

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Sistema di Sorveglianza PASSI
(Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)**

Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione
del “Sistema di Sorveglianza PASSI”

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

07/30

Istituto Superiore di Sanità

Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI"
2007, viii, 228 p. Rapporti ISTISAN 07/30

Gli stili di vita svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche, responsabili di una grossa quota della mortalità e morbosità in Europa. Nel 2006 il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (CCM) ha affidato all'ISS il compito di sperimentare un sistema continuo di sorveglianza della popolazione adulta (PASSI), dedicato a stimare la frequenza ed evoluzione dei fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione. Nel presente rapporto, dopo un'introduzione generale sui sistemi di sorveglianza, sono riportati la storia della sperimentazione (premesse normative, studi pilota) e un resoconto dell'attività sinora svolta, e sono illustrati alcuni aspetti del sistema (comunicazione, uso appropriato dei risultati, monitoraggio, valutazione). In appendice sono reperibili i documenti di riferimento del progetto (convenzione CCM-ISS, protocollo, questionario, temi di indagine, tutela della riservatezza) e la documentazione tecnica operativa (struttura del sistema informativo, manuali, materiale di consultazione per gli intervistatori).

Parole chiave: Sistema di sorveglianza, Malattie croniche, Fattori di rischio comportamentali, Prevenzione

Istituto Superiore di Sanità

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): an Italian behavioral risk factor system.

Coordinating technical group of the behavioral risk factor system
2007, viii, 228 p. Rapporti ISTISAN 07/30 (in Italian)

Lifestyle plays an important role in the development of non-communicable chronic diseases, which contribute significantly to the burden of disease in Europe. In 2006, the Centre for Disease Control and Prevention at the Italian Ministry of Health (MoH) entrusted the Italian National Health Institute (Istituto Superiore di Sanità, ISS) with the task of developing a system for continuous surveillance over the adult population (PASSI). PASSI's main objective is to estimate the frequency and evolution of behavioural risk factors for health and the diffusion of preventative measures, over-time. The report reviews surveillance systems, provides the project's history (i.e., regulations, pilot studies) and gives an account of the activities until the present. It further illustrates the system's main aspects including communication, appropriate use of results, monitoring and evaluation. The appendix contains the project's reference documents (i.e., MoH-ISS agreement, protocol, questionnaire, survey topics, privacy, policy), and technical and operational documents (information system technology, reference manuals, interview guide).

Key words: Surveillance system, Non-communicable chronic diseases, Behavioral risk factors, Prevention

Per informazioni su questo documento scrivere a: valentina.minardi@iss.it.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". *Sistema di Sorveglianza PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia.*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/30).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© Istituto Superiore di Sanità 2007

**Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione
del “Sistema di Sorveglianza PASSI”**

*Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS),
Istituto Superiore di Sanità, Roma*
Sandro BALDISSERA, Nancy BINKIN, Barbara DE MEI, Gabriele FONTANA,
Valentina MINARDI, Alberto PERRA, Valentina POSSENTI, Stefania SALMASO

Dipartimento di sanità pubblica, Azienda USL di Cesena
Nicoletta BERTOZZI

Dipartimento di Statistica, Università degli studi Ca' Foscari, Venezia
Stefano CAMPOSTRINI

Dipartimento di sanità pubblica, AUSL Modena
Giuliano CARROZZI

*Direzione generale della prevenzione sanitaria, Dipartimento prevenzione e comunicazione,
Ministero della salute, Roma*
Paolo D'ARGENIO, Stefania VASSELLI

Dipartimento di prevenzione, ASL Caserta 2
Angelo D'ARGENZIO

Servizio osservatorio epidemiologico, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento
Pirous FATEH-MOGHADAM

Ufficio di statistica, Istituto superiore di sanità, Roma
Giada MINELLI

UO Epidemiologia, Dipartimento prevenzione AUSL Roma C
Massimo O. TRINITO

Zadigroma
Eva BENELLI, Stefano MENNA

INDICE

Prefazione	v
Premessa	vii
Introduzione	1
Sorveglianza dei fattori di rischio per la salute nel mondo	2
Una prima definizione.....	2
Panorama internazionale.....	3
Stato dell'arte dei sistemi di sorveglianza.....	3
Il sistema di sorveglianza in Italia	5
Contesto e premesse normative.....	5
Un po' di storia: gli studi trasversali PASSI 2005 e 2006.....	6
PASSI 2005	7
PASSI 2006	7
Il sistema di sorveglianza di popolazione PASSI: il progetto di sperimentazione del CCM	8
Caratteristiche del nuovo sistema di sorveglianza	9
Razionale della sorveglianza di popolazione	9
Obiettivi del progetto	10
Uso dei dati di sorveglianza	11
La comunicazione nella fase di avvio del sistema PASSI	16
Ruolo della comunicazione nel Sistema di Sorveglianza PASSI.....	16
Una definizione condivisa di comunicazione	17
Approccio comunicativo di riferimento.....	17
Processo comunicativo	18
Criteri fondamentali per la pianificazione della comunicazione.....	19
Comunicazione a livello nazionale per l'avvio del sistema di sorveglianza	20
Modalità e mezzi di comunicazione interna ed esterna	22
Gli operatori del Sistema di Sorveglianza PASSI.....	23
Centralità del cittadino	24
Ruolo di formazione e comunicazione	25
Ascolto e qualità dei dati	26
Un'occasione di <i>empowerment</i>	26
Strumenti e prodotti di comunicazione	27
<i>Booklet</i>	27
<i>Press kit</i>	27
Locandine, depliant e lettere.....	27
Sito web PASSI	27
Newsletter PASSI-one.....	27
PASSIdati.it	28
Forum	28
Monitoraggio	29
Valutazione	32

Il sistema di sorveglianza PASSI: un resoconto del primo anno di attività	37
Prospettive future.....	41
Introduzione	41
Il quadro epidemiologico	41
Strategie in atto	42
Il ruolo di PASSI.....	43
Bibliografia.....	46
Allegato 1	
Documento di intesa CCM/ISS–CNESPS	49
Allegato 2	
Protocollo di sperimentazione.....	67
Allegato 3	
Temi di indagine e obiettivi specifici.....	87
Allegato 4	
Questionario di rilevazione	123
Allegato 5	
Diario cartaceo dell'intervistatore.....	139
Allegato 6	
La tutela dei dati personali nel sistema di sorveglianza PASSI: aspetti normativi e organizzativi	143
Allegato 7	
Suggerimenti per l'intervistatore.....	157
Allegato 8	
Sistema informatico	173
Allegato 9	
Manuale e-PASSI.....	181
Allegato 10	
Elenco degli operatori PASSI	223

PREFAZIONE

La creazione di PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è di per sé una novità e una sfida.

Testimoniare PASSI all'interno di un appuntamento editoriale così prestigioso e di lunga tradizione come il rapporto Istisan è un segnale di successo e un'ulteriore prova della grande eco che questa iniziativa sta avendo e dell'impatto decisivo che avrà nel prossimo futuro.

PASSI è una novità che nasce però in un contesto noto, da più parti disegnato come una realtà ineluttabile: la transizione epidemiologica che sta "allineando" tutti i Paesi europei e gran parte del resto del mondo su un unico scenario, caratterizzato dall'elevata e crescente diffusione delle malattie croniche e, di conseguenza, dalla necessità di fare "fronte comune" per contrastare questa tendenza anche e soprattutto con politiche, il più possibile omogenee e concertate, di prevenzione e promozione della salute.

I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) parlano chiaro: dei 58 milioni totali di decessi registrati nel 2005, circa 35 (pari al 60%) sono attribuibili a malattie croniche, principale causa di morte fra gli adulti in quasi tutti i Paesi. Si prevede che nei prossimi dieci anni questa cifra aumenterà del 17%. Nello stesso tempo cresce a livello mondiale l'incidenza di malattie croniche quali sovrappeso, obesità infantile e diabete di tipo 2.

È una situazione preoccupante, non solo per la salute pubblica ma anche dal punto di vista sociale ed economico: l'impatto di queste malattie si traduce infatti, sostanzialmente, in una condizione di "convivenza" con patologie che non guariscono e che, quando non provocano mortalità prematura, condizionano fortemente un ampio tratto, e non solo la fase finale, della vita di molti individui, e quindi esigono una risposta adeguata dai sistemi sanitari e dalla società.

I principali fattori di rischio per queste malattie sono noti e, per di più, modificabili con strumenti di prevenzione e di controllo la cui efficacia è anch'essa in gran parte conosciuta e sperimentata. La vera sfida, quella che oggi l'Italia e molti altri Paesi stanno giocando, è far convergere questi strumenti in politiche globali che, con l'obiettivo di ridurre l'impatto delle malattie croniche portando a livelli accettabili qualità e aspettative di vita, agiscano trasversalmente sui diversi fattori di rischio e sulle condizioni sociali e ambientali che li generano e/o li favoriscono.

Gaining health, la strategia dell'OMS contro le malattie croniche, è la madre di queste politiche. Approvata nel settembre 2006 a Copenaghen dal Comitato Regionale per l'Europa, essa fornisce una cornice entro la quale possono collocarsi tutti gli interventi che fanno propri alcuni principi chiave dell'azione:

- la prevenzione è un'arma efficace contro le malattie croniche e un investimento per la salute;
- i Governi devono impegnarsi a creare le condizioni che rendono facili e preferibili le scelte salutari, tenendo conto che i comportamenti nocivi (es. fumo, sedentarietà, dieta scorretta, abuso di alcol) favoriscono l'insorgenza di malattie che pesano sui sistemi sanitario e sociale, ma i cui determinanti si trovano spesso al di fuori di questi ultimi;
- le persone devono essere messe al centro dell'agire essere stimolate, affinché ognuno possa diventare un *partner* attivo e consapevole della promozione della salute;
- il diritto alla salute è universale e l'obiettivo, imprescindibile, dell'equità si raggiunge rendendo a tutti possibile l'accesso alla prevenzione e all'assistenza.

Affinché questi principi non restino parole vuote ed emergano dalla retorica che spesso, in passato, ha accompagnato le politiche di prevenzione, relegandole ad un ruolo secondario rispetto alla programmazione sanitaria in ambito assistenziale, occorre tradurli nella pratica.

Questa operazione non è banale, in quanto implica una sinergia tra diverse forze della società civile e un quadro di insieme per poter valutare l'efficacia degli interventi messi in campo per migliorare le condizioni di salute e di vita della popolazione.

Stiamo quindi assistendo ad un cambiamento epocale perché abbiamo di fronte un problema enorme, ma anche la sua soluzione, entrambi sostenuti da un'evidenza scientifica forte che riguarda sia le caratteristiche del fenomeno, sia gli strumenti per affrontarlo: le conoscenze attuali non solo ci forniscono un quadro epidemiologico pressoché completo (cause e fattori di rischio, trend temporale e proiezioni future, differenziali geografici e sociali, effetti sanitari, sociali ed economici), ma mettono anche in evidenza la necessità di una strategia globale, integrata e flessibile a livello dei singoli Paesi, guidata dai Governi nazionali e locali e attuata attraverso una combinazione di interventi intersettoriali: dalle politiche di sanità pubblica, a quelle agricole e ambientali, dalla politica dei trasporti a quella dell'istruzione.

Con il programma "Guadagnare salute", recentemente approvato dal Governo, l'Italia si sta muovendo in questa direzione, rafforzando e rinnovando un percorso innovativo già tracciato dai documenti di programmazione nazionale (Piano sanitario nazionale 2006–2008, Piano nazionale della prevenzione 2005–2007) e già in gran parte realizzato dalle conseguenti azioni delle Regioni in applicazione degli indirizzi nazionali. Il valore aggiunto è dato proprio dal disegno strategico alla base del programma che, tenendo ben presente la matrice multifattoriale del problema e della sua soluzione, prevede di attivare interventi diversi (di comunicazione, regolatori, di comunità e sugli individui) partendo da una politica di alleanze in cui siano condivisi gli obiettivi e definite funzioni e responsabilità reciproche dei molteplici attori coinvolti. In questo disegno complesso, il ruolo del Ministero della salute e del sistema sanitario consiste nell'essere "avvocati della salute dei cittadini", mettendo in evidenza e valutando le ricadute delle politiche non sanitarie sulla salute stessa.

Un avvocato ha bisogno di prove, e PASSI può fornirle. Solo un'informazione "giusta", cioè il più possibile funzionale all'azione, come quella che il sistema intende produrre, può infatti orientare le scelte dei decisori e farle convergere verso la tutela del bene salute.

L'intento di questo sistema, da cui ne è derivato il nome, è quello di sorvegliare i progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia, servendosi della voce dei diretti protagonisti della salute, i cittadini, e privilegiando un'ottica di "evoluzione", in cui l'impatto delle misure di prevenzione e degli interventi di salute pubblica venga cioè rilevato attraverso l'osservazione, costante e continua nel tempo, del cambiamento. Quest'ottica racchiude in sé un messaggio positivo e costruttivo, perché dà il senso della continuità e del dinamismo dell'azione e della sua imprescindibile correlazione con il monitoraggio dei risultati e con l'eventuale riprogrammazione in corso d'opera. Con questa logica tutto l'impianto di PASSI è stato costruito all'insegna della flessibilità, mantenendo la coerenza rispetto alla sua *mission* che è quella di essere uno strumento di governo a livello centrale, regionale e locale.

La storia, gli obiettivi, le caratteristiche, lo stato dell'arte e le prospettive future di PASSI sono ben illustrate nel seguito di questo Rapporto. Da parte mia il convincimento, che necessita di una diffusione il più possibile ampia a cui certamente questa pubblicazione può contribuire, della necessità di investire sul sistema e di renderlo un parte integrante delle attuali politiche.

Donato Greco

Direttore

Dipartimento prevenzione e comunicazione

Ministero della Salute

PREMESSA

È un dato di fatto che i sistemi sanitari ovunque nel mondo investono una modestissima quota della spesa sanitaria totale in prevenzione (secondo l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico-OCSE, in media, solo il 3%) rispetto alle spese di assistenza. È altrettanto noto che le malattie cronico degenerative (cardiovascolari e tumori per prime) assorbono fette importantissime della spesa sanitaria e che la frequenza di queste patologie non può che aumentare con l'allungamento della vita media. Nel nostro Paese la proporzione di popolazione sopra i 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni e rappresenta attualmente circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune regioni.

Cosa si può fare in un quadro di cifre che sembrano destinate ad aumentare ineluttabilmente con il tempo? E soprattutto paradossalmente legate in modo direttamente proporzionale al miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria? Continuare ad investire solo in assistenza non è sostenibile e certamente una parte dell'attenzione va focalizzata, in modo non rimandabile, sulla prevenzione. Circa il 60% dell'onere della spesa sanitaria in Europa è rappresentato dalla cura di patologie attribuibili a soli sette fattori principali, quali: ipertensione, fumo, alcool, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

La prevenzione quindi già da tempo è stata individuata come elemento essenziale per il futuro della nostra salute e molte iniziative sono state avviate con l'intento di "fare prevenzione". Tuttavia tradurre in pratica la necessità di prevenzione e soprattutto identificare e valutare gli interventi di prevenzione che producono l'effetto desiderato può non essere affatto semplice. Per la maggior parte degli interventi di prevenzione adottati la valutazione di quanto fatto si limita alla descrizione della mole di lavoro intrapresa (ad esempio: numero di persone invitate a partecipare ad un intervento, numero di risposte ottenute, ecc). E del resto se l'obiettivo della prevenzione è la prevenzione di condizioni cronico-degenerative la misura di impatto in termini di ridotta incidenza viene rimandata ad un futuro distante vari anni. Ma se molti dei fattori di rischio sono legati allo stile di vita, la prevenzione è proprio mirata ad indurre modifiche comportamentali difficilmente descrivibili con rilevazioni unilaterali dell'offerta di prevenzione da parte del sistema sanitario. Monitorare i comportamenti delle persone nella popolazione e il grado di conoscenza e adesione alle offerte di prevenzione diviene essenziale, e PASSI è lo strumento, condivisibile a livello nazionale, per un sistema di sorveglianza per la prevenzione.

Con uno strumento condiviso le iniziative, anche non coordinate a livello locale su temi di interesse nazionale possono essere monitorate e il loro grado di "penetrazione" (conoscenza, atteggiamento e pratica) confrontato. Un sistema di sorveglianza in cui il personale sanitario anche locale può valutare il proprio operato nell'ambito della prevenzione e aggiustare il tiro per lavorare meglio in sinergia con le altre realtà del Paese.

PASSI non è solo un sistema di sorveglianza, ma è la proposta di inserire tra le nostre attività anche la rilevazione costante e diretta, mediante interviste alla popolazione generale, dei comportamenti e degli stili di vita determinati di salute. Un modo diverso di intendere la sorveglianza, in linea con gli approcci diversi, ora necessari, per mantenere la salute.

Siamo quindi particolarmente lieti di mettere a disposizione in questo Rapporto ISTISAN una descrizione aggiornata del sistema PASSI, con il protocollo e gli aspetti tecnici, che rappresentano lo strumento di lavoro di tutti gli operatori sanitari che hanno aderito all'avvio sperimentale della sorveglianza.

Stefania Salmaso
Direttore del CNESPS
Responsabile scientifico del progetto di sperimentazione PASSI

INTRODUZIONE

Sandro Baldissera

Unità di Formazione e Comunicazione, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore Sanità, Roma

Questo rapporto si rivolge a più tipologie di destinatari con l'obiettivo di:

1. dare una panoramica generale del progetto relativo al Sistema di Sorveglianza PASSI, in modo da favorire la comprensione delle sue caratteristiche e peculiarità anche a coloro che non lo conoscono;
2. mettere a disposizione di tecnici e addetti ai lavori un resoconto dettagliato dell'attività svolta fino ad ora e i principali documenti operativi prodotti;
3. presentare punti di vista differenti e fornire l'occasione per una discussione sul significato e l'utilità del sistema, attraverso i contributi di diversi professionisti e istituzioni coinvolte nel progetto.

Dopo la prefazione di Donato Greco che ripropone il mandato e riafferma l'interesse e il supporto del Ministero al progetto, e la premessa di Stefania Salmaso, viene fornito un inquadramento generale sui sistemi di sorveglianza dedicati ai fattori di rischio comportamentali e agli interventi di prevenzione.

Viene ripercorsa la storia che ha condotto alla sperimentazione del Sistema di Sorveglianza PASSI in Italia, con le premesse normative, le precedenti iniziative e gli studi pilota.

Si presentano quindi le caratteristiche principali del sistema e alcuni dei suoi elementi portanti, a cui il gruppo di lavoro congiunto CNESPS/Regioni ha dedicato particolare attenzione (comunicazione, uso appropriato dei risultati, monitoraggio, tutela della riservatezza, aspetti etici).

Chiude la rassegna delle opinioni e dei contributi un intervento di Stefania Vasselli (Direzione della Prevenzione del Ministero della Salute), che delinea in prospettiva i possibili sviluppi del sistema nei prossimi anni.

Nella seconda parte del rapporto si riportano i documenti di riferimento del progetto, che guidano le attività e la gestione, e una documentazione tecnica, che consente di conoscere e valutare anche nei dettagli l'operatività del sistema.

Il documento allegato alla convenzione tra Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e CNESPS costituisce il riferimento tecnico-organizzativo del progetto di sperimentazione PASSI, indispensabile per comprenderne obiettivi e sviluppi.

Sulla base delle indicazioni ivi contenute, è stato elaborato il protocollo (Allegato 2) con una costante interazione con i rappresentanti delle Regioni e del Ministero e esperti esterni; il protocollo è stato anche sottoposto alla valutazione del CIP, del Sottocomitato Scientifico del CCM e del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Gli ambiti di indagine del sistema PASSI sono illustrati nel documento relativo "Temi di indagine" (Allegato 3).

Il questionario (Allegato 4) è stato sviluppato sulla base di un'attenta analisi della letteratura e di un confronto con indagini analoghe nazionali e internazionali. L'elaborazione ha preso le mosse dai questionari testati nei due studi trasversali PASSI, di cui si è mantenuta la struttura generale e gran parte delle domande, avvalendosi del lavoro preparatorio precedente e dell'esperienza acquisita sul campo.

Annessi al questionario sono una serie di documenti relativi ad alcuni aspetti tecnici del sistema di sorveglianza, in particolare il sistema informativo (Allegato 8), nonché documentazione di riferimento destinata agli operatori per la conduzione e la gestione operativa dell'indagine (Allegato 9).

SORVEGLIANZA DEI FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE NEL MONDO

Stefano Campostrini

Dipartimento di Statistica, Università degli studi Ca' Foscari Venezia

Non è certo nuovo l'utilizzo del termine sorveglianza in ambito epidemiologico o di salute pubblica, recente è il suo utilizzo invece in relazione ai fattori comportamentali di rischio per la popolazione (1). L'attenzione verso questa specifica sorveglianza appare in crescita a livello globale, sia per il sostanziale aumento di importanza delle malattie croniche (in termini di morbilità e mortalità), sia per la volontà di intervenire sui fattori di rischio ad esse collegati e per i bisogni informativi da questo derivanti. Informazioni su atteggiamenti e comportamenti della popolazione sono necessarie per "pianificare, implementare e valutare interventi di controllo delle malattie", come si legge dalla definizione stessa di sorveglianza data già nel 1968 dall'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) (2).

I numerosi sistemi di sorveglianza sui fattori di rischio comportamentale sviluppati in vari paesi (3) hanno avuto proprio questo punto di partenza comune, cioè la necessità di informazioni utili alla pianificazione, monitoraggio e valutazione di interventi di promozione della salute e di stili di vita sani; le esperienze di sviluppo sono state molteplici e si sono differenziate per tipologia di temi trattati, modalità di raccolta dei dati, estensione temporale o copertura territoriale.

Una prima definizione

La sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali è un sistema di raccolta dati, analisi, interpretazione e *reporting* sui comportamenti della popolazione, utile ad informare interventi e servizi di salute pubblica; questo sistema presenta alcune caratteristiche peculiari fondamentali (4):

- 1) Sistematicità dell'approccio: la sorveglianza va applicata in un contesto "istituzionalizzato" con procedure predefinite che definiscano precisamente cosa, come, quando e perché rilevare, analizzare, diffondere (5).
- 2) Flusso temporale delle informazioni: la sorveglianza non può essere attività sporadica o con consistenti intervalli temporali tra un'osservazione e un'altra: un "rilevatore di fumo" che si accende solo una volta alla settimana non sarebbe infatti certamente utile a nessun scopo. La sorveglianza richiede una "continuità" (termine sul quale si tornerà tra breve) nel processo di rilevazione dei dati.
- 3) Legame con gli interventi e le politiche: la sorveglianza deve avere origine dalle necessità conoscitive del sistema "salute pubblica", e deve, con le opportune modalità, continuamente informare tale sistema; per continuare l'analogia del rilevatore di fumo, ancora una volta nessuno vorrebbe un rilevatore completamente scollegato da sistemi di allarme e di intervento.

La disponibilità di un flusso informativo continuo si è dimostrata utile nell'indirizzare, monitorare e valutare argomenti di salute pubblica e l'efficacia di interventi di promozione della salute.

- Indirizzare: ciascun intervento di salute pubblica si fonda su un razionale teorico e una lettura di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti nella popolazione d'interesse. La

sorveglianza è in grado di offrire importanti informazioni sia sui livelli di questi fattori, sia sulla loro evoluzione.

- Monitorare/valutare: una volta fissati gli obiettivi di salute pubblica (in termini misurabili!) e implementati gli interventi/le politiche, la sorveglianza può offrire preziose informazioni sulla loro efficacia, certamente informando sul “contesto” applicativo, spesso offrendo anche evidenze sul funzionamento e sui primi risultati, e inoltre, in qualche caso specifico, offrendo anche solide informazioni quantitative sull’impatto (6).

Panorama internazionale

Negli ultimi vent’anni sono stati realizzati sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio in diversi paesi, a partire dalle prime esperienze pilota statunitensi e britanniche dei primi anni ’80. Da queste esperienze sono nati sistemi fortemente consolidati come lo statunitense BRFSS (*Behavioral Risk Factor Survey System*) (7, 8) o sperimentali come lo scozzese LAH (*Lifestyle and Health*) (9) non è ancora attivo ma importante per l’approccio paradigmatica di ricerca e applicazione.

Negli ultimi due decenni diverse altre nazioni hanno sviluppato sistemi veri e propri di sorveglianza (tra queste il Canada e l’Australia per nominare quelle più avanzate), accanto a molte altre che hanno “esperienze di sorveglianza”, non ancora approdate a sistema.

In questo vivace contesto, si inserisce la sperimentazione del sistema di Sorveglianza italiano PASSI, che si caratterizza per la volontà di sperimentare nuove strade nell’ambito europeo, pur mantenendo la continuità col cammino della comunità scientifica internazionale e accogliendo come “buone prassi” le diverse esperienze internazionali sopracitate. L’ospitalità data dall’Italia e in particolare dal Ministero della Salute, CCM e ISS alla 5° Conferenza internazionale sulla Sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali, che si tiene a Roma a fine Ottobre 2007, non è infatti casuale, ma frutto di queste collaborazioni internazionali che hanno consentito di sviluppare su solide basi e con costanti confronti internazionali l’esperienza italiana.

Stato dell’arte dei sistemi di sorveglianza

I sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali, hanno una storia abbastanza recente, ancorché consolidata per diversi paesi. Sulla base dell’esperienza maturata è pertanto possibile suddividere le tematiche connesse all’implementazione di un sistema di sorveglianza, in 3 categorie: aspetti acquisiti a livello internazionale, aspetti acquisiti ma con ancora qualche problematicità, sui quali la ricerca è aperta e aspetti “di frontiera”, ovvero le sfide da affrontare nel prossimo futuro.

La Tabella 1 presenta in termini molto schematici queste tre categorie di aspetti, rimandando ad altri interventi eventuali approfondimenti (10).

In sostanza gli aspetti di sistema, l’impostazione della sorveglianza e gran parte della strumentazione (dal campionamento alla costruzione del questionario) possono essere dati come acquisiti, mentre alcuni ambiti restano ancora da approfondire.

In particolare, se è vero che per molti fattori di rischio in sostanza si è arrivati a misurazioni standardizzate, restano alcuni temi (in particolare quello dell’attività fisica nel suo complesso, non solo legata al “tempo libero”) sui quali la discussione internazionale è molto accesa e per i quali non si può dire di essere arrivati a soluzioni standardizzate.

Tabella 1. Tematiche connesse all'implementazione di un sistema di sorveglianza

Aspetti acquisiti	Aspetti acquisiti ma con ancora problematicità	Aspetti "di frontiera"
L'approccio (importanza del tempo, continuità, ecc.)	Come misurare - Determinanti sociali - Aspetti nutrizionali e attività fisica - ...	Analisi dei dati statistiche per le piccole aree
Sviluppo del questionario (e misurazione delle principali tematiche)	Raccolta dati - L'indagine telefonica tiene ancora?	Analisi dei dati studio della complessità nell'evoluzione temporale
Aspetti di sistema e legame con il "sistema salute"	Gli errori di indagine - Ruolo dei pesi - Misurazione e controllo degli errori	Integrazione - Data <i>linkage</i> , ma anche <i>linkage</i> tra diverse fonti informative

Per la raccolta dati, l'indagine telefonica (spesso con l'ausilio del computer – definita con l'acronimo CATI, *Computer Assisted Telephone Interviewing*) rimane al momento uno standard, ma pensando al futuro non sono da tralasciare i problemi con l'abbandono da parte di molti utenti delle linee telefoniche "di terra" e il passaggio al cellulare come unico contatto (più difficile da reperire).

Inoltre fra i temi non nuovi, ma ancora caldi vi è quello degli errori di misura, in particolare in considerazione del fatto che in alcuni paesi i tassi di collaborazione stanno miseramente crollando negli anni (ormai viene intervistato solo il 50% della popolazione campionata).

Tra gli aspetti di frontiera va infine segnalata l'esigenza, sempre maggiormente sentita, di ottenere stime affidabili anche per piccole aree (dove comunque ha luogo un'azione di salute pubblica) sfruttando al meglio (statisticamente) i dati raccolti e la necessità di analisi complesse per capire meglio l'evoluzione di alcuni fenomeni di particolare complessità.

Ultimo, ma solo nella lista, è il discorso dell'integrazione: consapevoli che questi sistemi di sorveglianza offrono solo un contributo alla conoscenza e all'informazione necessaria all'agire della sanità pubblica, l'integrazione tra diversi *database* e tra informazioni raccolte da sistemi diversi appare oggi sempre più importante e, anche dal punto di vista metodologico, una sfida certamente da cogliere.

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA IN ITALIA

Sandro Baldissera (a), Stefano Campostrini (b)

(a) *Unità di Formazione e Comunicazione, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore Sanità, Roma;* (b) *Dipartimento di Statistica, Università degli studi Ca' Foscari, Venezia*

Contesto e premesse normative

Si è assistito negli ultimi anni ad un'evoluzione, culturale e normativa, nel campo della Prevenzione e della Sanità Pubblica: essa è legata da una parte al riconoscimento delle trasformazioni demografiche ed epidemiologiche in corso nelle nazioni ad economia avanzata e alla consapevolezza delle profonde implicazioni che esse comportano (11), e dall'altra alla diffusione dei principi dell'*Evidence Based Prevention* (12).

Da ciò sono derivate, tra l'altro, le proposte e le iniziative per l'abbandono delle pratiche obsolete nei Dipartimenti di prevenzione, la ridefinizione del loro mandato e il ri-orientamento delle loro attività.

Una tappa fondamentale in questo percorso è stata l'istituzione del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) (Legge 138/2004) (13), che riconosce, tra i propri obiettivi strategici, quello di sostenere il Paese per l'adozione di stili di vita sani.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI nasce in risposta all'esigenza di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali, esigenza emersa in numerosi contesti, qui di seguito ricordati.

- L'accordo Stato Regioni del 2002 (Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di Prevenzione delle ASL (Aziende Sanitarie Locali) (14) individua nei Dipartimenti di prevenzione una risorsa strategica delle Aziende sanitarie, per la prevenzione di comunità, e indica la necessità di lavorare per obiettivi e di monitorare gli obiettivi di salute.
- Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003–05 (15) che già definiva gli stili di vita non corretti come un'emergenza sanitaria.
- L'accordo Stato Regioni del aprile 2004 (16) con l'impegno a portare avanti la prevenzione attiva del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e delle neoplasie, attraverso programmi di screening.
- Il Progetto Mattoni dell'Assistenza sanitaria collettiva (progettazione e implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario) (17), nel cui ambito 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 per la salute (fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione, ecc.).
- Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 (18), 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, vincolando risorse economiche specifiche alla realizzazione di tali obiettivi. Per monitorare il raggiungimento di tali 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 (19), approvato con il D.P.R. 7 aprile 2006, 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. Uno degli obiettivi di prevenzione e promozione della salute fissati dal Piano è l'individuazione di modelli operativi efficaci per la promozione degli stili di vita sani, e in particolare l'attuazione di una sorveglianza periodica dei fattori di rischio comportamentali, da condursi sul modello del BRFSS degli Stati Uniti (20), in modo da consentire un monitoraggio longitudinale delle modifiche nei comportamenti della popolazione e una verifica dell'efficacia delle azioni poste in essere.

Il documento cita esplicitamente come importante esperienza a cui fare riferimento lo studio PASSI, effettuato nel 2005 dal CNESPS, dell'ISS, e dalle Regioni, su incarico del CCM.

- Nell'ambito di una cooperazione tra Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e Unione Europea è stata elaborata una strategia europea contro le malattie croniche (*Gaining Health*) (21), approvata, nel corso della 56a sessione del Comitato Regionale Europeo dell'OMS (Copenhagen, 11–14 settembre 2006), da tutti gli Stati membri della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, compresa l'Italia. Tale strategia mira a orientare i sistemi sanitari ad attrezzarsi per prevenire le malattie croniche e le loro conseguenze, e –a supporto dell'applicazione degli interventi– prevede lo sviluppo di sistemi di sorveglianza. Nella nostra nazione questa strategia ha preso slancio, su iniziativa del Ministero della Salute, in seguito all'impegno del Governo di portare avanti il programma “Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari” (22), che, coerentemente agli indirizzi dell'OMS, prevede azioni di contrasto ai principali fattori di rischio comportamentali e riconosce a tal fine la necessità di disporre di un idoneo sistema di sorveglianza.

Un po' di storia: gli studi trasversali PASSI 2005 e 2006

Alla fine del 2004 il CCM e le Regioni partecipanti al progetto Mattoni per il Nuovo Sistema Informativo Sanitario hanno dato l'incarico al CNESPS dell'ISS 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.

Nel 2005, 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 progettato e realizzato lo studio trasversale PASSI.

Questa prima fase della sperimentazione, conclusa alla fine del 2005, è stata condotta dal CNESPS, e da tutte e 21 le Regioni e Province Autonome, e documentata da una valutazione di processo che ha seguito tutto l'intervento.

Molto alto l'interesse destato: inizialmente erano state individuate e coinvolte 6 Aziende Sanitarie Locali, ma a tale nucleo iniziale se ne sono progressivamente aggiunte molte altre, fino ad arrivare all'adesione di ben 123 ASL, a conferma che si trattava di un'esigenza diffusamente sentita e condivisa.

L'indagine ha misurato la prevalenza dei fattori di rischio comportamentali con strumenti già usati e validati in altri Paesi (come Usa e Australia) (23).

Le aree trattate dall'indagine trasversale hanno riguardato i progressi di salute della popolazione in relazione a: stato di salute e qualità di vita percepita, attività fisica, abitudine al

fumo, abitudini alimentari, consumo di alcol, fattori di rischio cardiovascolare, sicurezza stradale; nonché i progressi di programmi specifici di salute come gli screening oncologici, le vaccinazioni, la carta del rischio cardiovascolare, l'attenzione e i consigli degli operatori sanitari.

PASSI 2005

È stata eseguita un'indagine trasversale su un campione di popolazione di età 18–69 anni, estratto, con metodo casuale semplice, dalle anagrafi degli assistiti delle ASL. Le Regioni partecipanti potevano scegliere tra un campionamento regionale (600 persone), un campionamento aziendale (200 persone per ASL) oppure un sistema misto. Complessivamente circa 16.000 soggetti campionati sono stati intervistati telefonicamente tramite un questionario standardizzato. In alcune Regioni, per migliorare la precisione delle stime sulle variabili riguardanti gli screening oncologici, si è reso necessario un supplemento di campionamento su gruppi di età e sesso di particolare interesse (es. donne di 50–69 anni per lo screening mammografico). Il CNESPS ha sviluppato e reso disponibile a Regioni e Aziende un software per effettuare il *data entry*, programmi per l'analisi statistica dei dati e modelli per la produzione di rapporti locali.

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 (24).

Lo studio in sintesi ha mostrato che:

- le procedure di campionamento e lo strumento di rilevazione utilizzati hanno portato ad un tasso di rispondenti molto elevato, se confrontato con quello di altri sistemi simili (84%, con solo il 5% di rifiuti);
- la partecipazione delle ASL – motivate dal fatto di sentirsi protagoniste dello studio – è stata ampia;
- la tempestività con cui possono essere resi disponibili i risultati è buona;
- l'informazione prodotta è di alta qualità;
- i risultati acquisiti sono utilizzabili dalle ASL e Regioni;
- i costi sono stati contenuti: 12.000 € per ASL (considerando un campione di 200 interviste). Le spese hanno riguardato in gran parte i costi del personale, mentre le spese vive hanno inciso per una quota molto modesta.

PASSI 2006

Un secondo studio trasversale, avente gli stessi obiettivi e lo stesso impianto metodologico, è stato ripetuto nel 2006 in alcune Regioni, sotto il coordinamento del CNESPS–Profea su incarico del CCM. L'indagine era finalizzata all'ulteriore sperimentazione di materiali e metodi (tra cui nuovi moduli del questionario).

È stato possibile confermare la fattibilità e la validità di questo approccio di indagine ed effettuare una valutazione comparata dei due studi, sul piano sia organizzativo sia epidemiologico. Sono stati prodotti interessanti risultati nei nuovi ambiti di indagine, come la salute mentale e gli incidenti domestici ed è stato possibile –tra l'altro– rilevare nel 2006 un maggiore coinvolgimento dei Medici di medicina generale rispetto all'anno precedente¹.

¹ Un elenco di articoli contenenti i principali risultati degli studi trasversali PASSI Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp>; ultima consultazione: 01/09/2007).

L'esperienza degli studi PASSI ha creato, come valore aggiunto, 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 (25).

Nel processo di valutazione sono stati interpellati i coordinatori regionali e aziendali degli studi, che hanno segnalato alcune criticità, tra cui la necessità di un maggior coinvolgimento istituzionale, con un'esplicita committenza da parte dei decisori a livello locale, nonché difficoltà nella divulgazione dei risultati, che indicano l'opportunità di un'adeguata formazione nel campo della comunicazione.

Il sistema di sorveglianza di popolazione PASSI: il progetto di sperimentazione del CCM

Gli studi pilota hanno pertanto dimostrato la fattibilità di un'indagine condotta dalle ASL, volta a valutare –nella popolazione adulta– la diffusione dei fattori di rischio comportamentali, l'adozione di misure preventive e le attività di salute pubblica, nel contesto reale del nostro Sistema Sanitario Nazionale, e hanno consentito la messa a punto di materiali e metodi utili per la progettazione di un sistema di sorveglianza continuo.

Partendo da questi risultati i principali gruppi di interesse hanno condotto una riflessione:

- sull'organizzazione più adatta a supportare la sperimentazione e a favorire la successiva messa a regime del sistema di sorveglianza;
- sulle attività da proporre e coordinare per creare la continuità necessaria tra livello nazionale, regionale e aziendale.

Questa riflessione ha portato all'elaborazione di un progetto, che il CCM ha affidato al CNESPS, mediante un'apposita convenzione, approvata dal Ministero della Salute con decreto dirigenziale 20 febbraio 2006.

La proposta di aderire alla sperimentazione è stata approvata il 12 aprile 2006 nella riunione della Commissione salute della Conferenza delle Regioni.

Il documento di progetto, allegato alla convenzione CCM–CNESPS, indica modalità e tempi di realizzazione della sperimentazione, prevedendone l'attuazione, nell'arco di un biennio, in almeno 10 Regioni. Il progetto ha preso ufficialmente avvio nel luglio 2006.

In sintesi, i principi della sperimentazione 2006–2008 sono i seguenti:

- essere sostenuta dal CCM e da una decisione del Coordinamento degli Assessori alla Sanità delle Regioni;
- sviluppare l'interconnessione tra un nucleo operativo centrale presso il CNESPS e i responsabili regionali, al fine di definire insieme metodologie e strumenti;
- coinvolgere anche le realtà che non hanno partecipato allo studio esplorativo del 2005 e costruire una unità di intenti che consenta di includere la sorveglianza tra le pratiche del lavoro istituzionale delle strutture della sanità pubblica;
- costruire una sinergia con le indagini sulla salute dell'Istat;
- sviluppare la capacità di *empowerment* del sistema di sorveglianza: non solo creare e potenziare competenze e qualità professionale all'interno delle strutture sanitarie, favorendo l'integrazione di funzioni, servizi, professionalità, ma anche promuovere la cultura della prevenzione e della pratica basata sull'efficacia dimostrata degli interventi (*Evidence Based Prevention*) e sulla definizione e verifica degli obiettivi di salute;
- costruire un'efficiente piattaforma tecnologica, funzionale ad una facile accessibilità e rapida fruibilità delle informazioni prodotte, per consentire di monitorare in modo

continuo l'evoluzione e i differenziali territoriali dei fattori di rischio, nonché di misurare tempestivamente l'impatto degli interventi di sanità pubblica e gli aspetti congiunturali e di *performance* del sistema salute;

- individuare le *partnership* con gruppi o istituzioni, potenzialmente interessati alle informazioni ricavate dal sistema di sorveglianza, come i Medici di Medicina Generale (MMG);
- proporre il PASSI come sistema di sorveglianza a sostegno delle politiche di prevenzione, nella strategia europea contro le malattie croniche.

Caratteristiche del nuovo sistema di sorveglianza

Il sistema PASSI, che adotta metodi di indagine sperimentati negli studi pilota (intervista telefonica con questionario standardizzato, campionamento dalle anagrafi sanitarie, ecc.), si propone di essere uno strumento interno al Sistema Sanitario, in grado di produrre, in maniera continua e tempestiva, informazioni a livello di ASL e Regione, flessibile (cioè tarato sui bisogni locali), utile ai fini della programmazione regionale e aziendale, della verifica delle *performance* raggiunte e dell'eventuale adozione di misure correttive. Esso è concepito per contribuire al monitoraggio degli obiettivi dei Piani Sanitari Nazionali e Regionali, alla valutazione del Piano Nazionale della Prevenzione, alla realizzazione del mandato dell'Accordo sulle Linee guida della prevenzione.

Razionale della sorveglianza di popolazione

Nella sua accezione classica (26), come si evidenziava nel capitolo precedente la sorveglianza di popolazione consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione viene messa a disposizione di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi in salute pubblica.

Un sistema di sorveglianza sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione oggi in Italia per tanto dovrebbe:

- essere rappresentativo della popolazione a livelli diversi, fino a fornire stime accettabile anche per il livello ASL;
- fornire precise e tempestive conoscenze sull'evoluzione e le dinamiche dei principali fenomeni di interesse per la salute pubblica;
- fornire informazioni utili alla messa a punto di efficaci azioni correttive nei programmi di salute.

Attualmente le fonti ufficiali forniscono informazioni sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione; tuttavia su questi fenomeni non sono disponibili dati sufficientemente tempestivi e con dettagli a livello di ASL; mancano inoltre informazioni su quanto la popolazione percepisca e recepisca riguardo ad interventi di sanità pubblica, quali messaggi promozionali, consigli da parte degli operatori sanitari, ecc. Questo rende difficile valutare l'evoluzione dei fenomeni e i progressi di salute ottenuti a seguito di specifici programmi di intervento. Inoltre la frequenza di raccolta dati consente con molta difficoltà di stimare l'evoluzione dei fenomeni.

Il passaggio dalle indagini trasversali, attuate con gli studi pilota, alla sorveglianza continua implica lo studio e la sperimentazione di modalità diverse di raccolta e utilizzazione dei dati.

I principali vantaggi del sistema di raccolta continuo sono i seguenti:

1. consente di aggiungere la dimensione temporale all'indagine e quindi di cogliere fenomeni altrimenti non percepibili, quali linee di tendenza o cambiamenti anche rapidi di alcune variabili in concomitanza con interventi di sanità pubblica, applicazione di normative, eventi naturali;
2. consente di migliorare la precisione delle stime, aumentando, con un modesto impegno aggiuntivo, il numero di interviste fatte nell'arco dell'anno.

Con la sorveglianza continua assumono particolare rilevanza i problemi relativi all'operatività del sistema, che deve essere in grado di funzionare senza interruzioni; è richiesta pertanto una struttura organizzativa stabile, con adeguate dimensioni e risorse, e una regolare e assidua manutenzione.

È da sottolineare, inoltre, la necessità che tale sistema sia inserito ("istituzionalizzato") nel sistema di sanità pubblica al quale è legato. Questa necessità ha reso operativa una modalità di realizzazione unica, nel panorama internazionale: il coinvolgimento diretto di personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL nel processo di raccolta (analisi e interpretazione) dei dati. Questa peculiarità sembra poter avere un duplice beneficio:

- per il sistema di sorveglianza, si raggiungono livelli di collaborazione da parte dei cittadini (come le due esperienze pilota di PASSI hanno testimoniato) altrimenti impensabili, aumentando così l'affidabilità delle stime;
- per il sistema di sanità pubblica, la preziosa possibilità di "imparare ad ascoltare" i propri cittadini e il proprio territorio (con l'indubbia ulteriore conseguenza di un aumento di sensibilità verso l'utilizzo delle informazioni a supporto delle azioni, degli interventi).

Obiettivi del progetto

- Sperimentare e identificare le condizioni per la messa a regime, nelle ASL e nelle Regioni, di un sistema di sorveglianza su alcuni aspetti della salute della popolazione, di età compresa fra i 18 e i 69 anni, in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive previste.
- Formare e assistere i professionisti di salute degli Osservatori Epidemiologici Regionali (OER) o strutture di sanità pubblica equivalenti e delle ASL, per la preparazione e la realizzazione della sorveglianza, per l'analisi e la comunicazione dei dati, e per la creazione delle condizioni che consentano di aggiornare localmente la programmazione delle attività sanitarie in relazione ai risultati della sorveglianza.
- Realizzare un sistema di sorveglianza, metodologicamente standardizzato, che permetta di confrontare i risultati ottenuti in diverse aree geografiche.
- Identificare e rendere operative le modalità di comunicazione fra i professionisti e l'utenza, sui temi della prevenzione e sui progressi sanitari di Regioni e ASL, in base ai risultati della sorveglianza.
- Realizzare un sito web per la condivisione di dati, metodi e esperienze fra le diverse regioni e aziende sanitarie partecipanti al progetto.

USO DEI DATI DI SORVEGLIANZA

Alberto Perra

Unità di Formazione e Comunicazione, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore Sanità, Roma

La messa in funzione del Sistema di Sorveglianza PASSI risponde a una logica epidemiologica e di salute pubblica ben precisa. La raccolta, l'analisi e l'interpretazione di dati sui fattori comportamentali di rischio e sulle attività di prevenzione messe in atto per contrastarli DEVE essere seguita da azioni in salute pubblica consequenziali e efficaci. Venendo meno la possibilità o la disponibilità degli operatori di mettere in atto tali azioni suggerite dai risultati del sistema di sorveglianza, verrebbe meno anche la ragion d'essere di tale sistema. Non sarebbe un caso isolato visto che ancora nel nostro Paese disponiamo di numerosi esempi in cui dati di qualità che potrebbero orientare le scelte di strategia sanitaria sono solo parzialmente o affatto utilizzati. Oggi più che mai dobbiamo anche considerare il costo delle nostre attività in salute pubblica. Il Sistema di Sorveglianza PASSI, benché alcune valutazioni iniziali stimino che i costi in risorse economiche e umane siano piuttosto contenute, comporta un aumento di costi del sistema di salute. La scelta dei responsabili regionali e aziendali di non far confluire i dati del PASSI all'interno del processo decisionale della programmazione sanitaria (micro e macro) equivarrebbe a un ingiustificabile spreco di risorse.

In realtà, il PASSI e la sorveglianza epidemiologica di popolazione, di cui rappresenta l'esempio più avanzato nel nostro Paese, in realtà per volere del Ministero, delle Regioni e di centinaia di operatori che ne fanno parte, raccoglie la sfida di proporsi come esempio di uso dell'epidemiologia per guidare il cambiamento nella salute di popolazione.

