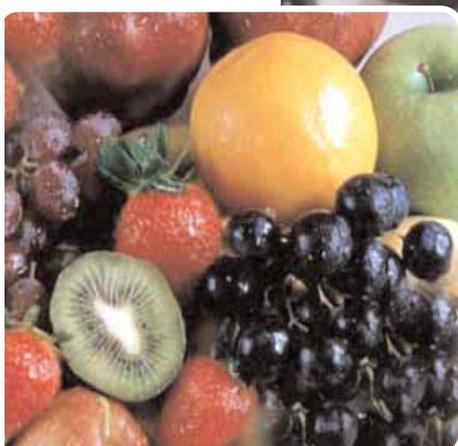


IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI

la **prevenzione** dà voce ai cittadini



A decorative graphic on the left side of the page consisting of several grey footprints arranged in a curved path, suggesting movement or a journey.

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA **PASSI**

la **prevenzione** dà voce ai cittadini

Con la collaborazione del Gruppo tecnico Passi

Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Nancy Binkin, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzi, Angelo D'Argenzio, Barbara De Mei, Pirus Fateh-Moghadam, Gabriele Fontana, Stefano Menna, Valentina Minardi, Giada Minelli, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli

Redazione

Sandro Baldissera, Eva Benelli, Barbara De Mei, Valentina Minardi, Valentina Possenti, Massimo Santucci, Mauro Scanu

Coordinamento editoriale

Stefano Menna - Zadigroma srl

Progetto grafico

Bruno Antonini - Zadigroma srl

Impaginazione

Corinna Guercini - Zadigroma srl

Stampa

Tipografia Iacobelli srl - Frascati (Roma)

Sito web

www.epicentro.iss.it/passi

Un ringraziamento particolare ai numerosi colleghi che hanno fornito indicazioni e suggerimenti preziosi

Indice

Il sistema di sorveglianza Passi	p. 5
La centralità del cittadino	p.15
Gli studi trasversali 2005 e 2006: qualche dato	p.21
Passi nel 2007 e 2008	p.35
Appendice 1 Principali aspetti metodologici del sistema di sorveglianza	p.47
Appendice 2 Il contesto normativo	p.53



Il sistema di sorveglianza Passi

Secondo i dati più recenti dell'Organizzazione mondiale della sanità, in Europa le patologie croniche sono responsabili dell'86% dei decessi e del 77% della perdita di anni di vita in buona salute, con una tendenza costante all'aumento dei relativi costi diretti e indiretti, che consumano in media il 75% del budget per la salute dei Paesi membri dell'Unione. Malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici sono tutte patologie che hanno in comune fattori di rischio evitabili con modifiche del comportamento, quali il fumo di tabacco, l'obesità e il sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa.

Il ministero della Salute e le Regioni sono impegnati da tempo nell'azione di contrasto alle malattie croniche attraverso una serie di interventi e iniziative istituzionali. Il Piano nazionale della prevenzione, sulla base dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ha incluso tra gli obiettivi di salute prioritari proprio la prevenzione del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e degli incidenti stradali, lo sviluppo dei programmi di screening oncologici e delle vaccinazioni, e il contrasto all'obesità. Per monitorare il raggiungimento di questi obiettivi di salute, fissati anche dai Piani sanitari nazionali e

In Europa le malattie croniche provocano l'86% delle morti e il 77% della perdita di anni di vita in buona salute, con un aumento dei costi diretti e indiretti: investire nella prevenzione è una scelta non più rinviabile

regionali, è divenuto indispensabile disporre di strumenti che consentano di stimare l'evoluzione dei fattori comportamentali di rischio e la diffusione delle misure di prevenzione.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 ribadisce che la prevenzione dei rischi per la salute si realizza anche attraverso la costruzione di reti di sorveglianza con nodi territoriali, regionali e nazionali all'interno del sistema sanitario. Più precisamente, il Piano sottolinea la necessità di rendere stabile una sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali. Il documento cita esplicitamente come importante esperienza a cui fare riferimento lo studio Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia), effettuato nel 2005 dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità (Iss) e dalle Regioni, su incarico del Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (Ccm) del ministero della Salute.

Guadagnare salute, con Passi

Questa esigenza di informazione e monitoraggio continui sulla frequenza dei comportamenti a rischio e delle abitudini della popolazione è prevista come punto programmatico forte anche dalla strategia europea "Guadagnare salute", ratificata a Copenaghen il 12 settembre 2006. L'Italia ha aderito e partecipa già in modo attivo a questo programma. Con l'approvazione da parte del Consiglio dei ministri (16 febbraio 2007) e la firma (3 maggio 2007 a Palazzo Chigi) di 22 protocolli d'intesa tra il mi-

nistero della Salute e i rappresentanti di organizzazioni del sindacato, delle imprese e dell'associazionismo, "Guadagnare salute" è ormai entrata nel vivo. Ben nove i dicasteri coinvolti, con accordi trasversali che prevedono alleanze con aziende alimentari, mondo della scuola e del lavoro, esercenti, produttori di bevande alcoliche e grandi catene di ristorazione. Come sottolinea lo slogan del programma "rendere facili le scelte salutari", l'obiettivo è creare le condizioni per rendere più facile e accessibile per tutti adottare quelle scelte e quei comportamenti che aiutino a mantenersi in buona salute. "Guadagnare salute", inoltre, promuove campagne di informazione che mirino a modificare quei comportamenti che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative di grande impatto epidemiologico.

Sono molti i nemici della salute che si possono combattere con la prevenzione e per i quali esistono politiche e interventi efficaci per ridurre il peso di morti premature, malattie e disabilità. Per esempio, non fumando, mangiando in modo sano ed equilibrato, non abusando dell'alcol e ricordando che il movimento fisico rende più sano l'organismo. Il governo nazionale e quelli locali non possono condizionare direttamente le scelte individuali, ma sono tenuti a rendere più facili le scelte salutari e meno facili quelle nocive attraverso:

- ◆ maggiore e migliore informazione, per aumentare la consapevolezza e potenziare le risorse dei cittadini (*empowerment*)
- ◆ azioni regolatorie, previste da strategie intersettoriali per modificare l'ambiente di vita
- ◆ allocazione di risorse specifiche per sostenere azioni esemplari mirate ad accelerare, a livello locale, l'inizio di un cambiamento nell'ambiente di vita.

Si tratta della concretizzazione di una politica delle alleanze, per promuovere insieme stili di vita sani: un vero e proprio programma quadro di iniziative, azioni e iniziative di comunicazione dirette ai cittadini, per consentire al Paese di guadagnare in salute, aiutando contestualmente la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale, sia in termini economici che di efficacia degli interventi. In vista di un impegno comune per sostenere questo programma, sarà fondamentale anche il coinvolgimento dei diversi attori sociali che agiscono nelle comunità, come

il mondo del volontariato, i mass media, le imprese, i sindacati e le associazioni no profit.

Il sistema di sorveglianza Passi si muove all'interno delle strategie di contrasto e prevenzione delle malattie croniche messe in campo dal ministero della Salute e dal Governo. Passi si inserisce infatti nel cuore delle attività politiche e sanitarie avviate nel nostro Paese e in tutto il mondo per promuovere la prevenzione. Solo il 3% della spesa sanitaria nei Paesi Ocse è destinata alla prevenzione a livello di popolazione e ai programmi di sanità pubblica, mentre la maggior parte dei costi sono dovuti alla cura dei malati.

E anche l'Italia non fa eccezione: fino a oggi, infatti, gli sforzi del nostro Servizio sanitario nazionale si sono basati soprattutto su prestazioni e cure offerte. Si tratta di un approccio certamente fondamentale e imprescindibile, che ora però il sistema Passi promette di integrare, con uno spostamento culturale importante, che va dal monitoraggio della prestazione a quello della prevenzione. Come dimostrato dall'esperienza positiva degli studi trasversali 2005 e 2006, Passi assolve bene a questo compito indagando e seguendo nel tempo lo stato di salute, i comportamenti e gli stili di vita della popolazione.

I primi Passi: gli studi trasversali 2005 e 2006

Alla fine del 2004 il Ccm e le Regioni che partecipano al progetto Mattoni per il nuovo Sistema informativo sanitario hanno dato l'incarico al Cnesps di testare metodi e procedure per la sperimentazione di un sistema di sorveglianza di popolazione capace di coinvolgere tutte le Regioni e le Asl del Paese. Obiettivo: predisporre e validare uno strumento che consentisse di stimare da una parte l'evoluzione dei fattori comportamentali di rischio per la salute (fumo, alcol, sedentarietà, dieta, ecc) e dall'altra la diffusione e l'impatto delle misure e degli interventi di prevenzione. Visto l'esito favorevole di questi studi, il Ccm ha affidato al Cnesps il compito di realizzare la sperimentazione di un sistema di sorveglianza continuo. La proposta di aderire alla sperimentazione è stata approvata il 12 aprile 2006 nella riunione della Commissione salute della Conferenza delle Regioni.

Strumento di ascolto e informazione per guadagnare salute, Passi è un'autentica piattaforma di comunicazione e un'occasione di empowerment tra i cittadini e il sistema salute del Paese

Una prima volta nel 2005 e poi nel 2006, il Cnesps, con il suo gruppo Profea (Programma di formazione in epidemiologia applicata, master della durata di due anni nato dalla collaborazione tra Iss e Università Tor Vergata di Roma), ha così progettato e realizzato lo studio trasversale Passi. L'indagine ha misurato fattori di rischio comportamentali con strumenti già usati e validati in altri Paesi (come Usa, Australia e Finlandia), testando le modalità di campionamento e le procedure di coinvolgimento dei diversi portatori di interesse. Molto alto l'interesse destato: al protocollo hanno infatti aderito ben 123 Asl, in rappresentanza di tutte le Regioni. Un'adesione ben superiore, quindi, alle iniziali 6 Asl individuate per la fase sperimentale dello studio, a conferma che si tratta di un'esigenza sentita.

Gli studi hanno permesso di valutare la fattibilità e l'interesse delle Asl nei confronti di un sistema di sorveglianza sui fattori di rischio e di sperimentarne alcuni strumenti operativi. È stato adottato un campionamento casuale semplice dall'anagrafe assistiti delle Asl partecipanti. Le interviste sono state condotte per via telefonica. Le procedure di svolgimento dell'indagine hanno permesso un tasso di risposta molto elevato (84%, con solo il 5% di rifiuti). Sono stati sperimentati il questionario base dell'intervista, le modalità di coinvolgimento degli operatori sanitari, la formazione dei rilevatori, le modalità di intervista, l'archiviazione dei dati, i metodi di analisi, le modalità di comunicazione dei risultati e di valutazione della loro utilità. Il primo bilancio è stato più che positivo: sul fronte finanziario, il costo dell'indagine (campione di 200 persone intervistate) per le Asl partecipanti non ha superato i 12.000 euro. Le spese hanno ri-

guardato in gran parte i costi del personale, mentre le spese vive incidono per una quota molto modesta. Inoltre tempestività, rappresentatività, flessibilità, accettabilità dei metodi e delle procedure sperimentate sembrano essere valide per la messa a regime della sorveglianza di popolazione. L'esperienza degli studi Passi ha creato anche le condizioni per accelerare la crescita culturale e professionale delle strutture che, a livello aziendale e regionale, sono dedicate alla prevenzione, in particolare i Dipartimenti di prevenzione e di Igiene e sanità pubblica.

