82,0-84,0)	-	-
Classi di età			
25-34	78,7	-	-
35-49	87,1	1,8 (1,5-2,2)	1,8 (1,5-2,2)
50-64	81,1	1,2 (1,0-1,4)	1,3 (1,0-1,6)
Livello di istruzione			
Elementare/nessun titolo	75,8	-	-
Media inferiore	81,4	1,4 (1,1-1,7)	1,3 (1,0-1,7)
Media superiore	85,9	2,0 (1,6-2,4)	1,8 (1,4-2,3)
Laurea	84,2	1,7 (1,3-2,2)	1,6 (1,2-2,2)
Difficoltà economiche			
Nessuna	82,6	1,7 (1,4-2,1)	1,5 (1,2-1,9)
Qualche	85,5	2,1 (1,7-2,6)	1,7 (1,3-2,2)
Molte	73,6	-	-
Cittadinanza			
Italiana	83,9	2,6 (2,0-3,5)	2,0 (1,5-2,7)
Straniera	65,6	-	-
Interventi di promozione			
Sì	84,5	4,2 (3,3-5,4)	3,5 (2,7-4,6)
No	56,3	-	-

(\*) Corretto per la compresenza di: età, livello di istruzione, cittadinanza, difficoltà economiche, interventi di promozione

**Ringraziamenti**

Si ringraziano i coordinatori regionali e aziendali, gli intervistatori e coloro che hanno risposto alla rilevazione e F.R. Meduri e M. Bolli per il supporto organizzativo.

**Riferimenti bibliografici**

1. WHO. *Closing the gap in a generation. Final report.* Final report of the commission on social determinants of health. Disponibile all'indirizzo: [www.who.int/social\\_determinants/theCommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/theCommission/finalreport/en/index.html)
2. 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 (Rapporti ISTISAN 07/30).
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): risultati 2007.* Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 09/31).

4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-92.
5. Binkin N, Gigantesco A, Ferrante G, et al. Depressive symptoms among adults 18-69 years in Italy: results from the Italian behavioural risk factor surveillance system. *Int J Public Health* 2009 (in press).
6. Ministero della Salute. Linee-guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale in applicazione di quanto previsto dal Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996, relativo all'azione programmata "Prevenzione e cura delle malattie oncologiche", concernenti l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia. *Gazzetta Ufficiale* n. 127 del 1° giugno 1996.
7. Chiu LF. *Inequalities of access to cancer screening: a literature review*. Sheffield, NHS Cancer Screening Programmes; 2003 (Cancer Screening Series n. 1). Disponibile all'indirizzo: [www.cancer-screening.nhs.uk/publications/cs1.pdf](http://www.cancer-screening.nhs.uk/publications/cs1.pdf)

## STUDI DAL TERRITORIO

### ANALISI DEI FATTORI PSICO-SOCIALI E SANITARI CHE HANNO INDOTTO I CITTADINI ALL'USO NON APPROPRIATO DEL PRONTO SOCCORSO NELLA AUSL DI RAVENNA NEL 2008

Francesca Di Tommaso<sup>1</sup>, Pasquale Falasca<sup>1</sup>, Barbara Calderone<sup>2</sup>, Maria Augusta Nicolì<sup>2</sup>, Arianna Berardo<sup>1</sup> e Andrea Rossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servizio Epidemiologico, Ricerca e Sviluppo, AUSL di Ravenna

<sup>2</sup>Area Accreditamento e Qualità, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna, Bologna

Il Pronto Soccorso (PS) è un'interfaccia cruciale, fra ospedale e medicina territoriale, che fa parte di una rete d'emergenza con diversi canali di accesso. Fra questi, il "118" è quello più visibile al pubblico, utilizzato nel 15% degli accessi al PS avvenuti nel 2008 nella AUSL di Ravenna. Le persone si recano al PS perlopiù di loro spontanea volontà (77%) oppure su consiglio o richiesta del medico di famiglia, dello specialista o della guardia medica. Il PS si è trovato ad affrontare negli ultimi 5 anni un incremento continuo di affluenza, soprattutto per problematiche non urgenti (fra il 30% e il 50% di codici bianchi in Emilia-Romagna). Nella AUSL di Ravenna, nel 2008, gli accessi al PS sono stati più di 197.000, con un tasso medio, rispetto alla popolazione residente, di circa 510 accessi/1.000 residenti. In tale anno, si è rilevato un aumento assoluto degli accessi (del 4,3% e dell'8,5%, in rapporto al 2007 e al 2005), ma ancor più grande relativamente ai codici bianchi e verdi (del 10% e del 17%, relativamente al 2007 e al 2005). A fronte di un aumento di utilizza-

zione e del rischio di inapproprietezza del servizio di PS, è stata predisposta un'indagine conoscitiva dei pazienti in attesa al PS per problematiche non urgenti, al fine di descrivere le ragioni che portano i cittadini a far uso di questo servizio.