Si possono individuare alcune condizioni fondamentali che devono essere soddisfatte per evitare lo "scollamento" fra la misura e l'azione, fra la messe di indicazioni provenienti dalla base di dati della sorveglianza PASSI e il miglioramento della prevenzione e della promozione di salute.

La prima condizione riguarda essenzialmente la qualità dei dati prodotti dal PASSI. Il sistema deve poter garantire gli utenti esterni e convincere gli operatori del sistema che i dati sono sufficientemente validi e affidabili per orientare la programmazione sanitaria e il *decision-making*.

Tradizionalmente i dati prodotti da un sistema di sorveglianza quale il PASSI hanno come obiettivo principale quello di descrivere una situazione in evoluzione identificando dei cambiamenti o delle tendenze. La sorveglianza per sua natura non produce dati tali da descrivere in maniera esaustiva un fenomeno o un aspetto di salute. Per esempio, i dati prodotti dal PASSI non potranno essere utilizzati, da soli, per scrivere un "libro bianco" sul fumo o sul consumo di alcol nel nostro Paese, neppure per valutare l'efficacia dei tanti programmi di prevenzione messi in atto negli ultimi anni da tutte le nostre regioni. Principalmente la sorveglianza PASSI misura alcuni indicatori in genere sensibili (cioè capaci di mutare in maniera percettibile) nel tempo e negli intervalli di tempo scelti dal sistema. Le aree di studio all'interno delle quali sono stati identificati gli indicatori da misurare sono state scelte dalle regioni e fatte oggetto di un consenso nazionale. Questi indicatori sono di qualità elevata. Scelti fra i tanti offerti dalla letteratura internazionale, rispondono a numerosi requisiti, fra i quali la validità e l'affidabilità. Il fatto che la sorveglianza si attui all'interno della popolazione generale e non su una popolazione selezionata, per esempio gli utilizzatori di questo o quel servizio sanitario, contribuisce ad aumentarne la qualità. Si potrà ottimizzare la misura di tali indicatori

se si arriverà a un'integrazione con altre basi di dati disponibili *in loco* che permetteranno di comporre un quadro più completo e quindi utile degli aspetti di salute in studio.

A fianco a tali indicatori sensibili e utili per l'identificazione di cambiamenti e tendenze, il sistema PASSI produce anche una quantità di indicatori che analizzati secondo certi modelli permetteranno un approfondimento e una migliore conoscenza per esempio di alcuni gruppi a rischio per alcuni fattori comportamentali di rischio o per la non utilizzazione di alcuni servizi.

In armonia con la scelta strategica di focalizzare il sistema di sorveglianza su ASL e regioni, al sistema verrà chiesto di identificare cambiamenti e tendenze a livello di singola ASL e differenze fra diverse ASL o regioni.

Naturalmente sono diversi e diversamente importanti i determinanti della qualità dei dati all'interno del nostro sistema di sorveglianza. Consideriamo all'inizio la qualità dei dati derivante dalla validità interna del nostro sistema.

Volendo confrontare valori di un indicatore di due diverse ASL, per esempio, formalmente dovremmo considerare importanti le differenze solo se suffragate da un test statistico con $p < 0.05$ o se i valori singolarmente misurati per le due ASL cadono all'interno di intervalli di confidenza che non hanno nessuna zona di sovrapposizione. Nell'esempio seguente il valore del 14% (dell'ASL Campania) è più che doppio del valore del 6% dell'ASL Abruzzo. Tuttavia visto che i rispettivi intervalli di confidenza hanno una zona di sovrapposizione non possiamo formalmente affermare che vi sia certamente una differenza fra i valori osservati.

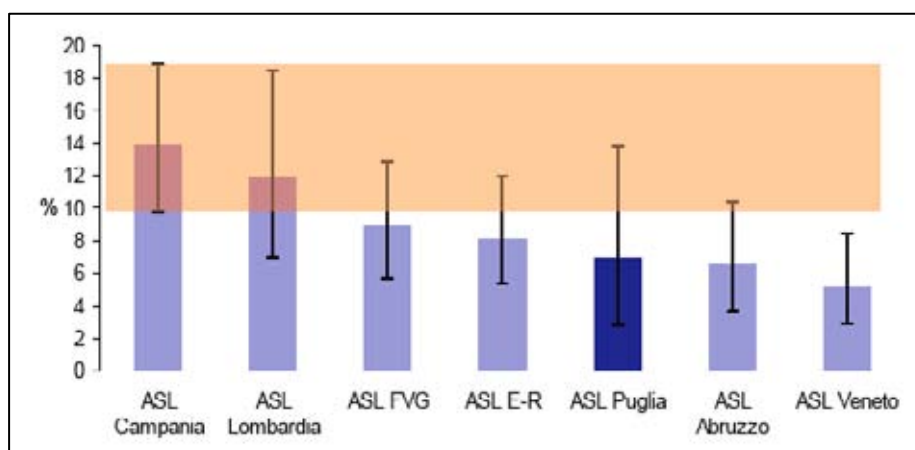


Figura 1. Percentuale di popolazione con consumo di alcol a rischio con Intervalli di confidenza al 95% (Studio PASSI 2005)

Il problema può essere affrontato sotto diversi punti di vista. Dal punto di vista della salute pubblica, un'interpretazione conservativa dell'esempio della figura 1 (cioè non possiamo affermare che vi sia una differenza nella copertura con questa attività fra le due ASL) sarebbe impropria. Oggi non sarebbe più accettabile pensare che l'informazione epidemiologica diventa *evidence* solo se ratificata dalla statistica. Mentre questo approccio può ancora essere valido in alcune situazioni di epidemiologia clinica, nel campo della salute pubblica basata sulla *evidence* (*evidence based public health*) i criteri sono molto più complessi e devono essere applicati tenendo conto della realtà locale. Senza voler entrare nel merito a quest'ultimo aspetto, possiamo tuttavia fare alcune considerazioni che possono permetterci di relativizzare la difficoltà di interpretazione.

La prima fra queste è che, nel caso in oggetto, più importante della differenza fra le due ASL è un obiettivo più generale che potrebbe essere quello di ottenere una copertura del 100% con il consiglio alle persone che consumano grandi quantità di alcol. In questo caso una differenza fra 6 e 14% sarebbe “ridimensionata” rispetto all’obiettivo complessivo del 100%.

Un’altra possibilità è data dalla modifica di alcune assunzioni di carattere statistico: una riduzione dell’errore *beta*, cioè accettare una probabilità minore di rilevare una differenza che di fatto non esiste. In questo caso dovremo chiederci però se gli operatori del sistema sarebbero disponibili per esempio a far funzionare il sistema di sorveglianza con variabili che per esempio sono espresse con intervalli di confidenza al 90%. Migliorando la potenza dello studio le stime delle prevalenze delle nostre ASL ne guadagnerebbero in precisione. Tuttavia l’aumento dei *record* nei prossimi mesi permetterà, in maniera naturale, una migliore precisione delle stime rendendo più facile cogliere le differenze fra le diverse ASL.

Infine, alcune considerazioni legate alla realtà locale, laddove i dati hanno origine, può contribuire a spiegare i dati e a darne la giusta interpretazione. La plausibilità del dato costituisce una prima opportunità. Per esempio se l’ASL Campania (14% di copertura) ha recentemente inserito nel contratto con i medici di famiglia, al contrario dell’ASL Abruzzo (6% di copertura), un articolo che promuove la prevenzione dell’alcolismo nella medicina generale con un’attività di *counselling* per i bevitori a rischio, è plausibile che la differenza osservata sia reale. Sempre a livello locale, se in determinazioni semestrali successive, l’ASL Campania varia il suo dato fra 14 e 29% e l’ASL Abruzzo fra il 6 e il 15%, si può pensare che la differenza osservata, anche senza la ratifica della statistica, sia reale. Infine, la plausibilità del dato può essere suggerita anche dal confronto con i dati di altre basi di dati locali, per esempio ISTAT, SDO (schede di dimissione ospedaliera), mortalità e altro. In questo caso, leggere i dati in maniera tematica e contestualizzata, aiuta a conferire al dato una validità che il semplice test statistico non è in grado di garantire. Infatti, all’interno di un intervento di salute pubblica strutturato, è necessario diffidare di un unico dato positivo (per esempio una copertura elevata) all’interno di un *pool* di indicatori di processo generalmente poco positivi e viceversa. In sostanza la realizzazione di un intervento da diversi anni realizzato dai medici di famiglia nel campo dell’alcolismo o nella prevenzione delle malattie croniche produrrebbe diversi indicatori di processo che confermano la plausibilità del dato osservato (ASL Campania al 14%).

Crediamo quindi che con la sintonia e la competenza mostrata finora dal gruppo tecnico e dai coordinatori regionali del PASSI, nei prossimi anni, si rafforzerà e si delinea maggiormente la validità e l’utilizzabilità dei dati prodotti dal PASSI.

Come detto sopra però, è necessario considerare anche la qualità dei dati derivante dalla validità esterna del sistema. Non affronteremo questo tema che viene trattato in altri capitoli (vedi capitoli sul monitoraggio e sulla valutazione), ma a titolo d’esempio, è chiaro che, benché si possa ottenere una buona validità interna dei dati, se la raccolta e l’*input* dei dati non vengono realizzati correttamente, nei tempi e nelle modalità previste, la qualità complessiva dei dati ne uscirà inficiata.

Accenniamo a una seconda condizione necessaria per evitare che la messe di dati ottenuti dal PASSI fallisca nel produrre una necessaria ricaduta nell’azione in salute pubblica.

Il PASSI è essenzialmente un sistema di sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali, prevalentemente su quelli cosiddetti modificabili. Sarebbe inefficiente e anacronistico pensare che i dati prodotti dal sistema hanno come utilizzatori privilegiati gli operatori sanitari. In realtà, i comportamenti a rischio si modificheranno se la gente comune deciderà di farlo modificando in positivo dei comportamenti che ora non favoriscono o danneggiano la sua salute. È evidente quindi che uso dei dati significa prima di tutto che il sistema deve fare in modo che la popolazione possa in maniera più ampia possibile, ricevere messaggi adeguati di informazione da parte del sistema di sorveglianza, messaggi che devono essere amplificati dai gruppi di

interesse e dai media con l'obiettivo di creare consapevolezza nel cittadino e ispirare fiducia nel cambiamento personale. Lo schema che segue (Figura 2) illustra la logica di questa scelta.



Figura 2. Coinvolgimento dei gruppi di interesse nella sorveglianza

Questo schema esprime il concetto che se si vuole in qualche maniera ottenere un miglioramento nella prevalenza o incidenza dei fattori di rischio nella nostra popolazione dobbiamo investire almeno altrettanta attenzione ed energie nella comunicazione che nella qualità dei dati. È contraddire la logica espressa all'inizio di questo capitolo raccogliere dati di ottima qualità senza creare solide condizioni di cambiamento della popolazione attraverso una comunicazione professionale ed efficace sostenuta da adeguate campagne e programmi di promozione della salute.

La comunicazione e la sua programmazione all'interno del PASSI vengono trattate in un altro capitolo di questo rapporto.

Un'ultima condizione necessaria a ottenere l'ottimale uso dei dati per l'azione in salute pubblica è suggerita da una considerazione derivante dalle due precedenti condizioni analizzate. Progettare un sistema di qualità fa parte del mestiere degli epidemiologi e degli operatori in salute pubblica, mentre progettare e realizzare campagne di comunicazioni efficaci, monitorarle e valutarle coglie impreparati, culturalmente e professionalmente, queste due categorie. Ma anche disponendo di professionisti che in armonia interagiscano a livello regionale e locale con gli operatori sanitari per la comunicazione nel PASSI, è necessario innanzitutto che si creino delle figure capaci di aggregare persone e mezzi che assicurino la realizzazione, l'utilizzazione e la sostenibilità della sorveglianza di popolazione calibrandola continuamente rispetto al contesto che la accoglie e costruendo dei solidi canali di comunicazione e mobilitazione comunitaria. Per chi conosce la natura e la missione della sorveglianza PASSI cioè è facile comprendere quanto la *leadership* sia vitale per la sua riuscita.

Così come illustrato nella schema seguente (Figura 3), la *leadership* deve rispondere a diverse esigenze in rapporto ai diversi momenti di vita di un progetto quale il PASSI. In una fase iniziale (Studiare/definire) fare *leadership* significa identificare i gruppi che hanno interesse nella sorveglianza, quali siano i loro "bisogni" conoscitivi, reperire le risorse necessarie e mobilitarle. In una fase successiva (Contestualizzare) *leadership* è saper

aggregare il consenso, ricercando l'approvazione dei gruppi di interesse, disegnare un progetto o una mappa di riferimento dove le persone ritrovano i propri valori e la propria identità. Questo lavoro deve conoscere un seguito nel tempo (Armonizzare) dove la "mappa" o la visione che sottende il progetto PASSI deve essere resa comunicabile e deve essere comunicata con chiarezza, registrando e interpretando le risposte dei gruppi di interesse. Nei fatti l'attività di sorveglianza produce risultati come aspettative nei diversi gruppi di interesse che vi partecipano. Esercitare attivamente la *leadership* si esprime nella capacità di dare spazio all'interno del progetto a diversi punti di vista, esigenze conoscitive e strategie di sviluppo della sorveglianza. Un momento importante dove *leader* e *manager* si confrontano da vicino è la comprensione del valore del lavoro fatto (Monitorare e valutare) in cui si ragiona sui processi e sul loro miglioramento, identificando le risorse appropriate per ottenerlo. Per chiudere questo cerchio ideale, (Ispirare l'azione) fare *leadership* significa promuovere la comunicazione e le azioni che ne derivano, al tempo stesso costituendo un riferimento autorevole per cittadini, associazioni ed enti interessati alla sorveglianza.

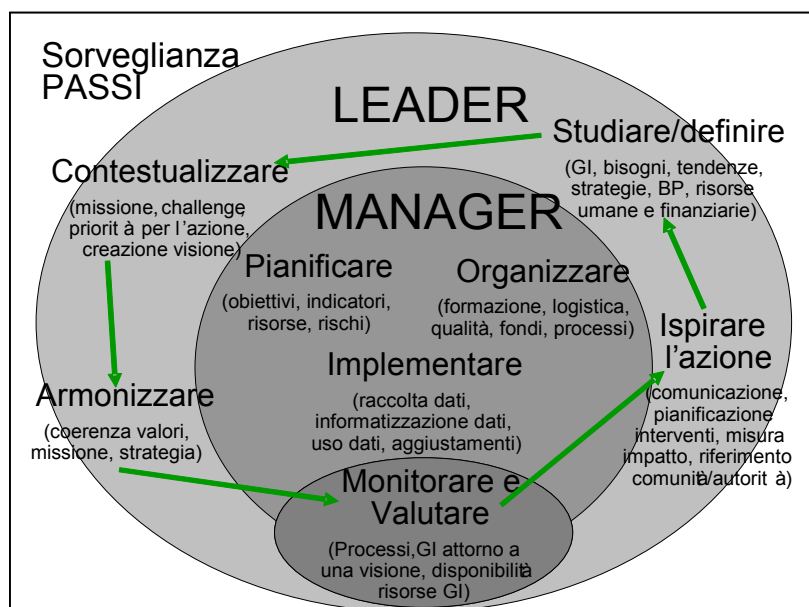


Figura 3. Leadership e management nella sorveglianza

È probabile che, a somiglianza di iniziative simili al PASSI realizzate in altri Paesi, lo sforzo diretto alla creazione di una *leadership* sia la condizione premiante gli sforzi del sistema per l'ottimizzazione dell'utilizzo dei dati prodotti dal sistema per promuovere o migliorare gli interventi in salute pubblica.

LA COMUNICAZIONE NELLA FASE DI AVVIO DEL SISTEMA PASSI

Eva Benelli (a), Chiara Cattaneo (b), Barbara De Mei (c), Stefano Menna (a)
(a) *Zadigroma*; (b) *Unità di Formazione e Comunicazione, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto superiore di sanità, Roma*; (c) *Reparto di Epidemiologia delle malattie infettive, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto superiore di sanità, Roma*

Ruolo della comunicazione nel Sistema di Sorveglianza PASSI

La comunicazione è una componente fondamentale nel Sistema di Sorveglianza PASSI e rappresenta un mezzo indispensabile per garantire l'interazione e la partecipazione attiva degli individui e delle entità istituzionali e sociali coinvolte.

Un'efficace comunicazione può:

- favorire il dialogo e l'integrazione tra i soggetti istituzionali e sociali partecipanti al Sistema con ruoli, responsabilità, interessi e percezioni diverse
- facilitare, soprattutto nella fase iniziale, il consenso e la condivisione degli obiettivi
- favorire il riconoscimento dei diversi ruoli, funzioni e compiti
- contribuire a costruire una leadership per il sistema di Sorveglianza
- sviluppare lo scambio delle informazioni anche in merito ad attività e iniziative intraprese
- garantire la conoscenza e la condivisione dei risultati
- attivare processi d'intervento e di cambiamento.

Il processo comunicativo attraversa trasversalmente le diverse fasi di organizzazione e sviluppo della Sorveglianza PASSI (fase preparatoria, fase di avvio, fase di rilevazione dei dati, fase di diffusione dei risultati e fase di proposte d'intervento e azione), nei diversi livelli (nazionale, regionale e locale). Per questo è opportuno che la comunicazione non venga improvvisata o ricordata solo alla fine, nel momento di comunicazione dei risultati, ma piuttosto pianificata e "curata" fin dall'inizio, sia all'interno del sistema (comunicazione interna), sia all'esterno (comunicazione esterna) (27).

L'elaborazione di un piano di comunicazione, secondo criteri metodologici condivisi, è quindi parte integrante del sistema di sorveglianza e va considerata come elemento indispensabile per la partecipazione al PASSI: è infatti anche oggetto di monitoraggio e valutazione.

Ad ogni livello nazionale, regionale e locale è stata pertanto pianificata una strategia di comunicazione con l'obiettivo di favorire sia un'efficace comunicazione interna tra le figure direttamente coinvolte nella struttura organizzativa e nella realizzazione del sistema (organi centrali, organi regionali e locali, referenti regionali, coordinatori/vice-coordinatori regionali e locali, intervistatori), sia un'efficace comunicazione esterna tra soggetti che con ruoli e interessi diversi possono essere coinvolti nella Sorveglianza (altri operatori e servizi presenti sul territorio, gruppi di interesse, media, amministrazioni locali, cittadini).

Per facilitare un'impostazione omogenea del piano di comunicazione il Gruppo tecnico del PASSI ha ritenuto essenziale esplicitare alcuni principi e criteri di riferimento che sono stati

condivisi con gli altri organi del Sistema in specifici contesti d'incontro, compreso quello formativo:

- una comune definizione di comunicazione
- l'approccio comunicativo al quale fare riferimento
- uno schema per la pianificazione
- modalità e mezzi di comunicazione da utilizzare per la comunicazione interna ed esterna

Una definizione condivisa di comunicazione

Comunicare significa mettere in comune, condividere, significa rendere comprensibile quanto si dice ed essere interessati alle necessità informative del proprio interlocutore, significa capire e farsi capire per rendere partecipe "l'altro" in un processo bidirezionale e circolare (28).

Uno degli assiomi fondamentali della comunicazione afferma che "Non si può non comunicare" (29). Infatti, se si accetta che l'intero comportamento in una situazione di interazione tra persone ha il valore di messaggio (vale a dire, è comunicazione), ne consegue che comunque ci si sforzi, non si può non comunicare. In questo senso anche la scelta di non comunicare, è comunque una forma di comunicazione: l'attività o l'inattività, le parole o il silenzio, hanno tutti il valore di messaggio.

La comunicazione è reciprocità e quindi per comunicare efficacemente e per costruire messaggi che assumano un significato per gli interlocutori ai quali sono rivolti (target) è necessario prima di tutto "ascoltare".

Nel Sistema di Sorveglianza PASSI comunicazione è quindi interazione, scambio bidirezionale, di informazioni, esigenze conoscitive, bisogni, atteggiamenti, intenti, punti di vista, convinzioni tra tutti i soggetti coinvolti, soggetti che rivestono ruoli e responsabilità diversi e che molto spesso esprimono percezioni e interessi diversi all'interno di un processo di circolarità. Affinché tali soggetti possano comunicare efficacemente tra loro, cioè interagire in modo reale, sostanziale e non solo formale, è necessario che prima di tutto si ascoltino. Solo l'ascolto reciproco può offrire l'opportunità di capirsi e di agire in modo consapevole e finalizzato.

Approccio comunicativo di riferimento

In sintonia con la definizione di comunicazione sopra esposta l'approccio comunicativo al quale si fa riferimento è un approccio di "tipo partecipativo" (30), che si basa sul "principio della chiarezza e della trasparenza" degli obiettivi, dei processi attivati e delle relazioni che li caratterizzano. Tale approccio pone particolare attenzione alla valorizzazione dello scambio interattivo, all'ascolto, al dialogo e all'integrazione tra tutte le parti coinvolte nel Sistema di Sorveglianza al fine di costruire fiducia e credibilità, sia tra i "soggetti" interni al sistema sanitario (livello nazionale, regionale, locale) protagonisti principali nella fase di preparazione, avvio e svolgimento del PASSI, sia tra questi e i soggetti sociali esterni al sistema sanitario, che comunque dovranno essere costantemente informati sulle attività intraprese e sugli sviluppi. Nel Sistema di Sorveglianza PASSI la fiducia tra i soggetti coinvolti e la credibilità delle istituzioni nazionali, regionali e locali sono investimenti che, in una prospettiva a lungo termine, potranno creare solide premesse per potenziare l'efficacia delle proposte d'intervento e delle azioni di prevenzione e promozione della salute.

Nella fase di avvio e di rilevazione l'approccio partecipativo è essenziale per creare consenso e condivisione.

Nella fase di diffusione dei risultati e di proposte d'intervento e azione, l'approccio partecipativo è essenziale per rendere le informazioni raccolte conoscenza utilizzabile dai cittadini, per poter successivamente attivare processi di *empowerment* e per comprendere eventuali problematiche sociali e individuali.

Processo comunicativo

Lo sviluppo del processo comunicativo avviene in *itinere*. Con tale termine si intende un processo comunicativo che pur essendo pianificato fin dall'inizio per le diverse fasi di organizzazione e svolgimento del sistema, può variare in rapporto alle evidenze disponibili al momento e quindi corretto e modificato in base alle esigenze che si presentano durante il percorso.

La comunicazione in *itinere* è una condizione essenziale per favorire il coinvolgimento degli organi centrali, regionali e locali e di tutti i tutti i soggetti attivi all'interno del Sistema di Sorveglianza e, più in generale, all'interno del sistema salute regionale e locale. Essa garantisce infatti l'attivazione di interazioni nella fase di preparazione/avvio e il mantenimento di reti relazionali nelle fasi successive, sia all'interno (comunicazione interna) che all'esterno (comunicazione esterna) del PASSI.

La comunicazione interna, soprattutto nella fase di preparazione e di rilevazione dei dati, è particolarmente importante per identificare i destinatari.

I destinatari della comunicazione interna sono:

Target *primario*

- gli operatori e le strutture del Servizio Sanitario direttamente coinvolti nell'organizzazione e nella realizzazione della sorveglianza ai diversi livelli (Ministero, CCM, Sottocomitato Scientifico del CCM, Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Assessorati, Direttori delle ASL, referenti e coordinatori/vice-coordinatori regionali e di ASL, intervistatori);

Target *secondario*

- decisori, figure professionali presenti sul territorio (Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta), operatori impiegati in Servizi (servizi vaccinali, consultori, ambulatori, unità operative), istituzioni presenti sul territorio, altri portatori di interesse compresi i cittadini che possono contribuire alla promozione della sorveglianza nel contesto sociale, alla sua realizzazione e, in seguito, all'utilizzo dei risultati e alle conseguenti azioni.

È inoltre fondamentale che nel processo di comunicazione interna sia garantita:

- la conoscenza e la condivisione degli obiettivi del sistema di sorveglianza e delle modalità di realizzazione. La conoscenza del sistema da parte di tutti gli operatori (favorito dalla formazione) è importante per promuovere in modo adeguato l'iniziativa e per permettere ai diversi soggetti direttamente coinvolti di fare i conti con la propria motivazione e di sentirsi partecipi del contesto più ampio. Inoltre la conoscenza del sistema offre l'opportunità di individuare:
 - i punti di forza da utilizzare per poter rispondere in modo argomentato a possibili obiezioni (per ogni interlocutore si può far leva su alcune sensibilità specifiche e su determinate argomentazioni);
 - le criticità, per evidenziarle e proporre, in un'ottica di tipo partecipativo, eventuali possibilità di soluzione, utilizzando gli spazi comunicativi destinati a tale scopo (per esempio, la newsletter PASSI-one e il forum);
- una chiara definizione dei ruoli, delle funzioni, delle attività, dei compiti e delle responsabilità dei diversi soggetti. La chiarezza dei ruoli e delle responsabilità è

importante affinché ognuno sia consapevole del proprio impegno, di ciò che è chiamato a fare, ne colga le caratteristiche e il significato per sentirsi parte del sistema e per svolgere in modo adeguato i suoi compiti. In questo senso la comunicazione è fondamentale per attivare la motivazione, il processo di consapevolezza e l'integrazione;

- un reale e costante scambio di informazioni tra livello nazionale regionale e locale e all'interno di ogni livello;
- la formazione di reti, interne alle ASL e alle Regioni, per agevolare lo scambio di esperienze e la diffusione dei risultati. In particolare potrà essere utile la condivisione delle esperienze tra le ASL che hanno partecipato agli studi PASSI trasversali 2005/2006 e quelle che non hanno partecipato. Gli incontri di comunicazione dei risultati degli studi PASSI trasversali dovrebbero essere sfruttati come momenti di informazione e di promozione riguardo alla sperimentazione del sistema di sorveglianza.

Per quanto riguarda la comunicazione verso l'esterno, verso i cittadini e verso quelle istituzioni/organizzazioni e figure che fanno costantemente da "ponte" tra contesto esterno e interno al sistema: decisori, figure professionali presenti sul territorio (Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta), operatori impiegati in Servizi (servizi vaccinali, consultori, ambulatori), altre istituzioni non sanitarie (enti locali, scuole, ecc.) e portatori di interesse, (*opinion leader*, associazioni scientifiche, associazioni di pazienti, di consumatori, media ecc), è molto importante fare attenzione all'omogeneità dei messaggi diffusi. Quindi cercare il più possibile di concordare i contenuti in modo da non veicolare messaggi discordanti e rischiare di perdere fiducia e credibilità.

A tal proposito è essenziale esplicitare nelle diverse fasi di svolgimento della Sorveglianza cosa si sta facendo, motivare e argomentare le decisioni, indicare chi sono i soggetti (persone, istituzioni, ecc.) coinvolti, chiarire le tappe che si prevede di percorrere, individuare spazi e modalità per raccogliere i punti di vista ed eventuali proposte, quindi per "ascoltare il territorio". Questo impegno può rappresentare una risorsa per le tappe successive.

Criteri fondamentali per la pianificazione della comunicazione

Per facilitare la realizzazione del piano di comunicazione il Gruppo tecnico ha proposto agli organi regionali e aziendali uno schema che permettesse di identificare per ogni fase di svolgimento del sistema di sorveglianza alcuni punti essenziali:

- Chi attiva il processo comunicativo
- Chi è l'interlocutore coinvolto nel processo comunicativo (target)
- Gli obiettivi della comunicazione
- I tempi
- Le attività previste
- Le modalità di comunicazione più adeguate agli interlocutori, graduate in base alle priorità.
- I criteri di valutazione

In particolare è importante individuare, nei singoli contesti, figure chiave delle strutture sanitarie e delle comunità (portatori di interesse interni ed esterni) e studiare le modalità più adeguate per far arrivare loro i messaggi più rilevanti e favorirne la diffusione nella collettività, tra i cittadini.

Nella fase di preparazione/avvio, lo scopo fondamentale della comunicazione in ogni livello (nazionale, regionale e locale) è creare le condizioni per costruire consenso e

partecipazione da parte di tutti i soggetti e i gruppi d'interesse coinvolti, riconoscendo ad ognuno un ruolo per il raggiungimento degli obiettivi del Sistema di Sorveglianza.

Il gruppo tecnico ha preparato e messo a disposizione delle Regioni e delle Aziende, una serie di strumenti per la realizzazione di un'adeguata campagna di comunicazione sia "interna" (nei confronti degli altri professionisti della salute che potrebbero essere interessati al PASSI), sia "esterna" (rispetto alle esigenze di media e cittadini).

Soprattutto in questa fase di avvio della sorveglianza è decisivo che tutti i soggetti interessati siano raggiunti da una comunicazione di sfondo generalizzata, anche se differenziata per target. Una comunicazione, insomma, che dia il segno di un processo in corso e già bene avviato.

Anche i cittadini in questa fase devono essere tempestivamente informati, in particolare sulla possibilità di entrare a far parte del campione selezionato per l'intervista. In un processo di comunicazione così complesso, vanno previsti sia strumenti di tipo unidirezionale (comunicati stampa, articoli su giornali locali, opuscoli, locandine, lettere, siti web, incontri organizzati *ad hoc*), sia mezzi di comunicazione di tipo bidirezionale, come per esempio il colloquio *vis a vis* o una semplice telefonata.

In questa fase di avvio lo schema per la pianificazione deve essere semplificato a livello nazionale, regionale e locale, va infatti focalizzata l'attenzione sul target, sugli obiettivi comunicativi, sui mezzi di comunicazione scelti, sui tempi secondo lo schema sotto indicato.

Tabella 2. Schema per la pianificazione della comunicazione

Target	Obiettivi Comunicativi	Mezzi di comunicazione	Tempi

I soggetti che a **livello regionale** attivano la comunicazione sono il Referente, il Coordinatore e il Vice-coordinatore

I soggetti che a **livello locale** attivano la comunicazione sono il Coordinatore aziendale e gli Intervistatori

Comunicazione a livello nazionale per l'avvio del sistema di sorveglianza

Il livello nazionale ha elaborato per la fase di avvio un piano di comunicazione che ha visto come attori principali gli organi che si sono fatti promotori dell'iniziativa, Ministero, CCM e ha previsto iniziative mirate a creare consenso e condivisione di intenti.

Le attività di comunicazione pianificate e realizzate nella fase di avvio a livello nazionale hanno rappresentato pertanto, un contributo fondamentale per facilitare l'avvio di PASSI a livello regionale e locale.

La comunicazione sul PASSI è stata indirizzata a vari contesti anche per creare le basi per lo sviluppo di una rete di relazioni formali e informali all'interno del sistema sanitario e tra mondo sanitario e altre componenti sociali.

In particolare:

- all'interno del sistema sanitario nazionale favorendo l'avvio e lo sviluppo della struttura organizzativa e verificando che per tutti i soggetti coinvolti (Assessori delle Regioni e

Province Autonome, Coordinamento Inter-regionale per la Prevenzione) fossero chiari e condivisi obiettivi, ruoli, responsabilità e compiti;

- nel contesto scientifico/accademico creando le condizioni per la condivisione e il consenso tra le società scientifiche interessate ;
- nel contesto sociale preparando i cittadini alla richiesta di interviste e chiarendo anche ai diversi “portatori di interesse” l’organizzazione, gli obiettivi e il contributo per la prevenzione e la promozione della salute.

Di seguito è riportato un primo schema del piano di comunicazione nazionale relativo alla fase di preparazione/avvio, in cui sono identificati i soggetti che attivano la comunicazione all’interno e all’esterno del Sistema (comunicazione interna ed esterna), gli interlocutori (i target), gli obiettivi comunicativi, le modalità di comunicazione più adeguate agli interlocutori (i mezzi), i tempi.

A scopo esemplificativo viene riportato un elenco, non esaustivo, dei possibili soggetti interessati, tenendo presente che l’accoglienza dell’iniziativa è tanto maggiore quanto più è estesa la consapevolezza dell’esistenza dell’iniziativa e della volontà di partecipare.

Lo schema sarà integrato in una fase successiva con una colonna relativa ai criteri di valutazione.

Livello nazionale

I soggetti che a livello nazionale attivano la comunicazione sono i tre Gruppi d’interesse identificati ai vertici del sistema (Sottocomitato scientifico CCM, Gruppo tecnico CNESPS, Coordinamento interregionale prevenzione).

È senza dubbio fondamentale lo scambio comunicativo e la collaborazione tra i tre gruppi al vertice del sistema per favorire il confronto tra i gruppi e all’interno di ogni gruppo e per facilitare la comunicazione con gli altri livelli e con i soggetti esterni al Sistema.

Tabella 3. Schema di impostazione del sistema di comunicazione per la fase di organizzazione, preparazione e avvio del Sistema di Sorveglianza PASSI

Target	Obiettivi Comunicativi	Mezzi di comunicazione	Tempi
- Assessorati alla Sanità - Assessorati alle politiche sociali	1. Informare sull’avvio di PASSI 2. Sensibilizzare sull’importanza del sistema di sorveglianza.	- Lettera - Interfaccia web - Occasioni di incontri	Durante la fase di organizzazione/ preparazione del Sistema per avere il consenso politico.
- Società Scientifiche	1. Far conoscere il Sistema di Sorveglianza PASSI 2. Informare sull’avvio di PASSI 3. Evidenziare il fondamentale ruolo del MMG per l’adesione al sistema di sorveglianza	- Lettera - Contatti telefonici - Occasioni di incontro - Interfaccia web	Durante la fase di organizzazione/ preparazione/ avvio del Sistema

segue

continua

Target	Obiettivi Comunicativi	Mezzi di comunicazione	Tempi
- Referenti regionali - Coordinatori/Vice-coordinatori regionali	1. Favorire la condivisione degli obiettivi e il confronto sui ruoli e le responsabilità 2. Facilitare l'elaborazione e la condivisione di proposte per l'organizzazione del sistema 3. Evidenziare la rilevanza del processo comunicativo all'interno del sistema	- Riunioni strutturate con ordine del giorno - Workshop - Convegni - Confronto anche all'interno di attività di formazione - Contatti telefonici - Posta elettronica	Durante la fase di organizzazione/preparazione/avvio del Sistema
- Dipartimenti, Centri, Reparti e colleghi dell'Istituto Superiore di Sanità - Reparti e colleghi del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità	1. Far conoscere il Sistema di Sorveglianza PASSI 2. Informare sull'avvio di PASSI 3. Condividere ambiti tematici comuni	- Riunioni strutturate con ordine del giorno - Seminari interni - Interfaccia web - Posta elettronica - Contatti telefonici	Durante la fase di organizzazione/preparazione/avvio del Sistema
- Associazioni di cittadini: • Codacons • Cittadinanza attiva • Altro consumo - Cittadini	1. Far conoscere il Sistema di Sorveglianza PASSI 2. Informare sull'avvio di PASSI 3. Sviluppare l'adesione dei cittadini selezionati per l'intervista	- Riunioni strutturate con ordine del giorno - Lettere - Interfaccia web - Convegni - Campagna sui media - Intervista televisiva (TG) con un portavoce del Ministero (sarebbe meglio il Ministro) - Interventi in trasmissioni televisive - Servizi alla radio	Durante la fase di organizzazione/preparazione/avvio del Sistema
- Media	1. Far conoscere il Sistema di Sorveglianza PASSI 2. Informare sull'avvio di PASSI 3. Sviluppare l'adesione dei cittadini selezionati per l'intervista	- Comunicati stampa - Preparazione di un appunto e di una cartella stampa per gli Uffici Stampa del Ministero e dell'Istituto Superiore di Sanità - Interfaccia web	Durante la fase di organizzazione/preparazione/avvio del Sistema

Modalità e mezzi di comunicazione interna ed esterna

L'approccio integrato nell'uso dei mezzi di comunicazione, scelti in modo consapevole e finalizzato in base all'obiettivo, ai destinatari, alle disponibilità economiche, alle risorse umane, ai tempi e al contesto, rappresenta una strategia per favorire la promozione della sorveglianza,

per facilitare la diffusione di informazioni circa il suo svolgimento e per sensibilizzare nella fase di utilizzo dei dati e dell'azione. Interfaccia web, media, tavoli di lavoro, newsletter, comunicazione interpersonale *vis a vis* o telefonica, lettere, posta elettronica, opuscoli informativi, locandine, dibattiti pubblici, pubblicazioni scientifiche, convegni scientifici, interventi in incontri sul tema sono i molteplici mezzi di comunicazione che gli organi del PASSI hanno a disposizione e che possono utilizzare in base agli interlocutori, agli obiettivi, al tempo a disposizione, alle risorse umane ed economiche.

Per esempio:

- gli incontri di comunicazione dei risultati degli studi PASSI trasversali 2005/2006 possono essere sfruttati come momenti di promozione della sperimentazione del sistema di sorveglianza.
- l'interfaccia web rappresenta uno strumento utile per offrire agli "utenti" un quadro complessivo di insieme del sistema PASSI, oltre a presentare i rapporti pubblicati e tutti i materiali di contesto prodotti. L'obiettivo è creare uno spazio web il più possibile esauriente, completo e condiviso, fruibile anche dagli "utenti" che non rientrano nel cosiddetto target primario (operatori e professionisti sanitari, decisori, stakeholder coinvolti)
- la comunicazione interpersonale *vis a vis* rappresenta un mezzo di fondamentale importanza "per capire e farsi capire" per chiarire i punti di vista e le problematiche emerse, per fare chiarezza e per concordare impegni e strategie operative
- la comunicazione interpersonale telefonica rappresenta il mezzo utilizzato nel sistema PASSI per l'intervista e quindi per la raccolta delle informazioni fornite dai cittadini.

Gli operatori del Sistema di Sorveglianza PASSI

L'approccio comunicativo, basato sulla trasparenza, le modalità e i mezzi di comunicazione utilizzati, sottolineano continuamente l'importanza del coinvolgimento e della partecipazione attiva di tutti gli attori impegnati nella Sorveglianza.

L'intero sistema di sorveglianza poggia su una rete, articolata a vari livelli, nazionale, regionale e aziendale, di operatori formati e motivati e che condividono gli stessi obiettivi; questo è uno dei motivi per cui tutti gli attori appartengono al Sistema Sanitario Nazionale. Gli operatori che partecipano alla sorveglianza hanno ruoli e compiti ben definiti, infatti la consapevolezza del proprio ruolo e delle proprie responsabilità è rilevante affinché ognuno sia conscio dell'impegno assunto, ne colga le peculiarità e il significato per sentirsi parte del sistema e per svolgere in modo adeguato i propri compiti. Le figure che operano sul territorio sono, come più volte ricordato, i referenti regionali, i coordinatori regionali, i coordinatori aziendali e gli intervistatori.

Gli intervistatori sono considerati la solida base su cui si fonda tutto il sistema di sorveglianza, le figure professionali a cui è stato affidato questo importante compito sono principalmente Assistenti Sanitari e Infermieri Professionali. Gli intervistatori hanno il primo e più diretto contatto con i cittadini e la relazione che possono instaurare con loro, attraverso la comunicazione telefonica, rappresenta una condizione essenziale per accrescere la credibilità istituzionale della sorveglianza e per favorire l'adesione delle persone contattate (31).

L'attività degli intervistatori viene gestita dal coordinatore aziendale; oltre a questa mansione il coordinatore si occupa della formazione ed effettua il monitoraggio del progetto. A lui spetta anche il compito di analizzare, interpretare i dati e comunicare i risultati ottenuti nella ASL di appartenenza. Il responsabile aziendale deve stabilire e mantenere un collegamento con il suo coordinatore regionale, che ha il compito di coordinare le attività svolte dalle varie ASL appartenenti alla Regione. Cura inoltre la gestione e comunicazione dei dati regionali,

suggerendo alcune modalità di utilizzo, e assicura un monitoraggio costante delle attività connesse alla sorveglianza e provvede a mantenere il contatto con il Gruppo Tecnico nazionale.

Il referente regionale garantisce il supporto decisionale e amministrativo necessario per il regolare svolgimento della sperimentazione a livello territoriale e collabora con il coordinatore regionale nelle attività di comunicazione e di promozione dell'utilizzo dei risultati. Infine contribuisce a mantenere il collegamento con il Gruppo Tecnico nazionale, che è composto da uno staff centrale incaricato del *management* e della conduzione del sistema di sorveglianza, e coadiuvato, di volta in volta, da esperti che provengono dalle Regioni/ASL, convocati per compiti specifici, e da consulenti (32)

Oltre ai compiti specifici delle diverse figure che partecipano alla sorveglianza, vi sono dei compiti comuni a tutti gli operatori, quali:

- identificare e mantenere i rapporti con i rispettivi gruppi di interesse (amministratori/decisori, strutture operative di sanità pubblica, MMG, professionisti, comunità)
- cercare il consenso e il supporto politico capace di assicurare il regolare funzionamento del sistema
- contribuire a promuovere la formazione di una leadership e lo sviluppo di una rete
- creare un contesto favorevole all'uso appropriato dei risultati.

Per favorire la qualificazione e la comunicazione tra il personale e per la strutturazione di una rete che colleghi i vari livelli, è stata realizzata una formazione a tutti gli operatori impegnati nella sorveglianza utile all'avvio delle attività.

La formazione è stata organizzata in un percorso strutturato in due livelli differenti. Il primo, gestito dal Cnesps e destinato ai responsabili regionali, era articolato in alcune giornate in presenza, in un tirocinio supervisionato di quindici giorni (con lo svolgimento delle attività relative all'avvio del sistema di sorveglianza) e un workshop di una giornata a conclusione del percorso, per identificare e risolvere i problemi emersi. Al termine dei primi tre giorni di formazione, i partecipanti alle attività didattiche sono stati accreditati come formatori regionali.

Il secondo livello, gestito dai formatori regionali e destinato ai coordinatori aziendali e agli intervistatori, era strutturato in giornate di formazione in presenza, un tirocinio di quindici giorni e un workshop finale.

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. La formazione ha anche contribuito ad una chiara definizione dei ruoli (funzioni, attività e compiti) e delle responsabilità dei diversi soggetti.

Per gli intervistatori, in particolare, è stata realizzata una accurata formazione sulle abilità comunicativo-relazionali (prima tra tutte, quella dell'"ascolto attivo"). La qualità del loro intervento e la loro professionalità sono essenziali per condurre le interviste in modo omogeneo e quindi garantire non solo la qualità dei dati raccolti, ma anche la qualità del rapporto con i cittadini.

Centralità del cittadino

La filosofia che anima PASSI si fonda sul principio che il rischio di malattie croniche può essere affrontate solo grazie alla costante interazione tra cittadini e istituzioni sul territorio, in un processo all'interno del quale le consapevoli scelte individuali siano costantemente sostenute e facilitate dalle politiche sanitarie nazionali e locali, funzionali alla promozione della salute.

Ecco perché sin 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 (33). La cura dedicata allo sviluppo delle attività di comunicazione e di formazione ne sono una conferma.

Ruolo di formazione e comunicazione

In particolare, in questa fase di avvio, le iniziative di comunicazione rivolte ai cittadini hanno lo scopo non solo di far capire cosa è PASSI, ma anche di sviluppare la consapevolezza sull'indispensabilità del loro aiuto 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. La stessa esperienza degli studi PASSI 2005 e 2006, per esempio, valutando l'efficacia dei sistemi di comunicazione in materia di screening, ha confermato che l'uso integrato dei mezzi di comunicazione (lettera e suggerimento del medico) permette di raggiungere un maggior numero di persone che, proprio sulla base di queste sollecitazioni, adottano il comportamento indicato.

Ma le iniziative di comunicazione racchiudono un altro valore aggiunto, successivamente potenziato dalle domande poste dall'intervistatore. Si sollecitano le persone a porre attenzione al proprio stato di salute: "come sto", "come mi sento"; potremmo dire ad "ascoltarsi". I ritmi della vita sociale hanno sempre più disabituato il singolo ad ascoltarsi e, pertanto, questa sollecitazione nasconde 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, saper identificarle e nello stesso tempo saper dar loro voce, riconoscendole come importanti per decidere di esprimerle. A questo proposito, lo studio PASSI 2006 evidenzia, in tema di depressione, un dato abbastanza preoccupante: ben il 70% degli intervistati non si è mai rivolto a un operatore sanitario in caso di bisogno e, tra queste persone, la maggior parte non ha mai pensato di parlare dei suoi problemi con nessuno, nemmeno con una persona amica. Le strutture sanitarie non vengono percepite come un punto di riferimento per chi soffre di questo genere di disturbi psicologici, forse le persone non riescono nemmeno a identificare operatori che le ascoltino. Forse è necessario sviluppare le competenze comunicativo-relazionali degli operatori, le loro abilità all'ascolto. E la formazione può essere certamente d'aiuto (34).

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. 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.

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. Il 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 però personalizzata, centrata sulle particolari esigenze 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, attraverso l'ascolto, di porre attenzione alle sue perplessità, alle sue reazioni e risposte, verbali e non verbali. 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 sintetico 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.

Un'occasione di *empowerment*

La sorveglianza PASSI mira a 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 l'efficacia degli interventi di prevenzione. Questa stessa base di dati permetterà così di conoscere meglio il territorio, i comportamenti dei cittadini che vivono quotidianamente su quel territorio e quindi progettare interventi di prevenzione mirati. Contesti diversi, con caratteristiche culturali e comportamentali diverse, necessitano di programmi d'intervento differenziati, che rispondano alle specifiche esigenze dei cittadini. Già gli studi trasversali PASSI 2005 e 2006 hanno permesso di fotografare le profonde differenze comportamentali tra Nord e Sud per quanto riguarda l'abitudine all'alcol e gli stili di vita sedentari.

La base di dati permetterà, inoltre, di confrontare le diverse ASL fra loro, seguendone l'evoluzione nel tempo o la singola ASL con il dato regionale.

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.

Strumenti e prodotti di comunicazione

Booklet

È stata predisposta una pubblicazione piuttosto agile e sintetica, ad uso e consumo in prima battuta dei decisori e dei *policy maker*, utile per la presentazione del progetto. Il documento può essere usato sia a livello centrale (ministro, direzioni generali e ufficio stampa del ministero della Salute, CCM), sia a livello regionale e locale, per favorire dialogo, comunicazione e collaborazione con assessori, direttori generali e direttori sanitari. Il *booklet* si propone quindi come strumento di comunicazione “interna”, utile per promuovere e favorire una migliore conoscenza del progetto, il dialogo e la collaborazione di tutti gli *stakeholder*.

Press kit

Per agevolare e favorire a livello regionale e locale il lancio sui media del progetto, è stato messo a punto un apposito *Press kit*, adattabile a seconda delle necessità: una bozza di comunicato stampa, la sintesi di alcuni risultati significativi già ottenuti con gli studi trasversali 2005 e 2006 e un approfondimento sui temi di indagine della sorveglianza (35).

Locandine, depliant e lettere

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.