Perché un sistema di sorveglianza?

Un salto da un sistema che misura esclusivamente la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie offerte, a uno che verifichi direttamente i bisogni di salute percepiti dei cittadini: è questo il cambiamento culturale che sta alla base di Passi, per tenere d'occhio le attività di prevenzione sulle maggiori malattie nel nostro Paese. Con una serie di interviste telefoniche effettuate direttamente dalle Asl, Passi va a cogliere l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute, degli stili di vita e dei comportamenti a rischio nel nostro Paese. Grazie alle risposte dei cittadini, si ha così una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni. I temi oggetto della sorveglianza sono: rischio cardiovascolare, screening oncologici, attività fisica, abitudini alimentari, consumo di alcol, fumo, sicurezza stradale, salute mentale, vaccinazioni per l'influenza e per la rosolia (nelle donne in età fertile), incidenti domestici.

Il monitoraggio, partito all'inizio di aprile 2007, è un esperimento originale non solo per l'Italia, ma anche per l'Europa: sono pochi i Paesi che nel Vecchio continente si sono attivati per avere una raccolta dati sistematica che permetta una reale sorveglianza. In Italia, inoltre, il progetto nasce con una peculiarità unica: tarare questo strumento soprattutto per consentire un utilizzo dei dati direttamente a livello locale da parte delle nostre Asl e Regioni.

Per definizione, la sorveglianza di popolazione consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione

Passare da un sistema che misura quantità e qualità delle prestazioni sanitarie, a uno che verifichi direttamente i bisogni di salute percepiti: è questo il cambiamento culturale che sta alla base di **Passi**

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. Un sistema di sorveglianza sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione dovrebbe essere rappresentativo della popolazione, fornire precise e tempestive conoscenze sull'evoluzione e le dinamiche dei fenomeni di interesse, consentire la messa a punto di azioni correttive efficaci e fornire un dettaglio di informazione a livello di Asl.

Passi permetterà così il confronto non solo tra diverse Regioni, ma anche fra le diverse aziende all'interno delle stesse Regioni. In questo modo sarà possibile individuare eventuali disuguaglianze legate all'età, al genere e alla fascia socioeconomica di appartenenza.

Trend, flessibilità e ascolto

Attualmente, le fonti ufficiali forniscono informazioni sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione. Tuttavia, non ci sono dati così tempestivi e con dettagli a livello di Asl in grado di fornire in maniera continua l'andamento nel tempo di un certo fenomeno o comportamento. Dalla statistica sappiamo che, per una credibile analisi di trend, abbiamo bisogno di un numero consistente di osservazioni. Sistemi di sorveglianza che si basano su campioni mensili riescono a fornire già dopo un paio di anni prime stime credibili

Circa 45 mila interviste entro giugno 2008: così **Passi scatterà una fotografia aggiornata a livello locale e regionale degli stili di vita e dei comportamenti a rischio della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni**

sull'andamento dei fenomeni analizzati. E quindi ad affermarsi come patrimonio unico per valutare le evoluzioni e gli eventuali cambiamenti repentini, per esempio a seguito di un intervento puntuale come l'approvazione di una legge sul fumo.

Passi è tutto questo: un sistema che consente di costruire una base di dati specifica per il livello aziendale, in progressiva crescita e aggiornamento, per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi di prevenzione. Questa stessa base di dati permetterà poi di confrontare le diverse Asl fra loro, seguendone l'evoluzione nel tempo.

Non solo. La flessibilità del sistema è tale da consentire l'introduzione di moduli specifici su temi di particolare interesse per la salute pubblica, come, per esempio, il successo e l'efficacia di una campagna o di un intervento di prevenzione. Il sistema è strategico anche nei casi di eventuali emergenze sanitarie: si pensi per esempio ai recenti casi della Sars e dell'influenza aviaria. Passi si configura così come un vero e proprio strumento di ascolto rapido e tempestivo dei bisogni di salute dei cittadini.

Tra gli obiettivi non secondari della sorveglianza Passi c'è poi la registrazione dell'opinione della popolazione sulla propria salute. L'indagine sancisce l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure, su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi. Al centro degli interventi di sanità pubblica e di prevenzione ci sono i bisogni e le esigenze dei citta-

dini. La filosofia che anima Passi è dunque in linea con la promozione di un migliore rapporto tra il cittadino e il sistema sanitario. Un obiettivo, questo, perseguito peraltro anche dal programma di governo sulla sanità.

Passi permetterà di seguire mese per mese lo stato di salute percepita della popolazione italiana, ma aiuterà anche a monitorare il grado di penetrazione dei messaggi di prevenzione e quindi a valutare l'impatto degli interventi realizzati. Uno strumento perciò utilissimo per verificare quanti italiani adottano corretti stili di vita per prevenire le maggiori malattie croniche e degenerative. Dato il progressivo invecchiamento della popolazione, la frequenza di queste malattie, in assenza di adeguati programmi di prevenzione e controllo, sarebbe infatti destinata ad aumentare in modo non sostenibile per il servizio sanitario nazionale.

La formazione: un investimento per il futuro

Nell'ambito del sistema Passi, alla formazione è assegnato uno spazio molto rilevante. La formazione mirata degli operatori coinvolti rafforza la loro preparazione, la loro professionalità e nello stesso tempo favorisce il coordinamento degli interventi. In particolare, per quanto riguarda gli intervistatori, la formazione accurata sulle abilità comunicativo-relazionali (prima tra tutte, quella dell'"ascolto attivo") conferma ancora una volta quanto sia importante per Passi la voce dei cittadini e quanto sia indispensabile per gli intervistatori acquisire competenze omogenee per ascoltare, dimostrare empatia, mettere le persone a proprio agio.

Più in generale Passi è un'occasione di crescita per tutto il nostro sistema salute, perché sarà proprio il personale di Asl e Regioni, i professionisti della salute impegnati sul territorio, a occuparsi in prima persona del monitoraggio. Attorno al progetto si crea così una vera e propria forza, fatta di persone "costrette" ad abituarsi a riflettere su questi temi. Insomma, Passi rappresenta anche un'occasione unica di formazione, una spinta e uno stimolo in più per i professionisti per migliorare le proprie competenze nell'ambito della prevenzione e della

Passi fornisce dati e informazioni continue e aggiornate sui fattori di rischio delle malattie croniche: una guida preziosa per individuare le priorità degli interventi di prevenzione e sanità pubblica

salute pubblica, con il vantaggio di disporre di un supporto continuo e qualificato da parte del Cnesps.

I singoli operatori sanitari potranno così verificare l'effetto, la comprensione e l'adesione dei cittadini ai messaggi di prevenzione, e quindi essere in grado di fornire ai decisori e ai policy maker gli strumenti più adeguati per tarare e aggiustare in modo efficace attività, campagne e iniziative.

Il gruppo di lavoro di Passi

Per gestire il passaggio dallo studio alla sorveglianza, il gruppo tecnico del Cnesps sta collaborando con uno specifico sottocomitato scientifico del Ccm e con il Coordinamento interregionale della prevenzione (Cip). Il sottocomitato scientifico del Ccm, composto da qualificati esperti del mondo istituzionale (Regioni, università, dipartimenti del ministero della Salute ecc) effettua il monitoraggio del progetto e garantisce il coordinamento con altri enti di ricerca. Il Cip, composto dai responsabili regionali della prevenzione, è invece essenziale per "agganciare" l'informazione prodotta dal sistema con gli interventi previsti dai piani di prevenzione. Il Cip assicura la leadership della sperimentazione della sorveglianza, favorendo la partecipazione regionale nell'identificare e appoggiare le strategie del progetto, garantisce la rilevanza e la pertinenza delle aree di studio della sorveglianza, suggerisce nuovi temi di studio, identifica piani di comunicazione efficaci, ne appoggia la realizzazione e suggerisce modalità appropriate ed efficaci di utilizzo dei dati prodotti dal sistema. ■

La centralità del cittadino

La salute, secondo la definizione proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità, è "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". Si tratta di una definizione molto impegnativa, che considera la salute una risorsa di vita quotidiana per gli individui e per la collettività che va guadagnata, mantenuta, promossa ogni giorno attraverso scelte consapevoli e cambiamenti.

La traduzione di questa dichiarazione di principio in strategie operative è un processo complicato, che chiama in causa le istituzioni e le singole persone. Le prime sono chiamate a individuare e a cercare di modificare le condizioni socioeconomiche, ambientali e sanitarie che influiscono negativamente sulla salute, promuovendo al contempo quelle favorevoli. I secondi sono invece chiamati a esercitare un maggior controllo sulle proprie condizioni di benessere, a essere protagonisti e responsabili del proprio stile di vita.

Le più recenti attività politiche e sanitarie intraprese nel nostro Paese e in tutto il mondo hanno l'obiettivo di mettere a punto strategie di prevenzione, che possano promuovere l'adozione di stili di vita salutari, e che possano intervenire efficacemente sulle condizioni sociali e ambientali per ridurre il rischio delle malattie croniche e delle loro conseguenze. La filo-



sofia che anima simili iniziative si fonda sul principio che queste patologie possono essere affrontate solo grazie alla costante interazione tra cittadini e istituzioni sul territorio, in un processo per cui le scelte individuali consapevoli siano costantemente sostenute e facilitate dalle politiche sanitarie nazionali e locali funzionali alla promozione della salute.

Ascolto e qualità dei dati

Il sistema di sorveglianza Passi s'inquadra all'interno di questo scambio comunicativo tra società civile e istituzioni, a conferma di quanto sia importante l'impegno individuale e istituzionale, non solo per il mantenimento del benessere delle persone sane, ma anche per evitare ricadute, aggravamenti e disabilità di chi è già malato. Passi si realizza valorizzando una delle condizioni essenziali dei processi comunicativi: "l'ascolto". Proprio attraverso l'ascolto, si rafforza l'interazione tra sistema sanitario e cittadini e si afferma il principio della centralità della persona nel suo specifico contesto di vita.