Lo studio è stato realizzato durante il primo semestre 2008, cominciando con un approccio qualitativo, attraverso l'esecuzione di 8 focus group con medici e infermieri del PS e medici di medicina territoriale, finalizzati a produrre una definizione operativa di inapproprietezza. Nella fase successiva, si è realizzata l'indagine quantitativa, uno studio trasversale di prevalenza, nel quale sono state arruolate e intervistate tutte le persone che sono sopraggiunte al PS dal 28 aprile al 18 maggio 2008, dalle 8 alle 20, con codice bianco o verde, con patologia, in giorni feriali, con esito di non presa in carico e dimissione nel territorio da parte del servizio di emergenza. Non sono stati presi in esame i pazienti minorenni o che accedono al PS senza fermarsi in sala d'aspetto (problematiche ginecologiche, ortopedi-

che, triage barellato). Le informazioni sono state raccolte tramite un questionario standardizzato e strutturato di 34 item (Tabella 1) suddivisi in 10 aree tematiche.

Lo strumento è stato somministrato con modalità faccia-a-faccia da psicologi appositamente formati, in considerazione del delicato momento in cui tali soggetti venivano intervistati.

Sui dati raccolti è stata effettuata un'analisi descrittiva preliminare (qualitativa dei focus group e quantitativa delle caratteristiche e delle variabili del campione) ed una regressione logistica per individuare i fattori maggiormente associati all'uso inappropriato del PS. Si è infine eseguita la costruzione di una curva ROC per il confronto dei dati dell'indagine con i valori attesi dal modello finale della regressione logistica.

Sono stati complessivamente intervistati 314 soggetti, al 70% è stato attribuito un codice verde e al restante 30% un codice bianco. Solo 3 interviste non sono state realizzate a causa di problemi linguistici e non è stato rilevato ►

Tabella 1 - Aree tematiche esplorate nelle persone affluenti al Pronto Soccorso della AUSL di Ravenna con rischio di in appropriatezza - 2008

1. Episodio e percorso di cura (modalità e tempi con cui il cittadino è giunto al servizio)
2. Stato di salute (percezione soggettiva della propria condizione in relazione all'età e presenza di patologie croniche) e dolore percepito
3. Conoscenza dei servizi (conoscenza degli orari del proprio medico di famiglia e della guardia medica)
4. Uso dei servizi (strumenti attraverso i quali il paziente ricerca informazioni sulla salute e la cura delle malattie e frequenza di utilizzo dei servizi sanitari)
5. Controllo comportamentale (fattori legati sia all'atteggiamento dell'individuo sia all'organizzazione dei servizi, sia al rapporto con i professionisti, che possono indurre il paziente a recarsi per problematiche non urgenti)
6. Gravità e urgenza percepita
7. Empatia e aspettative verso il medico di famiglia
8. Sostegno e rete sociale
9. Rappresentazione sociale di salute
10. Dati socio-anagrafici (età, titolo di studio, condizione professionale)

**Tabella 2** - Fattori associati all'uso inappropriato del Pronto Soccorso (PS) nella AUSL di Ravenna, analisi logistica - 2008

	OR agg.	IC 95,% per OR agg.	
		Inferiore	Superiore
Tempo intercorso fra l'insorgenza del problema e l'accesso al PS (+ di 24 ore)	3,849	1,827	8,11
Tempo intercorso fra l'insorgenza del problema e l'accesso al PS (fra 12 e 24 ore)	1,165	0,49	2,771
Accesso autonomo al PS da parte del cittadino	3,686	1,204	11,286
Accesso per infortunio	0,057	0,025	0,129
Non preso in carico dal servizio di PS	2,989	1,297	6,887
Essere occupato	2,393	1,14	5,024
Conoscenza della guardia medica (quando il servizio è disponibile)	0,545	0,278	1,068
Avere cittadinanza italiana	4,49	1,672	12,061
Numero di volte che ha usato il PS nell'ultimo anno	0,148	0,026	0,843
Recarsi in PS senza interpellare altre figure professionali	1,83	0,947	3,535
Per quale motivo si è rivolto al PS:			
mi fido del PS	2,083	1,004	4,321
è vicino casa mia	0,508	0,235	1,098

nessun rifiuto. Il campione aveva un'età mediana di 43 anni (età media 45 anni, range 18-92), rappresentato quasi in eguale misura da maschi e femmine, e composto per il 90% da cittadini italiani, mostrando una buona sovrapposibilità con l'afflusso globale dei cittadini al PS. Il 56% del campione ha un titolo di studio medio-basso, è disoccupato nel 2,4% dei casi e pensionato nel 20%.