Sito web PASSI

Fin dalla fase di avvio, PASSI ha ritenuto determinante il coinvolgimento e la partecipazione degli operatori sanitari 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. Le attività vengono seguite continuamente attraverso gli aggiornamenti pubblicati sulle pagine del sito (www.epicentro.iss.it/passi/) nato all'interno di EpiCentro, il portale del Cnesps. Da gennaio a giugno 2007 sono stati circa 12 mila gli accessi alla *home page* del sito PASSI. Il trend degli accessi è in costante aumento, grazie soprattutto alla buona indicizzazione delle pagine sui motori di ricerca. Per un progetto così specifico e partito relativamente da poco, si tratta certamente di un ottimo risultato. Un numero così alto di visite indica che probabilmente gli utenti non sono solo gli operatori coinvolti in prima battuta nel progetto, ma anche altri professionisti di salute. È stimabile in circa il 10% la percentuale di utenti non esperti (cittadini comuni) che ha visitato il sito PASSI.

Newsletter PASSI-one

PASSI-one è la newsletter del sistema di sorveglianza PASSI. Si tratta di un prodotto editoriale che ha alle spalle una redazione dedicata di professionisti della comunicazione,

consulenti e referenti scientifici. Si rivolge non solo specificamente agli operatori che partecipano al PASSI, ma a un pubblico più vasto a cui è accessibile. L'obiettivo è creare una vetrina e una tribuna in cui gli operatori possano riconoscersi e avere uno spazio di visibilità. Un diario di bordo per seguire lo stato di avanzamento del progetto e garantire un adeguato ritorno di informazioni. Ma anche una tribuna aperta, un'agorà pubblica dove condividere le esperienze, far conoscere e valorizzare le *best practice*, esporre dubbi e perplessità, commentare i dati, far emergere problemi, punti di forza, opinioni ed eventuali criticità.

PASSIdati.it

Il sito web <http://www.passidati.it> è un portale multi-funzione costruito per consentire la centralizzazione dei dati attraverso la spedizione via web dei questionari compilati con l'apposito software e-PASSI; la gestione degli utenti del sistema, in maniera gerarchica, a partire dai coordinatori fino ai compilatori; la consultazione e l'analisi dei dati, attraverso la visualizzazione dei questionari, l'estrazione di indicatori e la creazione di mappe tematiche e grafici sui risultati dell'azione di sorveglianza.

Forum

Sul sito www.passidati.it (il portale per l'analisi dei dati) è stato messo a punto un forum di discussione riservato agli operatori PASSI che consente di affrontare i problemi pratici attraverso il reciproco scambio di esperienze e contributi, valorizzando gli esempi di buona pratica.

MONITORAGGIO

Valentina Minardi, Alberto Perra

Unità di Formazione e Comunicazione, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore Sanità, Roma

La complessità crescente di sistemi di raccolta dati come il PASSI si accompagna da una parte a una maggiore facilità del ritorno informativo, ma dall'altra a una molteplicità e complessità dei processi di produzione dei dati stessi che influenzano i risultati finali e, conseguentemente, la qualità del dato rilevato. Questo complesso processo necessita di un attento monitoraggio, dove con questo termine si intende un insieme di procedure che consentono il passaggio dell'informazione necessaria per prendere decisioni e intervenire sul progetto stesso. Il Gruppo Tecnico ha subito riconosciuto il ruolo centrale del monitoraggio come analisi di supporto per la produzione di risultati ed evidenze attendibili, volte all'applicazione nella pratica *manageriale* nel sistema sanitario nazionale.

Da un punto di vista più tecnico, il monitoraggio serve a prevenire o osservare eventuali errori nelle procedure di misurazione, che possono insorgere ad ogni passo del processo di produzione delle informazioni statistiche e possono dipendere dal processo di rilevazione, dagli operatori, dalle tecniche di rilevazione o dal trattamento dei dati stessi. Questi errori possono nascere da irregolarità e disattenzioni, che sebbene siano evitabili seguendo le dettagliate procedure e istruzioni disponibili per operatori sul campo, possono condizionare immancabilmente, in tutto o in parte, i risultati ottenuti.

Gli errori così prodotti (detti errori non campionari) possono essere di diversa natura:

- di copertura quando non c'è corrispondenza tra il campione estratto e la popolazione in studio;
- da mancata risposta, per la difficoltà di contattare le unità di indagine dovuta a cause accidentali o al rifiuto dell'intervistato di cooperare all'indagine, o a problematiche legate all'intervista stessa;
- di misurazione, per cui l'informazione è disponibile ma non è corretta (nel caso di errori dovuti all'intervistatore o a reticenza del rispondente, errori di digitazione, ecc.).

Per evitare larga parte degli errori non campionari che si verificano nelle rilevazioni è fondamentale il monitoraggio del lavoro sul campo, rivolto a verificare il corretto comportamento degli intervistatori.

Inizialmente sono state definite un insieme di regole da rispettare, riguardanti in particolare:

- modalità di esecuzione delle interviste;
- modalità di sostituzione degli intervistati;
- numero minimo di tentativi per rintracciare individuo;
- orario delle interviste.

Le informazioni relative a questi aspetti sono registrate nel diario elettronico, una delle fonti automatiche dei dati di monitoraggio. Il sistema permette pertanto di seguire l'intero lavoro del rilevatore: dai primi contatti con le persone da intervistare, a quelli avuti nel corso dell'intervista, fino agli esiti definitivi attraverso la scelta di alcuni indicatori.

Il sistema di indicatori consente, costantemente e tempestivamente, di controllare le diverse fasi del processo, di verificare le scelte attuate dal punto di vista metodologico, di standardizzare le procedure (o le *best practice*) nelle varie fasi della rilevazione e individuare i punti critici del processo per migliorarli.

Il processo per la costruzione del monitoraggio ha seguito 5 tappe principali:

1. identificazione delle figure che nel sistema hanno un ruolo “manageriale”, cioè hanno bisogno di un’informazione per poter modificare le modalità di realizzazione delle attività del progetto. Nel PASSI, il coordinatore regionale, aziendale e gli stessi intervistatori giocano un ruolo di questo tipo.
2. identificazione delle attività da tenere “sotto osservazione” per la riuscita del progetto PASSI (ad esempio interviste, campionamento, performance degli intervistatori, costi).
3. identificazione delle domande “di informazione” sulle attività identificate (ad esempio: Quanto sono regolari le interviste? Qual è il carico di lavoro per gli intervistati? Qual è la dimensione della sostituzione o del rifiuto a partecipare nel sistema di sorveglianza?).
4. definizione degli indicatori con descrizione della fonte di informazione necessaria per dare loro una dimensione di rapporto numerico (ad esempio: tasso di sostituzioni, costo unitario intervista, interviste mese per intervistatore...). Questi indicatori forniscono una dettagliata documentazione di ogni operazione del processo di produzione dei dati e sono coerenti con gli standard internazionali per le indagini ufficiali predisposti per valutare oggettivamente l’andamento globale della rilevazione.
5. definizione del flusso dei dati di monitoraggio (ad esempio: ogni quanto tempo misurare l’indicatore, a chi far pervenire l’informazione e sotto quale forma). L’informatizzazione del sistema PASSI ha facilitato fortemente queste scelte, automatizzando molti dei “rapporti di monitoraggio”.

Infine, l’insieme dei dati di monitoraggio consentirà di pronunciare dei giudizi sulla semplicità, l’accettabilità, l’economicità, la tempestività e, in ultima analisi, dell’utilità del Sistema di Sorveglianza PASSI.

Qualcuna delle 5 tappe sopra descritte merita un approfondimento. In particolare per la seconda e terza tappa, un’indicazione basilare sulla qualità dell’indagine è fornita dal numero di interviste realizzate sul numero di interviste attese in base alle dichiarazioni di partecipazione di ogni singola ASL. Si valuta inoltre anche il tasso di fedeltà al campione, ulteriore importante indicatore della *performance* qualitativa per ogni ASL. Considerando la possibilità offerta all’intervistatore di sostituire la persona “base” del campione, in caso di rifiuto o non eleggibilità, l’indicatore chiarisce quanto il *set* di interviste realizzate rispecchi il campione originale, quindi di quanto è stato modificato il campione iniziale per ottenere la numerosità necessaria di interviste. Per quanto riguarda le azioni preliminari che precedono l’intervista stessa, vengono elaborati indicatori relativi all’avvenuta ricezione della lettera all’intervistando da parte della ASL, al numero complessivo e al tipo di contatto con gli individui da intervistare e eventualmente con i loro i Medici di Medicina Generale, canale preferenziale anche per aumentare la disponibilità delle persone a collaborare; si producono inoltre indicatori di parametri contestuali all’intervista, come le giornate e gli orari utilizzati per programmare ed effettuare le interviste o la durata dell’intervista stessa.

Nella quarta tappa, la definizione di alcuni degli indicatori su cui si basa la valutazione della qualità del sistema è stata compiuta adattando gli standard dettati da *The American Association for Public Opinion Research* (AAPOR) (36), alle specifiche esigenze del Sistema di Sorveglianza PASSI. Sono stati inoltre individuati parametri inerenti la struttura propria della rilevazione PASSI, non previsti dagli standard internazionali basati su tecniche di rilevazione diverse. Agli indicatori modellati sulle caratteristiche specifiche dell’indagine continua si affiancano quelli in grado di assicurare la comparabilità con altre indagini condotte in Italia e all’estero, legati agli esiti definitivi (interviste complete, sostituzioni e rifiuti). Tra questi, i principali sono:

- il tasso di risposta: ha l’obiettivo di misurare la validità del campione, ovvero quanta parte del campione depurato dai casi non eleggibili è stato intervistato.

- il tasso di cooperazione indica la disponibilità delle persone campionate a concedere l'intervista, ovvero quanta parte delle unità contattate, e quindi in grado di rispondere, ha effettivamente risposto.
- il tasso di rifiuto: si indaga l'indifferenza se non la contrarietà rivolta all'indagine PASSI, definito dal rapporto tra i casi che hanno rifiutato o interrotto definitivamente l'intervista e tutte le unità eleggibili.
- il tasso di sostituzione mostra quante volte si è proceduto ad una sostituzione, riportando tutte le persone, sostituiti di titolare, (con esito di intervista completa) agli individui base assegnati (con intervista completa).

Per la misurazione di questi indicatori, i possibili esiti della rilevazione sono stati prioritariamente definiti e organizzati in base ad una definizione gerarchica degli individui da intervistare, distinti in:

- eleggibili (facenti parte della popolazione indagata);
- di eleggibilità incerta (per cui il contatto non è riuscito e su cui si ha un dubbio circa la natura di eleggibilità);
- non eleggibili (individui che non fanno parte del collettivo di riferimento e che devono essere esclusi dalla rilevazione). In base all'identificazione di queste categorie, sono state implementate le relative procedure di calcolo automatico, ottenibili automaticamente dal server centrale attraverso il sito www.passidati.it.

Per completare la valutazione del lavoro sul campo è utile inoltre disporre della valutazione delle mancate risposte totali e parziali, argomento di cui si sta dibattendo in queste settimane circa gli aspetti teorici e metodologici e che sarà implementata nei prossimi mesi. La perdita delle unità campionarie è dovuta essenzialmente al rifiuto o al mancato contatto dell'intervistatore, sia per assenza prolungata che per errori della lista anagrafica che rendono irreperibile la persona da intervistare. Riconoscendo l'importanza di monitorare anche ciò che non riusciamo a rilevare, si apre anche la questione di come gestire il dato mancante, oltre a quantificare le mancate risposte.

Le fonti di informazione principalmente utilizzate per la costruzione dei *report* di monitoraggio sono gli strumenti stessi della rilevazione: diario dell'intervistatore e questionario. In questo modo si può automaticamente e gratuitamente ottenere tutta una serie di dati relativi al processo di raccolta dati, senza lavoro aggiuntivo da parte degli operatori PASSI. Questo flusso informativo permette, sulla base dei contatti presi e delle interviste svolte, di produrre e analizzare un vasto set di indicatori di *performance*.

Per tutte le informazioni ottenute come descritto precedentemente, nell'individuare le variabili fondamentali di incrocio, si è tenuto conto della necessità di monitorare l'andamento del processo di rilevazione nel tempo singolarmente per le 21 Regioni/Province Autonome e le relative ASL in cui è suddiviso il territorio italiano, in particolare per la necessità di ciascun nucleo di rilevazione di osservare le fasi di indagine relative al proprio territorio di appartenenza. Per la dimensione temporale, sono previste le disaggregazioni per mese di rilevazione (11 mensilità, accorpando luglio e agosto); la tempestività dell'informazione è direttamente correlata alla rapidità della fase di caricamento delle interviste dalla periferia al *server* centrale. Aumentando i mesi di raccolta dati, si potranno analizzare i dati di monitoraggio relativi alle diverse stagioni all'interno di un anno e, nel futuro, analizzare l'andamento nei diversi anni di rilevazione.

Le informazioni saranno disponibili in modo gerarchico a livello nazionale, regionale e aziendale a seconda del ruolo dei singoli operatori all'interno del sistema PASSI. I referenti regionali avranno accesso ad una pagina web dedicata relativa ai dati nazionali e regionali, i coordinatori aziendali potranno analizzare inoltre i dati relativi alla propria ASL – fino al dettaglio di intervistatore – e a quelli delle ASL della stessa Regione, mentre gli intervistatori otterranno dal sito le informazioni nazionali, regionali e della propria ASL di appartenenza.

VALUTAZIONE

Alberto Perra

Unità di Formazione e Comunicazione, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore Sanità, Roma

Valutazione è l'attività che porta a identificare e dare un valore a delle attività che svolgiamo. L'OMS chiarisce bene il concetto di valutazione applicato alla salute pubblica definendolo come il processo per il quale decidiamo il merito o il valore di qualcosa che implica misure e osservazione (ricerca valutativa) e confronti con criteri e standard (in genere gli obiettivi del programma). In molti interventi in salute pubblica, come anche per la sorveglianza PASSI, si costruisce un sistema di monitoraggio, che può avere lo stesso oggetto di studio della valutazione. La differenza fra monitoraggio e valutazione, quando queste attività abbiano lo stesso oggetto, per esempio un *outcome* (o esito) particolare, sta nel fatto che il monitoraggio misura semplicemente il livello di realizzazione del nostro *outcome*, mentre la valutazione cerca e mette in evidenza con metodi appropriati le ragioni e la logica causale che hanno portato le attività del nostro intervento a produrre o meno quell'*outcome*.

Queste definizioni tuttavia non ci aiutano molto nella riflessione per mettere a fuoco un primo aspetto della valutazione che riguarda l'impatto, cioè un cambiamento dello stato di salute della popolazione italiana che questo nuovo sistema di sorveglianza di popolazione dovrebbe produrre. In sintesi come possiamo valutare quali sono gli effetti positivi sulla salute della popolazione italiana che ci attendiamo dalla messa a regime del PASSI? E secondo quali meccanismi avranno luogo?

Prima di impiegare ingenti risorse umane e finanziarie per raccogliere dati sui fattori di rischio comportamentali e sulle attività messe in atto per prevenirli nel tempo, dobbiamo aver chiaro quale sia l'impatto che ci attendiamo. Se non siamo ragionevolmente fiduciosi che alla messa in funzione della sorveglianza seguirà a distanza di tempo un miglioramento della salute, dovremmo ammettere che è meglio usare le risorse per attività più utili o promettenti.

Naturalmente non sempre è facile immaginare un sistema di misura e degli indicatori per comprendere quanto la sorveglianza PASSI cambi il sistema di salute e in ultima analisi migliori la situazione di salute della popolazione italiana. Infatti tale cambiamento è il risultato dell'interazione di fenomeni complessi che coinvolgono società ed economia, all'interno dei quali il sistema sanitario e la sua piccola componente che è il sistema di sorveglianza, sono solo un determinante secondario.

Ci è invece più facile ipotizzare quali siano i meccanismi che, se attivati, potrebbero permettere al sistema di sorveglianza di produrre degli effetti (impatto) sulla salute. Possiamo immaginarne diversi.

Il progetto PASSI ha strutturato e si propone di realizzare un piano di comunicazione complesso e esteso. La comunicazione, se basata su metodi scientifici e condotta professionalmente, ottiene spesso i risultati attesi. Nel mondo sanitario, ma più ancora in altri settori, è oramai disponibile molta *evidence* in tal senso. In termini generali, l'impatto atteso dalle attività di comunicazione dovrebbe portare nei prossimi anni un cambiamento profondo nella popolazione sanitaria (professionisti e erogatori nel sistema di salute) e nella popolazione generale. Nella prima popolazione, l'aver a disposizione dati e indicatori sensibili, tempestivamente resi disponibili, dovrebbe produrre un cambiamento culturale che genera un maggiore impegno a favore della prevenzione che si è dimostrata, in altri contesti, capace di ridurre i costi del sistema sanitario e di migliorare la qualità di vita dei cittadini. Per esempio, un parziale riorientamento delle energie del medico di famiglia verso l'attenzione e il *counselling*

al paziente fumatore o consumatore di alcol o sedentario, se appoggiato da adeguate azioni da parte delle ASL porterebbe a una diminuzione di tali rischi comportamentali. Quanto alla comunicazione diretta alla popolazione generale e ai suoi gruppi di interesse, si possono ipotizzare meccanismi di impatto diversi, tutti però basati sull'*empowerment* della collettività sui fattori di rischio, sulla crescita della consapevolezza della relazione fra tali fattori di rischio e gli effetti negativi sulla salute, ma anche ad una crescita della “domanda” strutturata di salute della collettività rivolta agli erogatori del sistema. In altre realtà nazionali, questo fenomeno si è manifestato con una intensificazione dell'interazione fra autorità sanitaria locale (cioè le ASL) e la popolazione, che ha avuto come esito una maggiore collaborazione per l'analisi dei problemi di salute, l'identificazione di obiettivi e la collaborazione nella messa in atto degli interventi e servizi di salute. Un altro effetto potenzialmente utile per il miglioramento del sistema sanitario è la crescita della cultura della comunicazione negli operatori sanitari.

L'esperienza dei sistemi di sorveglianza in altri Paesi, ha mostrato anche effetti inattesi nel campo della comunicazione. Per esempio, i media hanno autonomamente e frequentemente utilizzato per le loro attività comunicative le informazioni prodotte dal sistema di sorveglianza di popolazione, “moltiplicando” in tal modo gli effetti attesi presso la collettività. Seppure in scala molto più limitata questo fatto si è già registrato nel nostro Paese, al termine degli studi trasversali (PASSI 2005 e PASSI 2006) che hanno preceduto la sperimentazione della sorveglianza PASSI.

Assumendo che il sistema di salute abbia degli effetti positivi sulla salute della collettività, il sistema PASSI costituirà uno strumento importante per la programmazione sanitaria a livello regionale e aziendale. Infatti la misura di alcuni indicatori di processo degli interventi preventivi permetterà eventuali correzioni e miglioramenti degli interventi. D'altra parte i dati faciliteranno l'identificazione di ineguaglianze e suggeriranno azioni per migliorare l'equità del sistema sanitario. Infine, la partecipazione in prima persona degli operatori sanitari per la raccolta, l'elaborazione e l'utilizzazione dei dati, ne promuoverà la competenza e la cultura in salute pubblica, migliorando in ultima analisi la performance del sistema di salute.

Aldilà delle ovvie ragioni che giustificherebbero la valutazione d'impatto del sistema di sorveglianza, si possono citare diversi motivi per procedere alla valutazione della sorveglianza. Per esempio comprendere se gli aspetti di salute “sotto sorveglianza” sono ancora importanti, se si sono raggiunti gli obiettivi, se il sistema è abbastanza efficace e efficiente nel raggiungimento dei risultati previsti, se i dati sono di qualità, se il sistema è complessivamente utile, cioè se i risultati prodotti sono utilizzati per l'azione in salute pubblica.

Cominciamo con un aspetto che per le caratteristiche della sorveglianza PASSI assume un'importanza particolare: la pertinenza. Trattandosi di un sistema che segue nel tempo numerosi aspetti, ciascuno con rilevanza diversa e variabile per la salute pubblica e per le diverse regioni che aderiscono alla sorveglianza, sarà importante verificare periodicamente la pertinenza dei vari aspetti studiati. In pratica si dovrà decidere con i gruppi di interesse regionali se mantenere la sorveglianza di tali aspetti o rivederne la lista, decidendo di volta in volta se aggiungerne di nuovi o dismetterne altri che non sono più considerati pertinenti rispetto ai bisogni del sistema sanitario regionale/nazionale.

Di più facile soluzione tecnica è la valutazione di efficacia del sistema di sorveglianza.

Da un punto di vista teorico possiamo distinguere un'efficacia di sistema, definibile come grado di raggiungimento degli obiettivi, e un'efficacia reale, definibile come grado di copertura territoriale o geografica del sistema. Per fare questo è necessario riferirsi agli obiettivi previsti dal protocollo PASSI. Valutare il sistema PASSI significherà osservare e misurare, avendo fissato degli standard (alcuni dei quali già previsti nel protocollo), su “domande” di valutazione proposte dai diversi gruppi di interesse partecipanti alla sorveglianza. La creazione di condizioni di partecipazione dei gruppi d'interesse alla sorveglianza è essenziale per le prospettive di

miglioramento del sistema stesso, in quanto è dimostrato che la valutazione partecipativa getta le basi per l'azione migliorativa del sistema che dovrà necessariamente conseguire.

I gruppi di interesse, orientati dal gruppo tecnico dovranno quindi effettuare diverse scelte iniziali. Le più importanti saranno la programmazione del piano di valutazione che metodologicamente potrebbe seguire lo schema in figura 4, che rappresenta un approccio tipico della valutazione partecipativa.

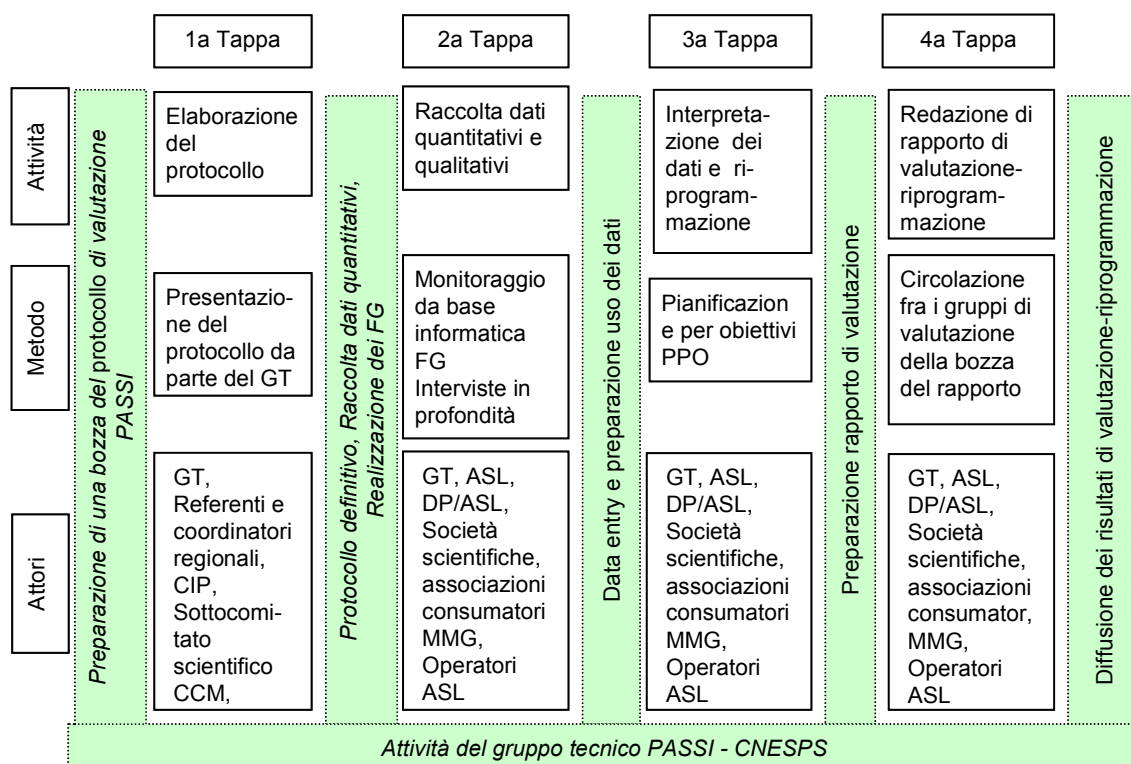


Figura 4. Tappe operative della valutazione partecipativa del sistema PASSI e compiti del gruppo tecnico

Nello schema seguente sono riassunte alcune di queste domande suggerite dal protocollo.

In quale misura o maniera:

- si sono resi disponibili le informazioni con un dettaglio a livello di ASL per permettere il confronto fra le diverse aziende sanitarie?
- i dati di PASSI sono serviti a modulare a livello locale la programmazione degli interventi di sanità pubblica?
- si è ottenuto un quadro informativo rappresentativo della popolazione dell'Azienda/ Regione/ PA, tale da consentire la predisposizione di efficaci azioni correttive nei programmi di salute?
- il PASSI ha permesso di rinforzare il sistema sanitario regionale attraverso la partecipazione attiva dei Dipartimenti di Prevenzione e di altre strutture del Sistema Sanitario?
- il PASSI ha consentito l'integrazione di dati provenienti dal sistema di sorveglianza con le basi di dati già esistenti a livello locale?

Naturalmente questa lista delle domande di valutazione è incompleta. Infatti, essendo la valutazione un'attività essenzialmente qualitativa e legata alla visione e gerarchia di valori di ciascuno che vi partecipi, la lista delle domande sarà completa solo quando i diversi gruppi di interesse al progetto PASSI si saranno pronunciati esprimendo le loro (vedi Figura 4).

Sarà in seguito compito del gruppo tecnico, definire con quali strumenti tecnici (indagini quantitative o qualitative) e procedure si raccoglieranno i dati necessari per dare una risposta scientifica a tutte le domande. In termini di efficacia reale, attinente alla copertura territoriale del sistema, alcune domande potrebbero essere se tutte le Regioni e le ASL delle Regioni partecipanti hanno effettuato la raccolta dei dati in rapporto alle previsioni o se tutti gli individui della popolazione attesa hanno avuto la stessa probabilità di essere "oggetto di sorveglianza".

Un altro aspetto fondamentale, più vicino agli operatori, è quello che riguarda la valutazione di processo. Anche un sistema di sorveglianza di popolazione con gli obiettivi del PASSI, si presta abbastanza bene all'utilizzazione delle linee guida del CDC per la valutazione (37). Alcuni criteri suggeriti per la valutazione sono di natura quantitativa altri di natura qualitativa, non tutti ugualmente pertinenti per la valutazione del sistema PASSI, e sono i seguenti:

- Sensibilità
- Sensibilità di sistema
- Flessibilità
- Specificità
- VPP (valore predittivo positivo)
- Rappresentatività
- Semplicità
- Tempestività
- Qualità dei dati
- Stabilità dei dati
- Accettabilità operatori
- Accettabilità intervistati

La tabella 4 mostra uno schema di lavoro possibile per la preparazione della rilevazione degli indicatori di processo, con un esempio relativo ad una qualità.

Tabella 4. Qualità del sistema di sorveglianza: caratteristiche e pertinenza dei dati, indicatori, fonte e modalità di raccolta, pre-condizioni

Qualità sistema PASSI da valutare 1	Definizione 2	Indicatore 3	Tipo di dato 4	Metodo di raccolta 5	Fonte dati 6	Pertinenza con sistema 7	Pre-condizioni 8
Sensibilità	Capacità del sistema di identificare i casi X o Y (es. depressione)		Quantitativi o qualitativo		Archivio PASSI	+++	

Per ognuno (colonna 1) dei criteri individuati sarà quindi necessario darne una o più definizioni (colonna 2), decidere quale indicatore meglio la misura (colonna 3), in rapporto alle sue caratteristiche, quale approccio (colonna 4) si debba adottare per la sua misura, precisando quale metodo di raccolta (colonna 5) è da utilizzare e dove i dati debbano reperirsi (colonna 6), quale sia la pertinenza della qualità da valutare rispetto al sistema (colonna 7) e le pre-

condizioni per cui si possa misurare (colonna 8). Il giudizio di pertinenza è molto importante, perché per esempio i gruppi di interesse potrebbero decidere che la flessibilità e l'accettabilità siano le caratteristiche più richieste al sistema, mentre la VPP e la specificità potrebbero anche non essere considerate in questa fase dello sviluppo del Sistema di Sorveglianza PASSI.

Alcuni di questi aspetti in studio potrebbero non essere sufficientemente informativi con i metodi sopradescritti prospettandosi l'opportunità quindi di far ricorso ad altri approcci. Per esempio spesso la sensibilità non è facilmente determinabile a causa della mancanza di un *gold standard*, cioè una metodica di riferimento sulla quale ipotizzare i casi reali esistenti nella popolazione che costituiscono il denominatore della misura di sensibilità del nostro sistema di sorveglianza. A ciò si aggiunge il limite strutturale del PASSI che non misura direttamente i dati (per esempio la pressione arteriosa o il peso), ma registra il dato dichiarato dall'intervistato. In questo caso, volendo stabilire con miglior precisione la validità (specificità e sensibilità) del sistema per la misura di una certa variabile (per esempio la pressione arteriosa), sarà necessario pensare a uno studio di valutazione *ad hoc* che confronti valori di pressione dichiarati e raccolti attraverso le interviste a quelli misurati da operatori sanitari con tecniche standardizzate.

Oggi più che mai è necessario comprendere e trasmettere ai decisori non soltanto quanto un'attività di salute sia efficace, ma anche quanto costi al sistema e, in ultima analisi, anche alla comunità.

L'attività di valutazione del PASSI sarà quindi necessariamente accompagnata dalla valutazione del costo-efficacia. In termini discorsivi, sarà necessario cercare risposte a domande del tipo: Quanto ci costa documentare attraverso il PASSI la copertura con questa o con quella attività sanitaria di prevenzione? Da quale servizio dobbiamo distogliere questo operatore per impiegarlo nella raccolta/analisi dei dati del PASSI? Quanto costa all'ASL la singola intervista? Possiamo raccogliere gli stessi dati a minor costo all'interno di un altro sistema o spendendo meno?

La valutazione del Sistema di Sorveglianza PASSI, se preparata e realizzata in forma di progetto, infine, ha un suo costo che deve essere calcolato nel *budget* complessivo di realizzazione del progetto finanziato dal CCM al CNESPS.

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI: UN RESOCONTO DEL PRIMO ANNO DI ATTIVITÀ

Sandro Baldissera

Unità di Formazione e Comunicazione, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore Sanità, Roma

Le attività sinora svolte sono state pianificate e attuate seguendo le indicazioni del documento di progetto PASSI (Allegato 1), che descrive le caratteristiche desiderate del sistema di sorveglianza, specifica i risultati attesi ed elenca in un crono-programma le attività previste e i relativi tempi.

Tutti gli Assessori alla Salute hanno designato nei primi mesi i propri rappresentanti, incaricati di condurre la sperimentazione nelle proprie Regioni/PA.

La Direzione del CNESPS, in accordo con il CCM, ha provveduto a costituire un Gruppo Tecnico nazionale (GT) per il coordinamento della sperimentazione, acquisendo la collaborazione del personale mediante appositi contratti, convenzioni con le Regioni, accordi interni all'ISS. Nella selezione del personale afferente al GT è stato ritenuto opportuno avvalersi dell'esperienza maturata dai partecipanti al progetto formativo PROFEA – Master universitario in Epidemiologia applicata, acquisita nel corso degli studi trasversali PASSI effettuati negli anni 2005 e 2006. È stata inoltre tenuta presente la necessità di attuare sinergie con il progetto formativo per le Regioni affidato al CNESPS dal CCM.

Uno staff centrale opera continuativamente presso il CNESPS, attivando anche in modo informale riunioni e contatti secondo le necessità emergenti, mentre gli esperti esterni vengono convocati di regola a cadenza mensile per riunioni di lavoro. Altri coordinatori e referenti regionali collaborano con il GT per attività di approfondimento e di studio su temi specifici.

Nei primi mesi di attività è stata fatta una pianificazione generale della sperimentazione e predisposto il protocollo organizzativo–metodologico. Una prima bozza è stata condivisa con i rappresentanti regionali nel mese di settembre 2006. In seguito alle osservazioni ricevute è stata elaborata la versione finale del protocollo (Allegato 2), sottoposta alla valutazione e approvazione da parte degli organi di governo del progetto (Coordinamento Interregionale della Prevenzione e Sottocomitato Scientifico del CCM), insieme con altri documenti di riferimento del sistema (Allegato 2 e 3).

In sintesi, il protocollo di indagine prevede una raccolta di dati continua, durante tutto l'arco dell'anno, tramite intervista telefonica. La popolazione indagata è costituita da adulti (18–69 anni).

Il sistema di sorveglianza è concepito per fornire informazioni a livello delle ASL (o unità territoriale equivalente). Ciascuna ASL deve raccogliere almeno 25 interviste ogni mese, in modo da raggiungere una numerosità minima di circa 300 interviste in un anno. Le stime a livello regionale sono costruite aggregando opportunamente i dati delle singole ASL. Per selezionare le persone da intervistare viene estratto periodicamente un campione dalle liste dell'anagrafe assistiti delle ASL, con metodo casuale, stratificando per sesso ed età. Le persone che non hanno un recapito telefonico, non sono reperibili o rifiutano l'intervista vengono sostituite da altre nello stesso strato di età e sesso, per mantenere la numerosità e la rappresentatività del campione.

Nella fase di avvio è stato consentito alle Regioni di partecipare anche con un sistema misto, in cui alcune ASL raccolgono un campione aziendale, altre invece un campione più limitato, in modo da consentire comunque stime valide per l'intera Regione.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI si basa su un'indagine di tipo osservazionale. La valutazione di un Comitato Etico non è pertanto vincolante ai fini del suo svolgimento. Il

CNESPS ha comunque richiesto un parere al Comitato Etico dell'ISS, per motivi di trasparenza nei confronti delle Regioni partecipanti e del pubblico e per avere osservazioni e suggerimenti che contribuiscano a migliorare il progetto.

Il Comitato Etico dell'ISS ha preso in esame la domanda di valutazione del progetto nella sessione del 23 gennaio 2007; è stato formulato (8 marzo 2007) un parere favorevole sotto il profilo etico.

Gli aspetti relativi alla tutela della riservatezza dei dati personali sono estesamente trattati in un documento riportato nell'Allegato 6 al presente rapporto.

Il questionario standardizzato per la rilevazione dei dati è stato elaborato dal GT prendendo come riferimento le evidenze in letteratura, nonché l'esperienza degli studi trasversali PASSI 2005 e 2006 e indagini analoghe, nazionali ed estere.

Una riflessione sui temi di indagine e gli obiettivi specifici da adottare in un sistema di sorveglianza come PASSI ha accompagnato l'elaborazione del questionario ed è stata esposta in un documento reperibile nell'Allegato 3.

Gli ambiti indagati rientrano tra quelli considerati prioritari dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Nazionale della Prevenzione: salute e qualità di vita percepita, attività fisica, fumo, alimentazione, alcol, sicurezza stradale, fattori di rischio cardiovascolare, screening oncologici, vaccinazioni dell'adulto, salute mentale, incidenti domestici, aspetti socio-demografici.

Raccogliendo osservazioni e suggerimenti dei rappresentanti regionali e di altri esperti operanti in istituzioni quali CCM, Osservatorio nazionale screening, CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) di Atlanta (USA), sono state prodotte successive versioni del questionario, messe alla prova attraverso successive fasi di pre-test sino alla definizione della prima versione operativa (marzo 2007), con cui è iniziata la raccolta dati.

Il questionario contiene 114 domande: diverse sezioni del questionario sono previste solo per persone appartenenti a determinate classi d'età e sesso (es. screening); le rimanenti sezioni sono rivolte a tutti, ma numerose domande riguardano solo categorie specifiche di intervistati (es. fumatori). Si può stimare perciò che la maggior parte degli intervistati debba rispondere circa a metà delle domande complessive. La durata media di un'intervista è stata calcolata pari a circa 20 minuti.

Il questionario standardizzato viene somministrato da personale sanitario delle ASL, appositamente formato.

Ad ogni livello (nazionale, regionale, aziendale), è stato elaborato un piano di comunicazione per le diverse fasi di svolgimento (dall'avvio alla comunicazione dei risultati), con l'obiettivo di far conoscere il sistema di sorveglianza, evidenziare l'importanza delle sue finalità e potenziare la partecipazione. È prevista l'individuazione dei portatori di interesse (interni ed esterni al sistema sanitario), la definizione degli obiettivi della comunicazione, e la scelta delle modalità di comunicazione più adeguate agli interlocutori, da utilizzare in modo integrato.

Per la realizzazione di queste attività le Regioni e le ASL hanno ricevuto il supporto del Gruppo Tecnico PASSI già durante la formazione iniziale. Sono stati messi a disposizione pacchetti di diversi strumenti di comunicazione, quali modelli di lettere, locandine, opuscoli, materiale per riunioni e workshop. Per agevolare a livello locale il lancio sui media del progetto, è stato messo a punto un *Press kit*, contenente una bozza di comunicato stampa, la sintesi di alcuni risultati significativi degli studi trasversali PASSI 2005/2006 e un approfondimento sui temi di indagine della sorveglianza. Le iniziative rivolte ai cittadini servono non solo a far capire che cosa è PASSI, ma anche a sviluppare la consapevolezza che il loro aiuto è indispensabile per il miglioramento delle condizioni di salute proprie e degli altri. Il materiale è già stato utilizzato da numerose Regioni (Trentino, Emilia-Romagna, Piemonte, Abruzzo e altre).

Per la campagna nazionale di comunicazione è stato predisposto un fascicolo sintetico di presentazione di PASSI, destinato ai decisori e ai *policy maker* nazionali (Ministero della

Salute, CCM), regionali (Assessorati) e locali (Direzioni delle ASL), per favorire una migliore conoscenza del progetto, il dialogo e la collaborazione di tutti i portatori di interesse.

Particolare attenzione è stata data all'interfaccia web: una sezione dedicata a PASSI è ospitata sul sito di Epicentro (<http://www.epicentro.iss.it/PASSI/>), dove sono consultabili documenti relativi al progetto, quali sintesi delle principali caratteristiche, presentazioni di convegni e workshop, *link* esterni a siti e documenti attinenti al progetto. Sono inoltre messi a disposizione degli operatori materiali utili per la implementazione e la gestione operativa del sistema: ad esempio è scaricabile tutto il materiale per la formazione locale degli operatori aziendali.

Il sito di Epicentro ha numerosi contatti mensili e un sistema di allerta tramite mail, che ogni settimana segnala agli iscritti le novità e gli aggiornamenti. In questo modo è garantita un'ampia visibilità delle notizie su PASSI: da gennaio a giugno 2007, vi sono stati circa 12 mila accessi alla *home page* del sito PASSI. Il trend degli accessi è in costante aumento: per un progetto così specifico e partito relativamente da poco (un anno) si tratta certamente di un ottimo risultato. Probabilmente gli utenti non sono solo gli operatori coinvolti nel progetto, ma anche altri professionisti della sanità pubblica. È stimabile in circa il 10% la percentuale di cittadini comuni che ha visitato il sito PASSI.

Dal sito PASSI/Epicentro è scaricabile una newsletter in formato elettronico, facilmente stampabile (PASSI-one), contenente novità e aggiornamenti su PASSI: sono già stati pubblicati i primi 5 numeri, con cadenza circa mensile. Non sono ancora disponibili dati diretti sul numero di copie della newsletter scaricate, anche se è verosimile che raggiunga gran parte degli operatori coinvolti nel sistema (oltre 1.000).

La newsletter è un importante strumento per la diffusione di informazioni relative al sistema, costituisce un supporto e un catalizzatore per la formazione di una rete all'interno del sistema PASSI, anche distanti e operanti in ambiti molto differenti tra loro. Per favorire la creazione di una rete, è stato predisposto anche un forum di discussione per gli operatori.

Il sistema informativo, per la raccolta, archiviazione e analisi dei dati della sorveglianza, è stato progettato e sviluppato in modo da garantire la massima flessibilità e compatibilità con la dotazione informatica esistente, che in non poche ASL è ridotta.

L'esecuzione delle interviste avviene con due modalità: tramite questionario cartaceo, con successivo trasferimento su PC attraverso una maschera di inserimento dei dati, che effettua il contestuale controllo di qualità; oppure tramite raccolta e inserimento dei dati direttamente su computer durante l'intervista con metodo CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*).

Mediante collegamento internet con modalità protetta, le interviste sono direttamente o periodicamente registrate in un archivio unico, che garantisce la loro conservazione sicura. È stata predisposta un'interfaccia web, riservata agli operatori, che consentirà prossimamente la visualizzazione delle interviste caricate e degli indicatori di monitoraggio.

L'accesso dei singoli operatori avviene con proprio *username* e *password*, secondo profili di accesso differenziati in base alla struttura di appartenenza e al ruolo.

È in corso l'elaborazione di software per eseguire analisi standard e presentare i principali risultati attraverso modalità progettate per agevolare la consultazione (tabelle, grafici, mappe).

La preparazione del piano formativo è avvenuta in collaborazione con l'Unità Formazione e Comunicazione del CNESPS, che ha ricevuto l'incarico dal CCM di attuare un progetto complessivo di formazione per le Regioni, al cui interno sono comprese anche le attività destinate a PASSI. Nella pianificazione dell'offerta formativa sono stati definiti gli obiettivi di apprendimento e gli strumenti di valutazione per la formazione degli operatori coinvolti.

È stato deciso di attivare due percorsi formativi distinti, uno breve, finalizzato a fornire a tutte le Regioni gli elementi indispensabili all'avvio locale del sistema, e uno di lungo periodo, facoltativo, destinato a rafforzare le competenze dei professionisti regionali nel campo della

sanità pubblica, con percorsi differenziati per complessità e impegno: Certificato universitario (Master in Sorveglianza in Sanità Pubblica), Accredimento professionale ISS, Corso di perfezionamento in *Management* dei sistemi sanitari.

Nel febbraio 2007 si sono tenuti i corsi per la formazione breve: i rappresentanti regionali hanno ricevuto gli strumenti e il materiale utile per procedere a loro volta con la formazione “a cascata” degli operatori aziendali. Al mese di luglio 2007 il percorso è stato completato in tutte le Aziende di 19 Regioni/PA. I materiali destinati alla formazione degli operatori sono stati forniti ai rappresentanti regionali e sono stati anche messi a disposizione, e via via aggiornati, sul sito web.

Nel giugno 2007 è stata avviata anche la formazione di lungo periodo: in totale 44 referenti e coordinatori PASSI (su 70) hanno aderito ai percorsi formativi di lungo periodo proposti.

Ai rappresentanti regionali è offerta comunque la possibilità di seguire anche corsi singoli (indipendentemente da un percorso formalizzato) su temi di loro interesse.

Per fornire assistenza ai rappresentanti regionali e aziendali, è stata attivata una funzione strutturata di supporto e consulenza (*help desk*).

Sul sito web Epicentro/PASSI è reperibile un elenco dettagliato delle persone di riferimento, che i rappresentanti regionali possono contattare via mail o per telefono in base al tipo di assistenza richiesta: sono specificate modalità di contatto, distribuzione dei compiti, procedure, ecc.

Per facilitare l’acquisizione di informazioni utili per l’operatività del sistema è inoltre consultabile sul sito una pagina, che fornisce un percorso esplicito per guidare la ricerca.

Come sopra riportato, la partecipazione piena al sistema di sorveglianza prevede il campionamento aziendale e la raccolta di almeno 25 interviste ogni mese in ciascuna ASL. Nella fase iniziale le Regioni possono comunque partecipare anche con un campionamento solo regionale o parziale. Al mese di giugno 2007, 17 Regioni/PA hanno scelto di partecipare con tutte le ASL, altre tre, per il momento, con un campionamento misto, e una solo con alcune ASL.

La rilevazione dei dati –a settembre 2007– è stata avviata in 19 Regioni/PA.

Secondo le previsioni delle Regioni/PA, nel primo anno si pensa di raccogliere circa 45.000 interviste (con un *range* regionale da 300 a 6.000). Risultati preliminari saranno disponibili a livello regionale presumibilmente verso la fine del 2007, a livello aziendale nella primavera/estate del 2008.

Tra le attività programmate per il prossimo futuro, è in corso di implementazione il piano di monitoraggio. Verranno elaborate soluzioni per favorire l’appropriata analisi dei dati, l’interpretazione contestualizzata e l’utilizzo dei risultati: questi sono gli impegni che attendono nel prossimo anno di attività tutti i partecipanti del sistema PASSI.

PROSPETTIVE FUTURE

Stefania Vasselli

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero Salute, Roma

Introduzione

PASSI è un sistema dinamico, concepito per essere fonte e risultato di un cambiamento ampio e rilevante, che investe la cultura e la politica del nostro Paese.

Come tutti i cambiamenti importanti, richiede tempo affinché il processo che ne è alla base e che coinvolge istituzioni, società e singole persone, possa costruirsi, consolidarsi e generare risultati percepibili. La portata e l'efficacia dell'impatto di PASSI sull'universo salute risulta già tangibile dai numerosi segnali di successo ricevuti in questa fase di implementazione del sistema: questi inducono a credere che la sfida lanciata da PASSI possa evolvere e trasformarsi da un'iniziativa coraggiosa ad un'opportunità concreta e sostenibile.

Questa fiducia deriva non solo dai dati di processo oggettivi finora raccolti, ma anche dagli elementi di contesto che compongono la cornice entro la quale PASSI si sviluppa, che sono all'origine del bisogno di un sistema come PASSI, ne hanno determinato il mandato istituzionale e contribuiscono a predirne lo scenario futuro.

Si tratta, come già anticipato, del complesso di strategie e programmi per la prevenzione delle malattie croniche messe in campo dal Ministero della Salute e dal Governo negli ultimi anni. Rispetto ad esse, PASSI si configura come una sorta di collante per il suo ruolo strumentale rispetto alle politiche e agli interventi in atto, e al tempo stesso, di alleato, per la sua valenza intrinseca di motore di innovazione della cultura e della pratica della prevenzione e promozione della salute.

La rassegna aggiornata, di seguito sintetizzata, di questi elementi consente di ripercorrere la storia di PASSI in un'ottica di continuità e di delinearne la prospettiva.

Il quadro epidemiologico

Le malattie croniche costituiscono oggi la causa principale della mortalità e morbosità dei Paesi Europei e determinano un forte consumo di risorse in ambito sanitario. La situazione ha assunto i connotati di una transizione epidemiologica: il progressivo allungamento della vita, associato all'invecchiamento della popolazione e ai miglioramenti in campo scientifico e medico, hanno portato ad una inevitabile metamorfosi del concetto di disabilità e qualità della vita rendendolo permeabile a quello che oggi è lo *status* di una proporzione sempre più rilevante della popolazione europea: età avanzata con presenza e spesso compresenza di patologie croniche nello stesso individuo.