Il contatto diretto con i cittadini, per mezzo della comunicazione telefonica, rappresenta la modalità con la quale Passi ascolta la voce delle persone e raccoglie le informazioni sui bisogni di salute percepiti, sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio. L'intervista rafforza il rapporto tra azienda sanitaria e singolo cittadino: infatti, la comunicazione che si stabilisce attraverso il telefono, pur essendo di breve durata, è personalizzata, centrata sulle particolari caratteristiche dell'interlocutore, sulla sua unicità. Anche se l'intervista è condotta con un questionario standardizzato, il diretto contatto telefonico permette all'intervistatore di considerare la specificità della persona intervistata. E, ponendo attenzione alle sue perplessità e alle sue reazioni verbali e non verbali, assicurarsi che la persona comprenda in modo chiaro e corretto il significato della domanda posta. In questo modo l'intervista telefonica, pur rispettando i criteri di omogeneità e di standardizzazione, non perde mai di vista la centralità della persona.

Il rispetto per il cittadino, fin dall'inizio della telefonata in cui l'intervistatore si presenta e introduce in modo chiaro e sinteti-

**Un'occasione di crescita per l'intero sistema salute:
a condurre Passi e a verificarne la comprensione,
l'effetto e l'adesione dei cittadini
sono gli operatori sanitari in prima persona**

co il motivo della chiamata, ponendo attenzione non solo alle parole (comunicazione verbale), ma anche alle tonalità (comunicazione paraverbale), è una condizione essenziale per garantire l'adesione all'intervista e la qualità della relazione, nonché per accrescere la credibilità istituzionale. L'ascolto attivo della persona, delle sue reazioni, la costante verifica della comprensione delle domande poste, inoltre, è essenziale per il raggiungimento degli obiettivi del sistema di sorveglianza, in quanto garantisce la qualità dei dati raccolti.

Il ruolo di formazione e comunicazione

Fin dalla fase di avvio, Passi ha ritenuto determinante il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini e ha orientato le sue iniziative in funzione della centralità del loro ruolo. La cura dedicata allo sviluppo delle attività di comunicazione e di formazione ne è una conferma. A ogni livello, dal nazionale al locale, è stato elaborato un piano di comunicazione per le diverse fasi di organizzazione e svolgimento, con l'obiettivo di far conoscere il sistema di sorveglianza, di evidenziare l'importanza delle sue finalità e di potenziare la partecipazione.

Né gli operatori sono stati dimenticati: fin dall'avvio, l'attività del progetto è stata seguita attraverso le pagine dedicate di un sito (www.epicentro.iss.it/passi), integrate dalla pubblicazione di una newsletter on line: Passi-one (www.epicentro.iss.it/passi/newsletter.asp), vero e proprio "diario di bordo" dedicato agli operatori che partecipano alla sorveglianza.

Al centro del sistema, la persona: il contatto diretto, attraverso l'intervista telefonica, è la modalità con la quale Passi ascolta la voce dei cittadini e raccoglie le informazioni sui bisogni di salute

Sull'altro fronte, le iniziative di comunicazione rivolte ai cittadini hanno lo scopo non solo di far capire cosa è Passi, ma anche di sviluppare la consapevolezza che il loro aiuto è indispensabile per il miglioramento delle condizioni di salute proprie e degli altri. La redazione di lettere, locandine, opuscoli e il coinvolgimento dei medici di medicina generale, come riferimento "primario" per i singoli, sono tutti mezzi di comunicazione che Passi utilizza in modo integrato, per raggiungere efficacemente il maggior numero di cittadini.

Un'occasione di empowerment

Ma le iniziative di comunicazione racchiudono un altro valore aggiunto, potenziato grazie alle stesse domande poste dall'intervistatore: sollecitare le persone a porre attenzione al proprio stato di salute, a chiedersi "come sto?"; "come mi sento?". I ritmi della vita sociale hanno sempre più disabituato il singolo all'ascolto di se stesso: ecco allora che la sollecitazione che arriva da Passi contiene forti potenzialità educative e preventive.

L'ascolto dei bisogni di salute da parte delle istituzioni, infatti, passa necessariamente attraverso la capacità di ognuno di saper ascoltare le proprie esigenze, saperle identificare e nello stesso tempo saper dar loro voce, riconoscendole come importanti per decidere di esprimerle.

Poter riflettere tranquillamente sui propri bisogni di salute ed esprimerli, o anche poter rispondere con serenità a domande

che riguardano aspetti privati della propria vita dei quali può essere difficile parlare senza sentirsi giudicati, rappresenta una condizione determinante per la qualità delle informazioni raccolte. Informazioni raccolte direttamente da operatori della Asl, che descrivono i comportamenti, gli stili di vita, le percezioni dei cittadini che vivono nel territorio dell'azienda e che possono essere utilizzate direttamente a livello locale per monitorare gli interventi e verificare la comprensione e l'adesione dei cittadini ai messaggi di prevenzione.

In questo modo, cogliendo in modo continuativo e tempestivo l'andamento e le trasformazioni della nostra società, Passi rappresenta il principale strumento di ascolto e sorveglianza per guadagnare salute e si configura come una vera e propria piattaforma di comunicazione tra cittadini e sistema sanitario che, se ben strutturata e utilizzata, può trasformarsi in un'occasione reale di empowerment del sistema di salute aziendale, regionale e nazionale. ■



Gli studi trasversali 2005 e 2006: qualche dato

Nel 2005 l'Istituto superiore di sanità, nell'ambito del Programma di formazione in epidemiologia applicata (Profea), ha progettato e realizzato un primo studio pilota di Passi. L'attenzione raccolta dallo studio è stata da subito molto elevata: al protocollo hanno infatti aderito ben 123 Asl in rappresentanza di tutte le Regioni.

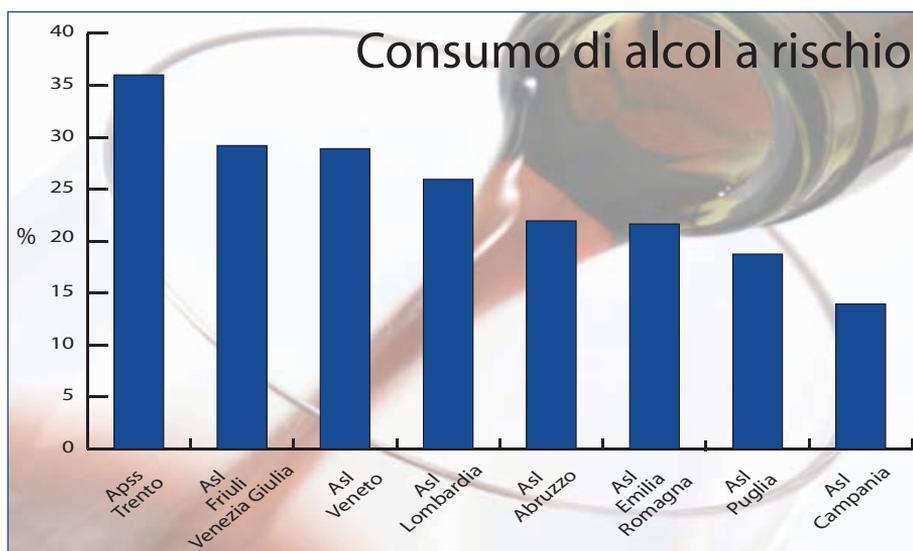
Nel 2006 l'esperienza è stata ripetuta in 26 Asl, con l'intento di affinare gli strumenti e la metodologia dell'indagine, sperimentando anche nuovi moduli del questionario.

Le due prime edizioni di Passi hanno permesso di valutare la fattibilità e l'interesse delle Asl nei confronti di un sistema di sorveglianza sui fattori di rischio e di sperimentarne alcuni strumenti operativi. È stato adottato un campionamento casuale semplice dall'anagrafe assistiti delle Asl partecipanti. Le interviste sono state condotte per via telefonica. Le procedure di svolgimento dell'indagine hanno permesso un tasso di risposta molto elevato (84%, con solo il 5% di rifiuti). In quell'occasione è stato sperimentato il questionario base, le modalità di coinvolgimento degli operatori sanitari, la formazione dei rilevatori, le modalità di intervista, l'archiviazione dei dati, i metodi di analisi, le modalità di comunicazione dei risultati e di valutazione della loro utilità.

Il bilancio del progetto pilota è molto incoraggiante. I costi, circa 12.000 euro per singola Asl (con un campione di 200 persone intervistate), sono stati in massima parte dovuti alla retribuzione del personale, mentre le spese vive sono risultate molto modeste. Inoltre le valutazioni, relative a tempestività, rappresentatività, flessibilità, accettabilità dei metodi e delle procedure sperimentate, sono state favorevoli. Si è così aperta la strada alla sperimentazione di un sistema di sorveglianza continuo di popolazione.

L'esperienza degli studi Passi 2005-2006 ha creato anche le condizioni per accelerare la crescita culturale e professionale delle strutture che, a livello aziendale e regionale, sono dedicate alla prevenzione, in particolare i Dipartimenti di prevenzione e di Igiene e sanità pubblica.

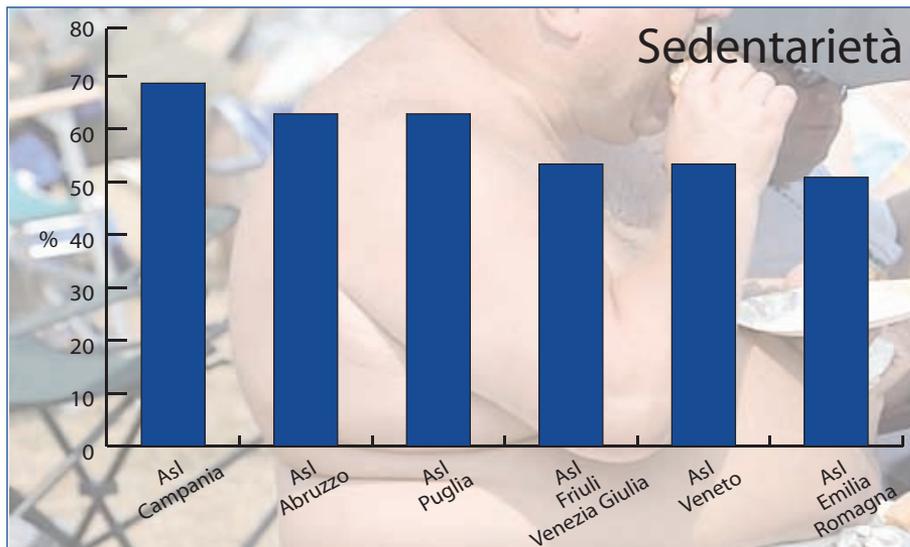
L'insieme dei dati raccolti con gli studi pilota consente di dare conto delle peculiarità e dell'utilità della sorveglianza di popolazione, illustrandola con alcuni esempi.