La regressione logistica (Tabella 2) ha mostrato un buon livello di adattamento del modello ai dati (1). La curva ROC suggerisce che il modello individuato identifica correttamente i soggetti con accessi non appropriati nell'85% dei casi.

A parità dei diversi fattori considerati, le caratteristiche che sembrano descrivere meglio il rischio di effettuare un accesso non appropriato sono il tempo di attesa fra l'insorgenza del problema e l'accesso al PS, l'accesso autonomo al PS, la cittadinanza italiana, la condizione di occupazione lavorativa, la fiducia negli operatori del PS.

Rispetto al tempo atteso intercorso prima di recarsi al PS, si osserva un gradiente: al crescere del tempo aumenta costantemente la percentuale di accessi impropri. I soggetti che attendono più di 24 ore hanno un rischio 3,8 volte maggiore (IC 1,83-8,11) di accesso non appropriato. Relativamente alla modalità di invio al PS, i soggetti che vi si recano autonomamente effettuano una quota maggiore di accessi inappropriati (54% vs 37%), mostrando un rischio 3,6 volte maggiore rispetto alle altre modalità di accesso al servizio (IC 1,20-11,29), mentre i soggetti che vi

si recano perché "si fidano" sono 2 volte più a rischio di effettuare un accesso improprio (IC 1,004-4,32). Infine, gli italiani sono 4,5 volte più a rischio degli stranieri di effettuare accessi non appropriati (IC 1,67-12,06) e le persone occupate sono 2,39 volte più a rischio rispetto a quelle non occupate (IC 1,14-5,02).

Utilizzando le definizioni operative di appropriatezza messe a punto dallo studio si può stimare che gli accessi identificabili come non appropriati rappresentano il 48% del campione totale. In particolare, con l'analisi del codice colore si può stimare che il 93% dei codici bianchi ed il 35% dei codici verdi siano inappropriati. Le ragioni per tali livelli di inappropriatazza possono riferirsi principalmente: alla percezione distorta di urgenza; all'ansia o al dolore percepito; alla non conoscenza di alternative nel territorio (2), dalla mancanza del medico di famiglia (3) alla vicinanza al proprio domicilio del PS; alla disponibilità sulle 24 ore; ai tempi ridotti di attesa (4, 5). Si osserva come il processo decisionale che porta il paziente a rivolgersi al PS in maniera non appropriata sia complesso e chiami in causa una serie di fattori sociali, psicologici, medici ed organizzativi. I risultati mostrano, tuttavia, come i fattori maggiormente associati all'uso non appropriato del PS non siano tanto caratteristiche psicologiche (percezione soggettiva di dolore, urgenza, gravità percepita) o organizzative (vicinanza all'abitazione, apertura continua, assenza del medico di famiglia) o di mancata conoscenza delle alternative territoriali, quanto l'etnia, la condizione occupazio-

nale, la modalità di accesso al PS (auto invio), il tempo intercorso fra l'insorgenza del problema e la scelta di recarsi in PS, la fiducia nel PS. La presenza di sostegno sociale, infine, agisce invece come fattore protettivo rispetto a questa tipologia di accessi, confermando i risultati di precedenti indagini (2). Oltre alle differenze con altri studi in letteratura, i risultati della nostra indagine sembrano invalidare molti dei luoghi comuni che i professionisti riportano nel cercare di motivare gli accessi non appropriati, tendendo ad individuare come cause, fattori di competenza di altri professionisti o parti del sistema organizzativo. È tuttavia da sottolineare che la mancanza di un criterio condiviso in letteratura per identificare un accesso come non appropriato produce una minore confrontabilità dei risultati (6-8). ■

#### Riferimenti bibliografici

1. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley;1989.
2. Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Social Science and Medicine* 1992;35(9):1189-97.
3. Walsh M. The health belief model and use of accident and emergency services by the general public. *Journal of Advanced Nursing* 1995;22:694-9.
4. Murphy AW. Inappropriate attenders at accident and emergency department I: definition, incidence and reasons for attendance. *Family Practice* 1998;15(1):23-32.
5. Wood TCA, Cliff KS. Accident and emergency departments - Why people attend with minor injuries and ailments. *Public Health* 1986;100:15-20.
6. Belleri G. Accesso al Pronto Soccorso. L'urgenza differibile è quella degli altri. *Occhio Clinico* 2006;9:30-5.
7. AA.VV. Asl Lecco. Migliorare le prestazioni di Pronto Soccorso. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 2003;9:5-9.
8. Mengoni A, Rappini V. La domanda non urgente al Pronto Soccorso: un'analisi. *Mecosan* 2007;16(62):61-82.

#### Comitato editoriale BEN

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