Si tratta di una condizione di vita e non di malattia, e come tale va gestita dal punto di vista sociale e assistenziale: la sfida attuale, che accomuna la maggior parte dei Paesi Europei, consiste nel tentativo di adeguare il sistema sanitario a malattie che non guariscono e di confinare gli aspetti più gravi e limitanti della malattia e disabilità alle ultime fasi dell'esistenza, evitando in questo modo di sovraccaricare i tradizionali nodi della rete assistenziale (es. gli

ospedali, le residenze sociosanitarie) a vantaggio di un possibile maggiore investimento nella prevenzione, nelle cure primarie e nel governo clinico della malattia.

Strategie in atto

Ad oggi, questo investimento risulta essere ancora piuttosto limitato: 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 delle risorse continuano ad essere assorbite dalla cura dei malati.

Nella genesi delle malattie croniche prevalgono pochi e per lo più modificabili fattori di rischio correlati ai comportamenti individuali (fumo, alcol, dieta scorretta, sedentarietà), ma fortemente sostenuti dall'ambiente di vita e sociale (organizzazione e disegno urbano della città, automatizzazione, *marketing*, ecc.). Il contrasto alle malattie croniche investe non solo il servizio sanitario, ma l'intera società e necessita pertanto di un approccio integrato: dalla promozione della salute rivolta alla popolazione sana a programmi mirati agli individui ad alto rischio, dal miglioramento di copertura e qualità dell'assistenza sanitaria alla trasformazione dei servizi sanitari per adattarli alla gestione della cronicità, alla riduzione sistematica delle diseguità.

Il Ministero della salute e le Regioni si sono già da tempo impegnati nell'azione di contrasto alle malattie croniche attraverso una serie di interventi e iniziative istituzionali che sono in gran parte confluiti nel programma "Guadagnare salute", il cui obiettivo, coerente con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale 2006–2008 e del Piano nazionale della prevenzione 2005–2007, è quello di creare le condizioni per rendere più facile e accessibile a tutti l'adozione di scelte e comportamenti che aiutino a mantenersi in buona salute.

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 Ministero della salute e i rappresentanti di organizzazioni del sindacato, delle imprese e dell'associazionismo, "Guadagnare salute" è ormai entrato nel vivo, mettendo in moto una vera e propria politica delle alleanze che implica una programmazione ampiamente condivisa e concertata tra i molteplici attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, enti locali, settori privati), finalizzata ad agire in maniera trasversale sui determinanti della salute, con interventi di comunicazione, regolatori, di comunità e sugli individui, per consentire al Paese di guadagnare salute e, contestualmente, aumentare la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale, sia in termini economici che di efficacia degli interventi.

Il Ministero della salute e il CCM stanno portando avanti numerosi progetti a sostegno del Piano nazionale di prevenzione e del programma Guadagnare salute, tra i quali ricordiamo:

- il progetto Cuore: si propone di diffondere la carta del rischio cardiovascolare, soprattutto tra i Medici di Medicina Generale, al fine di indurre nei pazienti una modifica e un successivo controllo dei fattori di rischio e dei comportamenti non corretti;
- il progetto Igea: finalizzato a promuovere l'adozione di programmi di *disease management* per la prevenzione delle complicanze del diabete;
- il Progetto di sorveglianza sugli stili di vita e i comportamenti salutari dell'età evolutiva (6–15 anni): intende sperimentare, applicandolo al mondo della scuola, un sistema di sorveglianza sulla popolazione in età pre- e adolescenziale, finalizzato a monitorare in maniera continuativa alcuni aspetti della salute riguardo ai principali fattori di rischio comportamentali e ad alcuni parametri antropometrici e nutrizionali;

- il progetto di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della Legge 16 gennaio 2003, n. 3 (Legge Sirchia): mira in primo luogo a valutare il rispetto del divieto di fumo, in particolare nei luoghi di lavoro pubblici e privati e, in secondo luogo, ad affiancare agli aspetti applicativi della norma iniziative di prevenzione del tabagismo e promozione della salute.

Il ruolo di PASSI

Collocandosi all'interno di queste strategie articolate e lungimiranti, che disegnano il futuro dell'Italia almeno per i prossimi dieci anni, PASSI è potenzialmente uno strumento utile per affrontare il problema delle malattie croniche sia dal punto di vista dell'informazione, sia da quello, più complesso, della pianificazione e valutazione delle politiche di sanità pubblica. Di fatto esso sembra già da adesso muoversi in questa direzione rivelandosi come un'esperienza sul campo fondamentale per definire un sistema nuovo per l'Italia, sotto diversi aspetti.

PASSI può contribuire a innescare e alimentare quel cambiamento culturale che è il preludio dell'azione e quindi il prerequisito per la riuscita delle strategie di sanità pubblica attuali e future

A tal fine PASSI sta investendo su un duplice fronte: da una parte i professionisti incaricati, a diversi livelli, della gestione del sistema, che vengono coinvolti in un percorso formativo pensato non solo per aumentarne e valorizzarne le competenze tecniche e professionali necessarie al funzionamento del sistema e più in generale alla pratica della prevenzione e della salute pubblica, ma anche per renderli protagonisti del sistema, impegnati in prima persona come produttori e fruitori dei dati e quindi responsabili delle decisioni che scaturiscono dall'informazione stessa.

Dall'altra i cittadini i quali a loro volta hanno un ruolo centrale, non solo come nodo cruciale della rete di sorveglianza che da essi trae l'informazione realmente utile per valutare l'impatto degli interventi, perché arricchita degli aspetti relativi alla percezione e all'*opinione*, ma anche come portatori di interesse: in linea con la filosofia di "Guadagnare salute", PASSI fa suo il principio secondo cui il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) si realizza attraverso l'*empowerment* cioè passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di prestazioni che, insieme, possono costruire la *leadership* del sistema intesa come una forza in grado di far convergere tutte le risorse e le azioni messe in campo verso il comune obiettivo di un miglioramento della salute, obiettivo che si conquista con la consapevolezza e la partecipazione attiva di tutti.

PASSI può colmare le lacune degli attuali sistemi informativi e di sorveglianza

Ad oggi, le fonti disponibili forniscono informazioni sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione, ma con limiti che sono divenuti fortemente vincolanti in relazione al loro uso per l'azione: generalmente, infatti, i dati disponibili non sono tempestivi e non hanno il dettaglio di ASL; in alcuni casi sono frutto di studi occasionali o frammentari e non rappresentativi della realtà nazionale, oppure vengono rilevati con metodi non standardizzati; spesso mancano informazioni su quanto la popolazione percepisca e recepisca riguardo ad interventi di sanità pubblica e quindi sul reale livello di penetrazione e di successo, ad esempio, di una campagna di comunicazione o di un'attività di *counseling*. Con le sue caratteristiche di flessibilità, continuità nel tempo e integrabilità con altri sistemi di sorveglianza, PASSI può aiutare a riempire quel vuoto informativo che tuttora fa spesso da

sfondo alle decisioni politiche e, al tempo stesso, dà all'informazione epidemiologica il valore aggiunto di un *feedback* costante e rapido sui bisogni delle persone, sulla risposta del sistema e sui cambiamenti indotti.

PASSI può promuovere un modello efficace di governo locale delle politiche sulla salute

In un momento storico, come quello attuale, in cui le strategie nazionali, per tradursi in azione, devono necessariamente calarsi nelle realtà regionali, che sono tra loro indiscutibilmente differenziate, PASSI può favorire quel processo di *benchmarking* grazie al quale gli indirizzi centrali trovano terreno fertile per potere essere costruttivamente applicati e valutati.

PASSI investe significativamente sulla formazione, come parte integrante di un percorso più grande di rinnovamento culturale e come opportunità di costruzione di una *leadership* e di una rete di professionisti coinvolti nel sistema; PASSI fa della comunicazione non solo uno strumento di divulgazione e "autoaccreditamento" ma anche una leva che crea consenso sociale e credibilità attorno al sistema, ne sostiene il funzionamento e la continuità nel tempo e facilita la creazione di un contesto favorevole all'uso appropriato e realmente utile dei risultati; inoltre PASSI ha messo a punto un sistema di gestione basato su un'organizzazione che, pur definendo nel dettaglio ruoli e responsabilità reciproche, lascia ampio margine alla flessibilità per adattarsi alle esigenze e peculiarità locali e punta sul dialogo, affinché, in ogni fase e a tutti e tre i livelli (nazionale, regionale e locale), gli organi tecnici identifichino e si interfaccino con i gruppi di interesse interni ed esterni al sistema sanitario (amministratori e decisori, strutture operative di sanità pubblica, MMG, professionisti, comunità).

Questi elementi caratterizzano PASSI, ma si ritrovano, seppure in una veste meno organizzata e armonica, in altri ambiti (ad esempio nel processo di sviluppo del Piano nazionale della prevenzione 2005–2007) (15), a conferma del fatto che il confronto e la condivisione tra esperienze diverse, l'individuazione e la diffusione delle *best practices*, la costruzione di un bagaglio collettivo di conoscenze, strumenti, metodologie, modelli organizzativi e operativi in grado di condurre la sanità pubblica regionale e nazionale ad un sostanziale rinnovamento rappresentano oggi una priorità delle politiche sulla salute.

PASSI permette di fare il salto dalla teoria alla pratica

Molti dei programmi messi in campo dal Ministero salute si trovano attualmente in una fase cruciale, in cui la disponibilità di un sistema di sorveglianza, e quindi di dati raccolti in continuo e con una rappresentatività a livello locale, può aiutare nel delicato passaggio dalla progettazione o sperimentazione alla verifica dei risultati, alla pratica.

Gli esempi in tal senso sono numerosi: alla fine del 2007 la valutazione di processo che sta costantemente accompagnando l'attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005–2007 (15) dovrà integrarsi con una prima valutazione di *outcome*, almeno per i traguardi intermedi osservabili nel breve periodo.

A tal fine i dati ricavati da PASSI possono fornire la base per alcuni indicatori di esito relativi a specifiche aree di intervento del Piano (ad esempio l'applicazione della carta del rischio cardiovascolare, la prevenzione degli incidenti o la realizzazione dei programmi di screening) che permettono di monitorare se si sta andando nella direzione giusta rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute, ed eventualmente, di aggiustare il tiro nella riprogrammazione, attualmente in corso, del Piano per il triennio 2008–2010.

Analogamente, PASSI può contribuire a dare sostegno ad altri importanti processi di cambiamento in atto, quali la revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza nell'area della prevenzione, che, peraltro, ha preso spunto da uno dei 15 progetti Mattoni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (14) da cui, come ben noto, è derivato anche il mandato di PASSI. Tutte

queste iniziative richiamano l'attenzione sull'importanza di alcune aree di intervento della salute pubblica, in particolare la prevenzione delle malattie croniche, degli incidenti e dei rischi comportamentali e sulla necessità di implementare sistemi di indicatori integrati e quanto più possibile orientati verso la valutazione di efficacia, intesa come copertura di una popolazione di soggetti su cui esercitare le attività di prevenzione e promozione della salute.

Per i suddetti e sicuramente per altri motivi, PASSI è senza dubbio destinato a sopravvivere ai due anni di sperimentazione.

Una spinta decisiva a questo, che per il momento è ancora un forte auspicio, verrà data dal prossimo appuntamento internazionale, previsto per ottobre, in cui PASSI avrà un ruolo da protagonista. Si tratta della Quinta edizione della Conferenza internazionale sulla sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali, quest'anno organizzata in Italia dal Ministero della salute e dall'Istituto Superiore di Sanità. Il convegno rappresenta un'opportunità importante per sottolineare il ruolo dei sistemi di sorveglianza nella lotta alle malattie croniche e, soprattutto, un'occasione unica per confrontarsi con l'esperienza di Paesi (es. Stati Uniti, Australia) in cui tali sistemi sono attivi o già da tempo consolidati. Insieme a loro, verranno affrontate le diverse questioni teoriche, metodologiche e pratiche sulla sorveglianza con esponenti del mondo scientifico, esperti del settore, decisori politici, specialisti di malattie croniche e altri professionisti di sanità pubblica. Da questo dibattito emergerà, presumibilmente, più nitido il contesto e il futuro di PASSI.

BIBLIOGRAFIA

1. Teutsch SM, Churchill RE. (Eds.) *Principles and Practice of Public Health Surveillance Second Edition* Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. World Health Organization. The surveillance of communicable diseases. Final report of technical discussions of the 21st World Health Assembly, May 1968. WHO Chronicle 1968. 22:439–44. In: McQueen DV, Puska P. (Eds.). *Global Behavioral Risk Factor Surveillance*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
3. McQueen DV. Surveillance of health behavior. *Current Issues of Public Health* 1996;2,51–55.
4. Campostrini S, McQueen DV. Institutionalization of social and behavioral risk factor surveillance as a learning system. *Social and Preventive Medicine* 2005;50 (Suppl 1):S9–S15.
5. Campostrini S, Holtzman D, McQueen DV, Boaretto E. Evaluating the Effectiveness of Health Promotion Policy: Changes in the Law on Drinking and Driving in California. *Health Promotion International* 2006;21:130–5.
6. Gentry EM, Kalsbeek WD, Hogelin GC, Jones JT, Gaines KL, Forman MR, Marks JS, Trowbridge FL. The behavioral risk factor surveys. II design, methods, and estimates from combined state data. *American Journal of Preventive Medicine* 1985;1(6):9–14.
7. Nelson DE, Holtzman D, Waller M, Leutzinger C, Condon K. Objectives and design of the Behavioral Risk Factor Surveillance System. In: American Statistical Association. *Proceedings of the American Statistical Association Annual Conference, Section on Survey Methods*. Dallas, TX: American Statistical Association; 1998. p. 214–8.
8. McQueen DV, Uitenbroek DG, Campostrini S. Implementation and maintenance of a Continuous Population Survey by CATI In: *Proceedings of the Bureau of the census 1991 Annual Research Conference* Washington, DC: US Department of Commerce; 1992. p. 549–67.
9. Campostrini S. Measurement and Effectiveness. Methodological Considerations, Issues and Possible Solutions, in McQueen DV, Jones C. (Eds) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* Berlin: Springer; 2007. p. 309–29.
10. World Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment – WHO global report 2005*. Geneva: WHO, 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html; ultima consultazione 5/8/07.
11. Zaza S, Briss PA, Harris KW. (Eds) Task Force on Community Preventive Services – The guide to community preventive services: what works to promote health? Oxford: Oxford University Press; 2005 Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org>; ultima consultazione 17/07/07.
12. Italia. Legge 26 maggio 2004, n. 138. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto–legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica". *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 125, 29 maggio 2004.
13. Italia. Repertorio Atti n. 1386 del 14 febbraio 2002. Conferenza Stato Regioni Seduta del 14 febbraio 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_932_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
14. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
15. Italia. Ministero della Salute. Prevenzione allegato alla dichiarazione congiunta Ministero della Salute – Assessori regionali alla sanità (lavori del Forum Sanità Futura – 6 aprile 2004).

16. Italia. Ministero della Salute. *Progetto Mattoni SSN*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>; ultima consultazione 30/08/2007.
17. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
18. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
19. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Behavioral Risk Factor Surveillance System*. Atalanta: CDC; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/brfss/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
20. World Health Organization Europe. *Gaining Health the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Geneva: WHO; 2006* Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E89306.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
21. Italia. Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
22. Pope, J. *Chronic disease and associated risk factors information and monitoring system: the results of an audit of Australian data collections and policies and a review of the international experience*. Victoria: National Library of Australia Cataloguing in Publication data; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.latrobe.edu.au/aipc/projects/Surveillance/Audit.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
23. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2005 – 7 ottobre 2005; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop7ottobre2005.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
24. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2006 – 11 ottobre 2006; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop11.asp>; ultima consultazione 30/08/07.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for evaluating surveillance systems. *MMWR* 1988;37(S–5). Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm>; ultima consultazione 30/08/2007.
26. Perra A, Baldissera S, Binkin N. Il "salto" del PASSI da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione. *BEN Notiziario ISS* 2006;19(9). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/settembre/4.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
27. Cheli E, Morcellini M. *La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa*. Milano: Franco Angeli; 2004.
28. Lever F, Rivoltella PC, Zancacchi A. *La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche*. Roma: LDC – Rai–Eri. 2002.
29. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. *Pragmatica della comunicazione uman.*, Roma: Astrolabio; 1971.
30. Liam R, O'Fallon, Deary A. Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. *Environmental health perspectives* 2002;110, suppl. 2.
31. Cattaneo C, Colitti S, De Mei B. Consapevole, competente, motivato. L'ABC dell'intervistatore. *PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI* 2007;3:1–2.
32. Perra A. La leadership per la sorveglianza PASSI: una sfida per ASL e Regioni. *PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI*. 2007;3:3–4.

33. De Mei B. Attore protagonista il cittadino. *PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI* 2007;5:7-8.
34. Zuanelli Sonino E. *La competenza comunicativa*. Torino: Boringhieri; 1981.
35. Livosi M. *Manuale di sociologia della comunicazione*. Roma: La Terza; 2006.
36. The American Association for Public Opinion Research. *Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 4th edition*. Lenexa, Kansas: AAPOR; 2006.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. *MMWR* 2001;50 (No. RR-13).

ALLEGATO 1

Documento di intesa CCM/ISS–CNESPS

Titolo:

Sperimentazione di un sistema di sorveglianza di popolazione sui progressi nelle Aziende Sanitarie per la salute in Italia

Analisi del Problema

a. Obiettivi di salute

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 affronta il tema della prevenzione sanitaria e della promozione della salute, dedicando un'apposita sezione agli stili di vita sani e all'importanza di sottoporsi per la popolazione adulta a periodici controlli e test di screening. L'adozione di stili di vita non corretti viene considerata un'emergenza sanitaria, comportando l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, tumori e diabete, che insieme rappresentano le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta.

Nel perseguire gli obiettivi di piano, lo Stato e le Regioni hanno stipulato un accordo il 6 Aprile 2004, in cui si sono impegnati a portare avanti la prevenzione attiva del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e del cancro (attraverso programmi di screening). Più recentemente, l'Intesa tra Stato Regioni e Province autonome del 23 Marzo 2005 ha rinnovato l'impegno, individuando specifiche risorse finanziarie da destinare al piano di prevenzione attiva. In questo contesto, diventa essenziale disporre di strumenti informativi che consentano di stimare sia la frequenza che le modificazioni nel tempo dei comportamenti a rischio, anche in rapporto alla diffusione delle misure di prevenzione.

b. Obiettivi di salute e Dipartimenti di Prevenzione

L'accordo Stato Regioni del 2001 sulle linee guida dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali, pone l'accento sull'esigenza di rinnovare i metodi di lavoro dei dipartimenti di prevenzione in Italia ("i dipartimenti devono operare per il perseguimento degli obiettivi di salute"). L'accordo individua nei dipartimenti, una risorsa strategica delle aziende sanitarie per la prevenzione di comunità e per la sorveglianza sugli obiettivi di salute. In tal senso, impegna il Ministero a implementare un'attività di monitoraggio degli obiettivi di salute.

In base a queste considerazioni, nell'ambito del Progetto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, il Ministero della Salute e le Regioni Campania e Emilia Romagna, che guidano la progettazione del sistema informativo per l'assistenza sanitaria collettiva, hanno proposto di progettare un sistema di sorveglianza specifico che in maniera continua fornisca dei dati sui principali fattori di rischio della salute e sulla penetrazione all'interno della comunità delle attività di prevenzione realizzate dal sistema di salute. Un possibile approccio nasce dal modello BRFSS (Behavioural Risk Factors Surveillance System) che è attualmente il più ampio sistema di sorveglianza continua sui fattori di rischio comportamentale, utilizzato in alcuni paesi, quali gli Stati Uniti, l'Australia, il Canada, caratterizzati da una costituzione federale. Si tratta di una indagine condotta mensilmente dai vari Stati utilizzando un questionario standardizzato finalizzato a rilevare, presso la popolazione adulta non istituzionalizzata, informazioni riguardo a: fattori di rischio comportamentale, misure e pratiche di prevenzione, accesso e utilizzo dei servizi con particolare riferimento alle malattie croniche. I dati sono tempestivamente resi accessibili ai vari utenti e largamente comunicati in modo che siano rapidamente utilizzabili per gli obiettivi di sanità pubblica, tra cui:

- stimare la prevalenza nella popolazione di quei fattori di rischio comportamentali che contribuiscono in maniera rilevante al carico di morbosità e mortalità;
- identificare le variazioni socio-demografiche nei comportamenti salute-correlati;
- definire il target dei programmi di sanità pubblica;
- orientare e supportare i legislatori e i decisori politici;
- individuare questioni critiche e problemi sanitari emergenti;
- misurare il livello di avanzamento verso il raggiungimento degli obiettivi di salute nazionali e locali.

c. Lo studio esplorativo per la realizzazione di una sorveglianza di popolazione (PASSI)

Alla fine del 2004, la Direzione Operativa del CCM, sentito il Comitato Scientifico, ha richiesto al Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute e alle Regioni e Province autonome, di effettuare uno studio esplorativo, per mettere a punto alcuni strumenti preliminari, valutare le fattibilità e l'interesse delle aziende sanitarie per l'eventuale ulteriore sperimentazione di un sistema di sorveglianza. A tale scopo, il CNESPS e le Regioni hanno effettuato un'indagine trasversale, denominata PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) cui hanno partecipato tutte le Regioni e più della metà (123) delle ASL Italiane. Sono stati testati con successo, liste e modalità del campionamento, questionario base dell'intervista, modalità di coinvolgimento delle altre componenti delle aziende sanitarie (come i medici di famiglia), metodi per la formazione dei rilevatori, modalità di effettuazione dell'intervista, modalità di memorizzazione dei dati, metodi di analisi, tipo di risultati, le modalità di comunicazione dei risultati e la valutazione dell'utilità potenziale dei risultati.

d. I risultati dello studio esplorativo (PASSI)

Lo studio, trasversale e quindi concentrato in un breve arco temporale, ha adottato una lista di campionamento dall'anagrafe assistiti delle ASL partecipanti con metodo casuale semplice. In molti casi sono stati coinvolti i medici di famiglia per informare o reperire i cittadini campionati. Lo studio ha mostrato che le procedure di campionamento e di informazione utilizzate e le interviste telefoniche hanno permesso un tasso di rispondenti elevatissimo (76%, di cui solo il 6% di rifiuti) rispetto a situazione analoghe (BRFSS) dove si sono registrati il 20-25% di rifiuti.

Oltre a testare gli strumenti suddetti il PASSI ha permesso di rilevare il grande entusiasmo delle regioni e aziende sanitarie a partecipare a una ulteriore sperimentazione di un sistema di sorveglianza continuo in popolazione generale. In realtà molte informazioni relative ai principali determinanti di salute e all'adozione di misure di prevenzione sono raccolte, su scala nazionale, attraverso l'Indagine Multiscopo condotta dall'ISTAT. Questa ha una cadenza in genere quinquennale e presenta stime su scala nazionale e regionale (solo in alcuni ambiti si raggiunge un dettaglio provinciale). A livello di ASL, benché siano disponibili molti dati su mortalità, morbilità e utilizzazione dei servizi, sono invece carenti le informazioni sui comportamenti legati alla salute. I dati ricavati dall'ISTAT appaiono utili per stimare la prevalenza dei fattori di rischio comportamentali e l'adozione di misure preventive nella popolazione, ma la scarsa tempestività e la mancanza di dettaglio a livello delle singole ASL rendono difficile la valutazione sui progressi di salute ottenuti localmente, a seguito di programmi di intervento in sanità pubblica. I metodi e le procedure sperimentati nell'indagine PASSI si sono dimostrati appropriati ai fini del raggiungimento di obiettivi quali:

- la raccolta di dati utili per fornire informazioni sui progressi di salute della popolazione

- la raccolta tempestiva di informazioni che possono consentire la messa a punto di efficaci azioni correttive nei programmi di salute
- la disponibilità di un dettaglio d'informazione a livello di ASL, per consentire il confronto fra le diverse aziende sanitarie all'interno della stessa regione e da utilizzare a livello locale per la ri-programmazione delle azioni di salute
- disponibilità di informazioni rappresentative della popolazione italiana
- la flessibilità del sistema, tale da permettere di modificare nel tempo il tipo di dati da raccogliere
- rinforzare il sistema sanitario attraverso la partecipazione dei Dipartimenti di Prevenzione (o Igiene Pubblica)
- la formazione dei ricercatori per la sorveglianza, in modo da creare un gruppo di "esperti" da utilizzare per altre attività di ricerca
- lo sviluppo di prospettive di integrazione di dati provenienti da un ipotetico sistema di sorveglianza con le basi di dati già esistenti a livello locale.

La valutazione di comportamenti, siano essi fattori di rischio, come ad es. la guida in stato di ebbrezza, o misure preventive, come ad esempio l'aver effettuato una mammografia preventiva può essere variabile nel tempo. Lo studio PASSI, come indagine trasversale ha potuto sperimentare alcune modalità e la validità di metodi e procedure in vista di una sorveglianza e di porre un punto iniziale di misura degli indicatori presi in esame. Si rende necessario ora sperimentare un sistema di rilevazione in continuo, che sia anche in grado di evidenziare i cambiamenti nel tempo.

Un tale sistema di sorveglianza dovrà impiantarsi solidamente nelle realtà regionali a livello di ASL, attraverso lo sviluppo delle competenze locali, necessarie a valorizzare i dati raccolti e attraverso la creazione di un'opportuna base di comunicazione per lo sviluppo del sistema sanitario locale.

Obiettivi del progetto

Sperimentare, a livello di almeno 10 Regioni e relative ASL, un sistema di sorveglianza finalizzato a monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età adulta, in relazione a fattori di rischio comportamentali, all'adozione di misure preventive e alle attività di salute pubblica. La sorveglianza non dovrà sostituirsi in alcun modo ad altri sistemi di monitoraggio degli interventi di prevenzione, previsti dai piani nazionale o regionale di salute.

- Formare e assistere i professionisti di salute degli Osservatori Epidemiologici Regionali (OER) e delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) per:
 1. la realizzazione del sistema di sorveglianza;
 2. l'analisi e la comunicazione dei dati;
 3. per la creazione delle condizioni che consentano localmente di aggiornare la programmazione delle attività sanitarie in relazione ai risultati della sorveglianza.
- Identificare e rendere operative le modalità di comunicazione fra i professionisti e l'utenza sui temi e sui progressi sanitari di Regioni ed aziende sanitarie in rapporto ai risultati della sorveglianza
- Confrontare i risultati ottenuti in diverse aree geografiche

- Realizzare un sito web per la condivisione di dati, metodi e esperienze fra le diverse regioni e aziende sanitarie partecipanti al progetto.

Le attività del progetto si realizzeranno in tre fasi diverse:

1. preparazione del sistema di sorveglianza nelle regioni partecipanti:

- Analisi e valutazione di metodi e procedure sperimentati dallo studio esplorativo condotto nel 2004-2005 dalle regioni con il CNESPS;
- Identificazione delle condizioni necessarie alla pianificazione della sperimentazione del sistema di sorveglianza con le regioni partner durante un workshop nazionale
- Messa a punto dei moduli formativi per la preparazione del personale incaricato della sorveglianza, a partire dai risultati dello studio PASSI, per garantire la standardizzazione delle procedure di avvio della sperimentazione del sistema di sorveglianza in base ai risultati;
- Sviluppo di questionari standardizzati per la rilevazione delle informazioni, prevedendo la possibilità di inserimento di informazioni aggiuntive, modulabili sulle esigenze locali;
- Studio e realizzazione delle modalità necessarie al sistema di sorveglianza per adattarsi a debiti informativi peculiari alle singole regioni/ASL
- Studio di ipotesi per il lavoro in rete delle Istituzioni (Regioni/ASL) che parteciperanno alla sorveglianza

2. messa in funzione della sorveglianza:

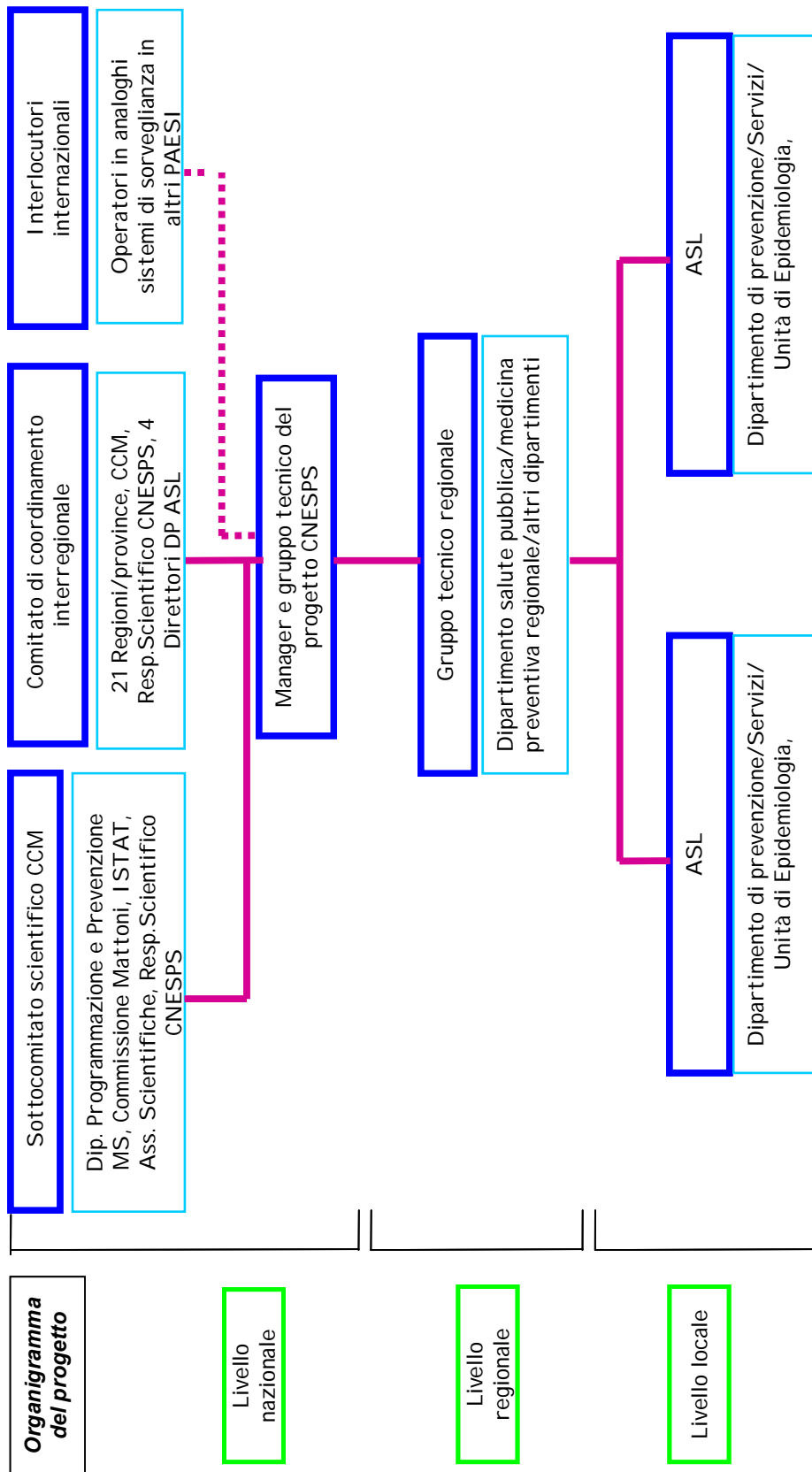
- Elaborazione del software necessario per l'input dei dati;
- Sviluppo dei metodi per l'analisi delle informazioni, con particolare riferimento all'analisi temporale;
- Realizzazione della formazione del personale locale
- Assistenza all'implementazione della sorveglianza nelle singole regioni
- Messa in funzione di un help-desk per l'assistenza continua agli operatori regionali e aziendali
- Raccolta, analisi, interpretazione e comunicazione istituzionale dei dati di sorveglianza
- Realizzazione e manutenzione di un sito web per la condivisione di dati, procedure, esperienze, materiali per la rilevazione dei dati, moduli di auto-formazione per gli operatori delle diverse regioni e responsabili del progetto
- Studio e proposta alle regioni per la realizzazione di iniziative per ottenere l'appoggio al funzionamento e all'uso dei dati del sistema di sorveglianza da parte dei principali gruppi di interesse, in particolare i Medici di Medicina Generale, società scientifiche, associazioni di volontariato e rappresentative della popolazione.

3. valutazione delle attività di sorveglianza:

- Preparazione e diffusione di un set di indicatori testati per il monitoraggio dell'andamento, della qualità e dei costi della sperimentazione della sorveglianza
- Realizzazione alla fine della fase di sperimentazione del progetto, di uno studio di valutazione sull'utilità, flessibilità, sostenibilità, qualità e pertinenza del sistema di sorveglianza
- Discussione dei risultati della sperimentazione della sorveglianza durante un workshop finale da tenere alla fine del progetto fra Ministero Salute, Regioni e ISS.

Caratteristiche del sistema

Il funzionamento del progetto si baserà sul seguente organigramma:



Per il corretto funzionamento del progetto sarà quindi necessario costituire:

1. Il sottocomitato scientifico del CCM:

- Assicura la leadership della sperimentazione della sorveglianza, il coordinamento con altri enti di ricerca,
- Garantisce la rilevanza e la pertinenza delle aree di studio della sorveglianza, suggerisce nuovi temi di studio.

2. Il Comitato di coordinamento inter-regionale:

- Garantisce la partecipazione regionale nell'identificazione e nell'appoggio alle strategie del progetto
- Effettua il monitoraggio del progetto
- Suggerisce nuovi temi di studio e modalità di comunicazione dei dati

3. Il Manager e il gruppo tecnico del progetto presso il CNESPS

- E' composto da uno staff centrale presso il CNESPS incaricato del management e della conduzione del Sistema di sorveglianza, costituito da esperti del settore per sfruttare al massimo le potenzialità delle informazioni
- Fornisce gli strumenti: metodi, questionari, consulenza per nuovi quesiti, consulenza per comunicazione, software, formazione
- Aggiorna i metodi e le informazioni da raccogliere nel tempo
- Definisce i quesiti in relazione alle esigenze regionali
- Fornisce il software per l'archiviazione e l'elaborazione alle realtà locali
- Elabora i dati centralmente
- Mette in grado le realtà locali di utilizzare i dati
- Predisporre report periodici

4. Il gruppo tecnico regionale

- È costituito da un'infrastruttura regionale capace di gestire il processo a livello territoriale
- Definisce le modalità di utilizzazione e di comunicazione dei dati
- Identifica le modalità, le procedure e i tempi per l'analisi e l'interpretazione dei dati regionali e delle singole ASL
- Coordina il lavoro di sorveglianza delle diverse ASL regionali
- Partecipa al monitoraggio del progetto

5. Le ASL

- Identificano un servizio con personale formato e motivato a
 - mettere a regime la sorveglianza di popolazione con raccolta continua dei dati,
 - creare le opportunità di comunicazione e di utilizzazione dei dati, e in particolare:

- con la popolazione e i suoi rappresentanti (i sindaci per esempio) su base periodica e regolare (annuale) per gettare le basi conoscitive necessarie ad arrivare a una pianificazione partecipativa delle attività di salute

Criticità

La sperimentazione di un sistema di sorveglianza di popolazione produrrà delle indicazioni chiare e condivise sull'utilità e sulle modalità per mettere a regime tale sistema. Fin dalla fase di sperimentazione sarà necessario che una leadership, sia a livello nazionale sia a livello regionale, assuma la responsabilità di creare le condizioni politiche e tecniche perché tale sorveglianza possa divenire parte integrante del sistema di salute e del suo funzionamento.

Risultati previsti:

Per il CCM:

1. Disporre di informazioni dettagliate e tempestive sui comportamenti a rischio della popolazione italiana
2. Disporre di informazioni utilizzabili nelle attività di monitoraggio dei Piani Regionali di Prevenzione, previsto dall'accordo Stato Regioni del 23 Marzo 2005
3. Aderire al mandato dell'accordo stato regioni sulle linee guida dei dipartimenti di prevenzione
4. Favorire il riorientamento dei dipartimenti verso i problemi di salute attuali

Per le Regioni, le USL e gli OER:

1. disporre di un sistema di sorveglianza tempestivo, pertinente, semplice e adatto ai bisogni di informazione locale sugli aspetti prioritari di salute pubblica individuati come tali dalla popolazione e dai responsabili della strategia sanitaria nazionale e regionale e in particolare:
 - a. ogni anno stime sullo stato dei problemi che costituiscono i principali obiettivi di salute del sistema sanitario (fumo, attività fisica, alimentazione, ecc), a livello di ASL.
 - b. ogni anno stime sulla penetrazione di alcuni interventi in sanità pubblica quali screening oncologici, misura della pressione, della glicemia ecc, a livello di ASL.
2. possibilità di migliorare il targeting degli interventi e effettuare una re-distribuzione delle risorse in base a dati reali e locali
3. disporre di un pool di persone in grado effettuare la sorveglianza e quindi di identificare con migliore precisione e tempestività priorità di salute locali
4. poter condividere metodi e risultati della sorveglianza con altre ASL/Regioni all'interno di un network nell'ottica di un'identificazione delle *best practices*.
5. possibilità per la Regioni di confrontare le *performances* delle ASL, importante fase dell'azione di governo
6. disporre di elementi d'informazione necessari per una comunicazione continua e qualificata su temi di salute con l'utenza del Servizio Sanitario
7. possibilità di decidere, sulla scorta dei dati di valutazione del sistema di sorveglianza realizzato, sull'utilità di estendere tale metodo di sorveglianza ad altre fasce di popolazione o altri aspetti di salute , quali ad esempio la salute materno-infantile e la salute dei bambini/adolescenti.

Piano di valutazione

Obiettivo generale	Sperimentare, a livello di almeno 10 Regioni e relative ASL, un sistema di sorveglianza finalizzato a monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età adulta, in relazione a fattori di rischio comportamentali, all'adozione di misure preventive e alle attività di salute pubblica	
Obiettivo specifico 1	Preparazione del sistema di sorveglianza	
Indicatore di risultato 1	Definizione di un protocollo di sperimentazione	
Standard di risultato 1	Condivisione del protocollo con i Gruppi Tecnici Regionali (GTR) delle Regioni partecipanti 100% delle regioni/province partecipanti	
Indicatore di risultato 2	Disponibilità a partecipare nella sperimentazione dei gruppi di interesse	
Standard di risultato 2	100% dei gruppi di interesse identificati all'interno e all'esterno del sistema di salute	
Indicatore di risultato 3	Realizzazione di operatività dei GTR	
Standard di risultato 3	Atto formale di installazione dei GTR, disponibilità dei mezzi operativi	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Pianificazione della sperimentazione	Realizzazione di un workshop nazionale per la condivisione dei risultati sui metodi e procedure dello studio esplorativo e per la pianificazione della sperimentazione	Realizzazione dell'Workshop nazionale Esistenza di un documento di programmazione
Standardizzazione delle procedure di realizzazione della sperimentazione della sorveglianza	Predisposizione e condivisione del protocollo	Definizione di un protocollo condiviso >=2 riunioni tra Gruppo Tecnico CNESP e GTR
Studio e messa a punto dei moduli formativi per la preparazione del personale incaricato della sorveglianza	Definizione di compiti e procedure operative, previste all'interno del funzionamento del sistema di sorveglianza, per ogni operatore coinvolto nella sorveglianza	Produzione del manuale delle procedure
	Definizione degli obiettivi di apprendimento e degli strumenti di valutazione per la formazione degli operatori coinvolti	Produzione dei materiali didattici e degli strumenti di valutazione di apprendimento e di performance

Sviluppo di questionari standardizzati per la rilevazione dei dati	Identificazione e condivisione dei contenuti della rilevazione (aree comuni e sezioni ad hoc di interesse specifico per le singole regioni)	100% di condivisione da parte delle regioni partecipanti
		Produzione questionari
	Produzione maschere input dati	
	Validazione strumenti di misura delle variabili	Revisione letteratura effettuata e documentata per tutte le variabili in studio
Proposta di costituzione della rete	Contatti/incontri con gli attori nazionali, regionali e aziendali	Esistenza di documento proposta su funzionamento rete

Obiettivo generale	Sperimentare, a livello di almeno 10 Regioni e relative ASL, un sistema di sorveglianza finalizzato a monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età adulta, in relazione a fattori di rischio comportamentali, all'adozione di misure preventive e alle attività di salute pubblica	
Obiettivo specifico 2	Sperimentazione del sistema di sorveglianza	
Indicatore di risultato	Raccolta continua dei dati di sorveglianza, secondo il protocollo condiviso, in tutte le regioni partecipanti	
Standard di risultato	L'80% delle regioni partecipanti realizzano la raccolta continua dei dati nei tempi previsti	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Progettazione e realizzazione dell'applicativo a supporto del sistema di sorveglianza	Implementazione dell'applicativo informatico a supporto del sistema di sorveglianza	100% delle regioni hanno l'applicativo in funzione nei tempi previsti
Realizzazione della formazione del personale locale	Proporzione di regioni partecipanti che hanno realizzato la formazione	100%
Assistenza all'implementazione della sorveglianza nelle singole regioni	Proporzione di regioni partecipanti che hanno beneficiato dell'appoggio in loco da parte del gruppo tecnico nazionale per l'implementazione del sistema	100%
Creazione di un help desk centrale per l'assistenza agli operatori locali	Individuazione, arruolamento e formazione dei componenti l'help desk	Esistenza formalizzata dell'equipe con specificazione dei compiti
Realizzazione e manutenzione di un sito web dedicato al sistema di sorveglianza	Incontri con rappresentanti regionali per la definizione delle caratteristiche e dei contenuti del sito web	Esistenza di un sito web consultabile
Raccolta, analisi, interpretazione e comunicazione istituzionale dei dati di sorveglianza	Tasso di rispondenti, tempestività, disponibilità e qualità dei dati (utilizzo dell'applicativo predisposto) nelle regioni partecipanti Tempestività, disponibilità e qualità dei dati nelle ASL delle regioni partecipanti	Regioni: tasso di rispondenti almeno al 75%, tempestività al 70% e utilizzo applicativo all'80% ASL: tempestività all'80% e comunicazione semestrale
Comunicazione dei risultati della sperimentazione	Disponibilità dei risultati sul sito web	Almeno un report centrale e almeno un report per regione partecipante disponibili su sito web, alla fine del periodo di sperimentazione
	Incontro informazione regionale con MMG, società scientifiche	Almeno un incontro/anno regionale e aziendale

Obiettivo generale	Sperimentare, a livello di almeno 10 Regioni e relative ASL, un sistema di sorveglianza finalizzato a monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età adulta, in relazione a fattori di rischio comportamentali, all'adozione di misure preventive e alle attività di salute pubblica	
Obiettivo specifico 3	Valutazione del Sistema di Sorveglianza	
Indicatore di risultato 1	Utilità del sistema di sorveglianza, in termini di sensibilità a misurare modifiche dei fattori di rischio comportamentali o misure di prevenzione proposte dagli interventi di salute correnti, in rapporto ai risultati ottenuti nello studio PASSI	
Standard di risultato 1	Disponibilità e utilizzazione delle curve di tendenza in tutte le regioni partecipanti per i principali fattori di rischio comportamentali e per i principali indicatori per gli interventi di salute	
Indicatore di risultato 2	Fattibilità del sistema di sorveglianza	
Standard di risultato 2	Analisi di costo-efficacia del sistema	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Costruzione di un sistema di indicatori condivisi per la valutazione della fattibilità e qualità della sperimentazione della sorveglianza	Individuazione degli indicatori con i gruppi di interesse e dei relativi standard, applicazione del sistema di indicatori	Almeno un indicatore (e relativo standard) per ogni qualità richiesta al sistema di sorveglianza
Costruzione di un sistema di indicatori per la valutazione della efficacia del sistema di sorveglianza	Individuazione degli indicatori con i gruppi di interesse e dei relativi standard (stime di prevalenza e copertura), applicazione del sistema di indicatori	Almeno un indicatore (e relativo standard) per ogni area di valutazione
Realizzazione di una valutazione, alla fine del progetto, sull'utilità, sostenibilità, qualità e pertinenza del sistema di sorveglianza messo a regime	Esistenza di un rapporto di valutazione	1 Workshop nazionale per la condivisione tra tutti i soggetti coinvolti dei risultati della valutazione Redazione realizzata con due o tre regioni pilota
Comunicazione dei risultati della valutazione	Diffusione dei risultati della valutazione	Almeno un report centrale e almeno un report per regione partecipante disponibili su sito web

Nei 3 cronogrammi seguenti il numero 1 indica il primo mese di realizzazione del progetto e il numero 24 l'ultimo.

CRONOGRAMMA OB 1

Mese	rendicontazione											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pianificazione della sperimentazione	■	■	■	■		■			■			■
Standardizzazione delle procedure di realizzazione della sperimentazione della sorveglianza		■	■	■	■	■			■			■
Studio e messa a punto dei moduli formativi per la preparazione del personale incaricato della sorveglianza		■	■	■		■			■			■
Sviluppo di questionari standardizzati per la rilevazione dei dati			■	■	■	■			■			■
Proposta di costituzione della rete			■		■	■	■		■			■

CRONOGRAMMA OB 2

Mese	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Progettazione e realizzazione dell'applicativo a supporto del sistema di sorveglianza	■	■	■	■	■			■			■	
Realizzazione della formazione del personale locale		■	■	■	■			■			■	
Assistenza all'implementazione della sorveglianza nelle singole regioni		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Creazione di un help desk centrale per l'assistenza agli operatori locali		■	■		■			■			■	
Realizzazione e manutenzione di un sito web dedicato al sistema di sorveglianza		■	■	■	■	■		■			■	
Raccolta, analisi, interpretazione e comunicazione istituzionale dei dati di sorveglianza		■			■		■	■	■	■	■	■
Comunicazione dei risultati della sperimentazione		■			■			■	■	■	■	

CRONOGRAMMA OB 3

Mese	rendicontazione											
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Raccolta, analisi, interpretazione e comunicazione istituzionale dei dati di sorveglianza												
Costruzione di un sistema di indicatori condivisi per la valutazione della fattibilità e qualità della sperimentazione della sorveglianza												
Costruzione di un sistema di indicatori per la valutazione della efficacia del sistema di sorveglianza												
Realizzazione di una valutazione, alla fine del progetto, sull'utilità, sostenibilità, qualità e pertinenza del sistema di sorveglianza messo a regime												
Comunicazione dei risultati della valutazione												

PIANO FINANZIARIO

Unità Operativa 1	referente	compiti	
CNESPS, ISS	Stefania Salmaso	Identificazione del manager del progetto e costituzione del gruppo di lavoro, contatti iniziali con le regioni, responsabile dell'uso e della diffusione dei risultati alle regioni	
Risorse	Compiti e prodotti attesi		
Personale		primo anno	secondo anno
1 esperto in salute pubblica (manager progetto)	Coordinamento gruppo di lavoro, contatti con le regioni	120.000	120.000
1 epidemiologo senior	Management dati, analisi epidemiologico-statistica, responsabile help desk, organizzazione training, supervisione attività tecniche regionali	50.000	50.000
1 esperto in formazione/comunicazione	Preparazione dei moduli di formazione per formatori, dei moduli di formazione dei training, monitoraggio della performance, performance consulting	50.000	50.000
1 statistico/informatico	Preparazione e manutenzione della piattaforma informatica, data management, help desk informatico	50.000	50.000
1 segretario	Coordinamento organizzativo attività del gruppo	20.000	20.000
Beni e servizi			
Materiali di consumo		5.000	5.000
Produzione di materiali didattici e informativi		5.000	5.000
Consulenze		25.000	25.000
Incentivi a regioni per spese correnti		75.000	75.000
Outsourcing (gestione informatica)		30.000	30.000
Missioni			
Nazionali		15.000	13.000
Internazionali		8.000	4.000
Spese generali (Overhead al 10%)			
			100.000

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	1° anno	2° anno	totale
Personale	290.000	290.000	580.000
Beni e servizi	140.000	140.000	280.000
Missioni	23.000	17.000	40.000
Spese generali		100.000	100.000
Totale	453.000	547.000	1.000.000

ALLEGATO 2
Protocollo di sperimentazione

PROTOCOLLO DI SPERIMENTAZIONE DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI (PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)

Introduzione

Premesse

L'adozione di stili di vita non corretti viene considerata un'emergenza sanitaria in tutti i Paesi del mondo, in particolare in quelli sviluppati, comportando l'aumento di rischio di malattie croniche non trasmissibili (soprattutto cardiovascolari, tumori e diabete), che rappresentano le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta.