Alcol

Gli studi trasversali Passi hanno permesso di fotografare le abitudini e gli stili di vita degli italiani su tutto il territorio nazionale. Se, per esempio, si confrontano il consumo d'alcol e la sedentarietà, è possibile vedere quali profonde differenze esistano tra Nord e Sud. Infatti nelle regioni del Nord Italia, e in particolare nel Triveneto, circa un intervistato su 3 riferisce di essere un bevitore a rischio, mentre nel Mezzogiorno la cifra scende notevolmente: in Campania, per esempio, solo poco più di un intervistato su dieci dichiara di avere un comportamento a rischio sul fronte del consumo di alcolici.

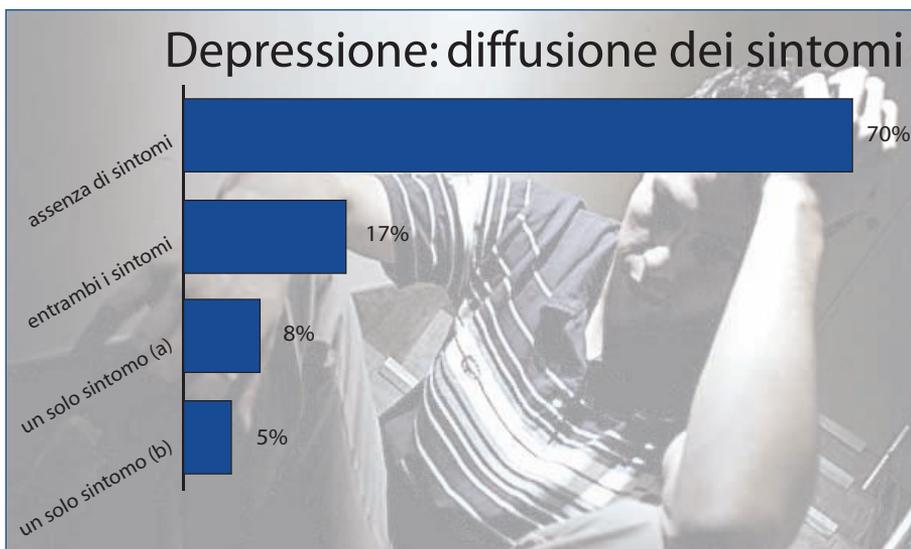
Percentuale della popolazione che riferisce di avere un consumo di alcol a rischio (Passi 2005)



Percentuale di popolazione sedentaria, ossia persone che svolgono un lavoro sedentario e non praticano l'attività fisica raccomandata dalle linee guida internazionali (Passi 2005)

Sedentarietà

Se invece si considerano attività fisica e stili di vita sedentari, la situazione è totalmente ribaltata: a preoccupare, infatti, sono questa volta le Regioni del Sud, come la Campania, dove quasi 7 intervistati su 10 dichiarano di non praticare alcuna attività fisica e di fare una vita sedentaria. In Emilia Romagna, invece, gli intervistati si dimostrano più attivi, con circa il 50% della popolazione che pratica attività fisica, così come raccomandato dalle linee guida internazionali.



Salute mentale

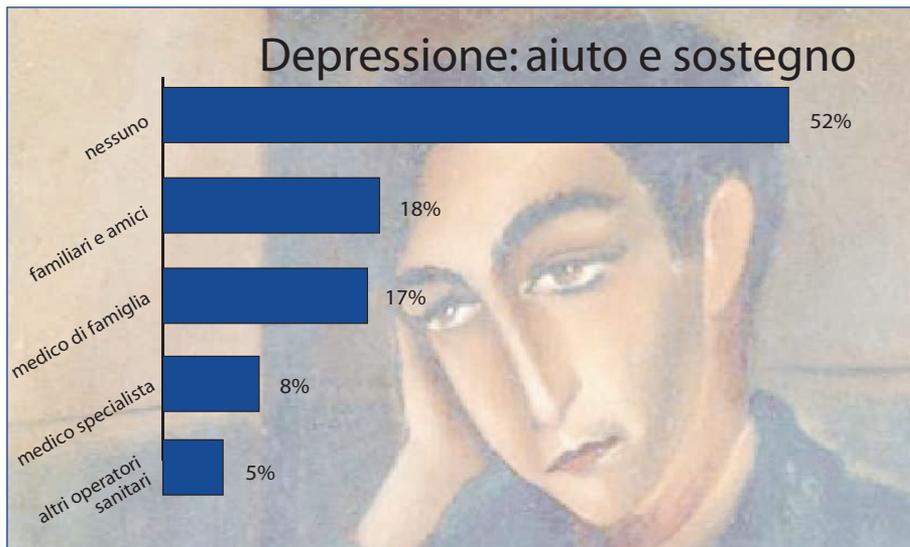
Circa il 30% delle persone intervistate nel corso dello studio trasversale Passi 2006 ha riferito di aver sofferto di almeno un sintomo di depressione durante l'ultimo anno. Tra questi, ben il 17% ha provato contemporaneamente poco interesse o piacere nel fare le cose e assenza di speranza nel futuro: due indicatori, questi, considerati importanti per la diagnosi corretta di depressione.

I dati disaggregati mostrano anche come ci siano differenze di genere (le donne sono più a rischio degli uomini) e di condizione occupazionale (i disoccupati e i lavoratori saltuari manifestano con maggior frequenza sintomi di depressione rispetto agli occupati).

Non solo. Lo studio Passi 2006 mette in evidenza un dato preoccupante in tema di depressione: ben il 70% degli intervistati non si è mai rivolto a un operatore sanitario in caso di bisogno. E tra queste persone, quasi la totalità non ha mai pensato di parlare dei suoi problemi con nessuno, nemmeno con una persona amica.

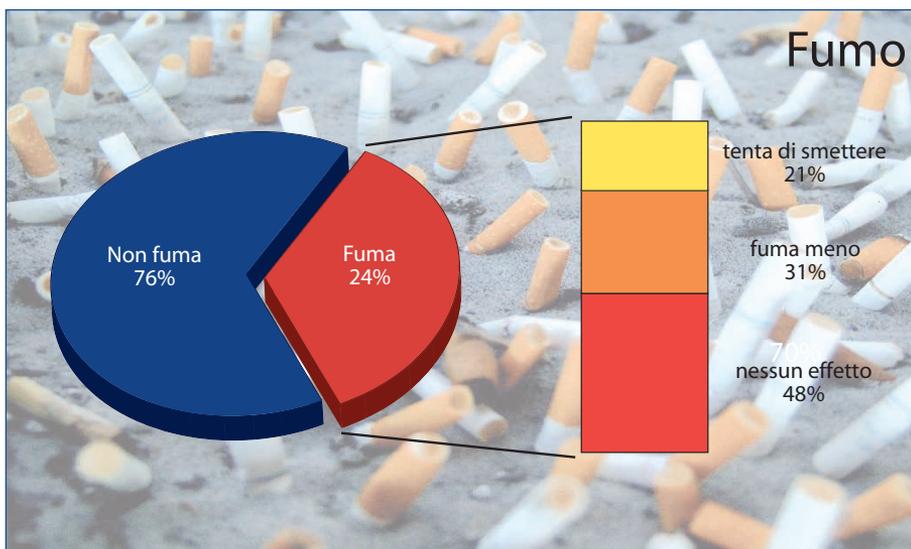
Percentuale di intervistati che riferiscono di aver sofferto di almeno un sintomo di depressione nel corso degli ultimi 12 mesi (Passi 2006)

- (a) ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose
- (b) si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze



Percentuale di persone con almeno un sintomo di depressione che si è rivolta per un sostegno a operatori sanitari, familiari o amici (Passi 2006)

Solo un intervistato su quattro ha ritenuto opportuno consultare un medico per avere un consiglio sul da farsi. Dallo studio emerge quindi che le strutture sanitarie non sono percepite come un'adeguata finestra d'ascolto per chi soffre di questo genere di disturbi psicologici.

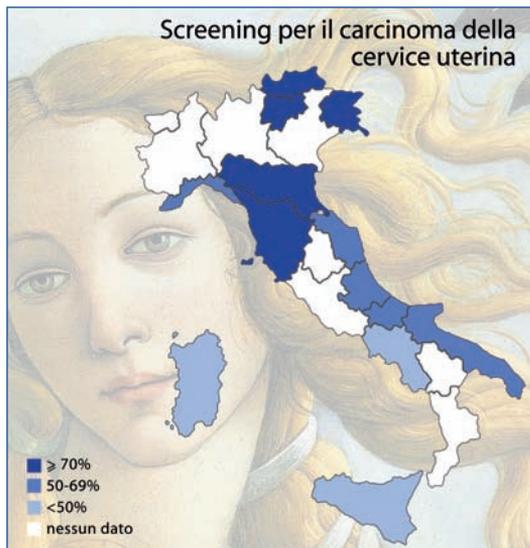


Fumo

Lo studio Passi si è dimostrato un mezzo per conoscere lo stato di salute dei cittadini, ma anche un potente strumento per valutare l'efficacia delle campagne e delle iniziative di salute pubblica. Ciò emerge chiaramente nel caso del fumo. Passi permette infatti di indagare le abitudini degli italiani a un livello molto dettagliato: per esempio, è in grado di mostrare che, in Puglia, nelle case del 72% degli intervistati non ci sono fumatori o, comunque, non è permesso fumare. Solo nell'8% delle abitazioni pugliesi non vi sarebbe alcun vincolo di orario o di luogo per i fumatori.

Contemporaneamente, lo studio Passi consente anche di valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione in tema di tabagismo, come nel caso della legge entrata in vigore nel gennaio 2005 che vieta il fumo nei locali pubblici. I dati della Aps di Trento relativi al 2005, per esempio, mostrano come più della metà dei fumatori ha modificato i suoi comportamenti proprio in seguito all'introduzione della legge: il 31% di loro fuma meno di prima, mentre il 21% sta cercando in qualche modo di smettere.