Lo Stato e le Regioni, nell'accordo del 6 Aprile 2004, si sono impegnati a portare avanti la prevenzione attiva del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e delle neoplasie (attraverso programmi di screening).

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.

In questo contesto assume particolare rilevanza monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali. A tal fine diviene essenziale disporre di strumenti informativi che consentano di stimare l'evoluzione dei fattori comportamentali di rischio e la diffusione delle misure di prevenzione.

L'accordo Stato Regioni del 2002, individuando nei Dipartimenti di Prevenzione una risorsa strategica delle Aziende Sanitarie, indica la necessità di effettuare il monitoraggio degli obiettivi di salute.

Nell'ambito della progettazione e implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (Progetto Mattoni 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 per la salute (fumo, alcol, sedentarietà, dieta, ecc.).

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 sottolinea la necessità di rendere stabile una periodica sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali. Per raggiungere tale scopo il Piano cita, come importante esperienza a cui fare riferimento lo studio PASSI, effettuato nel 2005 dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS) e dalle Regioni, su incarico del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).

Gli studi trasversali PASSI (2005–2006)

Lo studio PASSI 2005 ha permesso di valutare la fattibilità e l'interesse delle Aziende Sanitarie nei confronti di un sistema di sorveglianza sui fattori di rischio e di sperimentarne alcuni strumenti operativi. Si tratta di un'indagine trasversale a cui hanno partecipato tutte le Regioni/Province Autonome (PA) e più della metà (123) delle ASL italiane. È stato adottato un campionamento casuale semplice a partire dalle liste degli assistiti delle ASL partecipanti. Le interviste sono state condotte per via telefonica. Le procedure di svolgimento dell'indagine utilizzate hanno permesso un tasso di rispondenti molto elevato (84%, con solo il 5% di rifiuti).

Sono stati sperimentati: questionario base dell'intervista, modalità di coinvolgimento degli operatori sanitari, formazione dei rilevatori, modalità di effettuazione dell'intervista, archiviazione dei dati, metodi di analisi, modalità di comunicazione dei risultati e di valutazione della loro utilità.

L'indagine si è dimostrata in grado di raggiungere alcuni importanti obiettivi quali:

- rendere disponibili le informazioni con un dettaglio a livello di ASL per permettere il confronto fra le diverse aziende sanitarie e modulare a livello locale la programmazione degli interventi di sanità pubblica
- ottenere un quadro informativo rappresentativo della popolazione dell'Azienda/Regione/PA, tale da consentire la predisposizione di efficaci azioni correttive nei programmi di salute
- garantire la costruzione di uno strumento flessibile e modificabile a seconda del tipo di informazioni richieste
- rinforzare il sistema sanitario attraverso la partecipazione attiva dei Dipartimenti di Prevenzione e di altre strutture del Sistema Sanitario
- formare ricercatori per la sorveglianza in modo da sviluppare esperienza e competenze, utili anche per altre attività di ricerca
- consentire l'integrazione di dati provenienti dal sistema di sorveglianza con le basi di dati già esistenti a livello locale.

Lo studio PASSI 2006, finalizzato all'ulteriore sperimentazione di materiali e metodi, tra cui nuovi moduli del questionario, è in corso di completamento in alcune Regioni, con il coordinamento del CNESPS; alcuni risultati preliminari sono già disponibili e sono stati oggetto di comunicazione.

Ulteriori informazioni sugli studi PASSI 2005 e 2006 sono reperibili sul sito: <http://www.epicentro.iss.it/PASSI/>.

Razionale della sorveglianza di popolazione

L'obiettivo generale della sorveglianza di popolazione è monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana adulta, di età compresa fra i 18 e i 69 anni, relativamente ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive.

Nella sua accezione classica (MMWR, 1988) la sorveglianza di popolazione consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione viene messa a disposizione di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi in salute pubblica.

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 per la salute pubblica
- consentire la messa a punto di efficaci azioni correttive nei programmi di salute
- fornire un dettaglio d'informazione a livello di ASL, permettendo il confronto fra le diverse aziende sanitarie all'interno della stessa Regione.

Attualmente le fonti ufficiali forniscono informazioni sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione; tuttavia su questi fenomeni non sono disponibili dati sufficientemente tempestivi e con dettagli a livello di ASL; inoltre mancano informazioni su quanto la popolazione percepisca e recepisca riguardo ad interventi di sanità pubblica, quali messaggi promozionali, attività di *counselling*, ecc. Ciò rende difficile valutare l'evoluzione dei fenomeni e i progressi di salute ottenuti a seguito di specifici programmi di intervento.

Il passaggio dalle indagini trasversali alla sorveglianza continua implica lo studio e la sperimentazione di modalità diverse di raccolta e utilizzazione dei dati.

I principali vantaggi del sistema di raccolta continuo sono i seguenti:

1. consente di aggiungere la dimensione temporale all'indagine e quindi di cogliere fenomeni altrimenti non percepibili, quali linee di tendenza o cambiamenti anche rapidi di alcune variabili in concomitanza con interventi di sanità pubblica, applicazione di normative, eventi naturali

2. consente di migliorare la precisione delle stime, aumentando, con un modesto impegno aggiuntivo, il numero di interviste fatte ogni mese.

Con la sorveglianza continua assumono particolare rilevanza i problemi relativi all'operatività del sistema, che deve essere in grado di funzionare senza interruzioni; è richiesta pertanto una struttura organizzativa stabile, con adeguate dimensioni e risorse, e una regolare e assidua manutenzione.

La sperimentazione del sistema di sorveglianza

Visto l'esito favorevole degli studi trasversali, il CCM ha affidato al CNESPS il compito di realizzare il progetto di sperimentazione di un sistema di sorveglianza, finalizzato a monitorare in maniera continua alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età adulta, in relazione a fattori di rischio comportamentali, all'adozione di misure preventive e alle attività di salute pubblica.

Il documento di progetto, allegato alla convenzione CCM–CNESPS, indica modalità e tempi di realizzazione della sperimentazione, prevedendone l'attuazione, nell'arco di un biennio, in almeno 10 Regioni.

La proposta di aderire alla sperimentazione è stata approvata il 12 aprile 2006 nella riunione della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni.

Struttura del protocollo

Questo protocollo, elaborato dal Gruppo Tecnico costituitosi presso il CNESPS, che ha l'incarico di coordinare la sperimentazione (v. in seguito la descrizione dei suoi compiti), e condiviso con il Coordinamento Inter–Regionale della Prevenzione (CIP) e il CCM, specifica l'organizzazione generale, le procedure operative e i requisiti necessari per la partecipazione al sistema di sorveglianza; per la sua realizzazione è necessaria una condivisione dei contenuti con i responsabili del sistema a livello locale, che hanno il compito di garantirne l'operatività.

In un documento allegato sono riportati i temi di indagine scelti e gli obiettivi specifici di studio, proposti per la fase di avvio del sistema, nonché il cronogramma previsto per la sperimentazione del sistema.

Il Gruppo Tecnico avrà il compito di elaborare –con il contributo dei referenti e coordinatori regionali– gli altri documenti collegati, secondo le scadenze previste dal cronogramma:

- il piano di formazione, con il corrispondente materiale formativo
- la descrizione analitica dei compiti degli operatori
- il manuale delle procedure per gli intervistatori
- il questionario
- il piano di comunicazione, con i pacchetti di comunicazione mirati ai diversi livelli e contesti
- documenti tecnici specificanti le procedure di analisi

Struttura organizzativa e responsabilità del Sistema di Sorveglianza PASSI

A livello centrale

Il documento di progetto, allegato alla convenzione CCM–CNESPS, prevede che la sperimentazione del Sistema di Sorveglianza PASSI sia governata congiuntamente da tre organi:

1. Il Sottocomitato Scientifico del CCM:
 - È costituito da esperti nominati dal Ministero della Salute, su indicazione del Comitato Scientifico permanente del CCM, per fornire un supporto specifico al progetto PASSI

- Assicura la *leadership* della sperimentazione della sorveglianza, il coordinamento con altri enti di ricerca
 - Effettua il monitoraggio del progetto di sperimentazione
 - Garantisce la rilevanza e la pertinenza delle aree di studio della sorveglianza
 - Suggerisce nuovi temi di studio.
2. Il Coordinamento Inter-Regionale della Prevenzione:
- È costituito dai rappresentanti della rete dei Dipartimenti di Prevenzione regionali
 - Assicura la *leadership* della sperimentazione della sorveglianza
 - Favorisce la creazione di reti
 - Garantisce la partecipazione regionale nell'identificazione e nell'appoggio alle strategie del progetto
 - Suggerisce nuovi temi per la sorveglianza e appropriate modalità di comunicazione dei dati
3. Il Gruppo Tecnico (GT) del progetto presso il CNESPS
- È composto da uno staff centrale incaricato del management e della conduzione del sistema di sorveglianza, costituito da personale a tempo pieno/parziale presso il CNESPS, coadiuvato da esperti che provengono dalle Regioni/ASL (convocati per compiti specifici) e da consulenti
 - Fornisce gli strumenti: metodi, questionari, consulenza per nuovi quesiti, software per l'archiviazione e l'elaborazione dei dati, consulenza per il monitoraggio, la comunicazione e l'utilizzazione locale dei risultati, e l'attività di formazione
 - Aggiorna i metodi e le informazioni da raccogliere nel tempo
 - Elabora i dati centralmente
 - Predispose report periodici.

I tre organi di governo hanno la responsabilità condivisa di realizzare le attività principali oggetto della sperimentazione e, nello svolgimento dei propri ruoli, si avvalgono degli apporti e dei contributi di diversi organi istituzionali, figure professionali e portatori di interessi, specificati nel documento di progetto.

A livello regionale

1. referente regionale (e suo ufficio/collaboratori):
- Da individuare preferibilmente tra i responsabili di una struttura regionale (Servizio di Sanità pubblica, Direzione dell'Assessorato, Dipartimento di Prevenzione, Osservatorio epidemiologico)
- Garantisce il supporto decisionale e amministrativo necessario per il regolare svolgimento della sperimentazione a livello territoriale
 - Favorisce l'integrazione dei risultati del sistema di sorveglianza con le fonti informative esistenti
 - Collabora con il coordinatore regionale nelle attività di comunicazione e di promozione dell'utilizzo dei risultati
 - Contribuisce a mantenere il collegamento con il GT nazionale
2. il coordinatore e il vice-coordinatore regionale hanno i seguenti compiti:
- Partecipazione alla formazione organizzata dal CNESPS
 - Sorveglianza e coordinamento delle ASL regionali
 - Partecipazione al monitoraggio del sistema
 - Identificazione delle modalità, delle procedure e dei tempi per l'analisi e l'interpretazione dei risultati regionali e delle singole ASL, con il supporto del GT presso il CNESPS
 - Organizzazione di momenti di riflessione sul significato dei risultati, suggerendo modalità per la loro utilizzazione
 - Responsabilità dell'elaborazione, realizzazione e valutazione del piano di comunicazione a livello regionale
 - Responsabilità delle attività di formazione e –qualora previsto– di certificazione dei coordinatori aziendali e degli intervistatori
 - Collegamento con il GT nazionale e partecipazione alle riunioni convocate periodicamente

Le singole Regioni, in base alle proprie esigenze organizzative, possono decidere autonomamente come distribuire i diversi compiti previsti a livello regionale. Gli operatori cui sono stati assegnati tali

compiti, collaborando e supplendosi reciprocamente, assicurano la continuità operativa del sistema. Poiché, tuttavia, per le necessità operative del sistema è di regola richiesta la presenza di un riferimento univoco, la persona designata come coordinatore funge da responsabile a tutti gli effetti nei confronti del GT nazionale, per le attività sopra elencate.

Il carico di lavoro complessivo per le due figure può essere stimato come equivalente mediamente a circa una persona a tempo pieno.

Sono previsti incontri periodici del gruppo dei coordinatori e vice-coordinatori regionali (affiancati, quando ritenuto opportuno, dai rispettivi referenti regionali) con il GT presso il CNESPS, per affrontare e risolvere problemi tecnici e organizzativi pertinenti al funzionamento del sistema.

All'interno del gruppo potranno operare commissioni ristrette dedicate a studiare e approfondire temi specifici, revisionare le bozze dei documenti da condividere con l'intero gruppo, raccogliere e consolidare le opinioni delle altre Regioni, ecc.

Le proposte del gruppo dei coordinatori regionali verranno discusse con il GT nazionale e, ove necessario, portate all'attenzione del Coordinamento Inter-Regionale della Prevenzione.

A livello delle ASL

1. coordinatore aziendale
 - partecipa alla formazione organizzata a livello regionale
 - svolge –in proprio o delegandole– le procedure previste dal protocollo: campionamento, sostituzioni, controlli di qualità, supervisione degli intervistatori (la funzione di supervisione comporta la verifica dei requisiti indispensabili per l'attività degli intervistatori e la formulazione di raccomandazioni e consigli per lo svolgimento delle procedure)
 - garantisce il funzionamento del sistema senza soluzione di continuità, anche in caso di temporanea assenza, delegando ad altra persona, preventivamente individuata, le funzioni indispensabili (ad es. effettuare tempestivamente le sostituzioni)
 - verifica la qualità delle interviste e del data entry
 - contribuisce a trovare soluzioni per consentire agli operatori di effettuare interviste durante il weekend o la sera e per aumentarne la motivazione (ad es. retribuzione/recupero delle ore straordinarie, progetti incentivanti, ecc.)
 - assicura la propria disponibilità/reperibilità nei confronti degli intervistatori (ad es. per definire aspetti non previsti dal manuale, gestire situazioni problematiche, ecc.)
 - partecipa al monitoraggio del progetto
 - svolge le analisi e le interpretazioni dei dati della propria ASL, predisponendo rapporti di sintesi dei principali risultati
 - gestisce le attività di formazione continua/aggiornamento degli intervistatori
 - adotta modalità appropriate di comunicazione dei risultati e ne favorisce l'utilizzazione locale, anche attivando tavoli di lavoro con le strutture operative di sanità pubblica e altri professionisti
 - favorisce l'integrazione dei risultati del sistema di sorveglianza con le fonti informative esistenti
 - mantiene il collegamento con il coordinatore regionale, partecipando alle riunioni periodiche regionali

Il carico di lavoro è difficilmente quantificabile in modo preciso, molto variabile nelle diverse fasi di sviluppo del sistema e in relazione alle esigenze: in media si può presumere che a regime corrisponda al 25–30% del monte orario. Il coordinatore comunque può delegare a propri collaboratori alcune delle funzioni sopra elencate.

Ai coordinatori aziendali dovrà essere garantito il supporto decisionale e amministrativo da parte della Direzione Aziendale e Dipartimentale.

2. intervistatori:
 - sono di regola operatori del Servizio Sanitario; il ruolo professionale più idoneo è quello dell'Assistente Sanitaria o, in alternativa, quello dell'Infermiere Professionale o di altri operatori sanitari
 - svolgono le interviste telefoniche, mantenendo un diario delle attività svolte
 - partecipano alla formazione organizzata a livello regionale e alle attività di aggiornamento

- collaborano con il coordinatore nel controllo della qualità dei dati e nella regolare gestione dei supporti informatici
- rispondono alle richieste di chiarimenti da parte delle persone campionate e del pubblico
- numero previsto per ASL: non si possono dare delle raccomandazioni precise in merito. Le ASL devono decidere tenendo presenti esigenze contrapposte: da un parte garantire l'intercambiabilità in caso di ferie, assenze, impegni; dall'altra consentire al singolo intervistatore di mantenere sufficiente esperienza e dimestichezza con le procedure dell'intervista. Per le ASL che partecipano con un campione aziendale si può prevedere, indicativamente, un minimo di 3–4 intervistatori. Per il riconoscimento della qualifica di intervistatore, si potrebbe prevedere un numero minimo di interviste da svolgere in media ciascun mese
- si può pensare di utilizzare anche personale esterno se le esigenze locali lo rendono preferibile: questa eventualità (da considerare sperimentale) va concordata con il GT centrale e deve prevedere in ogni caso un percorso formativo comune con il personale dipendente e la partecipazione alle riunioni operative con gli altri intervistatori

Compiti comuni

A tutti i livelli (nazionale, regionale e aziendale) gli organi tecnici del sistema devono:

- identificare e mantenere i rapporti con i rispettivi gruppi di interesse (amministratori/decisori, strutture operative di sanità pubblica, MMG, professionisti, comunità)
- cercare il consenso e il supporto politico capace di assicurare il regolare funzionamento del sistema
- contribuire a promuovere la formazione di una leadership e lo sviluppo di una rete
- creare un contesto favorevole all'uso appropriato dei risultati.

Campionamento

- Popolazione di riferimento:
 - persone residenti nell'ASL di età compresa tra 18 e 69 anni
- Popolazione indagata:
 - persone residenti nell'ASL, di età 18–69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA)
- Lista di partenza: anagrafe sanitaria informatizzata degli assistiti; per le ASL con sistema informativo in fase di implementazione, potranno essere concordate strategie alternative con il GT nazionale
- Campione casuale stratificato per sesso ed età (3 fasce: 18–34 anni; 35–49 anni; 50–69 anni), proporzionale alla composizione della popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria
- Oltre alla lista dei titolari verrà predisposta una lista dei sostituti, anch'essa stratificata per sesso ed età, di numerosità almeno doppia rispetto alla prima, per consentire
 - il rimpiazzo delle persone, presenti nella lista anagrafica, ma non aventi i requisiti di inclusione nella popolazione indagata (es. senza recapito telefonico),
 - le sostituzioni dovute a non reperimento o rifiuto dell'intervistato
- Frequenza del campionamento:
 - estrazione mensile o almeno trimestrale, qualora le ASL abbiano un aggiornamento in tempo reale (o comunque frequente) delle liste,
 - estrazione del campione semestrale, laddove la lista non sia aggiornata frequentemente
- Le interviste andranno effettuate nell'arco di un mese; si raccomanda di distribuirle uniformemente, se possibile con cadenza settimanale
- Campionamento supplementare:

- utile per indagare gruppi specifici (es. donne dai 50 ai 69 anni per lo screening del tumore al seno)
- in questi casi sarà somministrato il questionario intero anche nel gruppo sovra-campionato; infatti la somministrazione di un questionario abbreviato (es. solo modulo dello screening) può comportare un'alterazione delle risposte, tanto da rendere non direttamente confrontabili i risultati;
- si terrà conto del campionamento supplementare in sede di analisi (pesatura) per garantire la correttezza delle stime; considerata la particolare complessità dei problemi connessi con l'analisi dei dati, il campionamento supplementare andrà sempre concordato con il GT nazionale.

Campione di ASL e regionale

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, con opportune metodologie.

- Grandezza del campione per le ASL:
 - numero minimo di intervistati: 25 al mese
 - incrementabile su base volontaria secondo la disponibilità/risorse delle singole ASL
 - per 11 mensilità (luglio e agosto saranno considerati insieme: in agosto si contatteranno le persone che non erano reperibili in luglio)

Il livello di coinvolgimento auspicabile in ciascuna Regione è la partecipazione di tutte le ASL con un campionamento aziendale rappresentativo. Durante la fase di sperimentazione, per garantire la massima partecipazione, si consente alle Regioni che optano per un limitato coinvolgimento, di partecipare con un campione anche solamente regionale; la dimensione di questo va valutata in base a criteri multipli, tra cui un numero minimo di interviste/mese per ASL da concordare con il GT centrale.

Estrazione del campione/Sostituzioni

- Queste procedure saranno effettuate a cura del coordinatore aziendale
- Le sostituzioni andranno effettuate nello stesso strato di età e sesso; in casi particolari si può prevedere anche la sostituzione controllando per la variabile distretto
- L'elenco delle persone da intervistare verrà consegnato agli intervistatori mensilmente sempre a cura del coordinatore aziendale

Aspetti normativi ed etici

Assicurare la riservatezza delle informazioni personali raccolte è un elemento portante del sistema di sorveglianza. I metodi per raggiungere questo obiettivo vanno attuati a diversi livelli (organizzativo, strutturale, formativo):

- Va enfatizzata l'importanza di questo aspetto nella formazione
- Le ASL dovranno preparare archivi sicuri per le liste di campionamento e assicurare la riservatezza dei questionari cartacei, prevedendo procedure per distruggerli dopo la validazione
- Le informazioni raccolte dovranno essere rese rapidamente anonime, dopo le prime verifiche sulla correttezza e completezza dell'intervista, 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, dovranno essere dotati di adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate
- Gli intervistatori di norma dovranno astenersi dall'intervistare utenti che conoscono personalmente, affidando il compito ad altri colleghi

- Le ASL dovranno utilizzare 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 dovranno far firmare agli operatori un impegno formale alla riservatezza, ad es. un incarico di trattamento dei dati sensibili.

Per reperire il numero telefonico degli intervistati, si farà ricorso all'anagrafe sanitaria degli assistiti e ad altre fonti informative disponibili all'interno delle ASL, all'elenco telefonico, all'anagrafe comunale.

L'utilizzo delle diverse fonti dovrà avvenire sequenzialmente secondo una procedura che verrà definita e validata dal GT del CNESPS, in accordo con i coordinatori regionali.

Aspetti etici:

- gli intervistati verranno informati preventivamente tramite lettera dello scopo dell'indagine e delle modalità di svolgimento delle interviste, specificando in particolare gli accorgimenti presi per garantire la riservatezza delle informazioni personali raccolte
- verrà richiesto un consenso prima di iniziare le interviste, precisando la possibilità per la persona intervistata di rifiutarla o di interromperla in qualunque momento

Il CNESPS ha inoltrato al Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità una richiesta di valutazione sugli aspetti etici e normativi del protocollo.

Il questionario

Costruzione del questionario

Sono previsti cinque tipi di moduli:

- 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

1. nella fase di avvio il GT individua i temi da indagare con le domande del nucleo fisso e a rotazione, consultandosi con il Sottocomitato Scientifico del CCM e il Coordinamento Inter-Regionale della Prevenzione; questi due gruppi approvano la lista finale dei moduli (vedi documento di progetto)
2. durata minima di permanenza dei moduli del nucleo fisso e a rotazione: nella prospettiva di una messa a regime del sistema, sembra opportuno proporre 10 anni per la necessità di consolidare i dati all'inizio dell'attività del sistema di sorveglianza e di disporre di un intervallo temporale sufficientemente ampio per una valutazione attendibile dei trend; sulla base di esperienze internazionali, si può presumere che i temi scelti rimarranno importanti per gli obiettivi di salute pubblica per un lungo periodo
3. per evitare la somministrazione di un questionario troppo lungo, 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 fisso e/o l'indagine su altri fattori di rischio e/o attività preventive comunque importanti
4. il Gruppo Tecnico nazionale avrà la responsabilità della scelta delle variabili, del disegno del questionario e del pre-test (compreso, ove possibile, il test cognitivo), nonché dell'assistenza per la formazione degli operatori, per l'organizzazione dell'inserimento dei dati e per l'analisi delle variabili del nucleo fisso e a rotazione

5. 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, (eventualmente anche incrementando la dimensione del campione o aggregando i dati su periodi più lunghi o per ambiti geografici più ampi)
 - 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 socio-demografiche, 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
6. criteri generali per l'inclusione nel nucleo a rotazione:

come sopra, eccetto che i cambiamenti nei comportamenti e nelle malattie vengono monitorati più lentamente nel tempo. Una modalità efficace per realizzare questa sorveglianza meno assidua di alcuni fenomeni potrebbe essere quella di inserire nel nucleo fisso un piccolo gruppo di domande sul tema prescelto, da espandere con domande aggiuntive ad anni alterni.

Moduli opzionali

Definizione: 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 da inserire nella sorveglianza sono:

CCM, membri del Sottocomitato Scientifico del CCM, membri del Comitato Inter-Regionale della Prevenzione, CNESPS (anche su proposta del gruppo dei coordinatori regionali).

Decisione: l'inclusione di moduli opzionali nazionali è decisa in seguito all'accordo dei tre organi di governo del sistema di sorveglianza, purché la maggioranza di ciascun organo sia favorevole; se non si ottiene la maggioranza, ASL e regioni hanno comunque la possibilità di sviluppare in proprio dei moduli opzionali, da somministrare a livello locale (vedi sotto)

Messa a punto:

I moduli opzionali nazionali saranno messi a punto dal GT, che effettuerà un test approfondito del questionario e fornirà un supporto tecnico per il data entry e l'analisi.

Criteri per l'inclusione:

1. temi giudicati importanti per la salute pubblica dalla maggioranza delle Regioni, ma non necessariamente collegati alle strategie del Piano Sanitario Nazionale
2. altri criteri come quelli già descritti: fenomeni misurabili a livello di ASL o almeno di Regione, dati non ottenibili da altre fonti, condizioni prevenibili
3. il numero delle variabili, che fanno parte del modulo aggiuntivo, deve essere limitato (non è possibile definire a priori un numero preciso); le relative domande devono essere in ogni caso inserite in coda al questionario; il limite massimo è comunque costituito dalla durata complessiva dell'intervista (vedi sopra)
4. deve essere preparata una proposta formale, da sottoporre agli organi di governo del sistema di sorveglianza per l'approvazione

5. i contenuti della proposta dovrebbero includere:
 - i motivi della richiesta, con una relazione su come il modulo aggiuntivo si collega con gli obiettivi generali del PASSI
 - chi userà i dati e a quale scopo
 - se esistono altre fonti informative e quali vantaggi il sistema PASSI presenta rispetto alle fonti esistenti
 - una lista delle variabili proposte, un piano di analisi e una bozza delle domande (inclusi i riferimenti bibliografici)
 - frequenza di inclusione dei moduli.

Moduli opzionali regionali/di ASL

Proposta: le proposte di inserimento possono essere presentate al coordinatore regionale da parte di:

Referenti regionali, Direttori aziendali, Direttori di Dipartimento di prevenzione, Coordinatori di ASL, altri portatori di interesse. Sarà cura del Coordinatore regionale, coadiuvato dal suo Referente, avviare il processo di valutazione per l'inserimento del modulo.

Decisione: l'inclusione di moduli opzionali regionali/di ASL è decisa in seguito all'accordo tra Coordinatori regionali e il Gruppo Tecnico del CNESPS.

Messa a punto: i moduli opzionali regionali/di ASL saranno predisposti dai Coordinatori regionali e di ASL seguendo le indicazioni generali sullo sviluppo del questionario. Sarà cura del Coordinatore regionale inoltrare una proposta motivata (vedi sotto) al Gruppo Tecnico del CNESPS, che la valuterà ed esprimerà eventuali proposte di modifica.

La stesura finale del modulo (incluso pre-test del questionario) verrà effettuata dai coordinatori regionali/di ASL.

Criteri per l'inclusione:

- la proposta delle singole ASL deve essere concertata con il livello regionale
- idealmente, dovrebbe essere presente un collegamento con il Piano Sanitario Nazionale e/o con i Piani Regionali della Prevenzione; il fenomeno dovrebbe essere misurabile a livello regionale o di ASL; informazioni non ottenibili attraverso altre fonti; condizioni prevenibili; l'argomento dovrebbe essere in sintonia con gli obiettivi generali del Sistema PASSI, in particolare la possibilità di monitorare interventi preventivi, attuati localmente, che abbiano un adeguato supporto di evidenze e siano concretamente realizzabili
- deve essere presente un protocollo scritto (descrizione del contesto, rationale, obiettivi, possibile uso dei risultati, fonti delle domande e set di domande), come per i moduli opzionali nazionali (vedi sopra, punto e), con la specifica del livello di supporto richiesto allo GT nazionale, che garantirà comunque il supporto tecnico per il *data entry* (modifica personalizzata della maschera).

Moduli per le emergenze

Si studierà in futuro l'opportunità di includere domande volte a rispondere ad eventuali emergenze, secondo modalità da definire.

Un'ipotesi per la predisposizione dei moduli è la seguente:

1. i moduli per le emergenze devono essere commissionati dal CCM per problemi acuti di salute pubblica. I tempi minimi per ottenere risposte attendibili sui problemi indagati si possono stimare come pari a 2 mesi
2. i contenuti, incluso il piano d'analisi e le domande, devono essere messi a punto dal GT nazionale, con la consulenza di esperti del settore e di coloro che fanno la proposta
3. va valutata la possibilità di creare sul territorio nazionale una rete sentinella con rappresentatività geografica, capace di realizzare con poco preavviso indagini *ad hoc* su temi d'emergenza.

Sviluppo e test del questionario

Principi generali

1. Per quanto possibile, va mantenuta la comparabilità con altre fonti di dati (ISTAT, altri studi internazionali sui fattori di rischio e i comportamenti). Le scelte fatte per le domande vanno giustificate e documentate: verrà fatta una revisione bibliografica, basandosi sul materiale raccolto per gli studi trasversali PASSI e aggiornando le evidenze
2. Qualora siano presi come riferimento questionari internazionali, le domande saranno tradotte in italiano e ritradotte nella lingua d'origine, per verificare l'accuratezza della traduzione.
Se necessario, verranno effettuati test cognitivi per valutare la comprensione nella realtà italiana, tenendo presente la necessità di mantenere la confrontabilità dei risultati con altri paesi e contesti
3. I nuovi moduli devono essere sottoposti all'approvazione con almeno 8 mesi di anticipo, in modo da avere il tempo di valutare e testare adeguatamente le nuove domande
4. La validazione dei dati autoriferiti (riguardanti parametri oggettivi e circostanze di fatto) deve essere fatta, ove possibile, comparandoli con dati raccolti con modalità oggettive (ad es. dall'Osservatorio cardiovascolare, da registri o archivi di dati correnti, ecc.).

Pre-test del questionario

1. Tutti i nuovi moduli saranno sottoposti a pre-test, che dovrà essere svolto in almeno tre regioni differenti (una per ciascuna macro-area geografica), in coda alle interviste di routine. A tal fine si prenderanno accordi con alcune ASL delle regioni selezionate. Dovranno essere fatte almeno 30 interviste per pre-testare ciascuna revisione di un nuovo modulo.

Saranno prese in considerazione la riproducibilità e l'accettabilità delle domande, nonché eventuali difficoltà derivanti dalla disposizione e dal flusso delle domande.

2. Dopo aver esaminato singolarmente i nuovi moduli, verrà sottoposto a pre-test l'intero questionario, utilizzando le procedure sopra descritte, in modo da garantire l'ordine logico e la fluidità dell'intervista
3. Per i moduli aventi come oggetto argomenti sensibili o di difficile comprensione, e per le domande che si siano rivelate problematiche nei precedenti studi, prima del pre-test si farà ricorso a test cognitivi, che verranno effettuati dal GT o dallo staff di un'università o di un centro di ricerca anche interno al SSN, che abbiano adeguate competenze ed esperienza di metodi cognitivi (dovrà essere valutato il tipo di accordi/convenzioni necessarie). Questi test saranno condotti in almeno due regioni diverse

Interviste-analisi

Procedure per i contatti iniziali

Azioni	Responsabili
<ul style="list-style-type: none"> - Predisporre il testo delle lettere, in cui si spiegano scopi e utilità dell'indagine, e modalità di svolgimento delle interviste (con particolare attenzione ai problemi della privacy), destinate: alle singole persone da intervistare e ai loro Medici di Medicina Generale, da inviare prima del contatto telefonico ad altri portatori di interesse (Sindaci, Ordine dei Medici, ecc.), da inviare prima dell'avvio della raccolta dati per sensibilizzarli e promuoverne la collaborazione - Inoltrare il testo delle lettere ai coordinatori di ASL 	Referenti o Coordinatori regionali, a partire da modelli messi a disposizione dal GT presso il CNESPS
Ottenere la firma del dirigente responsabile (che può essere diverso a seconda delle realtà: Direttore generale dell'ASL, Direttore del Dipartimento di Prevenzione, ecc.)	Coordinatori di ASL
Spedire le lettere	Coordinatori di ASL/Intervistatori
Svolgere attività di sensibilizzazione nei confronti degli operatori e della popolazione (predisporre comunicati, organizzare conferenze stampa, ecc.)	Referenti e Coordinatori regionali e aziendali, a partire da modelli forniti dal GT nazionale (v. sezione sulla comunicazione)

Procedure per i contatti telefonici

Stabilire i contatti telefonici è compito degli intervistatori, che dovranno seguire le procedure sotto riportate:

- almeno 3 telefonate durante la settimana, in fasce orarie diverse, durante l'orario di servizio dell'intervistatore
- almeno 2 tentativi in orario serale (indicativamente ore 19–21)
- almeno 1 tentativo nel week-end
- andranno previste modalità appropriate per gestire un eventuale rifiuto dell'intervistato e favorire un ripensamento (da specificare dettagliatamente nel manuale, predisponendo una *flow chart*)
- durante la telefonata, prima di iniziare a somministrare il questionario, verrà letta una dichiarazione sui metodi adottati per garantire la riservatezza dei dati e si richiederà il consenso a procedere con l'intervista, precisando la possibilità per la persona intervistata di rifiutarla o di interromperla in qualunque momento.

Per facilitare lo svolgimento delle attività proprie degli intervistatori, vanno studiati supporti tecnologici che consentano la gestione coordinata delle interviste (ad es. una *utility* che visualizzi in modo interattivo il programma delle interviste mensili/settimanali, con l'elenco aggiornato delle persone da intervistare).

Raccolta e inserimento dei dati

Si prevedono due possibili modalità di acquisizione dei dati e trasformazione in formato elettronico (la situazione potrà essere diversa nelle diverse ASL e nelle diverse fasi della sperimentazione):

- intervista con utilizzo del questionario cartaceo (fornito dal CNESPS in formato PDF); successivo inserimento su PC attraverso un software dedicato (la maschera sarà predisposta e aggiornata dal GT nazionale)
- raccolta e inserimento dei dati direttamente su computer o su palmare, tramite metodo CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*)

Per entrambe le modalità sono possibili tre tipologie di memorizzazione e invio dei dati al sistema centrale di raccolta e analisi (*data-warehouse* centrale):

1. stand-alone, cioè memorizzazione locale sul PC o palmare con successivo caricamento nel *data-warehouse* centrale (v. sotto)
2. memorizzazione diretta via web nel *data-warehouse* centrale
3. misto

Le modalità tecnologicamente più avanzate offrono vantaggi, ma comportano problemi tecnici, organizzativi ed economici; se ne promuoverà una sperimentazione in alcune ASL, affiancando l'applicazione dei diversi sistemi, per valutare la fattibilità e le criticità.

I dati raccolti con questionario cartaceo verranno inseriti a livello delle singole ASL, preferibilmente dallo stesso operatore che ha effettuato ciascuna intervista

Registrazione dei dati

- I dati relativi a ciascuna intervista verranno caricati via web in un *data-warehouse* unico, tramite connessione protetta
- In caso di funzionamento stand-alone, i dati di ciascuna ASL dovranno essere caricati entro il giorno 10 del mese seguente alla raccolta
- Il rispetto dei tempi previsti per la registrazione dei dati nel *data-warehouse* sarà verificato a livello aziendale e regionale dai rispettivi coordinatori, e a livello nazionale da parte del *data manager* del GT centrale.

Il GT curerà la predisposizione del software di funzionamento del *data-warehouse*, in modo tale da facilitare tale operazione, così come molte delle operazioni di controllo della qualità dei dati.

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 devono essere dotati di adeguati controlli per ridurre gli errori nella fase di inserimento dei dati
- l'intervistatore, ove possibile, inserisce personalmente i dati dei propri questionari cartacei, in modo da provvedere più facilmente a correggere gli errori (auto-validazione) e collabora con il supervisore/ coordinatore nel processo di controllo di qualità dei dati
- un supervisore di ASL (coordinatore aziendale o suo delegato) effettua controlli continui sulla qualità dei dati (completezza, congruenza, ecc.)
- il coordinatore aziendale contatta l'intervistatore se rileva problemi nel questionario
- per correggere o integrare le risposte può essere eventualmente richiamato l'intervistato
- il coordinatore regionale monitorizza il processo di rilevazione dei dati nelle ASL della propria Regione, effettuando apposite verifiche
- a livello nazionale verrà fatta una sorveglianza complessiva della qualità dei dati delle ASL/regioni anche tramite l'esame di compatibilità delle risposte, confronti e valutazione di trend, per evidenziare discrepanze o valori molto distanti da quelli attesi
- al termine di questo processo di verifica a diversi livelli, prevedendo un congruo periodo di tempo per consentire eventuali correzioni, non sarà più possibile attuare modifiche dei dati registrati nel *data-warehouse*, se non previo accordo e approvazione del *data manager* del GT centrale.

Sarà compito del GT sviluppare opportuni software, che offrano le necessarie garanzie di affidabilità e semplicità e che non gravino finanziariamente sulle ASL partecipanti.

Analisi dei dati/Reportistica

- Saranno resi disponibili su sito web, tramite accesso protetto, in modo differenziato per i diversi livelli della struttura organizzativa:
 1. rapporti sul processo di raccolta e inserimento dei dati (indici di performance) a livello di ASL
 2. stime locali delle principali variabili e, ove possibile, confronti regionali e nazionali (dopo che si sarà accumulato un sufficiente numero di interviste – v. sotto)
- Il GT nazionale renderà disponibili a ciascuna ASL i risultati delle analisi standard sui dati aziendali
- Il GT, inoltre, fornirà alle ASL appositi programmi per effettuare ulteriori analisi sul proprio database, e provvederà tempestivamente agli aggiornamenti necessari del relativo software
- I coordinatori regionali potranno visualizzare i dati delle proprie ASL
- Si potranno verosimilmente ottenere stime attendibili a livello di ASL dopo circa un anno di raccolta di dati (completamento di circa 250–300 interviste)
- Per il livello regionale indicativamente si può ritenere che si possano ottenere stime sufficientemente attendibili dopo circa sei mesi dall'inizio della raccolta dati. L'analisi dei dati a livello regionale richiede meccanismi complessi di controllo e pesatura dei dati, che saranno svolti con l'assistenza del GT. Stime nazionali saranno possibili solo disponendo dei dati di tutte le Regioni
- Le richieste di analisi non standard andranno concordate tra coordinatori regionali e GT
- Il GT si occuperà della stesura di un prototipo di rapporto per le Regioni e le ASL, lasciando però autonomia alle Regioni /ASL nell'utilizzo del formato più adeguato. Ad ogni ASL verrà fornito un modello standard di rapporto, facilmente completabile con l'inserimento dei risultati locali.

È essenziale che le stime fornite dal sistema PASSI, con qualsiasi dettaglio (di ASL, regionale, nazionale) siano uniche e omogenee, indipendentemente da chi le abbia prodotte. Gli stessi strumenti statistici possono essere utilizzati da soggetti diversi in modi diversi (anche non corretti) e pertanto fornire risultati differenti. Nella fase di analisi sarà quindi fondamentale il contatto tra le ASL e il loro coordinatore regionale e tra i coordinatori regionali e il GT, al fine di assicurare la massima omogeneità. Il GT fornirà la consulenza necessaria per raggiungere questo fine: i responsabili di ASL e regionali dovranno attenersi alle indicazioni fornite.

Valutazione dei *bias* (selezione, non risposta, dati auto-riferiti)

Un ambito rilevante del progetto PASSI riguarderà la valutazione delle distorsioni dovute alle diverse possibili fonti d'errore (strumento, modalità, intervistatore, ecc.) sia per valutare l'entità dell'errore stesso (e dunque l'affidabilità delle stime) sia per individuare possibili strategie di riduzione/contenimento di questo.

Ciò sarà possibile con specifiche analisi dei dati raccolti, oppure attraverso indagini *ad hoc* aggiuntive (che confrontino, ad esempio, la popolazione indagata con quella esclusa dall'indagine – senza telefono, irreperibili, ecc.) o mediante studi di validazione e confronti con altre fonti informative.

Monitoraggio-valutazione

Monitoraggio del sistema

Durante lo svolgimento dell'indagine, dovrà essere attuato un sistema di monitoraggio del progetto. Il monitoraggio deve consentire tempestivi provvedimenti correttivi, laddove sia necessario, e permettere la valutazione in *itinere* del progetto stesso (ad es.: numero di ASL che partecipano, tempi in cui viene messo a disposizione il software, consumo di risorse finanziarie, ecc.).

Esso si attua tramite la costruzione di un set di indicatori, riguardanti sia lo svolgimento di attività continuative sia il superamento di tappe cruciali dell'indagine. Parallelamente alla rilevazione delle informazioni, che costituiscono l'obiettivo principale del sistema (stime sulla prevalenza di alcune variabili), si svolge una raccolta di informazioni sui processi che avvengono nel sistema.

Si prevede che le ASL/Regioni generino un duplice flusso informativo: questionari compilati, risultanze delle attività di monitoraggio.

Il GT, in collaborazione con i coordinatori regionali, stabilirà le priorità degli argomenti da monitorare, in modo da sviluppare il relativo set di indicatori e iniziare tempestivamente a raccogliere dati su quelli indispensabili. Ciò sarà fatto tenendo presenti gli obiettivi delle misurazioni:

- rilevanza dell'informazione per la gestione del sistema
- possibilità di intervenire con azioni correttive
- opportunità di avere elementi per ripensare la struttura del sistema e poter, alla fine della fase di sperimentazione, relazionare in merito ai suoi punti di forza/debolezza
- necessità di rispondere ad adempimenti previsti da normative/impegni/convenzioni

Per programmare adeguatamente le azioni necessarie, sarà compito del GT predisporre una matrice dei livelli e dei tempi delle attività di monitoraggio.

Argomenti del monitoraggio

Sono elencati a scopo esemplificativo alcuni dei possibili oggetti del monitoraggio, che verranno più precisamente definiti dal Gruppo Tecnico:

- Rappresentatività del campione (confronti campione/popolazione ogni 6–12 mesi)
- Confronto tra proporzione di stranieri nel campione e nella popolazione
- Attività di formazione continua/aggiornamento degli operatori
- Capacità di individuare i numeri di telefono (% sui campionati)
- Tempestività di inserimento/disponibilità dei dati
- Performance degli intervistatori
 - Carico di lavoro (numero interviste per intervistatore; tempo medio per intervista)
 - Tasso di risposta per intervistatore
 - Tasso di rifiuto e motivi del rifiuto
- Distribuzione delle interviste nei giorni lavorativi/festivi e nelle diverse fasce orarie
- Costi, per es. costo unitario per intervista.

Per non sovraccaricare il livello periferico con richieste di flussi troppo abbondanti di dati, sarà opportuno automatizzare le procedure di monitoraggio, utilizzando il più possibile il flusso di dati standard.

Su alcuni argomenti bisognerà prevedere (possibilmente ad un anno dall'inizio dell'attività) inchieste *ad hoc* su base campionaria per intervistatori e coordinatori, nonché per gli intervistati, riguardanti diversi aspetti:

- impatto sull'attività di servizio, accettabilità, livello di motivazione
- effettiva attività di analisi dei dati nelle ASL/Regioni
- auto-valutazione degli operatori sul proprio operato
- comunicazione (diffusione di report, incontri con gli operatori, ecc)
- gradimento/accettabilità da parte degli intervistati.

Come strumento per indirizzare gli sforzi di miglioramento e motivare gli operatori, andrà previsto un feedback del monitoraggio agli intervistatori/coordinatori sulla propria performance (v. sezione sulla Comunicazione).

Valutazione

Bisogna distinguere tre tipi di valutazione:

1. del progetto finalizzato affidato al CNESPS: verrà effettuata da parte del Sottocomitato Scientifico del CCM, secondo le indicazioni previste dal documento di progetto
2. della sperimentazione del sistema (primi due anni):
 - Obiettivo generale della sperimentazione è restituire un metodo collaudato per un sistema di sorveglianza sulle variabili specificate.
 - Obiettivi specifici sono testare metodi e materiali efficaci per produrre l'informazione necessaria a monitorare alcuni programmi di salute delle Regioni/ASL per facilitarne la gestione e consentire eventuali riorientamenti delle strategie di azione in base ai risultati ottenuti
3. del sistema a regime: verrà elaborata a partire dall'esperienza accumulata durante la sperimentazione.

La valutazione della sperimentazione del sistema

È opportuno distinguere diverse fasi:

1. propedeutica (fase preparatoria): è necessario identificare e consultare i gruppi di interesse (interni ed esterni, a livello nazionale, regionale, locale) sugli aspetti più qualificanti che occorre misurare
2. di processo (basata sulle caratteristiche desiderabili del sistema di sorveglianza, v. sotto)
3. finale, che comporta:
 - erogazione dei prodotti attesi (in questo caso, 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

Appare poco realistico valutare l'influenza del sistema sugli esiti a lungo termine (stato di salute della popolazione), considerati i tempi di osservazione relativamente brevi, la scala locale degli interventi e la complessità dei fattori implicati nel loro determinismo.

Argomenti potenziali di valutazione

La scelta degli argomenti oggetto di valutazione verrà formulata con la collaborazione degli organi di governo e dei gruppi di interesse: come modello è opportuno utilizzare un riferimento autorevole e collaudato, come il manuale del CDC sulla valutazione dei sistemi di sorveglianza, che descrive le caratteristiche desiderabili del sistema: sensibilità, semplicità, utilità, flessibilità, sostenibilità, costi, qualità e pertinenza.