Fumatori (chi ha fumato almeno 100 sigarette nella vita e fuma attualmente) che, nella Provincia autonoma di Trento, hanno fumato meno o hanno provato a smettere in seguito all'introduzione del divieto di fumo nei locali pubblici (Passi 2005)

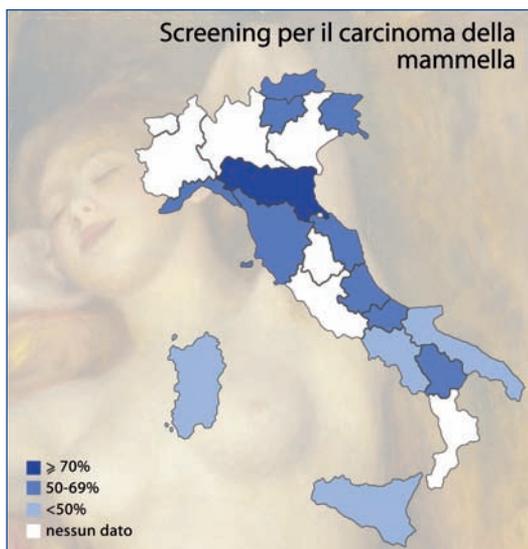


*Percentuale di donne
tra i 25 e i 64 anni che
negli ultimi tre anni hanno
effettuato un Pap-test
(Passi 2005)*

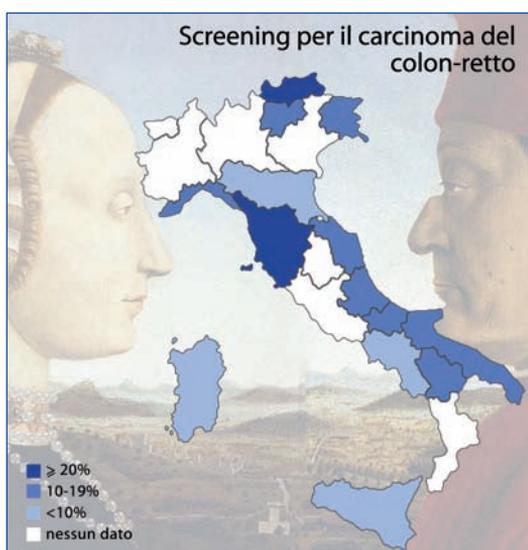
Screening oncologici

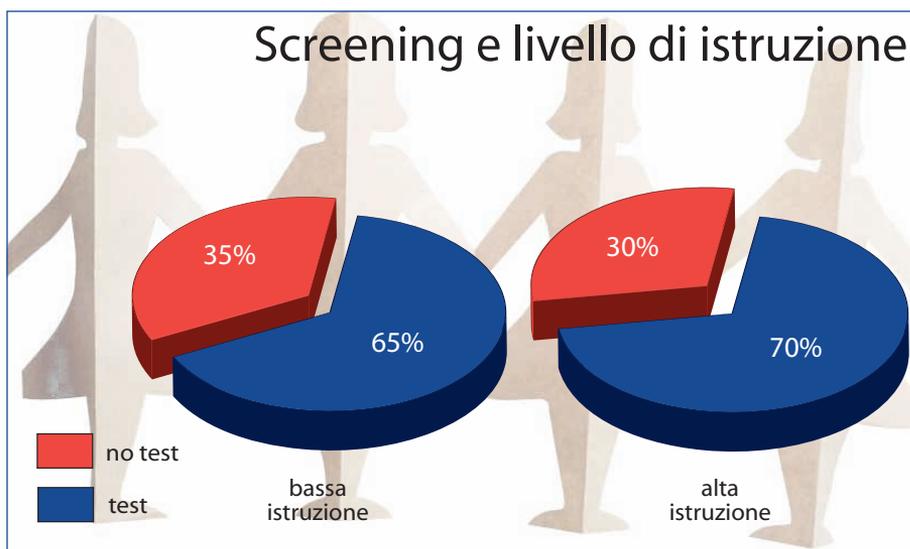
Lo studio Passi nel 2005 ha saputo cogliere quante persone, nelle varie Regioni, hanno aderito ai programmi di screening oncologici: un dato importante per valutare il coinvolgimento della popolazione ai programmi di prevenzione per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto.

Percentuale di donne tra i 50 e i 69 anni che negli ultimi due anni hanno effettuato una mammografia (Passi 2005)



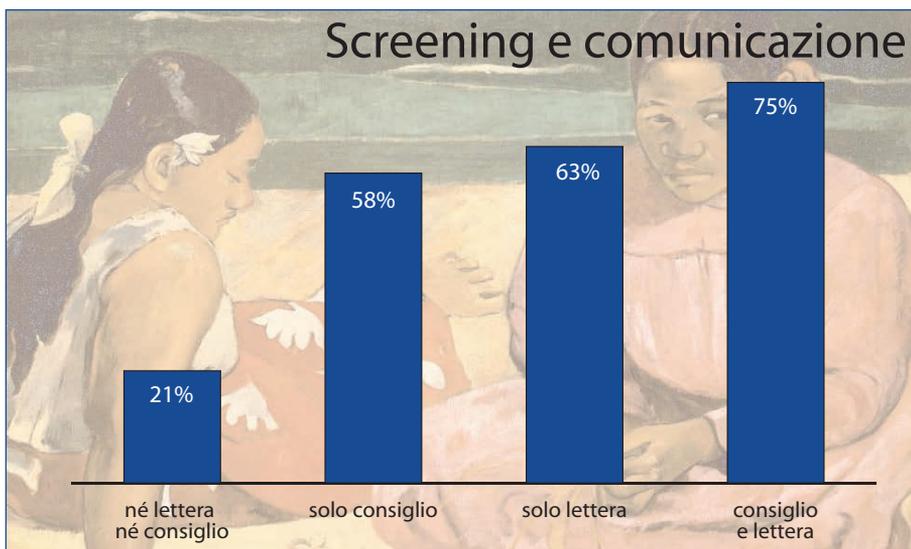
Percentuale di uomini e donne di età uguale o superiore a 50 anni che hanno effettuato una ricerca del sangue occulto fecale o una rettoscopia (Passi 2005)





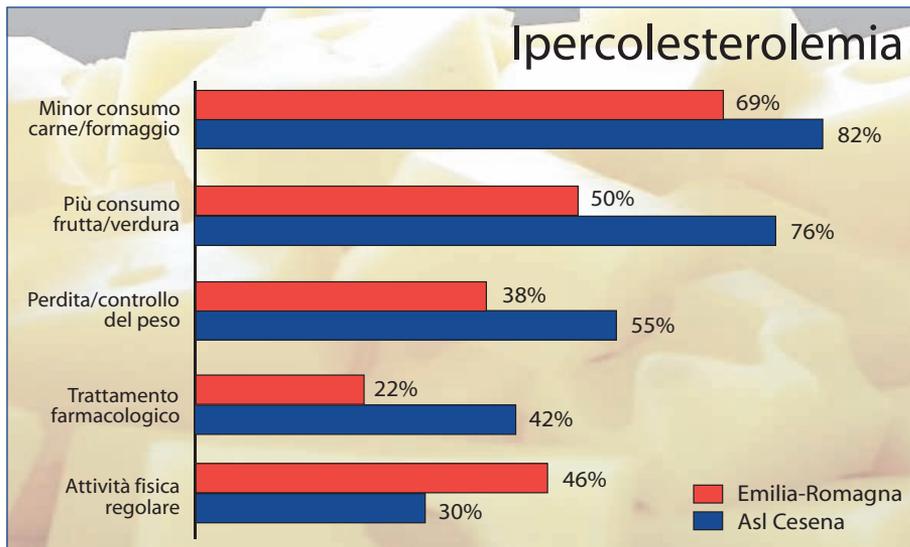
Percentuale di donne che hanno effettuato un Pap-test negli ultimi tre anni, sulla base del livello di istruzione (Passi 2005)

Vi sono ampie disuguaglianze nell'accesso ai servizi di sanità pubblica: in particolare, alcuni gruppi sociali vengono raggiunti in maniera differente proprio dai programmi di screening. Nelle campagne per il Pap-test, per esempio, le donne giovani e con un basso livello d'istruzione sono raggiunte con più difficoltà: le interviste di tutte le Asl partecipanti allo studio Passi 2005 rivelano che il 65% delle donne con basso livello di istruzione ha effettuato un Pap-test negli ultimi tre anni, rispetto al 70% di quelle con maggiore scolarizzazione. Se rapportata all'intera popolazione italiana, questa differenza diventa notevole: una sfida importante quindi per lo studio di nuove campagne di sanità pubblica.



Sempre in materia di screening, Passi ha permesso anche di valutare l'efficacia dei sistemi di comunicazione: i dati dicono che ha effettuato una mammografia a scopo preventivo il 75% delle intervistate che hanno ricevuto sia il consiglio del proprio medico curante, sia una lettera d'invito dalla Asl di riferimento. Viceversa, ha eseguito l'esame solo il 21% delle intervistate che non sono state raggiunte da alcuna forma di comunicazione o attività di sensibilizzazione.

Efficacia dei sistemi di comunicazione per favorire l'esecuzione della mammografia negli ultimi due anni (Passi 2005)

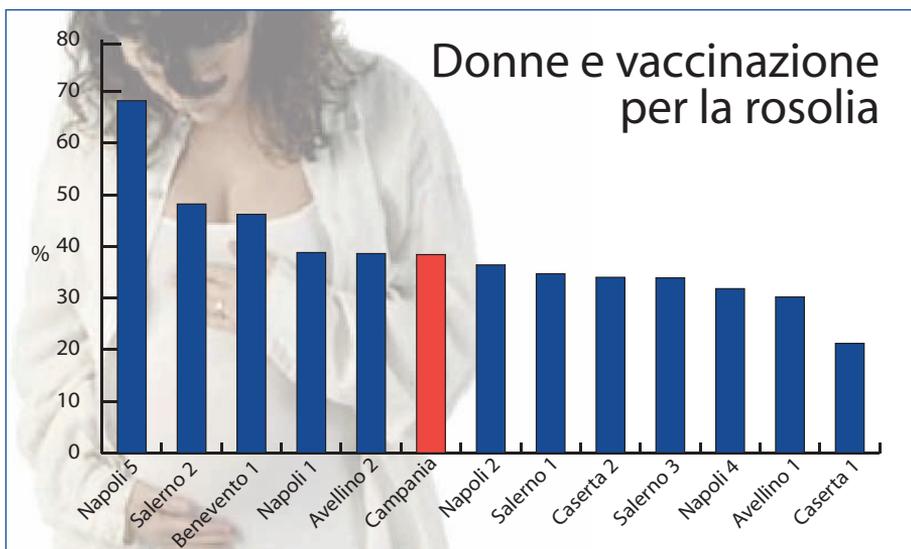


Differenti modalità di intervento per il trattamento dell'ipercolesterolemia: confronto tra Asl Cesena e Regione Emilia-Romagna (Passi 2005)

Confronti

Le istantanee che Passi scatta sullo stato di salute dei cittadini permettono confronti non solo a livello regionale, ma anche a livello delle singole aziende sanitarie locali.

In tema di ipercolesterolemia, per esempio, è interessante il parallelo tra i dati della Asl di Cesena e quelli di tutta la Regione Emilia Romagna: si scopre infatti che i cesenati sono più virtuosi dei loro coregionali per quanto riguarda la dieta (maggior consumo di frutta e verdura: 76% contro 50% - minor consumo di carne e formaggi: 82% rispetto a 69%) e il controllo del peso (55% contro 38%), ma sono meno attenti all'attività fisica quotidiana (30% contro 46%).