Si possono elencare alcune domande a titolo esemplificativo:

- Quante regioni/ASL hanno aderito al sistema?
- Quante hanno iniziato la raccolta dati? Quante hanno raccolto un numero sufficiente di casi per ottenere stime attendibili?
- I dati raccolti sono rappresentativi della popolazione indagata?
- La gestione del sistema è sufficientemente semplice?

- L’istituzionalizzazione del sistema è sostenibile?
- Il supporto tecnologico è adeguato a mettere in grado ASL e regioni di costruire il *dataset*, condurre analisi, comunicare risultati?
- I dati raccolti vengono giudicati utili per dare supporto agli interventi di prevenzione a livello ASL/regionale?
- Il sistema di monitoraggio è stato in grado di creare/rafforzare una rete nazionale di Dipartimenti di Prevenzione?
- La restituzione dei risultati è stata tempestiva?
- Il sistema è capace di dare informazioni sull’applicazione del Piano di Prevenzione?

Strategie di formazione

L’attività formativa per il Sistema di Sorveglianza PASSI costituirà parte del progetto formativo del CNESPS per le Regioni.

Per orientare la formazione delle diverse figure professionali si farà riferimento alla descrizione dei compiti inerenti al loro ruolo (*job description* – v. anche sezione sull’organizzazione).

Il piano formativo deve prendere origine dalla descrizione delle attività e degli specifici compiti richiesti per le diverse figure professionali, e –tramite analisi della situazione nei singoli contesti– tradursi nella valutazione dei bisogni formativi.

Per tutte le attività formative vi è l’esigenza di standardizzare contenuti e metodi, in modo da garantire uniformità di applicazione del sistema su tutto il territorio nazionale.

Va prevista una valutazione della formazione per quanto riguarda:

1. acquisizione dei contenuti da parte degli operatori, sotto il profilo:
 - formativo in senso proprio (finalizzato ad accertare se al termine del cammino formativo sono state acquisite le competenze attese), svolto dall’equipe deputata alla formazione
 - certificativo (per garantire ai committenti e alla collettività l’effettivo possesso –da parte del personale formato– dei requisiti necessari per un corretto svolgimento delle mansioni assegnate), svolto da organi esterni (accreditamento)
2. controllo di qualità sul sistema formativo nel suo complesso (a livello nazionale).

Nella fase di messa a regime del sistema, andranno previste attività di formazione continua (aggiornamento/*retraining*) e di ricertificazione.

Per i corsi di formazione a tutti i livelli va richiesto un accreditamento ECM (nazionale/regionale), per le diverse figure professionali coinvolte.

È opportuno che i referenti e i coordinatori regionali/aziendali cerchino un coinvolgimento dei rispettivi Uffici Formazione.

Per tutte le figure professionali il GT elaborerà un documento di riferimento –che per i compiti operativi assumerà il formato di un manuale dettagliato– in cui saranno descritti compiti e procedure operative.

In un documento allegato sarà riportata una traccia per l’elaborazione dei piani di formazione relativamente alle diverse figure professionali, che dovrà essere sviluppata in accordo con il progetto formativo del CNESPS.

Strategie di comunicazione

La comunicazione rappresenta una componente fondamentale del sistema di sorveglianza in quanto può favorire:

- il dialogo e l’integrazione tra i soggetti –istituzionali e sociali– coinvolti
- la condivisione degli obiettivi e la creazione del consenso
- il riconoscimento di ruoli/funzioni/compiti
- lo scambio delle informazioni anche in merito ad attività e iniziative intraprese.

È pertanto opportuno che il processo comunicativo venga studiato e pianificato fin dall'inizio per le diverse fasi di organizzazione e svolgimento del sistema: fase preparatoria, fase di avvio, fase di rilevazione dei dati e fase di diffusione dei risultati, secondo un approccio di "comunicazione in itinere".

Il piano di comunicazione è parte integrante del sistema di sorveglianza e va considerato elemento indispensabile per la partecipazione al sistema, a livello nazionale, regionale e locale. Andranno previste modalità per la verifica delle attività di comunicazione realizzate (v. anche sezioni sull'organizzazione e sulla valutazione).

Un piano di comunicazione dovrà essere sviluppato per il livello nazionale, regionale e locale secondo orientamenti, approcci e criteri metodologici comuni e condivisi. Considerati gli obiettivi del sistema, orientato alle priorità locali, particolare attenzione va attribuita al processo comunicativo a livello di ASL.

Nell'elaborazione del piano di comunicazione si dovrà tener conto dei seguenti punti:

- la definizione di cosa si intende per comunicazione
- l'approccio comunicativo al quale si fa riferimento (di tipo partecipativo)
- una chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità dei diversi soggetti
- la necessità di un'adeguata conoscenza del sistema da parte di tutti gli operatori (favorito dalla formazione)
- la necessità di un reale e costante scambio di informazioni tra livello nazionale, regionale e locale, e all'interno di ogni livello
- la formazione di reti, interne alle ASL e alle Regioni, per agevolare lo scambio di esperienze e la diffusione dei risultati. In particolare potrà essere utile la condivisione delle esperienze tra le ASL che hanno partecipato agli studi PASSI trasversali e quelle che non hanno partecipato. Gli incontri di comunicazione dei risultati degli studi PASSI trasversali potrebbero essere sfruttati come momenti di informazione e di promozione riguardo alla sperimentazione del sistema di sorveglianza
- l'utilizzo di mezzi di comunicazione integrabili, scelti di volta in volta in base all'obiettivo, ai destinatari, alle disponibilità economiche, alle risorse umane, ai tempi e al contesto
- lo sviluppo del processo comunicativo in itinere
- la particolare attenzione, nella fase di preparazione e di rilevazione dei dati, alla comunicazione interna.

I destinatari della comunicazione interna sono:

- gli operatori e le strutture del Servizio Sanitario direttamente coinvolti nell'organizzazione e nella realizzazione della sorveglianza ai diversi livelli (Ministero, CCM, Sottocomitato Scientifico del CCM, Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Assessorati, Direttori delle ASL, referenti e coordinatori regionali e di ASL, intervistatori).
- decisori, figure professionali presenti sul territorio (Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta), operatori impiegati in Servizi (servizi vaccinali, consultori, ambulatori), istituzioni presenti sul territorio (enti locali, scuole, ecc.) e altri portatori di interesse, opinion leader, associazioni di pazienti, di consumatori, ecc., che possono contribuire alla promozione della sorveglianza nel contesto sociale, alla sua realizzazione e, in seguito, all'utilizzo dei risultati e alle conseguenti azioni.

È opportuno prevedere specifiche forme di comunicazione (istituzionale e non) nelle ASL e nelle Regioni. Particolarmente importante appare individuare, nei singoli contesti locali, figure chiave delle strutture sanitarie e delle comunità, e studiare le modalità più adeguate per far arrivare loro i messaggi più rilevanti e favorirne la diffusione nella collettività.

Nella fase di comunicazione dei risultati, oltre alla diffusione di rapporti, bollettini, ecc., è consigliabile costituire tavoli tematici con i Servizi interessati, per una contestualizzazione dei risultati del sistema di sorveglianza e una facilitazione del loro utilizzo appropriato.

È inoltre, opportuno prevedere modalità per trasformare le informazioni raccolte in messaggi che possano assumere un significato per il pubblico al quale sono rivolti e individuare i mezzi di comunicazione più adeguati a tale scopo. Questa operazione di "personalizzazione" dell'informazione potrà favorire la fase successiva di proposte d'intervento/azione che vede il coinvolgimento attivo di soggetti diversificati per ruoli, funzioni e responsabilità. In particolare "la personalizzazione" dell'informazione potrà contribuire all'attivazione di processi di *empowerment* e di modifica comportamentale tra i cittadini.

Per inquadrare le azioni previste in uno schema logico e cronologico può essere utile costruire una tabella per ogni livello (nazionale, regionale e locale), che, per ogni fase, indichi il target, gli obiettivi

comunicativi, le attività e i mezzi di comunicazione, le modalità di valutazione, come esemplificato nella seguente tabella.

Fasi	Target	Obiettivi comunicativi	Attività di comunicazione	Mezzi di comunicazione	Valutazione
Preparazione/avvio					
Raccolta/rilevazione					
Diffusione/comunicazione dei risultati					
Proposte d'intervento/azione					

Per il livello locale, il GT fornirà i criteri di massima e –se possibile– i mezzi per identificare:

1. i portatori di interesse interni ed esterni, e il loro livello di priorità
2. gli obiettivi della comunicazione (promozione, coinvolgimento, ecc.), precisando:
 - i punti di forza (per ogni obiettivo e per ogni interlocutore si può far leva su alcune sensibilità specifiche)
 - possibili repliche ad obiezioni
3. le fasi e i tempi della comunicazione
4. le modalità di comunicazione più adeguate agli interlocutori, graduate in base alle priorità.
A tal fine verrà reso disponibile un pacchetto di strumenti di comunicazione (diapositive, comunicati stampa, bozze di contenuti di riunioni, articoli, bollettini, newsletter, documenti di sintesi, ecc.).
5. le modalità di promozione dell'utilizzo dei risultati per la programmazione locale.

Va sottolineato che parte di queste attività rientrano nel piano di formazione (v. sezione sulla formazione).

L'interfaccia web rappresenta uno strumento utile per offrire agli utenti un quadro complessivo di insieme del sistema PASSI, oltre a presentare i rapporti pubblicati e tutti i materiali di contesto prodotti. L'obiettivo è creare uno spazio web il più possibile esauriente, completo e condiviso, fruibile anche dagli utenti che non rientrano nel cosiddetto target primario (operatori e professionisti sanitari, decisori, *stakeholder* coinvolti).

Note finali

Il Sistema di Sorveglianza PASSI è stato pensato per fornire un servizio per le Regioni e le ASL, utile per le iniziative di sanità pubblica. Nella sua progettazione è stata perciò posta particolare attenzione a caratteristiche quali la semplicità e la flessibilità.

Il rispetto di alcuni requisiti è comunque necessario per far sì che il sistema corrisponda agli scopi per cui è stato concepito e per garantire l'attendibilità e la comparabilità dei risultati:

- utilizzare il questionario condiviso, in particolare per quanto riguarda il nucleo fisso e a rotazione, compresa la disposizione delle domande, uniformandosi alle procedure concordate con il GT del CNESPS
- effettuare le interviste ad un numero prefissato di persone ogni mese
- inserire tempestivamente i dati
- dotarsi di adeguate strutture e procedure per il monitoraggio locale e per la formazione continua degli operatori
- avere e realizzare un piano di comunicazione.

Qualora le singole strutture locali (ASL/Regioni) non riuscissero a rispettare tali criteri, non sarà possibile considerare le informazioni raccolte come prodotte dal Sistema di Sorveglianza PASSI.

ALLEGATO 3

Temi di indagine e obiettivi specifici

TEMI DI INDAGINE E OBIETTIVI SPECIFICI

Vengono qui di seguito presentati i temi scelti per l'inserimento nei nuclei fisso e a rotazione del questionario, per la fase di avvio del sistema di sorveglianza.

Per ciascuno è stata esplicitata l'aderenza ai criteri riportati nel protocollo, con una breve descrizione dello stato attuale delle conoscenze in materia.

Poiché la sorveglianza in questi campi è destinata a permanere per molti anni, questi moduli riguardano argomenti di rilevanza preminente dal punto di vista dell'impatto sulla salute della popolazione e delle attività di prevenzione.

Gli ambiti di sorveglianza scelti sono: fattori di rischio cardiovascolare, screening oncologici, attività fisica, alimentazione e stato nutrizionale, consumo di alcol, fumo di tabacco, sicurezza stradale, salute mentale, vaccinazioni, incidenti domestici. Saranno raccolte informazioni anche su alcune variabili socio-demografiche e sullo stato di salute.

Fattori di rischio cardiovascolare

Importanza del problema

Le malattie cardiovascolari (infarto miocardico, angina, ictus cerebrale, ecc.) rappresentano la prima causa di morte in Italia, nonostante il declino verificatosi negli ultimi 20 anni: nel 2002 oltre il 40% dei decessi in tutte le età e il 31% della mortalità evitabile nella classe di età 5–69 anni sono stati determinati da malattie ischemiche del cuore o da malattie cerebrovascolari (1). In base ai dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare nella popolazione italiana su 1.000 adulti tra 35 e 74 anni, 15 uomini e 4 donne hanno una storia di infarto del miocardio, mentre, sulla base dei dati del 2000, fra i 25 e gli 84 anni, ogni anno 2 uomini su 1.000 e 1 donna su 1.000 vanno incontro ad evento coronarico maggiore (2).

Potenziali benefici degli interventi e disponibilità di interventi efficaci

Diversi fattori, sui quali è possibile intervenire, aumentano il rischio di sviluppare una malattia cardiovascolare, quali abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa e sedentarietà. Ad esempio, ridurre del 10% il colesterolo nella popolazione generale nel suo insieme abbasserebbe del 20–30% l'incidenza di malattie cardiache, mentre diminuire di un terzo il sale consumato ridurrebbe del 20% i casi di ictus nella popolazione generale (3).

La disponibilità di efficaci misure farmacologiche e comportamentali per il controllo dei fattori di rischio e le prove che la loro correzione riduce l'incidenza di cardiopatia ischemica (4) conferiscono importanza all'identificazione delle persone ad alto rischio. Le carte di rischio cardiovascolare concorrono a tale scopo (5).

L'adozione di tali carte e il calcolo del punteggio di rischio individuale, inoltre, consentendo la valutazione della probabilità di ammalarsi di malattie cardiovascolari in un intervallo di tempo definito (progetto Cuore-ISS), rappresentano un semplice strumento in grado di aumentare l'*empowerment* degli assistiti rispetto al rischio cardiovascolare e di confrontare il rischio calcolato in tempi successivi (6), valutando così il rapporto costo/efficacia delle azioni di prevenzione intraprese.

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Nazionale di Prevenzione e supporto ai programmi di sanità pubblica

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 (7) e il Piano Sanitario Nazionale, confermato al 2008, definiscono una parte delle priorità degli interventi di prevenzione da sviluppare nel successivo triennio. Le tematiche circa la prevenzione cardiovascolare sono suddivise nelle seguenti iniziative:

- Diffusione della carta del rischio cardiovascolare a gruppi di soggetti;
- Prevenzione della obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;
- Prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la *compliance* del paziente;
- Prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto incidenti cardiovascolari, cosicché non si ripetano.

L'adozione delle carte di rischio cardiovascolare e il calcolo del punteggio di rischio individuale sono stati inseriti nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 (7).

Semplicità di raccolta

Gli studi PASSI condotti nel 2005 e 2006 non hanno evidenziato difficoltà nella somministrazione delle domande relative ad ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e adozione della carta del rischio cardiovascolare.

Variabilità temporale

La prevalenza di ipercolesterolemia e ipertensione arteriosa (riferite dagli intervistati) verosimilmente aumenterà gradualmente in futuro, dato l'invecchiamento della popolazione. Le abitudini di vita che influenzano insorgenza e gravità di questi fattori di rischio, invece, potrebbero variare anche rapidamente per effetto di interventi di sanità pubblica ed è pertanto prioritario valutarne l'andamento temporale.

Vista la bassa diffusione dell'uso della carta di rischio cardiovascolare, evidenziata dagli studi trasversali PASSI, si possono prevedere significative e rapide variazioni di questa variabile a seguito di interventi di sanità pubblica.

Disponibilità di informazioni da altre fonti

Mancano a livello delle singole ASL informazioni periodicamente aggiornate sulla prevalenza dei principali fattori di rischio cardiovascolare (in particolare ipertensione e ipercolesterolemia). Non vi sono dati raccolti sistematicamente sulle modalità di trattamento di ipercolesterolemia e ipertensione arteriosa basate anche su modifiche delle abitudini di vita. Mancano completamente dati sull'utilizzo della carta del rischio a livello delle ASL e, più in generale, sull'attività di *counselling* svolta dagli operatori sanitari, di appoggio e indirizzo a stili alimentari e di vita che contrastino i fattori di rischio cardiovascolari.

Prevalenza

La prevalenza attesa di alcune variabili indagate è ricavata dai risultati degli studi trasversali PASSI 2005 e 2006. In particolare con riferimento ai dati ottenuti dallo studio del 2005, si stima che la percentuale di ipertesi sia del 23%, mentre quella degli ipercolesterolemici pari a 25%. La proporzione di popolazione a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni o la colesterolemia almeno una volta nella vita risulta essere rispettivamente dell'81% e 79%. La popolazione fra i 40 e 69 anni a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare risulta essere solo del 9%.

Per chi desidera approfondire gli aspetti legati alle stime di prevalenza e relativi intervalli di confidenza (IC) a livello di ASL e regionale si rimanda alla lettura della Appendice di questo documento; nella sezione indicata è inserita una Tabella in cui sono riassunti gli IC attesi per alcune delle variabili principali sulla base delle prevalenze riscontrate negli studi trasversali PASSI.

Obiettivi specifici

- Stimare la proporzione di popolazione a cui è stata misurata la pressione arteriosa e la

colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo

- Stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci)
- Stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver ricevuto dal proprio MMG consigli riguardo il 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.

Definizioni

- Ipertesi: persone che dichiarano di essere ipertese.
- Ipercolesterolemici: persone che dichiarano di essere ipercolesterolemici.

Va precisato che l'indagine PASSI si basa su dati auto-riferiti e non su misurazioni di parametri oggettivi. La variabile indagata è la conoscenza da parte dell'intervistato di una diagnosi medica relativa alla condizione patologica/fattore di rischio, senza precisare i valori effettivamente riscontrati, che hanno condotto a tale diagnosi.

Screening oncologici

Importanza del problema

Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte in Italia e l'incidenza di queste patologie è in aumento (8): si registrano annualmente circa 270.000 nuovi casi e circa 150.000 decessi (dati 2006) (9).

1. Il tumore del collo dell'utero nel nostro paese è responsabile di circa il 3% di tutte le morti per tumore nelle donne ed è uno dei tumori più frequenti sotto i 50 anni di età. Si contano ogni anno circa 3.000 nuovi casi e 1.000 morti (10).
2. Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne (1 su 10 ne è colpita) e la causa di morte per tumore più importante nelle donne in Italia (16% di tutti i decessi attribuibili al cancro).
La sua incidenza è ancora in crescita (da 115 casi per 100.000 donne nel 1986 ai 135 nuovi casi a fine anni novanta) (9-11).
3. Il tumore del colon-retto colpisce ogni anno in Italia circa 33.000 persone ed è responsabile di 17.000 morti, rappresentando la seconda causa di morte per tumore, dopo il cancro del polmone tra gli uomini e il cancro del seno tra le donne (9).

La sopravvivenza a 5 anni è attorno al 40% e varia notevolmente a seconda dello stadio del tumore alla diagnosi: ad esempio è pari all'89% nei pazienti con malattia localizzata alla parete intestinale (9).

Disponibilità di interventi efficaci e loro potenziali benefici

Gli screening di popolazione in campo oncologico rappresentano un metodo efficace per la prevenzione: la diagnosi precoce consente di intervenire con trattamenti meno aggressivi migliorando la prognosi.

Il Pap Test per i tumori della cervice uterina, la mammografia per il cancro della mammella e la ricerca del sangue occulto nelle feci per i tumori del colon-retto sono attualmente i tre esami di screening di riconosciuta efficacia (12,13).

1. Tumore del collo dell'utero: grazie alla diagnosi precoce tramite Pap Test, i tassi di mortalità sono fortemente diminuiti (del 70% nelle donne di età inferiore ai 50 anni) (9,14).
2. Tumore della mammella: lo screening mammografico riduce del 30% la mortalità nelle donne tra i 50 e i 70 anni ed è in grado di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi (15,16).
3. Tumori del colon-retto: lo screening tramite ricerca del sangue occulto nelle feci è associato con una riduzione del 15-33% della mortalità (17).

È dimostrato che alcune strategie di sanità pubblica sono efficaci nel promuovere l'esecuzione dei test di screening nella popolazione. In particolare l'uso di comunicazioni di promemoria agli utenti, approcci multifattoriali (comprendenti mass-media, interventi educativi e facilitazione dell'accesso), migliorare l'accessibilità, ecc. (18).

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Nazionale della Prevenzione e supporto ai programmi di sanità pubblica

Gli screening per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto sono stati inseriti tra i Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29/11/2001).

Il Piano Sanitario Nazionale 2003–2005 investe sulla prevenzione secondaria dei tumori e, tra questi, il cancro del seno, della cervice uterina e del colon retto.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004–2006 (accordo Stato–Regioni del 2004), dà indicazioni per attuare interventi rivolti ad implementare o migliorare l'offerta di screening per tre delle più diffuse neoplasie, secondo le seguenti modalità:

1. Screening tumore del collo dell'utero: Pap Test effettuato ogni tre anni per le donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni.
2. Screening tumore della mammella: mammografia ogni due anni per le donne tra i 50 e i 69 anni.
3. Screening tumore del colon-retto: ricerca del sangue occulto nelle feci per le persone di età compresa tra i 50 e 69 anni, con frequenza biennale.

Anche l'esame endoscopico (retto–colonscopia) è utile per la diagnosi precoce ma l'invasività e i costi relativi lo rendono meno idoneo ad un'applicazione sistematica come primo esame.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 e il Piano Sanitario Nazionale 2006–2008 confermano gli screening oncologici tra gli interventi di prevenzione prioritari.

Programmi regionali di screening in atto:

1. Screening tumore del Collo dell'utero: in Italia, i primi programmi sono stati introdotti verso la fine degli anni '90. Da un'indagine effettuata nel 2003, è emerso che quasi tutte le Regioni hanno adottato iniziative legislative e linee guida per supportare i programmi (19).
2. Screening tumore della Mammella: Il numero di Regioni dove sono stati introdotti programmi organizzati va ulteriormente aumentando, soprattutto negli ultimi anni (20).
3. Screening tumore del Colon-retto: fino a pochi anni fa, solo poche Regioni avevano programmi organizzati di screening, spesso limitati ad alcune ASL, ma negli ultimi anni è aumentato il numero di Regioni che hanno iniziato tali programmi (21).

Disponibilità di informazioni da altre fonti

Sui tre tipi di screening sono disponibili in Italia informazioni provenienti da varie fonti, quali indagini dell'Osservatorio Nazionale Screening, analisi degli archivi delle prestazioni ambulatoriali regionali, ecc.

Altre informazioni provengono dall'ISTAT, che –con cadenza quinquennale– approfondisce nell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai Servizi sanitari", alcune tematiche indagate nella Multiscopo.

Non disponiamo però di informazioni esaurienti sull'utilizzo di pratiche preventive della popolazione bersaglio: ad es. esecuzione di esami al di fuori del programma di screening, periodicità, conoscenze e motivazione delle persone interessate, coinvolgimento del personale sanitario nelle raccomandazioni.

Semplicità di raccolta

L'esperienza di PASSI 2005 e 2006 non ha evidenziato difficoltà nella somministrazione del questionario relativamente a questa sezione (22).

Variabilità temporale

Per le Regioni in cui è in corso di implementazione il programma pubblico ci si attendono significative variazioni delle prevalenze nei prossimi anni. È comunque importante monitorare il fenomeno (Piani della Prevenzione) e le linee di tendenza.

Prevalenza

La prevalenza attesa di alcune variabili indagate può essere ricavata dai risultati degli studi trasversali PASSI 2005 e 2006. L'ampia variabilità è imputabile al fatto che alcune ASL e Regioni hanno un programma pubblico di screening, mentre altre non l'hanno ancora avviato o lo stanno implementando.

1. *Range* di copertura del Pap Test nelle ASL con campionamento aziendale: 31% – 94%
2. *Range* di copertura dell'esame mammografico nelle ASL con campionamento aziendale: 15% – 88%
3. *Range* di copertura dello screening del colon retto nelle ASL con campionamento aziendale: 2% – 57%

Obiettivi specifici

Per tutti e tre gli screening,

1. stimare, nella popolazione bersaglio, la prevalenza delle persone:
 - che hanno effettuato l'ultimo esame secondo le indicazioni delle Linee Guida nazionali (copertura)
 - che hanno effettuato l'ultimo esame a intervalli temporali diversi
 - che hanno effettuato l'ultimo esame all'interno di un programma di screening
2. stimare chi ha ricevuto lettere e consigli; il ruolo di questi nel favorire l'esecuzione dell'esame; i motivi per cui le persone non hanno fatto lo screening o l'hanno fatto fuori dagli intervalli stabiliti

Definizioni

- Aderente alle raccomandazioni sul Pap-Test: donna tra 25 e 64 anni, candidata allo screening (escluse le persone isterectomizzate), che ha eseguito almeno un Pap test a scopo preventivo negli ultimi 3 anni
- Aderente alle raccomandazioni sullo screening mammografico: donna tra 50 e 69 anni che ha eseguito almeno una mammografia a scopo preventivo negli ultimi 2 anni
- Aderente alle raccomandazioni sullo screening del tumore del colon-retto: persona tra 50 e 69 anni che ha eseguito almeno un esame per la ricerca del sangue occulto a scopo preventivo da non più di 2 anni.

Attività fisica

Importanza del problema

La pratica di un'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima, infatti, che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause (23). Le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete del tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta (24); inoltre la sedentarietà combinata con una cattiva alimentazione è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

Secondo le stime del *World Health Report* 2002 dell'OMS la sedentarietà è causa di 1,9 milioni di decessi all'anno nel mondo; si stima che globalmente determini il 22% delle malattie cardiovascolari, 10–

16% dei casi di tumori della mammella, di tumori del colon e di diabete.

Il consumo di risorse economiche sanitarie associate alla sedentarietà è considerevole. Sebbene non vi siano dati attendibili per l'Italia, in altri paesi sviluppati si calcola che in media il 2–4% della spesa sanitaria sia attribuibile ai problemi causati dall'inattività fisica (25). In alcuni paesi come il Canada tale percentuale raggiungerebbe circa il 6%; negli USA si stima per il 2000 un costo di 75 miliardi di dollari per il sistema sanitario (26).

Disponibilità di interventi efficaci e loro potenziali benefici

La *Task Force on Community Preventive Services* degli USA ha elaborato una serie di raccomandazioni circa possibili interventi per aumentare la pratica dell'attività fisica e per migliorare la forma fisica.

Tra gli interventi proposti sono fortemente raccomandati sulla base delle prove di efficacia disponibili (24):

- Interventi di informazione:
 - Campagne di informazione rivolte alla comunità (in sostegno a determinati interventi).
 - Incoraggiamenti all'uso delle scale con segnaletica sul posto.
- Interventi sociali e comportamentali
 - Incrementare l'educazione fisica nelle scuole.
 - Interventi di supporto sociale (creare gruppi di persone che fanno attività fisica insieme). I gruppi si possono creare ex novo allo specifico scopo di esercitare attività fisica oppure possono essere pre-costituiti, p.es. sul posto di lavoro, e utilizzati per organizzare l'attività collettiva.
 - Programmi individuali per il cambiamento dei comportamenti correlati alla salute, stabiliti secondo le esigenze individuali delle singole persone; in questo ambito il ruolo del MMG riveste una particolare importanza (27,28).
- Interventi ambientali:
 - Gli interventi organizzativi e di pianificazione urbana (aree verdi attrezzate, piste ciclabili, percorsi pedonali)

Il beneficio maggiore in termini di sanità pubblica si ha soprattutto attivando le persone sedentarie. Meno importante è aumentare il livello di attività fisica tra coloro che sono già attivi.

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano della Prevenzione e supporto ai programmi di Sanità Pubblica

Promuovere l'attività fisica è un'azione prioritaria di sanità pubblica, spesso inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti, infatti, il programma *Healthy People 2010* (29) individua l'attività fisica come uno degli obiettivi di salute principali per il Paese. L'Unione Europea nel *Public Health Programme* (2003–2008) propone progetti che supportano e promuovono l'attività fisica (30). In Italia, il Piano Sanitario Nazionale 2003–2005 sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute (31), e il più recente Piano Sanitario Nazionale 2006–2008 affronta il tema della sedentarietà, in particolare come fattore di rischio per l'insorgenza del diabete mellito (32).

Disponibilità di informazioni da altre fonti

L'ISTAT nell'Indagine Multiscopo (che ha una cadenza annuale) rileva alcune informazioni sull'attività fisica e sportiva, rilevando anche la frequenza e il tipo di attività sportiva svolta. Queste informazioni vengono ulteriormente ampliate nell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai Servizi sanitari", rilevazione che approfondisce alcune tematiche indagate nella Multiscopo con cadenza quinquennale. Mancano tuttavia dati con dettaglio a livello di ASL, e inoltre informazioni sull'attività svolta durante il lavoro, sulla percezione dell'adeguatezza dell'esercizio fisico e sui consigli forniti da operatori del sistema sanitario riguardo a queste attività.

Semplicità di raccolta

La parte del questionario PASSI 2005 dedicata all'attività fisica è stata tra quelle a più elevata criticità. Le difficoltà erano rappresentate da un lato dal bisogno di dare una definizione relativamente lunga di attività fisica moderata e intensa e dall'altro dalla necessità di porre una serie di domande sui tempi medi di attività giornaliera per ciascuna di esse: come modello era stato preso il questionario del BRFSS americano. Per valutare se un altro approccio nel porre le domande di questa sezione potesse migliorarne la facilità di somministrazione, nel 2006 sono state adottate le domande dell'IPAQ. Tuttavia la valutazione dello studio PASSI 2006 ha documentato la persistenza di notevoli difficoltà nella somministrazione di questa parte del questionario. Viceversa le domande sul *counselling* non hanno riscontrato difficoltà.

Variabilità temporale

Il livello di attività fisica esercitata a livello di popolazione è da considerarsi un fenomeno piuttosto stabile nel tempo. La diffusione del *counseling*, invece, può essere soggetto a variazioni rapide a seguito di interventi di promozione.

Prevalenza

Tra le ASL partecipanti allo Studio PASSI 2005, la prevalenza di persone sedentarie è risultata del 24%, quella di persone che svolgono attività fisica ma senza raggiungere i livelli raccomandati del 34% e coloro che aderiscono alle raccomandazioni o che hanno un lavoro che implica un alto livello di attività fisica rappresentano il 42% del campione (33).

Obiettivi specifici

- stimare la percentuale di persone sedentarie, tenendo in considerazione sia l'attività lavorativa sia quella nel tempo libero
- stimare la percentuale di persone che praticano qualche attività fisica moderata e/o intensa
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica
- valutare la percezione della popolazione riguardo l'attività fisica svolta
- stimare la diffusione e la qualità di interventi di counselling dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

Definizioni

- Sedentario: chi fa un lavoro sedentario e che in una settimana non svolge, neppure nel tempo libero, alcuna attività fisica, moderata o intensa, per almeno 10 minuti al giorno.
- Attivo: chi fa un lavoro sedentario e svolge qualche attività fisica, anche se non raggiunge i livelli suggeriti dalle raccomandazioni.
- Aderente alle raccomandazioni: chi svolge un'attività moderata per almeno 30 minuti per almeno 5 giorni la settimana, tra chi fa lavoro sedentario, oppure chi fa attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni alla settimana, tra chi fa lavoro sedentario, oppure chi fa un lavoro pesante dal punto di vista fisico.

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Importanza del problema

È ormai provato che le patologie associate all'eccesso alimentare e/o ad una dieta sbilanciata sono tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le malattie per le quali la dieta assume

un ruolo importante comprendono molte malattie croniche non trasmissibili, quali cardiopatia ischemica, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente.

È riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di determinate malattie: è accertato un effetto protettivo dell'elevato consumo di frutta e verdura nei confronti di certe neoplasie (polmone, stomaco, orofaringe, esofago). Per questo motivo le raccomandazioni internazionali prevedono il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno (*five a day*) (34,35). La presenza di un eccesso di peso si associa a numerose patologie, in particolare il diabete mellito, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari (34).

La prevalenza di sovrappeso e obesità in Italia è stimata pari ad oltre il 40% della popolazione adulta, con un trend in aumento negli ultimi decenni (37); ancor più preoccupante è la prevalenza in Italia dell'obesità nei bambini, che è fra le più alte in Europa (38). L'impatto economico dell'obesità nei paesi occidentali è stimato intorno al 2-7% di tutti i costi sanitari (25).

Un elemento fondamentale su cui poter operare dei cambiamenti è la presa di coscienza –da parte delle persone– della propria situazione nutrizionale e della correttezza della dieta.

È perciò importante monitorare, tramite un sistema di sorveglianza, cambiamenti in positivo o in negativo delle abitudini alimentari e degli atteggiamenti riguardo a questi problemi.

Disponibilità di interventi efficaci e loro potenziali benefici

È opportuno distinguere tra potenziali benefici sullo stato di salute, conseguenti a variazioni dei fattori di rischio, e possibilità di ottenere, mediante interventi preventivi, modifiche degli stili di vita associati a tali fattori.

Vengono di seguito esposte alcune evidenze disponibili sui due temi trattati in questa sezione.

1. Prevenzione del sovrappeso e dell'obesità

Per quanto riguarda l'impatto sulla salute, il mantenimento di un peso corporeo normale, o una sua riduzione in caso di eccesso, contribuiscono a ridurre incidenza e gravità di numerose patologie (in particolare, diabete e ipertensione) (39).

Per quanto riguarda la disponibilità di azioni preventive, approcci limitati a singoli aspetti del problema si sono dimostrati di regola poco efficaci (40), mentre interventi integrati, a diversi livelli (individuali, sociali, ambientali, normativi, ecc.) (41), si sono rivelati capaci di incidere sul fenomeno dell'eccesso di peso e conseguentemente anche sui fattori di rischio ad esso associati (dislipidemia, glicemia) (42,43).

2. Dieta equilibrata – *five a day*

L'assunzione di una dieta variata ed equilibrata (normocalorica, con un ridotto apporto di carne, grassi saturi, sale, zuccheri semplici, ricca di frutta e verdura) (44,45), è in grado di influire su condizioni che costituiscono fattori di rischio per le patologie cardiovascolari (dislipidemia, ipertensione, diabete) e di ridurre l'incidenza di diverse malattie croniche non trasmissibili (46).

Diversi interventi sono in grado di ottenere cambiamenti delle abitudini alimentari (47), e –nel contesto di strategie a componenti multiple, a diversi livelli – anche degli esiti di salute (48,49).

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Nazionale della Prevenzione e supporto ai programmi di sanità pubblica

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 (7) e il Piano Sanitario Nazionale 2006–2008 (32) confermano come priorità in salute pubblica la prevenzione dell'obesità: si chiede esplicitamente alle Regioni di attuare una strategia per il controllo e la prevenzione del sovrappeso/obesità.

Va tenuto presente tuttavia che realizzare una strategia che porti all'adozione di corrette abitudini alimentari, da parte della popolazione, mediante interventi di dimostrata efficacia, è un obiettivo che si può raggiungere solamente attraverso politiche sanitarie integrate e interagenti con settori extra-sanitari; fondamentale è la condivisione degli obiettivi ai diversi livelli di responsabilità.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007 prevede il raggiungimento di due obiettivi fondamentali:

1. Disporre di informazioni su obesità e sovrappeso, abitudini nutrizionali e attività fisica della popolazione italiana in età infantile e adulta;
2. Pianificare, a livello regionale e locale, interventi che mirino a migliorare la nutrizione e a promuovere l'attività fisica presso la popolazione.

C'è quindi un forte interesse e un forte mandato alle Regioni, a cui è richiesto anche di istituire un osservatorio sull'obesità e il sovrappeso.

Disponibilità di informazioni da altre fonti

Le informazioni sui consumi alimentari sono raccolte:

- dall'ISTAT, che fornisce stime su scala nazionale e regionale attraverso le Indagini Multiscopo; in particolare con le rilevazioni su "Stili di vita e condizioni di salute" nell'indagine annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" (ultimo anno disponibile 2004–2005)
- dal sistema "Health for All – Italia", database aggiornato con cadenza semestrale, con relativo rilascio dei dati sul sito Internet dell'Istat, a giugno e a dicembre di ogni anno, che contiene molti indicatori regionali socio-sanitari tra i quali anche i consumi alimentari
- dall'INRAN (Istituto Nazionale per la Ricerca su Alimentazione e Nutrizione) con indagini *ad hoc* e elaborazione delle Linee Guida per "una sana alimentazione italiana"
- da altri istituti di statistica (DOXA – EURISKO)

Dati relativi al sovrappeso e obesità sono raccolti dall'ISTAT e anche su iniziativa di singole Regioni ed Enti locali (50). Inoltre esistono diversi studi *ad hoc* per categorie di popolazione.

Non sono disponibili informazioni attendibili, raccolte in modo sistematico, sullo stato nutrizionale a livello di ASL sui cambiamenti delle abitudini alimentari e sulla percezione individuale del peso corporeo e della corretta alimentazione.

Semplicità di raccolta

L'esperienza degli studi trasversali PASSI 2005 e 2006 non ha evidenziato difficoltà nella somministrazione del questionario relativamente alla sezione alimentazione e stato nutrizionale.

Variabilità temporale

Esistono, per la maggior parte delle variabili considerate dei trend in aumento, sia per quanto riguarda la situazione nutrizionale (sovrappeso/obesità), sia anche nei comportamenti positivi per quanto riguarda le abitudini alimentari. Le variazioni che ci si attendono sono a medio–lungo termine per quanto riguarda l'inversione di tendenza del sovrappeso/obesità, mentre a breve–medio termine per quanto riguarda il cambiamento delle abitudini alimentari e la percezione del proprio stato nutrizionale.

Prevalenza

La prevalenza attesa di alcune variabili indagate può essere ricavata dai risultati dello studio trasversale PASSI 2005. I *range* di prevalenza di sovrappeso e obesità nelle ASL che hanno eseguito un campionamento aziendale sono rispettivamente 23–45% e 7–19%. Nelle Regioni, i dati ottenuti circa sovrappeso e obesità si distribuiscono negli intervalli 25–39% per il sovrappeso e 7–14% per l'obesità. C'è una variabilità relativamente ampia soprattutto nelle abitudini alimentari, ad esempio l'adesione al "five a day" varia per le ASL dal 3 al 29% e per le Regioni dal 7 al 20%.

Obiettivi specifici:

- Stimare la prevalenza nel campione in studio della popolazione sovrappeso o obesa, in base all'Indice di Massa Corporea (IMC).

- 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.
- Stimare le percentuali di intervistati che assumono da 1 a 5 o più porzioni al giorno di frutta e verdura.
- Stimare la proporzione delle persone intervistate che nell'ultimo anno hanno effettuato dei cambiamenti nelle proprie abitudini alimentari.

Definizioni

– Aderente al “*five a day*”: Persona che consuma 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno. Per porzione di frutta o verdura si intende un quantitativo che può essere contenuto sul palmo di una mano, cioè circa 50 grammi di insalata o 150 grammi di frutta od ortaggi crudi

Stato nutrizionale:

- Sottopeso: IMC <18,5;
- Normopeso: IMC compreso fra 18,5 e 24,9;
- Sovrappeso: IMC compreso fra 25 e 29,9
- Obeso: IMC \geq 30.

Consumo di alcol

Importanza del problema

Il consumo di alcol fa parte della normale vita sociale del nostro Paese. Le relazioni tra consumo di alcol e conseguenze sanitarie sono complesse: assunto in quantità moderate l'alcol ha effetti protettivi in particolare nell'ambito delle malattie cardiovascolari; tuttavia il suo eccesso è uno dei più importanti fattori di rischio per la salute dell'uomo e rappresenta, insieme al fumo, un'importante causa di mortalità e morbosità (circa il 4% del *burden of disease* mondiale (51,52).

Numerose evidenze dimostrano che le persone che abusano dell'alcol (e i giovani in particolare) risultano più frequentemente inclini a comportamenti ad alto rischio per sé e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi (31).

Inoltre l'abuso cronico di alcol è in grado di provocare una serie di danni (complessivamente circa 60 patologie) a vari livelli (sistema nervoso centrale e periferico, digerente e cardiovascolare) e aumenta il rischio di insorgenza di vari tipi di tumore, soprattutto di fegato, mammella, cavo orale, faringe/prime vie aeree e stomaco (45).

Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: gli effetti dell'abuso di bevande alcoliche nei paesi dell'Unione Europea sono responsabili complessivamente di costi sociali stimati tra l'1 e il 3% del PIL (53).

Potenziali benefici degli interventi e disponibilità di interventi efficaci

La sospensione o riduzione del consumo eccessivo di bevande alcoliche determina sensibili effetti benefici sulla morbosità e mortalità, sia immediati (es. incidenti del traffico, danni fetali, sindrome depressiva secondaria) sia nel lungo termine (es. cirrosi epatica) (53).

Gli esperti in valutazione di interventi efficaci della Community Guide stanno attualmente lavorando ad una revisione sistematica degli interventi di prevenzione in relazione all'abuso di alcol (54). Altre revisioni (51) riportano una serie di interventi ritenuti più o meno efficaci. Interventi di educazione e informazione da soli non sembrano efficaci, ma possono essere utili nel sostegno ad altre azioni più

incisive come le politiche e interventi che incidono sul prezzo e sulla disponibilità degli alcolici, l'età minima consentita per l'acquisto di alcolici, le norme sull'alcolemia consentita per la guida e il loro controllo (52), e la responsabilizzazione dei gestori di esercizi pubblici nella mescolta di bevande alcoliche. Anche il Medico di Medicina Generale (MMG) può svolgere un importante ruolo (55) nella prevenzione oltre che nel trattamento di problemi alcol-correlati.

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Nazionale della Prevenzione e supporto ai programmi di sanità pubblica

Nella seduta del 25 maggio 2005 l'Assemblea Mondiale della Sanità (56) ha deliberato di richiedere a tutti gli stati membri di sviluppare, implementare e valutare strategie e programmi efficaci nella riduzione degli effetti negativi sulla salute del consumo nocivo di alcol, di incoraggiare l'impegno attivo di tutti i gruppi di interesse sociali ed economici (comprese istituzioni scientifiche, professionali, di volontariato, associazioni industriali, settore privato e società civile) nella riduzione del danno derivante dal consumo nocivo di alcol e di supportare le azioni concordate a livello di OMS (57).

In Italia già nel Piano Sanitario Nazionale 2003–2005 la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è stata riconosciuta come uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, soprattutto in relazione alla protezione della salute delle giovani generazioni. Il Ministero della Salute ha elaborato nel Dicembre 2004 un Piano nazionale Alcol e Salute, inserito nel programma di attività del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), quale strumento per favorire azioni di ampio respiro per la prevenzione dei problemi alcol-correlati in tutto il territorio nazionale.

Il consolidamento delle politiche del nostro Paese riflette del resto gli orientamenti delle politiche alcolologiche della Unione Europea, che hanno avuto, negli ultimi anni, un forte impulso con l'inserimento, nel nuovo Programma di azione comunitario di sanità pubblica per gli anni 2003–2008, delle problematiche sanitarie connesse con uso e abuso di alcol.

Il Piano sanitario nazionale 2006–2008 (32) prevede il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Adottare politiche e azioni che intervengano sulla percezione culturale del bere, al fine di rendere evidenti le diverse implicazioni di rischio connesse ai diversi comportamenti, trasmettendo in proposito univoci e adeguati orientamenti.
- Accrescere la disponibilità e l'accessibilità di efficaci trattamenti, nei servizi pubblici o accreditati, per i soggetti con consumi dannosi e per gli alcol-dipendenti conclamati, nonché sorvegliare l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

Le informazioni ricavate dal Piano di Sorveglianza potranno essere utilizzate per:

- Stimare il consumo di alcol a livello di singola ASL.
- Individuare gruppi a rischio verso i quali indirizzare gli interventi di prevenzione.
- Fissare obiettivi specifici a partire dai valori di base riscontrati e dalle caratteristiche di consumo individuate.
- Valutare gli interventi di prevenzione.

Disponibilità di informazioni da altre fonti

L'ISTAT nell'Indagine Multiscopo (che ha una cadenza annuale) rileva alcune informazioni sul consumo delle bevande alcoliche, in particolare sulle quantità e sulle modalità di consumo (consumo fuori pasto). Tali informazioni mancano tuttavia a livello di ASL. Inoltre, non sono disponibili dati sulla attenzione al problema da parte degli operatori sanitari.

Semplicità di raccolta

La parte del questionario degli studi trasversali PASSI relativa al consumo dell'alcol (semplificata nel 2006) è risultata tra le sezioni più criticate. La relativa complessità di questa sezione è data in primo

luogo dalla necessità di dare inizialmente (e far comprendere) la definizione di “unità di bevanda alcolica”. Un altro punto critico è collegato al consumo di alcol fuori pasto. Non è codificato quando tale comportamento può essere considerato nocivo o “a rischio”. Inoltre la definizione adottata di bevitore smodato (*binge*, secondo la dizione anglosassone) negli studi PASSI, che consuma 6 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione, benché permetta confronti a livello nazionale con i dati OSSFAD (58) e ISTAT (59) non permette tali confronti a livello internazionale, dove esiste un ampio consenso sull'adozione della soglia delle 5 unità.

Variabilità temporale

Il consumo di alcol generalmente non varia rapidamente nel tempo considerando la popolazione nel suo insieme. Tuttavia nelle fasce giovanili è possibile osservare cambiamenti anche più rapidi nel tempo. Inoltre la guida in stato di ebbrezza deve essere considerato un comportamento che, indipendentemente dal consumo generale, può variare velocemente nel tempo in seguito ad interventi di prevenzione. Anche l'attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, partendo da livelli piuttosto bassi in tutta Italia (14%, *pool* delle ASL, PASSI 2005), potrebbe essere soggetto a rapidi e sostanziali cambiamenti nel tempo.

Obiettivi specifici

- Stimare la proporzione di consumatori di alcol nella popolazione adulta e i modelli di consumo.
- Stimare la prevalenza di comportamenti a rischio (forte consumo, bevitori fuori pasto, consumo smodato/*binge*, guida in stato di ebbrezza).
- Stimare l'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'alcol.

Prevalenza

In base ai dati disponibili (Studio PASSI 2005, ISTAT e Osservatorio Nazionale Alcol) (60, 61) il 70% circa degli italiani risulta consumatore di bevande alcoliche; nel corso del periodo 1998–2001 l'incremento medio del numero di consumatori è stato pari al 6% (5% per gli uomini, 8% per le donne). I maggiori incrementi di consumo si registrano tra i giovani, in particolare tra gli adolescenti di età compresa tra i 14 e i 16 anni (con incrementi del 12% tra i maschi e del 16% tra le femmine nel giro di soli quattro anni).