Indicazioni di grande interesse arrivano anche dai raffronti fra singole Asl. In Campania, per esempio, nell'indagine Passi 2005, il 39% circa delle donne di 18-45 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (17%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (22%). Tra le 13 Asl della Regione, la più alta percentuale di donne stimate immuni alla rosolia spetta alla Asl Napoli 5 (68%), mentre le altre seguono con tassi via via inferiori.

Percentuale di donne tra i 18 e i 45 anni immuni alla rosolia: confronto tra aziende sanitarie della Regione Campania (Passi 2005)

Questi esempi di confronto ad alto livello di dettaglio permettono quindi di trarre valutazioni molto mirate sulle strategie e le iniziative di salute pubblica da intraprendere a livello locale, sul territorio. ■



Passi nel 2007 e 2008

Con quasi 45 mila interviste telefoniche previste fino a giugno 2008, Passi andrà a cogliere l'evoluzione nella percezione della salute e dei comportamenti a rischio nel nostro Paese. Grazie alle risposte dei cittadini, si avrà così una fotografia aggiornata e capillare degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni.

I temi oggetto della sorveglianza sono: rischio cardiovascolare, screening oncologici, attività fisica, abitudini alimentari, consumo di alcol, fumo, sicurezza stradale, salute mentale, vaccinazione antinfluenzale, vaccinazione per la rosolia e incidenti domestici.

Fattori di rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari (infarto miocardico, angina, ictus cerebrale, ecc) sono la prima causa di morte in Italia. Il fumo, l'obesità, la sedentarietà, il diabete, l'ipercolesterolemia e l'ipertensione arteriosa sono tutti fattori responsabili dell'insorgenza di malattie cardiovascolari, prevenibili con efficaci misure farmacologiche e comportamentali.

Gli studi Passi 2005 e 2006 hanno valutato la prevalenza dei più importanti fattori di rischio cardiovascolari. Insieme alla valutazione del rischio cardiovascolare individuale (tramite il calcolo del punteggio e la carta del rischio), i dati di Passi aiuteranno a mettere a punto strategie efficaci per la prevenzione di queste malattie.

Obiettivi della sorveglianza Passi

- ◆ stimare la proporzione di popolazione alla quale è stata misurata la pressione arteriosa e la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo
- ◆ stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico di famiglia consigli riguardo al cambiamento dello stile di vita (come perdita di peso e attività fisica)
- ◆ stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver calcolato con il suo medico il proprio rischio cardiovascolare mediante la carta del rischio cardiovascolare, la cui diffusione viene indicata nell'ambito del Piano nazionale di prevenzione.

Screening oncologici

Ogni anno in Italia vengono diagnosticati circa 270 mila casi di tumore. Nel 2006 sono stati registrati circa 150 mila decessi a causa di questa patologia. La diagnosi precoce rappresenta un metodo efficace per la prevenzione, consentendo di intervenire sui pazienti con trattamenti meno aggressivi e riducendo il numero dei decessi. Per esempio, il Pap test ha ridotto i decessi nelle donne tra i 50 e i 70 anni del 30%, mentre lo screening per individuare i tumori del colon-retto è associato ad una riduzione della mortalità compresa tra il 15 ed il 33%.

Obiettivi della sorveglianza Passi

- ◆ individuare le buone pratiche negli interventi di promozione delle attività di screening (lettere di invito, campagne di sensibilizzazione, consigli degli operatori sanitari, ecc)
- ◆ stimare:
 - ◇ la periodicità con cui vengono effettuati gli esami di screening
 - ◇ se l'esame è stato eseguito all'interno di un programma strutturato di screening
 - ◇ dove è stato eseguito (strutture pubbliche e private)
 - ◇ la motivazione principale di chi ha effettuato l'esame di screening e di chi non l'ha fatto
 - ◇ il coinvolgimento del personale sanitario nel promuovere l'attività di screening.

Attività fisica

La pratica di un'attività fisica moderata e regolare abbassa notevolmente il rischio di diverse patologie e riduce del 10% la mortalità per tutte le cause. Secondo le stime dell'Oms, la sedentarietà provoca 1,9 milioni di decessi all'anno in tutto il mondo. Si stima inoltre che determini il 22% delle malattie cardiovascolari e una significativa percentuale di casi di diabete e di tumori.

Secondo quanto rilevato dallo studio Passi 2005, in Italia il 24% delle persone intervistate svolge una vita prevalentemente sedentaria, il 34% svolge un'attività fisica ma senza raggiungere i livelli raccomandati e soltanto il 42% svolge la quantità di attività consigliata.

Obiettivi della sorveglianza Passi

- ◆ stimare la quota di popolazione che presenta uno stile di vita sedentario
- ◆ monitorare il passaggio dalla condizione di sedentario ad attivo, per verificare l'efficacia di interventi di promozione dell'attività fisica, soprattutto in sottopopolazioni a rischio
- ◆ stimare la diffusione e la qualità di interventi di counseling dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari.

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Una cattiva alimentazione e una dieta sbilanciata sono tra le più rilevanti cause di malattie e morte nei Paesi industrializzati. La presenza di un eccesso di peso si associa a numerose patologie, in particolare il diabete mellito, l'ipertensione e le malattie cardiovascolari in genere.

In Italia, i casi di sovrappeso e obesità nella popolazione adulta superano il 40%, con un trend in aumento negli ultimi decenni. La situazione per il futuro si profila ancor più preoccupante, visto che, già in età infantile, il trend dell'obesità infantile in Italia è in crescita continua, con una prevalenza tra le più alte in Europa.

Obiettivi della sorveglianza Passi

- ◆ valutare l'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'eccesso di peso e la diffusione del counselling
- ◆ valutare la percezione che gli intervistati hanno del proprio peso e delle proprie abitudini alimentari
- ◆ stimare la percentuale della sottopopolazione con eccesso di peso a cui è stato consigliato di perdere peso e quanti effettivamente seguono una dieta
- ◆ valutare la proporzione di popolazione che consuma abitualmente frutta e verdura secondo le raccomandazioni internazionali (almeno cinque porzioni al giorno - "five a day").

Consumo di alcol

L'abuso di alcol non rappresenta solo un pericolo per la propria salute, ma sempre più spesso mette a rischio la vita degli altri. Infatti, le persone che abusano dell'alcol, oltre ad avere un maggior rischio di contrarre circa 60 diverse patologie, sono più inclini a comportamenti pericolosi, come la guida veloce di autoveicoli o rapporti sessuali ad alto rischio.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 prevede proprio di adottare politiche che intervengano sulla percezione culturale del bere, puntando su un sistema di sorveglianza che valuti l'efficacia degli interventi e sulla disponibilità di efficaci trattamenti per affrontare la dipendenza dall'alcol.

Obiettivi della sorveglianza Passi

- ◆ stimare la prevalenza e le caratteristiche dei gruppi a rischio (per esempio, con consumo alcolico forte e smodato), verso i quali indirizzare gli interventi di prevenzione
- ◆ valutare l'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso alcolico.

Fumo di tabacco

Il fumo di tabacco rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie degenerative, che spesso causano la morte precoce di molte persone. Gli effetti negativi del fumo non ricadono solo sulle persone che ne sono dipendenti, ma anche su quelle che sono esposte abitualmente al fumo passivo.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 prevede l'applicazione di una serie di strategie che mirano soprattutto alla protezione dal fumo passivo, alla prevenzione dell'iniziazione al fumo e all'assistenza ai fumatori per liberarsi dalla dipendenza.

Obiettivi della sorveglianza Passi

- ◆ valutare l'attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo e la diffusione del counselling
- ◆ descrivere il rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro e nelle abitazioni private
- ◆ monitorare l'impatto di un intervento sui comportamenti (per esempio, legge nazionale sul fumo nei locali pubblici o interventi locali).

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali costituiscono la nona causa di morte nel mondo e, in assenza di un'inversione di tendenza, entro il 2020 saranno la terza causa globale di morte e disabilità. In Italia, gli incidenti stradali sono la prima causa di morte e di invalidità delle persone con età inferiore a 40 anni. In generale, ogni anno si stimano in media circa 8 mila decessi, 170 mila ricoveri e 600 mila prestazioni di pronto soccorso, cui fanno riscontro 25 mila invalidi permanenti, con costi sociali e umani elevatissimi.

Si stima che l'istituzione di controlli sistematici dell'alcolemia possa, da sola, ridurre di circa un quarto gli incidenti mortali e che l'uso delle cinture di sicurezza possa prevenire circa il 50% di decessi e traumi.

Obiettivi della sorveglianza Passi

- ◆ valutare la prevalenza delle persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza, come le cinture e il casco
- ◆ stimare la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto alcolici.

Salute mentale

PASSI NEL 2007 E 2008

I disturbi depressivi si associano a elevati livelli di sofferenza e disabilità, che spesso espongono a un maggiore rischio di suicidio. La presenza di un disturbo depressivo in pazienti con alcune patologie è associata a esiti poco favorevoli. In Italia, la prevalenza stimata dei disturbi depressivi nella popolazione generale è almeno del 3%. Vari studi, tra cui il Passi 2006, suggeriscono che molte persone affette da depressione e altri disturbi mentali gravi non ricorrono ad assistenza medica o non ricevono un trattamento adeguato dagli operatori. Il miglioramento delle diagnosi rappresenta un primo passo importante per affrontare e migliorare la situazione dei soggetti che soffrono di disturbi mentali.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 pone tra i suoi principali obiettivi i temi della salute mentale, sottolineando la necessità di promuovere nella popolazione la consapevolezza riguardo all'esistenza di servizi di cura e la possibilità di trattamento per le malattie mentali.

Obiettivi della sorveglianza Passi

- ◆ identificare i fattori associati a sintomi di depressione, per individuare sottopopolazioni a cui indirizzare eventualmente interventi di diagnosi precoce e trattamento
- ◆ stimare la misura di limitazione nella vita quotidiana causata da sintomi di depressione
- ◆ valutare il ricorso a operatori sanitari in presenza di sintomi di depressione.

Vaccinazione antinfluenzale

Altamente contagiosa e a carattere stagionale, tipicamente nei mesi invernali, l'influenza può assumere un decorso grave, specialmente nei soggetti deboli come gli anziani e le persone affette da malattie croniche.

Si stima che l'influenza colpisca tra il 5 e il 30% della popolazione, con importanti ripercussioni negative sull'attività lavorativa e sulla funzionalità dei servizi di pubblica utilità. Inoltre, nei Paesi industrializzati l'influenza rappresenta la terza causa di morte per malattie infettive.