Definizioni

- Consumatore di alcol: soggetto che riferisce di aver assunto almeno una bevanda alcolica nell'ultimo mese
- Consumatore forte: soggetto che riferisce di aver assunto più di 3 unità alcoliche al giorno per i maschi, più di 2 al giorno per le femmine.
- Consumo smodato o *binge*: chi ha bevuto nell'ultimo mese, almeno una volta, 5 o più unità alcoliche in un'unica occasione.
- Consumatore a rischio: soggetto che riferisce *binge drinking* oppure consumo forte.
- Guida in stato di ebbrezza: chi ha guidato un'auto o una moto entro un'ora dopo aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica.
- Unità di bevanda alcolica: l'unità di bevanda alcolica è definita pari a circa 12 gr.; questa misura equivale ad un bicchiere di vino (da 125 ml), ad una birra (da 330 ml) oppure ad un bicchierino di superalcolico (da 40ml).

Fumo di tabacco

Importanza del problema

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce (62). L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente maggiore, si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune fasce di età valori paragonabili a quelli degli uomini; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano (63).

Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo e alcune condizioni morbose. Il fumo è, infatti, il principale inquinante dell'aria che respiriamo negli ambienti confinati. Questa esposizione riguarda circa la metà dei bambini che nascono in Italia (64).

Disponibilità di interventi efficaci e loro potenziali benefici

Molte delle conseguenze nocive del fumo sono, almeno parzialmente, reversibili (65). Smettere di fumare produce ben documentati effetti benefici non solo sugli esiti di salute, ma anche sui costi dei sistemi sanitari e sull'economia in generale (66,67).

Ad esempio l'interruzione dell'abitudine al fumo porta al dimezzamento del rischio di infarto del miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore.

La *Task Force on Community Preventive Services* degli USA ha elaborato delle raccomandazioni sull'uso di interventi per ridurre l'abitudine al fumo e l'esposizione al fumo passivo.

Tra gli interventi proposti sono fortemente raccomandati (69):

- Divieti di fumare in luoghi pubblici.
- Aumento dei prezzi delle sigarette.
- Campagne informative sui mass-media.
- Riduzione dei costi per trattamenti efficaci di disassuefazione.
- *Counselling* e supporto alla cessazione del fumo via telefono, se integrato con altri interventi.
- Interventi sui MMG per stimolare il *counselling* (soprattutto se accompagnato dalla formazione dei MMG sull'argomento).

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano della Prevenzione e supporto ai programmi di Sanità Pubblica

Le attività di prevenzione dei danni derivati dal consumo/esposizione passiva al fumo di tabacco rappresentano una delle priorità sanitarie in Italia.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006–2008 (32) prevede i seguenti obiettivi:

- Prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani, tramite l'attivazione di interventi integrati di educazione alla salute rivolti ai ragazzi in età scolare (scuola media inferiore e primi anni della scuola media superiore).
- Favorire la disassuefazione dal fumo, tramite il contributo dei MMG, i Centri Antifumo già operanti, l'attivazione presso le ASL o le Aziende ospedaliere di funzioni dedicate.
- Favorire la sospensione del fumo in gravidanza tramite interventi di informazione, educazione, organizzazione di sistemi di assistenza per le donne che fumano in gravidanza e le donne in età fertile nell'ambito delle strutture operanti nel settore.
- Proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo.

Disponibilità di informazioni da altre fonti

L'ISTAT nell'Indagine Multiscopo (che ha una cadenza annuale) rileva alcune informazioni sull'abitudine al fumo; mancano tuttavia informazioni sul cambiamento avvenuto in seguito alle nuove norme anti-fumo (DPCM, 23 dicembre 2003) e il dettaglio per ASL. Altre informazioni relative all'abitudine al fumo, nonché opinioni su tale argomento provengono dalle indagini DOXA (70) e OSSFAD (71), che riportano peraltro solo stime nazionali, inoltre, non sono disponibili dati sulla attenzione al problema da parte degli operatori sanitari.

Semplicità di raccolta

La somministrazione della parte del questionario degli studi trasversali PASSI dedicata al fumo di tabacco (leggermente semplificata nel 2006) non ha presentato particolari difficoltà.

Variabilità temporale del fenomeno

L'abitudine al fumo può essere soggetta ad una variabilità abbastanza marcata soprattutto in relazione all'adozione di leggi o interventi specifici efficaci a livello di comunità. Analogamente anche la diffusione del *counselling* degli operatori e di altri interventi di disassuefazione possono variare velocemente nel tempo.

Prevalenza

Nella vita adulta, l'11,5% degli uomini e il 15% delle donne sono esposti al fumo passivo a casa. Questa esposizione comporta effetti nocivi per la salute, il più grave dei quali è costituito dalle malattie cardiovascolari per cui non è necessaria una esposizione particolarmente lunga. Seguono altri gravi effetti, tra cui il cancro del polmone e una lunga serie di problemi respiratori (72).

Con i dati ottenuti nello studio PASSI 2005 (73), si è stimata la popolazione di fumatori pari al 27% (32% uomini, 22% donne); gli ex fumatori sono stimati essere il 20% del campione, mentre le persone che non hanno mai fumato sono il 54%.

Per quanto riguarda l'atteggiamento degli operatori sanitari relativamente all'abitudine al fumo, dallo studio PASSI 2005 risulta che un intervistato su tre (39%) dichiara di aver ricevuto domande dal proprio medico in relazione alla eventuale abitudine al fumo. Il 38% dei fumatori dichiara di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari. L'interruzione dell'abitudine al fumo riferita dagli ex-fumatori mette in evidenza la predominante tendenza a risolvere il problema autonomamente.

Obiettivi specifici

- Stimare la prevalenza di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori.
- Stimare l'attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo e la diffusione del *counselling*
- Descrivere le modalità di disassuefazione dal fumo, sia per i fumatori sia per gli ex-fumatori.
- Descrivere il rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro e nei locali pubblici.
- Valutare l'esposizione al fumo passivo nelle abitazioni private, anche in relazione alla presenza di minori in famiglia.

Definizioni

- Mai fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma.
- Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente

- non fuma (da almeno 6 mesi).
- Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno.

Sicurezza stradale

Importanza del problema

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. Ogni anno in Italia si stimano in media circa 7.000–8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui fanno riscontro 25.000 invalidi permanenti con costi sociali e umani elevatissimi (74). Nel 2004, pur iniziandosi a consolidare un trend in diminuzione, si sono registrati oltre 220.000 incidenti, con circa 5.625 decessi e 316.630 feriti (75). Gli incidenti stradali rappresentano inoltre, in Italia come pure nei paesi industrializzati, la prima causa di morte sotto i 40 anni e una delle cause maggiori di invalidità. L'impatto economico è stimato pari al 2.5–3% del Prodotto Interno Lordo (76).

Il gran numero di persone coinvolte e la forte rilevanza, anche in termini di costi sociali legati all'assistenza e alla riabilitazione, fanno considerare gli incidenti stradali un'emergenza per la salute pubblica da affrontare in modo radicale per raggiungere l'obiettivo fissato dall'OMS per il 2020, rappresentato dalla riduzione di almeno il 50% di mortalità e disabilità (77).

Disponibilità di interventi efficaci e loro potenziali benefici

Il 60% degli incidenti stradali è dovuto a fattori umani: abuso di alcol, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza, sostanze psicotrope, farmaci, uso di apparecchi telefonici mobili durante la guida, disturbi o malattie che possono alterare lo stato di attenzione e di concentrazione del guidatore. Si stima che l'istituzione di controlli sistematici dell'alcolemia possa ridurre di circa un quarto gli incidenti mortali e che l'uso delle cinture di sicurezza possa prevenire il 45–60% dei casi mortali e il 50–65% dei traumi moderati–severi (78).

La *Task Force on Community Preventive Services* ha attuato revisioni sistematiche degli interventi miranti ad incrementare l'uso delle cinture di sicurezza e a ridurre la guida sotto l'effetto di bevande alcoliche. La *Task Force* raccomanda fortemente l'adozione dei seguenti interventi:

- l'adozione di leggi che rendano obbligatorio l'uso delle cinture di sicurezza e ne puniscano il mancato uso e prevedano programmi di rinforzo motivazionale
- l'introduzione di norme riguardanti il tasso di alcolemia legalmente consentito e l'istituzione di postazioni di controllo dello stato di sobrietà.

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano della Prevenzione e supporto ai programmi di Sanità Pubblica

È presente un forte impegno nell'ambito della prevenzione degli incidenti stradali sia a livello internazionale (strategia quinquennale dell'OMS (79) e programma europeo per la sicurezza stradale (80) sia nazionale con il Piano nazionale per la sicurezza stradale istituito con la legge 144/1999 (81). Il Piano Sanitario Nazionale 2006–2008 (32), riprendendo le indicazioni del piano precedente, e il Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 (7) pongono la prevenzione degli incidenti stradali tra gli obiettivi di salute prioritari. Il CCM ha inoltre fornito linee operative, sottolineando la necessità di un approccio integrato con la sinergia tra mondi diversi: sanità, trasporti, scuola, forze dell'ordine, enti locali, lavoratori che usano la strada, organizzazioni di volontariato.

Le informazioni ricavate dal sistema di Sorveglianza potranno essere utilizzate per:

- Stimare l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza a livello di singola ASL.

- Individuare gruppi a rischio verso i quali indirizzare gli interventi di prevenzione.
- Fissare obiettivi specifici per appropriati interventi preventivi a partire dai valori di base rilevati.
- Valutare gli interventi di prevenzione.

Semplicità di raccolta

Le domande poste in questa sezione negli studi trasversali PASSI non hanno presentato particolari difficoltà.

Variabilità temporale del fenomeno

La prevalenza dell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza e dell'abitudine alla guida in stato di ebbrezza possono variare rapidamente in relazione all'adozione di leggi specifiche o di controlli più severi; anche interventi specifici efficaci a livello di comunità possono contribuire alla variabilità del fenomeno.

Disponibilità di informazioni da altre fonti

Non esiste a livello nazionale un sistema di sorveglianza esaustivo che rilevi l'uso dei dispositivi di sicurezza stradale. Alcune informazioni vengono tratte dalla Scheda ISTAT-ACI sull'incidentalità stradale, raccolte dall'ISTAT con cadenza mensile: in questo caso l'unità di rilevazione è però l'incidente stradale.

I dati sull'adozione dei dispositivi di sicurezza (casco e cinture) non sono generalmente disponibili a livello di ASL, ad eccezione di una piccola percentuale di ASL che partecipano allo studio Ulisse, coordinato dall'ISS, e che fa una rilevazione sul territorio. I dati relativi all'uso delle cinture sui sedili posteriori e sulla guida in stato di ebbrezza non sono disponibili da altri sistemi di sorveglianza.

Prevalenza

In base ai dati disponibili dello Studio PASSI 2005, risulta che l'83% degli italiani usa sempre le cinture anteriori, mentre per quanto riguarda l'utilizzo di quelle posteriori il dato è molto più basso (20%). Considerando l'abitudine a portare il casco sui motocicli, la prevalenza riscontrata è 88%. La percentuale di persone che dichiarano di aver guidato in stato di ebbrezza nell'ultimo mese, che si attesta sul 10% degli intervistati, che hanno guidato.

Obiettivi specifici

- Stimare la prevalenza di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, cintura posteriore, casco)
- Stimare la proporzione di persone che riferiscono di aver guidato dopo assunzione di alcolici (tramite le domande della sezione sul consumo di alcol).

Definizioni

- Corretto utilizzo cinture anteriori: soggetto che riferisce di usare "sempre" la cintura
- Corretto utilizzo cinture posteriori: soggetto che riferisce di usare "sempre" la cintura
- Corretto uso casco: soggetto che riferisce di usare "sempre" il casco
- Guida in stato di ebbrezza: poiché il sistema PASSI si basa su dichiarazioni auto-riferite, ai fini dell'indagine si considera guidatore in stato di ebbrezza chi riferisce di aver guidato entro un'ora dopo aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (vedi sezione sul consumo di alcol) senza fare riferimento a misurazioni oggettive non disponibili.

Salute mentale

Importanza del problema

I disturbi depressivi si associano a elevati livelli di sofferenza e disabilità (83). Secondo l'OMS (83), nel 2002, il disturbo depressivo unipolare ha costituito nei Paesi sviluppati il 6% del *Burden of Disease* (carico di sofferenza e disabilità legato alle malattie); nel 2030, potrebbe diventare la prima causa di DALY (*Disability-Adjusted Life Year*, carico complessivo dovuto a disabilità + anni di vita persi).

La depressione è associata non solo ad un maggiore rischio di suicidio, ma la presenza di un disturbo depressivo in pazienti con alcune patologie somatiche è associata a esiti di salute fisica meno favorevoli. Per esempio nei pazienti con cardiopatia ischemica la depressione è il più forte predittore di eventi cardiaci nei sei mesi successivi (85). Inoltre, i disturbi depressivi costituiscono una fonte di ingenti costi sia diretti, legati al loro trattamento (86), sia indiretti, legati al mancato lavoro del paziente e alle limitazioni nelle attività quotidiane dei familiari (87).

In Italia la prevalenza stimata dei disturbi depressivi nella popolazione generale è almeno del 3% (88–90).

Vari studi, incluso il PASSI 2006, suggeriscono che molte persone affette da depressione e altri disturbi mentali gravi non ricorre ad assistenza medica (91) o che i disturbi depressivi non vengono riconosciuti sia in medicina generale sia in altri contesti clinici (92,93); tra coloro che hanno fatto ricorso ad assistenza medica, un'alta proporzione di pazienti depressi non viene trattata o non riceve comunque un trattamento adeguato (88).

Disponibilità di interventi efficaci e loro potenziali benefici

Il miglioramento dell'efficienza diagnostica rappresenta un primo passo importante per affrontare una questione prioritaria di sanità pubblica come quella dei disturbi depressivi. Gli studi suggeriscono che lo screening può migliorare gli esiti di salute se comprende anche un'opportuna gestione –da parte del medico di base– delle persone risultate probabilmente positive ad un primo test di screening, nonché un supporto attivo da parte dei servizi di salute mentale (91,95,96). Sensibilizzando i *decision makers* di salute pubblica e i medici stessi sulle dimensioni e sull'importanza del problema, si spera che semplici e rapidi strumenti di screening possano essere applicati in modo più ampio nella pratica clinica.

Per le persone a cui è stata diagnosticata una forma di depressione, è riconosciuta l'efficacia di interventi integrati, comprendenti terapie farmacologiche e psicologiche, come la terapia cognitivo comportamentale, che in media richiede non più di 16 sessioni (4 mesi) (97).

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Nazionale della Prevenzione – supporto ai programmi di sanità pubblica

Nel recente “*New Deal della Salute – Linee del Programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*”, il Ministro della Salute indica come prioritaria la predisposizione di un nuovo Progetto Obiettivo per la Salute Mentale che abbia tra i suoi obiettivi la promozione di programmi di prevenzione e diagnosi precoce di patologie come la depressione, i disturbi d'ansia e i disturbi del comportamento alimentare.

Il Piano Sanitario Nazionale pone tra i suoi obiettivi i temi della salute mentale, sottolineando la necessità di far conoscere alla popolazione l'esistenza dei servizi di cura e la possibilità di trattamento per le malattie mentali. Inoltre l'azione richiesta mira al miglioramento della capacità di risposta alle richieste di cura, con particolare riferimento alla depressione, razionalizzando le modalità di presa in carico secondo criteri basati sulla prova di efficacia.

Le informazioni ottenute dal Sistema di sorveglianza potrebbero essere utilizzate per sensibilizzare decisori, operatori sanitari e *opinione pubblica* su questo grave e crescente problema, nonché per un monitoraggio del fenomeno, che consenta di intraprendere o modificare azioni di sanità pubblica.

Disponibilità di informazioni da altre fonti

Sono disponibili i risultati di un importante studio osservazionale trasversale europeo, condotto nel periodo 2001–2003, a cui ha partecipato l'Italia (98); inoltre un numero di studi locali più piccoli. Nessuna domanda riguardante sintomi depressivi è utilizzata nell'indagine Multiscopo dell'ISTAT e non è disponibile alcun'altra fonte di dati di routine, al di fuori dei registri dei servizi psichiatrici e dei dati SDO sul ricovero in ospedale per condizioni mentali.

Semplicità di raccolta

Nonostante i dubbi iniziali riguardanti il trattamento di un argomento così delicato, l'esperienza di PASSI 2006 non ha evidenziato difficoltà nella somministrazione del questionario relativamente a questa sezione.

Variabilità temporale

Vari studi epidemiologici suggeriscono che la prevalenza della depressione potrebbe essere in aumento negli ultimi decenni (99–101). Inoltre, si possono attendere variazioni anche rapide del ricorso alla assistenza del Sistema Sanitario Nazionale da parte di persone con sintomi depressivi.

Prevalenza

La prevalenza attesa di alcune variabili indagate può essere ricavata dai risultati dello studio trasversale PASSI 2006, che prevedeva una sezione dedicata alla salute mentale, composta da due domande, previamente dimostrate essere un indicatore valido per la depressione (102).

I *range* di prevalenza di coloro i quali hanno dichiarato di aver provato entrambi i sintomi di depressione per almeno 2 settimane nell'ultimo anno sono, nelle Regioni e nelle ASL che hanno eseguito un campionamento aziendale, rispettivamente 12–25 e 13–25%. La percentuale di chi risponde positivamente alla domanda relativa a entrambi i sintomi di depressione per almeno 15 degli ultimi 30 giorni risulta variare per le ASL dal 2 al 9% e per le Regioni dal 5 al 7%. Va precisato che le due domande del piano di sorveglianza relative alla salute mentale sono state modificate, per cui ci si aspetta che i risultati saranno più bassi.

Obiettivi specifici

- Stimare la prevalenza dei sintomi depressivi nella popolazione in studio.
- Stimare la percentuale delle persone con sintomi di depressione che sono ricorse all'assistenza di un operatore sanitario.

Definizioni

Per sviluppare una definizione di depressione verranno utilizzate due domande del *Patient Health Questionnaire* (103), strumento validato internazionalmente.

Per ogni domanda, il numero di giorni durante le ultime due settimane nei quali l'intervistato ha riferito sintomi, verranno tramutati in punteggio nel modo seguente:

0–1 giorni	= 0 punti
2–6 giorni	= 1 punti
7–11 giorni	= 2 punti
12–14 giorni	= 3 punti

Il punteggio massimo è 6, quindi un punteggio uguale o maggiore di tre verrà considerato come

sindrome depressiva secondo gli scopi dell'analisi (in altri studi, questo *cutoff* ha dimostrato una sensibilità di 0,83 e una specificità di 0,90, per i disturbi depressivi più importanti, e una sensibilità di 0,62 e una specificità di 0,95, per ogni disturbo depressivo).

Vaccinazione Antinfluenzale

Importanza del problema

Malattia virale acuta del tratto respiratorio, altamente contagiosa e a carattere stagionale, l'influenza, nei paesi a climi temperati, è causa di epidemie della durata di 4–8 settimane che si verificano nei mesi invernali.

La malattia, normalmente autolimitantesi, può assumere un decorso grave, specialmente negli individui a rischio (persone affette da malattie croniche, bambini e anziani), a causa di complicanze che determinano significativi incrementi dell'ospedalizzazione e della mortalità (104,105).

In corso di epidemie estese l'influenza colpisce tra il 5 e il 30% della popolazione (106) con importanti ripercussioni negative sull'attività lavorativa e sulla funzionalità dei servizi di pubblica utilità.

Si stima che nei paesi industrializzati la mortalità dovuta ad influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive (107).

Disponibilità di interventi efficaci e loro potenziali benefici

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il più efficace intervento preventivo negli ultrasessantatrenni e in tutte le persone affette da malattie croniche, che, per la loro condizione, rappresentano la popolazione maggiormente esposta al rischio di sviluppare complicanze gravi dell'infezione da virus influenzali (108–110).

Diversi studi indicano un'efficacia protettiva del vaccino del 70–90% (111). Nelle persone anziane e in quelle a rischio, il vaccino può essere meno efficace nel prevenire l'influenza, ma è molto efficace nel ridurre la severità della malattia e il rischio di complicanze serie e di morte (112).

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano della Prevenzione e supporto ai programmi di Sanità Pubblica

Da diversi anni (1998) la vaccinazione antinfluenzale delle classi a rischio (ultrasessantatrenni e persone affette da malattie croniche cardiorespiratorie, renali e del metabolismo) è inserita tra gli obiettivi primari del Piano Sanitario Nazionale (113). Il Piano Nazionale della Prevenzione ha incluso tale attività tra i suoi obiettivi prioritari.

Obiettivo minimo da perseguire per ridurre la morbosità per influenza e le sue complicanze nonché gli eccessi di mortalità è rappresentato nella copertura vaccinale del 75% della popolazione bersaglio, mentre, ovviamente, il 100% rappresenta l'obiettivo ideale (114).

Disponibilità di informazioni da altre fonti

Annualmente il Ministero della Salute, attraverso le Regioni e le Province autonome, rileva le coperture vaccinali negli ultrasessantatrenni e nella popolazione a rischio. Tuttavia, mentre per gli anziani le rilevazioni possono considerarsi esaustive, non sono invece disponibili valori di copertura per gli adulti portatori di fattori di rischio.

La rilevazione routinaria del Ministero, inoltre, non include la popolazione vaccinata in strutture differenti da quelle del Servizio Sanitario Nazionale.

Semplicità di raccolta

L'esperienza degli studi trasversali PASSI 2005 e 2006 non hanno evidenziato criticità nella rilevazione di tale variabile.

Variabilità temporale

È atteso un costante e significativo miglioramento delle coperture vaccinali nelle categorie a rischio, tra i 18 e i 65 anni. È comunque importante monitorare il fenomeno (Piano Sanitario Nazionale, Piano Nazionale Vaccini 2005–2007, Piano Nazionale della Prevenzione, Circolare ministeriale “Prevenzione e controllo dell'influenza”).

Prevalenza

I dati prodotti dalla rilevazione PASSI 2005 hanno permesso di individuare nel 28% la prevalenza delle persone adulte (18–64 anni) portatori di condizioni a rischio e regolarmente vaccinate per l'influenza nell'anno precedente (115).

Obiettivi specifici

Stimare nella popolazione bersaglio (età 18 – 64 anni, con almeno una patologia cronica) la prevalenza delle persone che hanno ricevuto il vaccino antinfluenzale nei 12 mesi precedenti l'indagine.

Definizioni

- Popolazione adulta a rischio per l'infezione da virus dell'influenza: persone di età 18–64 anni, portatori di almeno una patologia cronica a carico dell'apparato cardiovascolare, polmonare, renale, o affetta da diabete o da patologia tumorale.
- Copertura vaccinale antinfluenzale delle persone a rischio: percentuale delle persone adulte appartenenti alle categorie a rischio per l'infezione da virus dell'influenza vaccinate nei 12 mesi precedenti l'intervista, distinguendo nei mesi autunnali tra la campagna vaccinale in corso e quella precedente.

Vaccinazioni in età adulta: rosolia

Importanza del problema

La rosolia, malattia esantematica generalmente benigna, se contratta in gravidanza, può avere conseguenze drammatiche per il feto. Si tratta di una condizione completamente prevenibile che, pur non avendo un'incidenza elevata, ha conseguenze gravi sulla qualità della vita, della persona colpita e della sua famiglia, che comportano un notevole carico assistenziale ed economico per la società. Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è la prevenzione dell'infezione nelle donne in stato di gravidanza e, quindi, della rosolia congenita. Nel nostro Paese, purtroppo, il rischio di rosolia congenita continua ad essere presente.

ROSOLIA: Nonostante l'introduzione della vaccinazione, dal 1971 al 1996 l'incidenza della malattia è rimasta pressoché stabile; l'ultima epidemia si è verificata nel 2002 con 6224 casi notificati; dal 2002 si è osservata una riduzione di incidenza con il minimo storico di 139 casi notificati nel 2005 (dati provvisori, Ministero della Salute).

Questi dati tuttavia devono essere interpretati con prudenza, dato che le notifiche rappresentano solo

una parte dei casi totali di malattia, ed è stato stimato che corrispondano alla quinta–sesta parte dei casi reali, con notevoli differenze tra aree geografiche (116).

ROSOLIA CONGENITA: Dall'esame delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) nazionali emerge che casi di rosolia congenita continuano a verificarsi, ad esempio nel 2002, risultavano 26 casi ricoverati con diagnosi principale di dimissione di rosolia congenita. Nonostante i limiti del sistema di rilevazione utilizzato, questi valori dimostrano comunque che il problema della rosolia congenita è tutt'altro che risolto nel nostro Paese. 117

Disponibilità di interventi efficaci e loro potenziali benefici

La vaccinazione anti–rosolia ha dimostrato un'efficacia di protezione verso l'infezione superiore al 90% e la conseguente immunizzazione risulta duratura (117–119).

Per garantire efficacia al programma di prevenzione della SRC (incidenza < 1 caso/100.000 nuovi nati) è necessario assicurare una prevalenza dell'immunità $\geq 95\%$ nelle donne in età fertile (popolazione bersaglio) (116).

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano della Prevenzione e supporto ai programmi di Sanità Pubblica

Il piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita ha proposto strategie di vaccinazione specifiche per la prevenzione della rosolia nelle donne in età fertile. L'obiettivo è ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi entro il 2007 attraverso la vaccinazione di almeno il 95% delle donne in età fertile e il mantenimento della suscettibilità alla rosolia nelle donne in età fertile minore del 5%

Disponibilità di informazioni da altre fonti

Non sono disponibili dati esaurienti sullo stato immunitario verso la rosolia delle donne in età fertile.

Semplicità di raccolta

L'esperienza PASSI 2005 non ha evidenziato criticità nella rilevazione di tale variabile.

Variabilità temporale

È atteso un costante e significativo miglioramento dello stato immunitario della popolazione bersaglio (donne in età fertile). È comunque indispensabile un monitoraggio del fenomeno, vista l'assenza di altre fonti.

Obiettivi specifici

- 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

Prevalenza

I dati prodotti dalla rilevazione PASSI 2005 hanno permesso di individuare nel 53% la prevalenza delle donne di età 18–45 anni immuni verso l'infezione dal virus della Rosolia (vaccinate o con *rubeotest*)

positivo) (120), il 4% risultava suscettibile (non vaccinate e *rubeotest* negativo) mentre per il 43% lo stato immunitario non era noto (non vaccinate e *rubeotest* non praticato o non noto).

Definizioni

- Donne immuni alla rosolia: donne in età fertile (18–44 anni) con anamnesi positiva per vaccinazione anti-rosolia e/o *rubeotest* positivo per IgG anti-rosolia

Incidenti domestici

Importanza del problema

Gli incidenti domestici rappresentano, nella maggior parte dei Paesi industrializzati, un'area-problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi consegue, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, poiché il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza. In Europa tra il 1998 e il 2000 secondo i dati raccolti dal progetto ELHASS (121), quasi 20 milioni di persone (il 7% dei residenti) hanno subito infortuni domestici, con oltre 5 milioni di ricoverati e 56 mila morti.

In Italia secondo i dati dell'indagine "Multiscopo dell'ISTAT" (122) il numero di infortuni domestici mostra un andamento in costante crescita: si è passati, infatti, da 2.743.000 infortuni nel 1988 a 4.380.000 nel 2000. Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 103.000 a 3.480.000. Secondo i dati dello studio SINIACA (123) 1.300.000 persone (2% della popolazione residente) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso nel 2004 a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati. Infine dai dati ISTAT e SINIACA si possono stimare 4.500 morti per incidente domestico nel 2001.

Disponibilità di interventi efficaci e loro potenziali benefici

Le strategie di intervento che sembrano più efficaci sono quelle che comprendono approcci multipli. Queste sono composte da (124–127):

- interventi basati sulla promozione dell'attività fisica fra gli anziani;
- rilevazione delle caratteristiche strutturali e impiantistiche delle abitazioni in occasione di visite domiciliari;
- formazione degli operatori sanitari e sociali per acquisire le competenze idonee a realizzare gli interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti socio-assistenziali connessi;
- campagne informative;
- fornitura di dispositivi a basso costo (es: strisce antiscivolo, maniglioni, spie anti-incendio);
- interventi educativi rivolti agli anziani, soprattutto quelli che vivono soli, e a bambini di 0–4 anni coinvolgendo genitori e scuola.

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Nazionale di Prevenzione e supporto ai programmi di sanità pubblica

È presente un forte impegno nell'ambito della prevenzione degli incidenti domestici sia a livello internazionale (Programma europeo di azione per la prevenzione delle lesioni personali, decisione n.372/1999/CE del Parlamento Europeo) (128) sia nazionale (Legge 3 dicembre 1999, n. 493 (129); Piano Sanitario Nazionale 2003–2005 e 2006–2008).

La sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici rientrano tra gli ambiti di azione del Piano

Nazionale di Prevenzione Attiva per il triennio 2005–2007.

Conseguentemente diverse Regioni hanno chiesto che fosse inserito, almeno a rotazione, una sezione sulla sicurezza domestica nel Sistema di Sorveglianza PASSI fin dalla fase di sperimentazione avendo previsto PASSI tra gli strumenti di valutazione dei loro Piani di Prevenzione regionali.

I dati potranno essere utilizzati per:

- stimare la percezione del rischio e la sua evoluzione
- stimare il tipo di informazione che raggiunge la popolazione
- stimare l'adozione di interventi di prevenzione e la modifica di comportamenti

Semplicità di raccolta

La parte del questionario riguardante la sicurezza domestica è stata utilizzata nel 2005 come estensione facoltativa da 3 ASL. Quell'esperienza ha mostrato che il questionario PASSI (130) per tipologia, dimensione campionaria e tipologia di popolazione indagata non permetteva di avere informazioni del fenomeno infortunistico dal punto di vista dell'incidenza, dinamiche ed esiti. PASSI 2006 ha di conseguenza analizzato altri aspetti quali la percezione del rischio e dell'informazioni ricevute sulla tematica; queste domande non hanno presentato particolari difficoltà.

Variabilità temporale del fenomeno

Le variazioni che ci si attendono per la percezione e l'adozione di misure preventive saranno visibili nel medio–lungo termine, mentre nel breve–medio periodo ci si può attendere un'evoluzione della qualità e quantità delle informazioni ricevute in conseguenza di specifici ed efficaci interventi a livello di comunità.

Disponibilità di informazioni da altre fonti

Non esiste a livello nazionale un sistema di sorveglianza esaustivo che rilevi tutte le dimensioni dell'infortunistica domestica. Dati sulla prevalenza e sugli esiti si possono ricavare dalle indagini multiscopo ISTAT e dal sistema SINIACA che però non indagano percezione del rischio e l'adozione di misure preventive oltre a non fornire dati con dettaglio di ASL.

Prevalenza

I dati prodotti dallo studio PASSI 2005 per la Regione Emilia Romagna hanno stimato nel 58% le persone con percezione assente/bassa di subire un infortunio in ambito domestico; il 29% degli intervistati ha ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici negli ultimi 12 mesi, mentre il 31% ha modificato i propri comportamenti o adottato misure preventive dopo l'informazione.

Obiettivi specifici

- valutare la consapevolezza del rischio in ambito domestico;
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli sui rischi in ambito domestico da parte di un operatore sanitario e/o socio–sanitario;
- stimare la proporzione di popolazione che ha adottato dispositivi di sicurezza nella propria abitazione o modificato i propri comportamenti

Salute autopercipita

Importanza del tema

Il concetto di salute correlata alla qualità di vita (*Health Related Quality of Life*, HRQOL) (131), sviluppatosi fin dagli anni '80, appare ampio e complesso, comprendendo aspetti correlati con lo stato sia

fisico sia mentale della persona; esso si è rapidamente guadagnato accettabilità come indicatore misurabile di *outcome* di salute ed è divenuto un importante componente nei sistemi di sorveglianza sullo stato di salute delle popolazioni. In diversi studi, condotti su scala internazionale, lo stato di salute percepito è risultato essere un predittore di salute più significativo rispetto a mortalità e morbosità, appare, infatti, correlato sia alla presenza delle più frequenti patologie croniche (malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie osteoarticolari, diabete, ecc.) sia ai loro fattori di rischio (es. sovrappeso e obesità, tabagismo, inattività fisica) (132–135).

La rilevazione della “salute percepita” rende possibile conoscere la variabilità degli effetti che i diversi eventi patologici producono sulla qualità della vita dei soggetti.

L’acquisizione frequente e tempestiva di dati di qualità a livello locale sullo stato di salute percepita, tuttora mancanti nella maggior parte delle realtà nazionali, potrebbe diventare una base informativa preziosa nella verifica dei progressi di salute attribuibili agli interventi preventivi sul territorio.

Priorità del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Nazionale di Prevenzione e supporto ai programmi di sanità pubblica

Avere una stima della valutazione soggettiva dello stato di salute della popolazione è di estrema rilevanza in ogni Piano Sanitario Nazionale. Ciò che chiamiamo “salute” è un complesso di fattori che comprende sia l’assenza di malattie sia l’adattamento soggettivo all’ambiente sociale in cui ci veniamo a trovare. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute in senso positivo come una condizione di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo come assenza di malattia. Non può perciò mancare l’analisi dello stato di salute anche “soggettivo” dei cittadini (136).

Semplicità di raccolta

Gli studi PASSI condotti nel 2005 e 2006 non hanno evidenziato difficoltà nella somministrazione delle domande relative alla salute percepita. Il modello utilizzato per valutare la salute percepita è quello della stima dei “giorni vissuti in salute”, attraverso quattro domande intese a rilevare lo stato di salute e il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici e per motivi psicologici, nonché i giorni di limitazione delle abituali attività, sempre in riferimento agli ultimi trenta giorni. Questo metodo è stato largamente testato in molti contesti ed è considerato affidabile e valido.

Variabilità temporale

Quale indicatore di outcome dello stato di salute ci si aspetta che vari in funzione dei miglioramenti attuati nel Servizio Sanitario Nazionale. Il monitoraggio per ASL inoltre contribuisce ad evidenziare le “aree di disagio” presenti nel territorio italiano.

Disponibilità di informazioni da altre fonti

L’ISTAT nell’Indagine Multiscopo (137) (che ha una cadenza annuale) rileva lo stato di salute percepita nella popolazione, ma manca la rilevazione del numero dei giorni in cattiva salute. Nell’indagine si fa ricorso allo strumento SF12 (*Short Form Health Survey*), derivante dalla versione SF36 impiegata anche in altre indagini sulla salute in Europa.

L’SF12 consente di pervenire a due indici sintetici, di salute fisica (PCS–*Physical Component Summary*) e salute mentale (MCS – *Mental Component Summary*). Mancano tuttavia informazioni con dettaglio a livello di ASL (138–139).

Prevalenza

In base ai dati disponibili dello Studio PASSI 2005, risulta che il 65% degli italiani percepisce come molto buona o buona la propria salute, mentre coloro i quali la giudicano discreta, cattiva o molto cattiva sono il 35% della popolazione.

Obiettivi specifici

- Stimare la prevalenza di persone che si percepiscono in buona e cattiva salute.
- Stimare il numero medio di giornate nelle quali le persone non si sono sentite bene, considerando la salute fisica e gli aspetti psicologici.
- Stimare il numero medio di giornate nelle quali le persone non sono state in grado di svolgere le abituali attività a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.

Definizioni

Persone che si percepiscono in buona salute: persone che hanno risposto molto bene o bene alla domanda del questionario “Come va in generale la sua salute?”

Persone che si percepiscono in cattiva salute: persone che hanno risposto discretamente, male o molto male alla domanda del questionario “Come va in generale la sua salute?”

Appendice

Calcolo degli intervalli di confidenza, in funzione della prevalenza delle variabili e della numerosità delle sottopopolazioni

Sono qui sotto riportati a scopo puramente indicativo gli intervalli di confidenza attesi per alcune variabili, assumendo una popolazione di ASL pari a 200.000 persone e una popolazione regionale pari a 2.000.000.

Va precisato che gli Intervalli di Confidenza cambiano in misura del tutto trascurabile per valori diversi della popolazione di ASL e Regioni.

Tabella A1. Intervalli di Confidenza al 95% in base alle prevalenze attese delle variabili e alla numerosità delle diverse sottopopolazioni nel campionamento REGIONALE

Prevalenza %	IC 95%					Esempi di variabili	Porzione del campione
	Numerosità delle sottopopolazioni						
	100	250	500	1.000	2.000		
90	±6	±4	±3	±2	±1	Pap test	50%
65	±9	±6	±4	±3	±2	Counselling per i fumatori	30%
50	±9	±6	±4	±3	±2	Vaccinazione anti-rosolia	20%
30	±9	±6	±4	±3	±2	Fumatori	100%
15	±7	±4	±3	±2	±2	Mammografia dopo consiglio medico	40%
10	±6	±4	±3	±2	±1	Obesità	100%

Un esempio: mammografia dopo consiglio medico.

Nell'ipotesi di campioni regionali di numerosità pari a 1.000, poiché la popolazione di riferimento per lo screening mammografico (donne di età compresa tra 50 e 69 anni) è pari al 40% del totale, sono 400 le persone che costituiscono questa sottopopolazione. Gli intervalli di confidenza attesi per la variabile “mammografia dopo consiglio medico” sono quindi ricavabili approssimativamente dalla tabella sopra riportata: per una numerosità compresa tra 250 e 500, se la prevalenza della variabile è 15%, gli IC 95% risulteranno pari a ± 3–4%.

Tabella A2. Intervalli di Confidenza al 95% in base alle prevalenze attese delle variabili e alla numerosità delle diverse sottopopolazioni nel campionamento AZIENDALE

Prevalenza %	IC 95%					Esempi di variabili	Porzione del campione
	Numerosità delle sottopopolazioni						
	35	60	120	200	275		
98	±5	±4	±3	±2	±2	Uso del casco	20%
90	±9	±7	±5	±4	±3	Mammografia	25%
65	±16	±12	±9	±7	±6	Counselling per i fumatori	30%
50	±17	±13	±9	±7	±6	Vaccinazione anti-rosolia	25%
40	±16	±12	±9	±7	±6	Eccesso ponderale	100%
30	±15	±12	±8	±6	±5	Fumatori	100%
25	±14	±11	±8	±6	±5	Ipertesi	100%
20	±13	±10	±7	±6	±5	Sedentari	100%
15	±12	±9	±6	±5	±4	Vaccinazione antinfluenzale	100%
10	±11	±9	±6	±5	±4	Colonscopia	40%
5	±6	±4	±3	±2	±2	Carta del rischio	60%

Un esempio: *counselling* per i fumatori.

Nell'ipotesi di campioni aziendali di numerosità pari a 275, poiché la popolazione dei fumatori (persone di tutte le età che dichiarano di fumare attualmente) è pari al 30%, sono 85 le persone che costituiscono questa sottopopolazione. Gli intervalli di confidenza attesi per la variabile “*counselling* per i fumatori” sono quindi ricavabili approssimativamente dalla tabella sopra riportata: per una numerosità compresa tra 60 e 120, se la prevalenza della variabile è 65%, gli IC 95% risulteranno pari a $\pm 9\%$ – 12% .

Si può notare che, per alcune sottopopolazioni e per alcune variabili, data l'esiguità dei campioni aziendali, gli intervalli di confidenza possono risultare piuttosto ampi. Se si vogliono ottenere stime più precise, con intervalli di confidenza più ristretti, è indispensabile aggregare i dati di più anni o aumentare la numerosità tramite sovracampionamento.

Bibliografia

1. Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute. *Malattie cardiovascolari – Dimensioni del problema: fattori di rischio*. Roma: CCM; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglioInterne.jsp?id=34&men=stili&label=cardio&lingua=italiano>; ultima consultazione: 30/08/2007.
2. Istituto Superiore di Sanità. Progetto CUORE – *Le malattie cardiovascolari*. Roma: ISS; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cuore.iss.it/indicatori/malattie-cardio.asp>; ultima consultazione: 30/08/2007.
3. Programma Nazionale Linee Guida (PNLG) – *Documento di indirizzo: Colesterolo. Le strategie preventive per la riduzione del rischio coronario*. Roma: PNLG; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pnlg.it/LG/005colest/4-strategie.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
4. Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. *JAMA* 2003; 289(16):2083–93.
5. Giampaoli S, Palmieri R, Mattiello A, Panico S. Definition of high risk individuals to optimise strategies for primary prevention of cardiovascular diseases. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2005;15(1):79–85.
6. Hense HW. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. *International Journal of Epidemiology* 2004;33:235–9.

7. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
8. Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). *Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening*. Milano: Inferenze scarl; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp_introduzione.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
9. Italia. Ministero della Salute, Commissione Oncologica Nazionale (D.M. 26.5.2004). Materiale prodotto dalla Commissione Oncologica Nazionale per un piano oncologico nazionale. Roma, ottobre 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.CCM.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_556_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
10. Istituto Nazionale di Statistica. *La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000/2002*. Roma: ISTAT; 2004.
11. AIRT Working Group. I tumori in Italia – Rapporto 2006. I dati dei registri tumori. *Epidemiologia & Prevenzione* 2006(30) suppl. 2.
12. Centers for Disease Control and Prevention. *The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Part II. Reducing Disease, Injury, and Impairment*. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/cancer.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
13. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004–2006 del 6 aprile 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/legislazione/documenti/piano_prev_attiva2004_2006.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
14. Italia. Regione Piemonte. *Prevenzione del tumore del collo dell'utero*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/utero.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
15. National Cancer Institute. *Breast Cancer (PDQ®): Screening. Summary of Evidence*. Disponibile all'indirizzo > www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional; ultima consultazione: 30/08/2007.
16. Italia. Regione Piemonte. *Prevenzione del tumore della mammella*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/mammella.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
17. National Cancer Institute. *Colorectal Cancer (PDQ®): Screening*. Disponibile all'indirizzo: www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional; ultima consultazione: 30/08/2007.
18. Task Force on Community Preventive Services. *Guide to Community Preventive Services – Improving the Use of Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening*. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/ca-screening.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
19. Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, Anghinoni E, Scalisi A, Dalla Palma P, Zanier L, Federici A, Angeloni C, Prandini S, Maglietta R, Mancini E, Pizzuti R, Iossa A, Segnan N, Zappa M. Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). *Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening*; 2005. p. 42–57.
20. Giordano L, Giorgi D, Piccini P, Stefanini V, Castagno R, Senore C. Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996–2003. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). *Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening*; 2005. p. 28–41.

21. Zorzi M, Grazzini G, Senore C, Vettorazzi M. Lo screening coloretale in Italia: survey 2004. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). *Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening*; 2005. p. 58–71.
22. De Giacomi G, Perra A, Bertozzi N, Bietta C, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La valutazione dello studio "PASSI" – Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia. *BEN–Notiziario ISS* 2005;18 (11):i–ii.
23. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity, A Systematic Review. *Am J Prev Med* 2002; 22 (4S):73–107.
24. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22(4S):97–72.
25. Wang F, Mc Donald T, Reffitt B, Edington DW. BMI, Physical activity, and health care utilization/ costs among Medicare recipients. *Obesity Research* 2005 13, 1450–7.
26. Fifty–Seventh World Health Assembly. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-en.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
27. Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, *JAMA*. 2003;289:2913–6.
28. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of *counselling* patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:793
29. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih/2010uih.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
30. Unione Europea. *Public Health Programme 2003–2008*. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm; ultima consultazione: 30/08/2007.
31. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
32. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
33. Fateh–Moghadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. Livelli di attività fisica e *counselling* dei medici nella popolazione delle ASL partecipanti allo studio PASSI *BEN Notiziario ISS* 2006;19(9); v–vi.
34. Cancer Research UK. *News and Resources: Diet and cancer: the evidence*. Disponibile all'indirizzo: <http://info.cancerresearchuk.org/healthyliving/dietandhealthyeating/howdoweknow/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
35. World Health Organization. *Global strategy on diet, physical activity and health Fruit, vegetables and NCD disease prevention*. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfsv_fv.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
36. World Health Organization. *Prevenire le malattie croniche un investimento vitale*. Ginevra: WHO; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Overview_Italian.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.

37. Istituto Nazionale di Statistica. *Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999–2000* Roma: ISTAT; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
38. Istituto Nazionale di Statistica. *Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003* Roma: ISTAT; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
39. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults. *Systematic Evidence Review* 2003;Number 21.
40. Centers for Disease Control and Prevention. Department of health and human services. *Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Program. Resource Guide for Nutrition and Physical Activity Interventions to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases* Atlanta: CDC; 2003. p. 11.
41. Centers for Disease Control and Prevention. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2005;54:RR–10.
42. Jain A. *What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions*. London: BMJ Publishing Group; 2004.
43. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Aunola S, Cepaitis Z, Moltchanov V, Hakumaki M, Mannelin M, Martikkala V, Sundvall J, Uusitupa M. Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343–50.
44. U.S. Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. The Food Guide Pyramid. *Home and Garden Bulletin* 1992;252.
45. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). *Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Revisione 2003*. Roma: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; 2003.
46. World Health Organization. The World Health Report 2002 Some strategies to reduce risk Chapter one. Geneva: WHO; 2003. p. 6.
47. Pomerlean J, Lock K, Knai C, Mc Kee M. Interventions designed to increase adult fruit–vegetable intake can be effective: a systematic review of literature. *J Nutr* 135:2486–95.
48. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10–year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health* 2001;56 Suppl:59–68.
49. Puska P. Successful prevention of non–communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine* 2002;4(1):5–7.
50. Monacelli G, Contaldo F, Stracci F, et al. Il Progetto "De Iuventute", *Atti VIII Convegno ANSISA, Alimenti e Comportamenti* 2003;1.
51. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365:519–30.
52. World Health Organization. 58 WHO Assembly. *Public health problems caused by harmful use of alcohol*. Geneva: WHO; 2004.
53. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm; ultima consultazione: 30/08/2007.
54. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). *Alcohol Abuse and Misuse Prevention*. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/alcohol/>; ultima consultazione: 30/08/2007.

55. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati– *Alcologia* 2002;14 (2–3):109–17.
56. World Health Organization. 58 WHO Assembly. *Public health problems caused by harmful use of alcohol*. Geneva: WHO; 2004.
57. World Health Organization. *European Alcohol Action Plan 2000–2005* Geneva: WHO; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
58. Unione Europea. Rapporto sull'alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del Rapporto. Traduzione di Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies. Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESI%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
59. Istituto Nazionale di Statistica. *L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005*. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegrale.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
60. Istituto Nazionale di Statistica. *L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve*. Roma: ISTAT; 2006.
61. Scafato E, Ghirini S, Russo R. *I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998–2001)*. Roma: ISS, Osservatorio Nazionale Alcol – OssFAD; 2004.
62. Garattini S, La Vecchia C. *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
63. Pacifici R. *OSSFAD, Rapporto Nazionale sul Fumo 2005* Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
64. Tominz R, Perra A, Binkin N, Ciofi dagli Atti M, Rota C, Bella A, Gruppo PROFEA 2002. *L'esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. Studio ICONA 2003*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/formazione/profea/abstract/tominz.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
65. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
66. Rasmussen S, Prescott E, Sørensen Tia, Sjøgaard J. The total lifetime costs of smoking. *Eur J Public Health* 2004;14:94–100.
67. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. *BMJ* 2004;328:947–9.
68. Sanguinetti CM, Marchesani F. Prevenzione primaria del fumo. In: Nardini S, Donner CF (eds). *L'epidemia del fumo in Italia*. Pisa: EdiAipo Scientifica; 2000.
69. Task Force on Community Preventive Services. Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco–Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health–Care Systems, A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2000;49(RR12):1–11.
70. Pacifici R., Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Taralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, Modigliani G, ZuccaroP. *I giovani e il fumo. Indagine Doxa 2003*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/i%20giovani%20e%20il%20fumo%20doxa%202003.1153401091.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.