Obiettivi della sorveglianza Passi

- ◆ stimare la prevalenza delle persone affette malattie croniche, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, che hanno ricevuto il vaccino antinfluenzale nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Vaccinazioni in età adulta: rosolia

La rosolia è generalmente una malattia benigna, ma se contratta in gravidanza può trasmettersi al feto con conseguenze gravi sulla qualità della vita del nascituro. Trattandosi di una condizione prevenibile, il principale scopo dei programmi vaccinali contro la rosolia è la prevenzione dell'infezione nelle donne in stato di gravidanza e, quindi, della rosolia congenita.

I dati rilevati dallo studio Passi nel 2005 hanno permesso di individuare nel 53% la prevalenza delle donne di età compresa fra i 18 e i 45 anni immuni nei confronti del virus della rosolia, mentre il 4% è risultato suscettibile. Per il restante 43% lo stato immunitario non era noto.

Obiettivi della sorveglianza Passi

- ◆ stimare la prevalenza di donne di 18-45 anni che sono state vaccinate contro la rosolia
- ◆ stimare la prevalenza di donne di 18-45 anni che hanno effettuato un rubeotest.

Incidenti domestici

In Europa, tra il 1998 e il 2000, quasi 20 milioni di persone hanno subito infortuni domestici, con oltre 5 milioni di ricoverati e 56 mila morti. In Italia, secondo i dati Istat, il numero di infortuni domestici mostra un andamento in costante crescita: nel 2005 sono state 3 milioni le persone coinvolte da questo tipo di incidenti. Per invertire il trend sono necessari una serie di interventi multipli, come la promozione di attività fisica fra gli anziani, il controllo delle caratteristiche delle abitazioni, campagne informative ed educative per i cittadini, la formazione degli operatori sanitari sulla realizzazione di interventi di rilevazione della sicurezza nelle case e la fornitura di dispositivi di protezione a basso costo.

La prevenzione degli incidenti domestici rientra tra gli ambiti di azione specifici del Piano nazionale di prevenzione 2005-2007. Anche per questo, le Regioni hanno chiesto di inserire una sezione sulla sicurezza domestica nel sistema di sorveglianza Passi, considerandolo un valido strumento per la valutazione dei progetti regionali.

Obiettivi della sorveglianza Passi

- ◆ valutare la consapevolezza del rischio in ambito domestico
- ◆ stimare la percentuale di popolazione che ha ricevuto consigli sui rischi domestici da parte degli operatori sanitari
- ◆ stimare la percentuale di popolazione che ha adottato dispositivi di sicurezza nella propria abitazione o modificato i propri comportamenti.

Appendice 1

Principali aspetti metodologici del sistema di sorveglianza

Campionamento

- ◆ Popolazione indagata:
 - ◇ persone residenti nell'Asl, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico.
- ◆ Campione casuale stratificato per sesso ed età (tre fasce: 18-34 anni; 35-49 anni; 50-69 anni), proporzionale alla composizione della popolazione.
- ◆ Oltre alla lista dei titolari verrà predisposta una lista dei sostituti, anch'essa stratificata per sesso ed età, per consentire:
 - ◇ la sostituzione delle persone, presenti nella lista anagrafica, ma che non hanno i requisiti di inclusione nella popolazione indagata (per esempio, senza recapito telefonico)
 - ◇ le sostituzioni dovute a non reperimento o rifiuto dell'intervistato.
- ◆ Frequenza del campionamento:
 - ◇ estrazione mensile, trimestrale o semestrale, a seconda della frequenza di aggiornamento delle liste.
- ◆ Campionamento supplementare:
 - ◇ utile per indagare gruppi specifici (per esempio, donne dai 50 ai 69 anni per lo screening del tumore al seno)
 - ◇ somministrazione del questionario intero anche al gruppo sovracampionato
 - ◇ in sede di analisi, ricorso a meccanismi di correzione per la correttezza delle stime.
- ◆ Il sistema di sorveglianza è concepito per fornire informazioni a livello delle Asl. Le stime a livello regionale vengono costruite aggregando i dati delle singole Asl.

- ◆ Grandezza del campione per le Asl:
 - ◇ numero minimo di intervistati: 25 al mese
 - ◇ per 11 mensilità (luglio e agosto saranno considerati insieme)
 - ◇ incrementabile su base volontaria secondo la disponibilità e le risorse delle singole Asl
 - ◇ durante la fase di sperimentazione si consente alle Regioni di partecipare con un campione anche solamente regionale, la cui dimensione va concordata con il Gruppo tecnico presso il Cnesps.
- ◆ Le interviste programmate in ciascun mese sono distribuite uniformemente, se possibile con cadenza settimanale.
- ◆ Estrazione del campione e sostituzioni vengono effettuate dal coordinatore aziendale.
- ◆ Le sostituzioni sono fatte nello stesso strato di età e sesso.

Aspetti etici

Garantire il rispetto per la vita privata delle persone coinvolte e assicurare la riservatezza delle informazioni personali raccolte è un elemento portante del sistema di sorveglianza. Per raggiungere questo obiettivo sono state messe a punto procedure valide che sono attuate a diversi livelli:

- ◆ gli operatori coinvolti, incaricati del trattamento dei dati personali, sottoscrivono un impegno formale alla riservatezza
- ◆ come professionisti, gli operatori sanitari sono inoltre tenuti al segreto professionale
- ◆ le Asl utilizzano locali idonei per condurre le interviste, per evitare che persone estranee, non legate al segreto professionale, vengano a conoscenza di informazioni riservate degli intervistati
- ◆ le Asl preparano archivi sicuri per le liste di campionamento, assicurano la riservatezza dei questionari cartacei e li distruggono subito dopo la loro validazione
- ◆ le informazioni raccolte sono rese rapidamente anonime, dopo le prime verifiche, in modo da impedire che si possa in qualunque modo collegarle all'identità degli intervistati
- ◆ i supporti (computer, server, memorie e dischi portatili ecc) dedicati alla raccolta, alla conservazione (anche temporanea) e all'elaborazione dei dati della sorveglianza, sono dotati di adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione
- ◆ nessun collegamento con banche dati sanitarie o di altro tipo è previsto né possibile
- ◆ per reperire il numero telefonico degli intervistati, si fa ricorso alle pagine bianche e altre fonti informative disponibili
- ◆ attraverso una comunicazione via lettera, gli intervistati vengono informati dieci giorni prima dell'intervista dello scopo dell'indagine e delle modalità di svolgimento delle domande
- ◆ prima di iniziare le interviste, viene sempre richiesto il consenso a essere intervistati, sottolineando che la persona da intervistare può rifiutare l'intervista in toto oppure interromperla in qualunque momento.

Questionario

Costruzione del questionario

- ◆ Cinque i tipi di modulo previsti:
 - ◇ nucleo fisso di domande (da somministrare ogni anno)
 - ◇ nucleo di domande di approfondimento a rotazione (da somministrare ad anni alterni)
 - ◇ moduli opzionali (a livello nazionale)
 - ◇ moduli opzionali (a livello locale, regionale o di Asl)
 - ◇ moduli per le emergenze di salute pubblica.

Il limite di durata previsto per l'intervista con il questionario standard è 20 minuti; in ogni caso, anche considerando i moduli aggiuntivi, non deve superare i 25 minuti. Le informazioni richieste tramite intervista riguardano solo le persone intervistate e non altri componenti della loro famiglia.

Nucleo fisso e nucleo di approfondimento a rotazione

- ◆ Criteri generali di inclusione: per essere inseriti nel nucleo fisso i moduli devono:
 - ◇ essere collegati con le priorità del Piano sanitario nazionale
 - ◇ riguardare fenomeni soggetti a variabilità temporale e territoriale, e per i quali sia possibile ricavare stime attendibili, in funzione degli obiettivi per cui vengono indagati
 - ◇ rilevare informazioni su singole variabili non ottenibili da altre fonti (almeno non con il livello di dettaglio geografico e di tempestività necessari) oppure riguardanti associazioni di più variabili non altrimenti esplorabili
 - ◇ rilevare informazioni di contesto, che aiutano la comprensione dei fenomeni (non solo sociodemografiche, ma anche relative ai determinanti sociali della salute)
 - ◇ riguardare condizioni e problemi suscettibili di interventi preventivi
 - ◇ documentare un cambiamento percentuale rispetto a precedenti indagini, o essere definiti come importanti a livello politico, per cui è giudicato essenziale un monitoraggio continuo
 - ◇ riguardare i seguenti ambiti di indagine: comportamenti a rischio per la salute, atteggiamenti e comportamenti orientati alla prevenzione, prevalenza di alcune condizioni patologiche, interventi preventivi attuati dal sistema sanitario.
- ◆ Si prevede di introdurre ad anni alterni gruppi di domande di approfondimento, per consentire la raccolta periodica di informazioni più dettagliate su variabili già contemplate dal questionario.
- ◆ Per l'inclusione nel nucleo a rotazione valgono gli stessi criteri. I cambiamenti vengono monitorati più lentamente nel tempo.

Moduli opzionali

Si tratta di moduli che possono essere utilizzati sia a livello nazionale sia a livello delle Asl o delle Regioni, e che non sono indispensabili per la partecipazione al sistema di sorveglianza Passi. Possono essere inseriti nel questionario per un solo anno oppure essere mantenuti per periodi più lunghi o essere ripetuti periodicamente.

Moduli opzionali nazionali

Proposta: i soggetti abilitati a proporre nuovi moduli opzionali nazionali sono i tre organi di governo del sistema di sorveglianza: sottocomitato scientifico del Ccm, Coordinamento interregionale della prevenzione, Cnesps.

Decisione: l'inclusione è decisa in seguito all'accordo dei sopra nominati organi di governo.

Messa a punto: i moduli opzionali nazionali vengono messi a punto dal Gruppo tecnico, che fornisce supporto per il data entry e l'analisi.

Criteri per l'inclusione:

- ◆ temi giudicati importanti per la salute pubblica dalla maggioranza delle Regioni, ma non necessariamente collegati alle strategie del Piano sanitario nazionale
- ◆ altri criteri come quelli già descritti: fenomeni misurabili a livello di Asl o almeno di Regione, dati non ottenibili da altre fonti, condizioni prevenibili
- ◆ il numero delle variabili indagate deve essere limitato (per non superare il limite predefinito di durata dell'intervista); le relative domande devono essere inserite in coda al questionario
- ◆ deve essere preparata una proposta formale, da sottoporre agli organi di governo del sistema di sorveglianza per l'approvazione.

Moduli opzionali regionali o di Asl

Proposta: le proposte di inserimento possono essere presentate dai responsabili delle strutture regionali e aziendali di sanità pubblica. Sarà cura del coordinatore regionale, coadiuvato dal suo referente, avviare il processo di valutazione del modulo.

Decisione: l'inclusione è decisa in seguito all'accordo tra coordinatori regionali e Gruppo tecnico.

Messa a punto: i moduli opzionali locali sono predisposti dai coordinatori regionali e di Asl. Il Gruppo tecnico li valuta ed esprime eventuali proposte di modifica.

Criteri per l'inclusione:

- ◆ collegamento con il Piano sanitario nazionale e/o con i Piani regionali della prevenzione; il fenomeno dovrebbe essere misurabile a livello locale; informazioni non ottenibili attraverso altre fonti; condizioni prevenibili; sintonia con gli obiettivi generali del sistema Passi
- ◆ deve essere presente un protocollo scritto (descrizione del contesto, rationale, obiettivi, possibile uso dei risultati, fonti delle domande e set di domande).

Moduli per le emergenze

Su mandato del Ccm, si studieranno modalità per includere domande su problemi urgenti di salute pubblica.

Interviste e analisi

Procedure per i contatti iniziali

Utilizzando modelli messi a disposizione dal Gruppo tecnico, è stato predisposto il testo delle lettere (in cui si spiegano scopi e utilità dell'indagine, e svolgimento delle interviste):

- ◆ destinate alle singole persone da intervistare e ai loro Medici di medicina generale
- ◆ destinate ad altri portatori di interesse (sindaci, ordine dei medici ecc), per sensibilizzarli e promuoverne la collaborazione.

Referenti e coordinatori regionali e aziendali svolgono anche altre attività di sensibilizzazione nei confronti degli operatori e della popolazione generale (comunicati, conferenze stampa ecc).

Procedure per i contatti telefonici

Stabilire i contatti telefonici è compito degli intervistatori, che devono effettuare diversi tentativi, in fasce orarie diverse, durante la settimana, e almeno un tentativo nel fine settimana.

Raccolta e inserimento dei dati

Sono due le possibili modalità di acquisizione delle informazioni e trasformazione in formato elettronico:

- ◆ intervista con utilizzo di un questionario cartaceo, fornito dal Gruppo tecnico; successivo inserimento su pc attraverso un software dedicato
- ◆ raccolta e inserimento dei dati direttamente su computer (metodo Cati).

Registrazione dei dati

- ◆ I dati delle interviste vengono caricati via internet (connessione protetta) in un archivio unico.

Verifica e validazione dei dati

La verifica dei dati è affidata a diversi meccanismi a più livelli:

- ◆ i programmi di data entry e di Cati sono dotati di adeguati controlli per ridurre gli errori nella fase di inserimento dei dati
- ◆ l'intervistatore, laddove possibile, inserisce personalmente le informazioni dei propri questionari cartacei, in modo da provvedere più facilmente a correggere gli eventuali errori (autovalidazione)
- ◆ un supervisore di Asl (coordinatore aziendale o suo delegato) effettua controlli continui sulla qualità dei dati (completezza, congruenza ecc)
- ◆ il coordinatore regionale segue il processo di rilevazione dei dati nelle proprie Asl
- ◆ il Gruppo tecnico effettua una sorveglianza complessiva nazionale della qualità dei dati di Asl e Regioni.

Analisi dei dati e reportistica

- ◆ Sono disponibili su sito web, tramite accesso protetto:
 - ◇ rapporti sul processo di raccolta e inserimento dei dati a livello di Asl
 - ◇ stime locali delle principali variabili e, ove possibile, confronti regionali e nazionali
- ◆ il Gruppo tecnico fornisce a ciascuna Asl i risultati delle analisi standard sui dati aziendali
- ◆ i coordinatori regionali possono visualizzare i dati delle proprie Asl
- ◆ per il livello regionale si possono verosimilmente ottenere stime attendibili dopo circa sei mesi dall'inizio della raccolta dati; a livello di Asl, di regola, dopo un anno
- ◆ il Gruppo tecnico si occupa della stesura, per le Regioni e le Asl, di un prototipo di rapporto, facilmente completabile con l'inserimento dei risultati locali.

Monitoraggio e valutazione

Il monitoraggio deve permettere la valutazione in itinere del progetto, consentendo tempestivi provvedimenti correttivi, ove necessario. Per questo, il Gruppo tecnico ha predisposto un apposito set di indicatori, riguardanti sia lo svolgimento di attività continuative sia il superamento di tappe cruciali dell'indagine. Su alcuni argomenti sono previste in un secondo tempo inchieste ad hoc per intervistatori e coordinatori, nonché per gli intervistati, riguardanti diversi aspetti tra cui, per esempio:

- ◆ impatto sull'attività di servizio, accettabilità, livello di motivazione
- ◆ effettiva attività di analisi dei dati nelle Asl/Regioni
- ◆ gradimento/accettabilità da parte degli intervistati.

La valutazione formale del progetto finalizzato affidato al Cnesps viene effettuata dal sottocomitato scientifico del Ccm, secondo le indicazioni previste dal documento di progetto.

Per quanto riguarda la valutazione della sperimentazione del sistema, va considerato che obiettivo generale della sperimentazione è restituire un metodo collaudato per implementare un sistema di sorveglianza, mentre obiettivi specifici sono testare metodi e materiali efficaci per produrre l'informazione necessaria a monitorare alcuni programmi di salute delle Regioni/Asl, in modo da facilitarne la gestione e consentire eventuali riorientamenti delle strategie in base ai risultati.

È opportuno distinguere diverse fasi:

- ◆ preparatoria: è necessario consultare gli organi di governo del sistema e i principali gruppi di interesse (a livello nazionale, regionale, locale) sugli aspetti più qualificanti da misurare
- ◆ di processo: basata sulle caratteristiche desiderabili del sistema di sorveglianza
- ◆ finale, che riguarda i seguenti aspetti:
 - ◇ erogazione dei prodotti attesi (principalmente stime di alcune variabili e loro affidabilità)
 - ◇ azioni di comunicazione dei risultati
 - ◇ iniziative intraprese nel campo preventivo/di sanità pubblica sulla base dei risultati acquisiti.

Appendice 2

Il contesto normativo

Il Governo italiano, assieme a tutti gli Stati membri della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità, ha approvato una strategia (*Gaining Health*, nel corso della 56^a sessione del Comitato regionale europeo dell'Oms, Copenhagen, 11-14 settembre 2006), che individua alcuni ben identificati fattori di rischio comportamentali modificabili (tabagismo, sovrappeso e obesità, consumo di alcol, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa e iperglicemia) quali cause dell'incremento della frequenza di malattie cardiovascolari, malattie oncologiche, respiratorie e altre malattie croniche non trasmissibili, che rappresentano le principali cause di mortalità e morbosità nella popolazione adulta. La sorveglianza sulla frequenza di questi fattori di rischio modificabili rappresenta una delle componenti della strategia.

Coerentemente agli indirizzi dell'Oms, il ministero della Salute è impegnato a portare avanti il programma *Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari*, approvato dal Consiglio dei ministri nella riunione del 16 febbraio 2007, che prevede azioni di contrasto al fumo, all'alcol, alla sedentarietà e alle diete scorrette, a sostegno del quale è necessario disporre di un idoneo sistema di sorveglianza. Questa scelta strategica è stata preparata da una serie di iniziative e di provvedimenti, che hanno posto le premesse per una sua efficace realizzazione. Un tassello della strategia di potenziamento della prevenzione in sanità pubblica è costituito dall'accordo Stato-Regioni del 2002 sulle "Linee guida sulle attività del dipartimento di Prevenzione", che ha individuato nei dipartimenti di Prevenzione una risorsa strategica delle aziende sanitarie e ha indicato la necessità di effettuare il monitoraggio degli obiettivi di salute.

Il Piano sanitario nazionale 2003-05 definiva gli stili di vita non corretti un'emergenza. Di conseguenza nell'accordo del 6 aprile 2004, lo Stato e le Regioni si sono impegnati ad attuare la prevenzione attiva del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e delle neoplasie. Nel 2004 sono stati rafforzati gli strumenti di contrasto alla crescente diffusione delle malattie croniche attraverso l'istituzione (Legge 138/2004, art. 1) del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), che riconosce, tra i propri obiettivi strategici, quello di sostenere il Paese per l'adozione di stili di vita sani. Nell'ambito della progett-

tazione e implementazione del nuovo Sistema informativo sanitario (progetto Mattone dell'Assistenza sanitaria collettiva), il ministero della Salute e le Regioni capofila (Campania ed Emilia Romagna) hanno proposto la realizzazione di un sistema di sorveglianza specifico, finalizzato a fornire dati sull'impatto degli interventi di prevenzione rivolti ai più importanti fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, sedentarietà, dieta ecc).

Il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, definito nell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ha incluso tra gli obiettivi di salute prioritari la prevenzione del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e degli incidenti stradali, lo sviluppo dei programmi di screening oncologici e delle vaccinazioni, e il contrasto all'obesità. Per monitorare il raggiungimento di questi obiettivi di salute, fissati dai piani sanitari nazionali e regionali, è divenuto perciò indispensabile disporre di strumenti informativi che consentano di stimare l'evoluzione dei fattori comportamentali di rischio e la diffusione delle misure di prevenzione.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008, approvato con Dpr del 7 aprile 2006 (G. U. 17 giugno 2006, n. 139, S.O.), ribadisce che la prevenzione dei rischi per la salute si realizza anche attraverso la costruzione di reti di sorveglianza con nodi territoriali, regionali e nazionali all'interno del Sistema Sanitario. Più precisamente, sottolinea la necessità di rendere stabile una periodica sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali sul modello del Behavioural Risk Factor Surveillance System (Brfss) americano. Il Ccm ha quindi affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, dell'Istituto superiore di sanità (mediante un'apposita convenzione, approvata dal ministero della Salute con decreto dirigenziale 20 febbraio 2006, registrata il 1 luglio 2006), il compito di realizzare la sperimentazione di un sistema di sorveglianza operante in modo continuo, nell'ambito di un progetto denominato Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (Passi).

La sperimentazione si avvale dell'esperienza acquisita con le indagini trasversali Passi, effettuate nel 2005 e 2006 da Cnesps e Regioni, su mandato del Ccm. Gli studi pilota hanno dimostrato la fattibilità di questo approccio nel contesto reale del nostro Sistema sanitario nazionale e hanno consentito la messa a punto di materiali e metodi utili per la progettazione del nuovo sistema di sorveglianza. Per questo motivo, il Piano sanitario nazionale 2006-2008 cita gli studi trasversali Passi come importante esperienza a cui fare riferimento. La proposta di aderire alla sperimentazione è stata approvata dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, nella riunione del 12 aprile 2006. La bozza del protocollo della sperimentazione, elaborata da Cnesps e Regioni, è stata condivisa con il Coordinamento interregionale della prevenzione (Cip) nella riunione del 12 settembre 2006. ■



Finito di stampare nel mese di ottobre 2007
presso la tipografia Iacobelli srl - Pavona (Roma)