71. Pacifici R. *Rapporto Nazionale sul Fumo 2005*. Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
72. Ministero della Salute. Piano di Applicazione del Divieto di Fumo nei Locali Chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna_effetti_fumo_passivo.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
73. Bietta C, Binkin N, Bertozzi N, Perra A, De Giacomi G, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito M. Abitudine al fumo: i dati delle 123 ASL dello studio “PASSI”. *Inserto BEN* 2006;19(1):i–ii. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/gennaio/notiziario.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
74. Taggi F. et al “Sicurezza stradale: verso il 2010” in <http://www.iss.it/stra/publ/cont.php?id=70&lang=1&tipo=4>; ultima consultazione: 30/08/2007.
75. ISTAT. Statistica degli incidenti stradali (Anni 2003–2004). Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/dati/catalogo/20051013_00/Incidenti_stradali_0304_ed_provvisoria.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
76. Taggi F. (Ed.). *Aspetti sanitari della sicurezza stradale (Progetto Datis – Il rapporto)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%20\(1–18\)%20SITO.1119430208.pdf](http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%20(1–18)%20SITO.1119430208.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
77. World Health Organization. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
78. Task Force on Community Preventive Services. Prevenzione delle lesioni a carico dei passeggeri di veicoli a motore: strategie volte a incrementare l'uso delle cinture di sicurezza e dei seggiolini auto per bambini e a ridurre la guida in stato di ebbrezza. (Traduzione italiana). *Epidemiologia e Prevenzione* 2002;4(suppl.). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ebp/pdf/Sup.%20capitolo%2084.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
79. World Health Organization. *A 5–year WHO strategy for road traffic injury prevention*. Geneva: WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/world-health-day/2004/en/final_strat_en.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
80. Unione Europea. Sicurezza stradale: programma d'azione europeo per la sicurezza stradale (2003–2010). Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/scadplus/leg/it/lvb/124257.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
81. Italia. Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. Piano nazionale per la sicurezza stradale. Disponibile all'indirizzo: <http://www.infrastrutturetrasporti.it/page/standard/site.php?p=cm&o=vd&id=902>; ultima consultazione: 30/08/2007.
82. Taggi F, Dosi G, Giustizi M, Cresca A, Cedri C, Fondi G, Iacone P, Maturano P. *Il Sistema “Ulisse” per il monitoraggio dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco in Italia (2000–2005)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. (Rapporto ISTISAN 06/39) Disponibile sul sito <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2035&lang=1&tipo=5>; ultima consultazione: 28/01/2007).
83. Ustun TB, Ayuso–Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386–92.
84. World Health Organization. *World health report 2004 statistical annex*. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_3_en.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
85. Sheps DS, Sheffield D. Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 8):12–6.

86. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903–10.
87. Commission of the European communities. *Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper*. Brussels: health and Consumer protection Directorate, European Commission, 2005.
88. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD–WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005, 14(Suppl. al n. 4):1–100.
89. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'adamo D, Lo Iacono B, Ravaldi C, Scarpato MA, Truglia E, Rosi S. The Sesto Fiorentino Study: point and one year–prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychother Psychosom* 2004, 73, 226–34.
90. Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P. Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews. *Psychother Psychosom* 2006, 75, 170–6.
91. Thornicroft G, Tansella M. *La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.
92. Simon GE, VonKorff M. Recognition, *management*, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99–105.
93. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859–63.
94. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765–76.
95. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME–MD 1000 study *JAMA*; 1994;272:1749–56.
96. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212–20.
97. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030–2.
98. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist–Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh–Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55–67.
99. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375–83.
100. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145–56.
101. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol*. 1992;135:1411–22.
102. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire–2: validity of a two–item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284–92.
103. Kroenke K. Comunicazione personale.

104. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277–82.
105. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831–7.
106. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281–8.
107. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
108. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and the cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331:778–84.
109. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low–intermediate an high risk senior citizens. *Arch Intern Med* 1998; 158:1769–76.
110. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in the elderly persons : a meta–analysis and review of the literature. *Ann Int med* 1995; 123:518–27.
111. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, Reeve GR, Talamonti WJ, Cox NJ, Lilac HA, Hall H, Klimov A, Fukuda K. Effectiveness and cost–benefit of influenza vaccination of healthy working adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:1655–63.
112. US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Service, 2nd ed.* Washington: USDA; 1996. Disponibile all'indirizzo: <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
113. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998–2000.
114. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
115. Fateh–Mogadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La Vaccinazione antinfluenzale in persone affette da malattie croniche. I risultati dello studio PASSI. *Ben notiziario ISS*. 19(9):i–ii.
116. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita. 2003–2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894–1712.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
117. Davis WJ, Larson HE, Simsarian JP, Parkman PD, Meyer HMJ. A study of rubella immunity and resistance to infection. *JAMA* 1971;215(4): 600–8.
118. Greaves WL, Orenstein WA, Hinman AR, Nersesian WS. Clinical efficacy of rubella vaccine *Pediatr Infect Dis* 1983;2(4):284–6.
119. Horstmann DM, Schluederberg A, Emmons JE, Evans BK, Randolph MF, Andiman WA. Persistence of vaccine–induced immune responses to rubella: comparison with natural infection. *Rev Infect Dis* 1985;7(Suppl 1):80–5.
120. Gallo T, Ciofi degli Atti M, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Fateh–Moghadam P, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio PASSI. *BEN Notiziario ISS* 2006;19(4):vii–viii.
121. Italia. Ministero della Salute. Progetto EHLASS. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/promozione/inc_domestici/sezDomestici.jsp?label=id_dat; ultima consultazione 30/08/2007.
122. Istituto Nazionale di Statistica. *Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003.* Roma: ISTAT; 2005. p. 66–88.
123. Taggi F. (Ed.) *La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della Legge 493/1999.* Roma: Istituto Superiore di

- Sanità; 2001. (Rapporto ISTISAN 01/11). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0111.1109343140.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
124. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
 125. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; issue 2.
 126. Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue2.
 127. LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue 4.
 128. Parlamento europeo e Consiglio. Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 febbraio 1999 che adotta un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999-2003). *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. 46 del 20/2/1999*. Disponibile all'indirizzo: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l_046/l_04619990220it00010005.pdf (ltimo accesso: 30/08/2007).
 129. Italia. Legge 3 dicembre 1999, n. 493. "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 303 del 28 dicembre 1999. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_345_allegato.doc; ultima consultazione: 30/08/2007.
 130. Carrozzi G, Del Giovane C, Goldoni CA, Bolognesi L, De Girolamo G, Ferrari AM, Bertozzi N, Finarelli AC. Studio "PASSI": Infortuni domestici. *Ben notiziario ISS* 2005;18(12):iii-iv. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/dicembre/2.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 131. Centers for Disease Control and Prevention. *Health Related Quality of Life. HRQOL*. Atlanta: CDC; 2005. <http://www.cdc.gov/hrqol/>; ultima consultazione: 28/01/2007.
 132. CDC. *Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life*. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
 133. Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM, Scherr PA, Brackbill R. Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Rep* 1994;109:665-72.
 134. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health* 1987;8:111-35.
 135. Ounpuu S, Kreuger P, Vermeulen M, Chambers L. Using the U.S. Behavior Risk Factor Surveillance System health-related quality of life survey tool in a Canadian city. *Can J Public Health* 2000;91:67-72.
 136. Schechter S, Beatty P, Willis GB. Asking survey respondents about health status: judgement and response issues. In: Schwarz N, Park DC, Knäuper B, Sudman S (Ed.). *Cognition, aging, and self-reports*. Philadelphia, Pennsylvania: Psychology Press, 1998.
 137. Istituto Nazionale di Statistica. Il sistema di indagini sociali multiscopo. Famiglia e società. *Metodi e norme* 2006;31.
 138. CDC. State differences in reported healthy days among adults-United States, 1993-1996. *MMWR* 1998;47:239-43.
 139. Simon PA, Wold CM, Cousineau MR, Fielding JE. Meeting the data needs of a local health department: the Los Angeles County Health Survey. *Am J Public Health* (in press).

ALLEGATO 4
Questionario di rilevazione

A CURA DEL COORDINATORE	
<input type="checkbox"/> Titolare	N° estrazione
<input type="checkbox"/> Sostituto	
<input type="checkbox"/> Sostituto di scaturito	

Sistema di sorveglianza PASSI



Regione _____ ESU _____

Comune di residenza dell'intervistato _____ Codice NUT/IT del Comune _____

Distretto _____ Sezione di censimento _____


Istruzioni per l'intervistatore:

- le parti scritte in **Arial grassetto** vanno lette all'intervistato
- le parti **sottolineate** vanno lette con enfasi per attirare l'attenzione dell'intervistato
- le parti scritte in *Times New Roman corsivo grassetto* sono istruzioni speciali per l'intervistatore riferite a quelle domande e non vanno lette all'intervistato

Solo 3 regole:

- **una sola risposta va barrata**, a meno che non sia specificato "Sono possibili più risposte"
- si leggono le domande come sono **formulate sul questionario**
- **NON** si leggono le risposte a meno che non sia specificato "Leggere le risposte"

Una facilitazione grafica:

- Ove sono previsti dei salti che rimandano ad altre pagine del questionario, perché siano riconosciute più facilmente, le domande richiamate dal salto sono state contrassegnate con una freccetta () posta vicino al numero della domanda

Per ogni altro problema far riferimento al manuale.

- 1.4 Negli ultimi 12 mesi, ha fatto la vaccinazione contro l'influenza?
- Sì
 No
 Non so / non ricordo
- } (valutare alla Scalone 2: attività fisica)

- 1.5 Potrebbe specificarmi in che mese ed anno ha fatto l'ultima vaccinazione contro l'influenza?
- Mese Anno
- Non so / non ricordo

SEZIONE 2: Attività fisica

Ora vorrei farle alcune domande sull'attività fisica svolta sia durante sia fuori dal lavoro.

- 2.1 Lei lavora? (Si indicare lavoro sostitutivo)
- Leggere le risposte*
- Sì, regolarmente (a tempo pieno o part-time)
 Sì, ma non regolarmente } (valutare alla domanda 2.3)
 No
- 2.2 Durante il suo lavoro, Lei:
- Leggere (usa solo risposta possibile)*
- prevalentemente svolge un lavoro pesante che richiede un notevole sforzo fisico (ad. es.: il manovale, il muratore, l'agricoltore) oppure
- prevalentemente cammina o fa lavori che richiedono uno sforzo fisico moderato. (ad. es.: l'operaio in fabbrica, il cameriere, il addetto alle pulizie)
- prevalentemente sta seduto o in piedi (ad. es.: sia al computer, guida la macchina, fa lavori manuali spesiati sforzo fisico)
- Non leggere*
- altro

Le faccio qualche domanda sull'attività fisica svolta fuori dal lavoro, sia moderata sia intensa. Cominciamo con quella intensa.

- 2.3 Negli ultimi 30 giorni, ha svolto qualche attività fisica intensa che provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione, come ad esempio correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici?
- Sì
 No
 Non so / non sono sicuro
- } (valutare alla domanda 2.6)

- 2.1 Per quanti giorni alla settimana?
- Numero di giorni/settimana
- Non so / non ricordo
- 2.2 In questi giorni per quanti minuti in media? (forse al giorno ose attività fisica)
- Numero di minuti/giorno
- Non so / non ricordo

- 2.3 Negli ultimi 30 giorni, ha svolto qualche attività fisica moderata che comporta un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione, come ad esempio camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, giardinaggio o lavori in casa come lavare finestre o pavimenti?
- Sì
 No
- } (valutare alla domanda 2.9)

- 2.4 Per quanti giorni alla settimana?
- Numero di giorni
- Non so / non ricordo
- 2.5 In questi giorni per quanti minuti in media? (forse al giorno ose attività fisica)
- Numero di minuti/giorno
- Non so / non ricordo

- 2.9 Secondo lei l'attività fisica che ha fatto negli ultimi 30 giorni è:
- Leggere le risposte*
- Più che sufficiente
 Sufficiente
 Non proprio sufficiente
 Scarsa
 Non so

Ora le faccio qualche domanda sui suggerimenti che ha ricevuto negli ultimi 12 mesi sull'attività fisica.

- 2.10 Negli ultimi 12 mesi Le è stato chiesto da un medico o da un operatore sanitario se fa una regolare attività fisica?
- Sì
 No, non me lo ha chiesto perché non ho mai avuto un contatto con un medico o un operatore sanitario
 No, perché non ho avuto un contatto con un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi
- } (valutare alla Scalone 2: attività fisica)

2.9 Negli ultimi 12 mesi Le è stato suggerito da un medico o da un operatore sanitario di fare regolare attività fisica?

- Sì
 No, non me lo ha suggerito
 No, perché non ho avuto un contatto con medico/operatore sanitario
 Non so / non ricordo
- (Per la risposta è NO, abbinare alla Sezione 2: perché non ho avuto un contatto con medico/operatore sanitario negli ultimi 12 mesi)*

2.10 Negli ultimi 12 mesi lo stesso medico o operatore sanitario le ha chiesto, alla visita successiva, se sta facendo le attività suggerite?

- Sì
 No, non me l'ha chiesto
 Non l'ho ancora visto da quando ho ricevuto i consigli
 Non so / non ricordo
- (Per la risposta è NO, abbinare alla Sezione 2: perché non ho avuto un contatto con medico/operatore sanitario negli ultimi 12 mesi)*

SEZIONE 3: Abitudine al fumo

Ora le farei alcune domande sul fumo di sigaretta.

3.1 Negli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario le ha chiesto se lei è un fumatore?

- Sì
 No, non me lo ha chiesto
 No, perché non ho avuto un contatto con medico/operatore sanitario
 Non so / non ricordo
- (Per la risposta è NO, abbinare alla Sezione 2: perché non ho avuto un contatto con medico/operatore sanitario negli ultimi 12 mesi)*

3.2 In tutta la sua vita, ha fumato in tutto almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20 sigarette)?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo
- (Inviare alla domanda 3.19)*

3.3 Attualmente fuma sigarette?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo
- (Inviare alla domanda 3.19)*

3.4 In media quante sigarette fuma al giorno?

- Numero
 Meno di una sigaretta al giorno
 Non so / non ricordo

3.5 Negli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario le ha suggerito di smettere di fumare?

- Sì, per motivi di salute
 Sì, a scopo preventivo (in assenza di segni o sintomi)
 Sì, per tutti e due i motivi
 No, non me lo ha suggerito
 No, perché non ho avuto un contatto con medico/operatore sanitario
 Non so / non ricordo
- (Per la risposta è SÌ, abbinare alla Sezione 2: perché non ho avuto un contatto con medico/operatore sanitario negli ultimi 12 mesi)*

3.6 Durante gli ultimi 12 mesi, ha smesso di fumare per almeno un giorno nel tentativo di smettere definitivamente?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo
- (Inviare alla domanda 3.19)*

3.7 L'ultima volta che negli ultimi 12 mesi ha provato a smettere di fumare, come l'ha fatto?

- (Leggere la risposta (indicare solo il metodo principale) e partecipare ad incontri o corsi che aiutano a smettere di fumare organizzati dalla ASL)*
- Partecipando ad incontri o corsi organizzati da altri
 Prendendo farmaci o cerotti
 Da solo e per conto mio
 Non so / non ricordo
 Altro

SOLO PER GLI EX-FUMATORI

3.8 Quando ha smesso di fumare?

- (Leggere la risposta)*
- Meno di 6 mesi fa
 Da 6 mesi a un anno fa
 Più di un anno fa

3.13 Nel suo posto di lavoro, le persone con cui lavora e gli eventuali visitatori:

- Leggere le risposte*
- Rispettano sempre i divieti di fumo
 - Li rispettano quasi sempre
 - Li rispettano a volte
 - Non li rispettano mai
- Non rispondere*
- Non so / non ricordo
 - Lavoro da solo

SEZIONE 4: Alimentazione

Passo ora a fare alcune domande sulle sue abitudini alimentari.

4.1 Negli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario le ha suggerito di perdere peso o di mantenere costante il suo peso?

- Sì
 - No, non me lo ha suggerito
 - No, perché non ho avuto un contatto con medico operatore sanitario
 - Non so / non ricordo
- (Se la risposta è "No, perché non ho avuto un contatto con medico operatore sanitario" segnalare negli ultimi 12 mesi)*

4.2 Attualmente sta seguendo una dieta per perdere o mantenere il suo peso?

- Sì
- No

4.3 Secondo lei il suo peso attuale è:

- Leggere le risposte*
- Troppo alto
 - Troppo basso
 - Più o meno giusto
 - Non so

4.4 Pensa che ciò che mangia normalmente faccia bene alla sua salute?

- Leggere le risposte*
- Sì, molto
 - Sì, abbastanza
 - No, non molto
 - No, per niente
 - Non so

3.5 Come è riuscito a smettere di fumare?

- Leggere le risposte (indicare solo il metodo principalmente utilizzato, organizzati dalla ASL)*
- Partecipando ad incontri o corsi che aiutano a smettere di fumare, organizzati dalla ASL
 - Partecipando ad incontri o corsi organizzati da altri
 - Prendendo farmaci o cerotti
 - Da solo e per conto mio
- Non rispondere*
- Non so / non ricordo
 - Altro

— PER TUTTI (NON FUMATORI, FUMATORI, ED EX-FUMATORI) —

Vorrei ora chiederle qualcosa sull'esposizione al fumo in casa, nei locali pubblici e sul luogo di lavoro.

3.6 Quale delle seguenti situazioni si avvicina di più alle abitudini sul fumo all'interno di casa sua?

- Leggere le risposte*
- Non si fuma in alcuna stanza di casa
 - Si può fumare in alcune stanze o in alcuni orari o situazioni
 - Si può fumare dappertutto
 - Non so / non sono sicuro

3.7 Nei locali pubblici (come bar, ristoranti, enoteche, pub) che ha frequentato negli ultimi 30 giorni, secondo lei le altre persone:

- Leggere le risposte*
- Rispettano sempre i divieti di fumo
 - Li rispettano quasi sempre
 - Li rispettano a volte
 - Non li rispettano mai
 - Non ho frequentato locali pubblici negli ultimi 30 giorni
 - Non so / non ricordo

3.8 Le capita di lavorare in ambienti chiusi?

- Sì
 - No
 - Non lavoro
- (valutare alle Sezioni 4, Alimentazione)*

Passo ora a chiedervi il suo consumo abituale di frutta e verdura. Consideri che per "porzione di frutta o verdura" si intende un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta.

- 4.6 ... quindi, le chiedo: in una sua giornata tipo, quante porzioni di frutta o verdura mangia?
- Leggere le risposte*
- Nessuna
 - 1-2
 - 3-4
 - 5 o più

SEZIONE 5: Assunzione di alcol

Ora vorrei fare qualche domanda sul consumo di alcol.

5.1 ... quindi, le chiedo: durante gli ultimi 30 giorni, quanti litri ha bevuto almeno una unità di bevanda alcolica? Per "unità di bevanda alcolica" intendiamo un bicchiere di vino o una lattina di birra oppure un bicchiere di liquore.

- Numero
- Mai
 - Non so / non ricordo
- (valutare alla domanda 5.7)*

5.2 Nei giorni in cui ha bevuto, quante unità di bevande alcoliche ha bevuto in media al giorno?

- Numero
- Non so / non ricordo

5.3 Durante gli ultimi 30 giorni, in quale momento della settimana ha bevuto queste bevande alcoliche?

- Leggere le risposte*
- Prevalentemente nei fine settimana
 - Prevalentemente nei giorni feriali o durante tutta la settimana

5.4 E quando ha bevuto queste bevande alcoliche rispetto ai paesi?

- Leggere le risposte*
- Solo durante i paesi
 - Prevalentemente durante i paesi
 - Prevalentemente fuori dai paesi
 - Solo fuori dai paesi

5.5 Considerando tutti i tipi di bevande alcoliche, negli ultimi 30 giorni quante volte ha bevuto 5 o più unità in una unica occasione (ad esempio una serata con amici)?

- Numero
- Mai
 - Non so / non ricordo

5.2 Durante gli ultimi 30 giorni le è capitato di guidare un'auto o una motocicletta dopo aver bevuto, nell'ora precedente, 2 o più unità di una bevanda alcolica?

- Leggere le risposte*
- Sì → quante volte?
 - No
 - Non ho guidato negli ultimi 30 giorni
 - Non so / non ricordo
- Non leggere*

5.3 Durante gli ultimi 30 giorni, le è capitato di salire in auto o in motocicletta con un guidatore che aveva bevuto nell'ora precedente 2 o più unità di una bevanda alcolica?

- Leggere le risposte*
- Sì → quante volte?
 - No
 - Non sono salito su auto o moto negli ultimi 30 giorni
 - Non so / non ricordo
- Non leggere*

5.4 Durante gli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario le ha chiesto quanto alcol beve?

- Sì
 - No, non me lo ha chiesto
 - No, perché non ho avuto un contatto con medico operatore sanitario
 - Non so / non ricordo
- (per la risposta è NO, abbassare se è perché non ha avuto un contatto con un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi)*

5.5 Durante gli ultimi 12 mesi, qualcuno le ha suggerito di bere meno alcol?

- Sì, il medico o un operatore sanitario
 - Sì, familiari o amici
 - Sì, altro
 - No, non mi è stato consigliato
 - Non so / non ricordo
- (per la risposta è SÌ, abbassare "da chi ha bevuto il consiglio", Non possibile) (abbassare)*

SEZIONE 6: Sicurezza stradale

Ora le chiederò alcune informazioni sull'uso delle cinture di sicurezza e del casco.

6.1 Quando va in auto, sia in città sia fuori, mette la cintura quando è seduto sui sedili anteriori?

- Leggere le risposte*
- Sempre
 - Spesso
 - A volte
 - Mai
 - Non viaggia mai sui sedili anteriori
 - Non vedo in tutto *(valere alla domanda 6.9)*

6.2 Quando va in auto, sia in città sia fuori, mette la cintura quando è seduto sui sedili posteriori?

- Leggere le risposte*
- Sempre
 - Spesso
 - A volte
 - Mai
 - Non viaggia mai sui sedili posteriori

6.3 Negli ultimi 12 mesi, è mai salito/a su una motocicletta/scooter/motorno, come guidatore o passeggero?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo *(valere alla domanda 7, Risposta corrispondente)*

6.4 Quando va in motocicletta/scooter/motorno, sia in città sia fuori, mette il casco?

- Leggere le risposte*
- Sempre
 - Spesso
 - A volte
 - Mai

SEZIONE 7: Rischio cardiovascolare

Vorrei fare ora qualche domanda sui esami e farmaci che le sono stati prescritti o consigliati.

7.1 Un medico o altro operatore sanitario le ha mai misurato la pressione arteriosa?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo *(valere alla domanda 7.6)*

7.2 Quando è stata l'ultima volta?

- Leggere le risposte*
- Negli ultimi 12 mesi
 - Tra 1 e 2 anni fa
 - Più di 2 anni fa
 - Non so / non ricordo

7.3 Un medico le ha mai detto che Lei è iperteso, cioè che ha la pressione alta?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo *(valere alla domanda 7.6)*

7.4 Le è mai stato suggerito da un medico di tenere sotto controllo la sua pressione, attraverso una o più delle seguenti indicazioni?

- Leggere tutte le indicazioni*
- Riduzione del sale nel cibo Sì No Non ricordo
 - Attività fisica regolare Sì No Non ricordo
 - Perdita o mantenimento del peso corporeo Sì No Non ricordo

7.5 Prende attualmente farmaci per tenere bassa la pressione?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

Ora vorrei fare qualche domanda sulla misurazione del colesterolo.

7.6 Il colesterolo è un grasso presente nel sangue. Ha mai fatto gli esami per il colesterolo?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo *(valere alla domanda 7.1)*

7.7 Quando è stata l'ultima volta?

- Leggere le risposte*
- Negli ultimi 12 mesi
 - Tra 1 e 2 anni fa
 - Più di 2 anni fa
 - Non so / non ricordo

7.8 Un medico le ha mai detto che ha il colesterolo alto?

Sì
 No
 Non so / non ricordo } *valutare alla domanda 7.11*

7.9 Le è mai stato suggerito da un medico di tenere sotto controllo il livello di colesterolo, attraverso le seguenti indicazioni:

Leggere attentamente le indicazioni!

Minor consumo di carne e formaggi Sì No Non ricordo
 Attività fisica regolare Sì No Non ricordo
 Piccola o mantenimento del peso corporeo Sì No Non ricordo
 Aumento di frutta e verdura nell'alimentazione Sì No Non ricordo

7.10 Prende attualmente farmaci per tenere basso il colesterolo?

Sì
 No
 Non so / non ricordo

Per le successive domande ho bisogno di chiedere quanti anni ha

(scrivere fedelmente in anni compiuti)

se l'interrogato è DONNA con MENOPAUSA di 25 anni → *valutare alla Sezione 11: Vaccinazioni*
 se l'interrogato è DONNA di 25-34 anni → *valutare alla Sezione 8: Screening Tumore Collo dell'Utero*
 se l'interrogato è UOMO con MENOPAUSA di 35 anni → *valutare alla Sezione 12: Valutare necessità*

Per tutte le domande successive si amministrano alla persona tra 35 e 69 anni

Alcuni medici hanno cominciato a calcolare, per i loro pazienti, il rischio di avere un infarto o un ictus nei successivi 10 anni. Questo calcolo si chiama "Puntaggio" o "Carta del rischio" e si basa sul valore della pressione arteriosa e del colesterolo, sulla presenza di diabete e sull'abitudine al fumo.

7.11 Un medico le ha calcolato questo rischio?

Sì
 No
 Non so / non ricordo

se l'interrogato è UOMO con MENOPAUSA di 50 anni → *valutare alla Sezione 12: Valutare necessità*
 se l'interrogato è UOMO con età compresa tra 50 e 69 anni → *valutare alla Sezione 16: Screening Tumore del Colon-Retto*

SEZIONE 8: Screening Tumore Collo dell'Utero (donne 25-69 anni)

Proseguo ora con qualche domanda sul Pap-Test, un esame che serve a ricercare tumori del collo dell'utero, attraverso un prelievo fatto con un tampone vaginale.

8.1 Nel corso della sua vita ha subito un Pap-Test a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

Sì
 No
 Non so / non ricordo } *valutare alla domanda 8.19*

8.2 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto il Pap-Test a scopo preventivo?

Leggere le risposte

Negli ultimi 12 mesi
 Tra 1 e 3 anni fa
 Più di 3 anni fa } *valutare alla domanda 8.19*
 Non so / non ricordo } *valutare alla domanda 8.19*

8.3 Ha mai ricevuto una lettera dalla ASL che la invitava a fare un Pap-Test?

Sì
 No
 Non so / non ricordo } *valutare alla domanda 8.5*

8.4 Pensando all'ultimo Pap-Test che ha fatto, quanta influenza ha avuto questa lettera per decidere di farlo?

Molto
 Abbastanza
 Poca
 Nessuna

8.5 Le è mai stato consigliato da un medico o da un operatore sanitario di fare regolarmente insieme del Pap-Test a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

Sì
 No
 No, perché ho già avuto un intervento di isterectomia
 Non so / non ricordo } *valutare alla domanda 8.5*
(rispondere che ha avuto un'isterectomia se l'interrogato ha indicato un intervento di isterectomia)

8.6 Pensando all'ultimo Pap-Test che ha fatto, quanta influenza ha avuto questo consiglio per decidere di farlo?

Molto
 Abbastanza
 Poca
 Nessuna

Se la donna non ha mai fatto un Pap-Test, non leggere la parola "recentemente" e il Pap-Test?

- 8.1 Quale è stato il motivo principale per cui non ha fatto (recentemente) il Pap-Test?
- Leggere le risposte*
- Penso di non averne bisogno
 - Mi sento imbarazzata
 - Nessuno me l'ha consigliato
 - Ho paura dei risultati dell'esame
 - E' difficile prenotare l'esame
 - E' fastidioso / doloroso
 - Altro (specificare:
- Non leggere*
- Sono già stata operata / per altri motivi sanitari
 - Non so / non ricordo
- (se la donna ha MENO di 40 anni, saltare alla Sezione 11; l'acchiappare)

SEZIONE 9: Screening Tumore Mammario (donna 40-69 anni)

Vorrei farle una serie di domande sulla mammografia, che è una radiografia fatta al seno per ricercare l'eventuale presenza di tumore alla mammella.

9.1 Nel corso della sua vita ha mai fatto una mammografia a scopo preventivo cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- valutare alla domanda 9.11*

9.2 A che età ha fatto la sua prima mammografia a scopo preventivo?

- Non so / non ricordo
- anni

9.3 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto una mammografia a scopo preventivo?

- Leggere le risposte*
- Negli ultimi 12 mesi
 - Tra 1 e 2 anni fa
 - Più di 2 anni fa
 - Non so / non ricordo
- valutare alla domanda 9.11*

9.4 Ha mai contattato una lettera dalla ASL per fare una mammografia?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- valutare alla domanda 9.6*

8.1 Ha visto o sentito campagne informative o pubblicitarie di promozione del Pap-Test?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- valutare alla domanda 8.9*

8.2 Pensando all'ultimo Pap-test che ha fatto, quanta influenza hanno avuto queste campagne per decidere di farlo?

- Molto
- Abbastanza
- Poca
- Nessuna

8.3 Ha dovuto pagare per quest'ultimo Pap-test?

- Leggere le risposte*
- Sì, il ticket
 - Sì, il costo era completamente a mio carico
 - No, nessuna spesa
 - Non so / non ricordo
- Non leggere*

(se la donna ha MENO di 40 anni, saltare alla Sezione 11; l'acchiappare)
(se la donna ha 40 anni O PIU' saltare alla Sezione 9; Screening Tumore Mammario)

8.4 Ha mai contattato una lettera dalla ASL che la invitava a fare un Pap-Test?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

8.5 Le è mai stato contattato da un medico o da un operatore sanitario di fare regolarmente l'esame del Pap-Test a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
 - No
 - No, perché ho già avuto un intervento di isterectomia
 - Non so / non ricordo
- Leggere le risposte*

8.6 Ha visto o sentito campagne informative o pubblicitarie di promozione del Pap-Test?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

<p>9.1 Ha mai <u>ricevuto</u> una lettera dalla ASL per fare una mammografia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so / non ricordo</p> <p>9.2 Le è mai stato <u>consigliato</u> da un medico o da un operatore sanitario di fare regolari mammografie a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so / non ricordo</p> <p>9.3 Ha visto o sentito campagne informative o pubblicitarie di promozione della mammografia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so / non ricordo</p> <p>Se la donna non ha mai fatto una mammografia, una risposta fu parola "recettivamente" 9.4 Quale è stato il motivo principale per cui non ha fatto (recettivamente) la mammografia?</p> <p><i>Leggere le risposte</i></p> <p><input type="checkbox"/> Penso di non averne bisogno <input type="checkbox"/> Mi sento imbarazzata <input type="checkbox"/> Nessuno me l'ha consigliato <input type="checkbox"/> Ho paura dei risultati dell'esame <input type="checkbox"/> E' difficile prenotare l'esame <input type="checkbox"/> E' fastidioso / doloroso <input type="checkbox"/> Altro (specificare:)</p> <p><i>Non leggere</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sono già stata operata / per altri motivi sanitari <input type="checkbox"/> Non so / non ricordo</p> <p>(cfr la domanda Nr. 46-49 anni, vedere alla Sezione 11: Vaccinazioni)</p>	<p>9.1 Pensando all'ultima mammografia che ha fatto, quanta influenza ha avuto questa lettera per decidere di farlo?</p> <p><input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Nessuna</p> <p>9.2 Le è mai stato <u>consigliato</u> da un medico o da un operatore sanitario di fare regolari mammografie a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so / non ricordo } <i>vedere alla domanda 9.1</i></p> <p>9.3 Pensando all'ultima mammografia che ha fatto, quanta influenza ha avuto questo consiglio per decidere di farlo?</p> <p><input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Nessuna</p> <p>9.4 Ha visto o sentito campagne informative o pubblicitarie di promozione della mammografia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so / non ricordo } <i>vedere alla domanda 9.1</i></p> <p>9.5 Pensando all'ultima mammografia che ha fatto, quanta influenza hanno avuto queste campagne per decidere di farlo?</p> <p><input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Nessuna</p> <p>9.6 Ha dovuto pagare per quest'ultimo esame?</p> <p><i>Leggere le risposte</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sì, il ticket <input type="checkbox"/> Sì, il costo era completamente a mio carico <input type="checkbox"/> No, nessuna spesa <i>Non leggere</i></p> <p><input type="checkbox"/> Non so / non ricordo</p> <p>(cfr la domanda Nr. 46-49 anni, vedere alla Sezione 11: Vaccinazioni) (cfr la domanda Nr. 50 anni O PIU' vedere alla Sezione 10: Screening del Colon-Retto)</p>	<p>20</p>	<p>19</p>
---	---	-----------	-----------

SEZIONE 10: Screening Tumore del Colon-Retto (personae 50-69 anni)

Vorrei ora farle qualche domanda sugli esami per la prevenzione del tumore del colon-retto. Esiste un esame di laboratorio, chiamato "ricerca del sangue occulto", per controllare la presenza di sangue non visibile nelle feci, che prevede la raccolta di feci in un contenitore, anche presso la propria abitazione.

Ci sono altri esami, fatti con una sonda inserita nell'intestino, che si eseguono per la prevenzione di questo tipo di tumore. Questi esami si chiamano colonoscopia o anche retto-sigmoidoscopia.

10.1 Ha mai fatto la ricerca del sangue occulto nelle feci oppure una colonoscopia a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o disturbi?

- Leggere le risposte*
- Sì, la ricerca di sangue occulto } *valore alla domanda 10.4*
- Sì, una colonoscopia } *valore alla domanda 10.1*
- Sì, tutto o due (valore alla domanda 10.1)
- No
- Non leggere*
- Non so / non ricordo

10.2 Quale è stato il motivo principale per cui non ha fatto la ricerca del sangue occulto nelle feci oppure una colonoscopia a scopo preventivo?

- Leggere le risposte*
- Pensavo di non averne bisogno
- Mi sento imbarazzato/a
- Nessuno mi l'ha consigliato
- Ho paura dei risultati dell'esame
- E' difficile prenotare l'esame
- E' fastidioso
- Altro (specificare:)
- Non leggere*
- Sono già stato operato/a per altri motivi sanitari
- Non so / non ricordo

10.3 Quale dei due esami è stato fatto più recentemente?

- la ricerca di sangue occulto
- la colonoscopia

10.4 Quando è stata l'ultima volta?

- Leggere le risposte*
- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 2 anni
- Tra 2 e 5 anni
- Tra 5 e 10 anni
- Più di 10 anni fa
- Non leggere*
- Non so / non ricordo

10.1 Ha dovuto pagare per quest'ultimo esame?

- Leggere le risposte*
- Sì, il ticket
- Sì, il costo era completamente a mio carico
- No, nessuna spesa
- Non leggere*
- Non so / non ricordo

10.2 Ha mai ricevuto una lettera dalla ASI, per fare un esame di laboratorio per la ricerca del sangue occulto oppure una colonoscopia a scopo preventivo?

- Sì
- No
- 10.3 Le è mai stato consigliato da un medico o da un operatore sanitario di fare uno di questi esami?
- Sì
- No
- Non so / non ricordo

10.4 Ha visto o sentito campagne informative o pubblicitarie di promozione dello screening per il tumore colon-retto?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo
- Subire all' Scrimin 12: Sulfite sensitibile*

SEZIONE 11: Vaccinazioni (domae 18-49 anni)

La rosolia è una malattia infettiva pericolosa in gravidanza. Per questa malattia esiste una vaccinazione.

11.1 E' mai stata vaccinata contro la rosolia?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

Esiste un esame del sangue per sapere se si è avuta la rosolia che si chiama "rubolest", fatto da solo o all'interno degli esami TORCH, che si fanno in gravidanza per valutare la presenza di alcune malattie infettive.

11.2 Ha mai eseguito questo esame?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo
- (valore alla scrimin 12: Sulfite sensitibile)*

11.3 Quale è stato l'esito dell'esame?

Leggere le risposte

- Risultati che ho inviato la risposta o che comunque sono protetta
- Risultati che non ho inviato la risposta o che non sono protetta
- Non so / non ricordo

SEZIONE 12: Salute mentale

Vorrei ritornare su un argomento già trattato e farle qualche domanda su cosa lei si sente del punto di vista psicologico e su come affronta la vita di ogni giorno.

12.1 Nella ultima 2 settimane, per quanti giorni ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose?

Numero di giorni (0-14)
 Non so / non ricordo

12.2 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni si è sentita giù di morale, depressa o senza speranza?

Numero di giorni (0-14)
 Non so / non ricordo

Per quali altre risposte/risposte/azioni è stata fatta domanda al centro, per risolvere con la domanda 12.1, attraverso il modulo alla Sezione 11 – Sicurezza domestica

12.3 A causa di questi problemi, anche in passato, si è rivolto ad una o più delle seguenti persone? (Non possibili più risposte)

Leggere le risposte

- Personale sanitario (medico di famiglia, psicologo, infermiere ...)
- Persone di fiducia (familiari, amici)
- No, al nessuno
- Non so/ non ricordo

SEZIONE 13: Sicurezza domestica

Vorrei ora farle qualche domanda sugli infortuni domestici, sia in casa, sia negli ambienti esterni come ad esempio giardino, garage, cantina, terrazzo.

13.1 Secondo lei, quale è la possibilità per il suo nucleo familiare di avere un infortunio in ambiente domestico?

Leggere le risposte

- Assolto
- Bassa
- Alta
- Molto alta

13.2 Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto qualche informazione su come si prevengono gli infortuni domestici?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

13.3 Da chi le ha ricevute? → (Non possibili più risposte)

Leggere le risposte

- Radio/TV, giornali, Internet
- Opuscoli specifici
- Tecnici operai dei servizi di gas/acqua/elettricità, Vigili del fuoco
- Medico o altro personale socio-sanitario (medici, infermieri, assistenti sanitari)
- Parenti, amici, conoscenti

13.4 Negli ultimi 12 mesi, a seguito delle informazioni ricevute, è stato fatto qualcosa per rendere la sua abitazione più sicura?

Non leggere

- Sì
- No
- No perché erano state già attuate le misure suggerite
- Non so / non ricordo

SEZIONE 14: Dati socio – anagrafici

Le faccio ora le ultimissime domande.

14.1 Quale è il suo attuale stato civile?

- Coniugato
- Celibe/nuvole
- Vedovo/a
- Separato/a/divorziato/a

14.2 Chi abita in casa con Lei? (Non possibili più risposte)

Leggere le risposte

- Nessuno, vivo da solo
- Coniugato/Compagnia e altre persone come:
- Figli/Bambini, fino a 14 anni
- Figli, altri parenti o amici fra 15-64 anni
- Altri parenti o amici di 65 anni e più

14.1 Quali è la sua cittadinanza?

- Italiana
- Straniera (specificare)

14.2 Quale è il suo titolo di studio?

- Nessun titolo
- Licenza elementare
- Licenza di scuola media
- Diploma o qualifica di scuola media superiore
- Laurea/Diploma universitario o titolo superiore

14.3 Con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?

Leggere le risposte

- Molto facilmente
- Abbastanza facilmente
- Con qualche difficoltà
- Con molte difficoltà

... ora le faccio le ultime tre domande ...

14.4 Può dirmi la sua altezza (senza scarpe)?

cm

14.5 Può dirmi il suo peso, senza scarpe ed abiti o con abiti leggeri?

Kg

14.6 Rispetto ad un anno fa, il suo peso è cambiato oppure è stabile?

Leggere le risposte

- aumentato (almeno 2 chili in più)
 - stabile
 - diminuito (almeno 2 chili in meno)
- Non leggere
- sono in gravidanza
 - Non so / non ricordo

Abbiamo finito. La ringraziamo moltissimo per la collaborazione e la disponibilità...

Fine Intervista (ora/valuta)

ALLEGATO 5

Diario cartaceo dell'intervistatore



DIARIO DELL'INTERVIATORE

N° ESTRAZIONE

Anno Mese Nome dell'intervistatore

Ruolo Titolare Sostituto Sostituto di sostituto

Dati Intervistato

Nome Cognome

Telefono Data di nascita

Sex: M F

Via di residenza Numero civico

Comune di residenza C.A.P.

Codice ISTAT del comune Indirizzo

Dati Medico

Nome del medico Cognome del medico

Telefono del medico

Via dell'ambulatorio Numero civico dell'ambulatorio

Comune dell'ambulatorio C.A.P.

Numero telefonico già presente Non presente Disponibile, ma non corretto Disponibile e corretto Fornito dall'intervistato

Pagine bianche consultate per reperire n. telefonico No Sì, ma inutile Sì, ha fornito indicazioni utili Sì, ha trovato il numero di telefono

Altre fonti aziendali interpellate per reperire telefono No Sì, ma inutile Sì, ha fornito indicazioni utili Sì, ha trovato il numero di telefono

Medico interpellato per reperire il numero telefonico No Sì, ma inutile Sì, ha fornito indicazioni utili Sì, ha trovato il numero di telefono

Anagrafe comunale interpellata per reperire n. telefonico No Sì, ma inutile Sì, ha fornito indicazioni utili Sì, ha trovato il numero di telefono

Chiesto il n. telefonico a parenti/sociali No Sì, ma inutile Sì, ha fornito indicazioni utili Sì, ha trovato il numero di telefono

Medico interpellato per risolvere difficoltà No Sì, è stato utile Sì, ma non è stato utile

Primo tentativo
 Data ____/____/____ Ora ____:____ (ore:minuti)

Secondo tentativo
 Data ____/____/____ Ora ____:____ (ore:minuti)

Terzo tentativo
 Data ____/____/____ Ora ____:____ (ore:minuti)

Quarto tentativo
 Data ____/____/____ Ora ____:____ (ore:minuti)

Quinto tentativo
 Data ____/____/____ Ora ____:____ (ore:minuti)

Sesto tentativo
 Data ____/____/____ Ora ____:____ (ore:minuti)

Motivo della smissione

- Rifiuto
- Non reperibile
- Senza telefono
- Residene o domicilio stabilmente altrove
- Istituzionalizzato (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)
- Deceduto
- Non conoscenza lingua italiana
- Grave disabilità psico-fisica
- Assegnato ad altro intervento
- Non appartenere alla fascia di età di riferimento (18-69 anni)

Note

ALLEGATO 6

**La tutela dei dati personali nel sistema di sorveglianza PASSI:
aspetti normativi e organizzativi**

LA TUTELA DEI DATI PERSONALI NEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI

Indice

Premesse

- Mandato e finalità del sistema di sorveglianza.
- Caratteristiche essenziali del sistema di sorveglianza
- La normativa sulla Privacy

La tutela della riservatezza dei dati personali nel sistema PASSI

- Specificazione dei ruoli ai fini della normativa sulla privacy
- Principi generali
- L'informativa agli interessati
- Richiesta del consenso al trattamento dei dati:
- Modalità di raccolta dei dati
 - o Procedure seguite in caso di utilizzo del questionario cartaceo
 - o Procedure seguite in caso di raccolta diretta su supporto informatico
- Altri aspetti relativi alla tutela dei dati personali

Allegati

1. Testo dell'Informativa agli Utenti delle Aziende Sanitarie
2. Lettera di informativa specifica all'interessato, con richiesta per il trattamento dei dati (numero di telefono conosciuto)
3. Lettera di informativa specifica all'interessato, con richiesta per il trattamento dei dati (numero di telefono NON conosciuto)
4. Informativa al Medico di Medicina Generale
5. Nomina del responsabile del trattamento dei dati personali, in relazione alla *Sorveglianza sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute*
6. Nomina dell'incaricato del trattamento dei dati personali, in relazione alla esecuzione della *Sorveglianza sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute*

Premesse

Mandato e finalità del sistema di sorveglianza.

Le malattie croniche non trasmissibili (malattie oncologiche, malattie cardiovascolari e respiratorie, diabete, ecc.) rappresentano in Italia, così come in Europa e nel mondo la causa principale di sofferenze, costi e decessi per la popolazione

Il Consiglio dei Ministri nella riunione del 16 febbraio 2007 ha approvato il documento programmatico "Guadagnare salute", predisposto dal Ministro della Salute, per la promozione di stili di vita in grado di contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini.

Il Governo Italiano, assieme a tutti gli Stati membri della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha approvato, nel corso del 2006, la strategia Gaining Health, che individua in alcuni ben identificati fattori di rischio modificabili -quali il tabagismo, l'obesità, il consumo di alcol, l'ipercolesterolemia, l'ipertensione arteriosa, l'alimentazione scorretta, l'inattività fisica- la causa dell'incremento della frequenza delle malattie croniche.

La sorveglianza della diffusione nella popolazione di tali fattori di rischio, che sono modificabili attraverso interventi di prevenzione e sanità pubblica, è considerata una delle principali componenti di tale strategia.

A tale proposito, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha indicato la necessità di rendere stabile una periodica sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali, secondo il modello del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) americano, che raccoglie dati in modo continuo tramite interviste telefoniche.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, definito nell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, ha incluso tra gli obiettivi di salute prioritari lo sviluppo dei programmi di screening oncologici e delle vaccinazioni, la prevenzione del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e degli incidenti, vincolando risorse economiche alla realizzazione di tali obiettivi. Per accedere ai finanziamenti, le Regioni devono ricevere dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) una certificazione della effettiva realizzazione degli adempimenti dichiarati nei piani regionali.

Il CCM tramite una apposita convenzione con l'Istituto Superiore di Sanità (registrata in data 01/07/2006, fascicolo N5B) ha affidato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) il compito di realizzare un progetto di sperimentazione di tale sistema.

L'Istituto Superiore di Sanità ha preparato un progetto per la sorveglianza, in base all'esperienza di due precedenti studi pilota, che hanno coinvolto 122 Aziende Sanitarie Locali, ed ha predisposto il protocollo e gli strumenti per la sorveglianza, inclusi i programmi di formazione del personale sanitario impegnato.

Il sistema PASSI è finalizzato a monitorare alcuni aspetti della salute nella popolazione italiana adulta, in relazione a fattori di rischio comportamentali, all'adozione di misure preventive e ad attività di salute pubblica. Le informazioni raccolte su questi fenomeni serviranno per la programmazione aziendale e regionale, consentendo una valutazione ed un ri-orientamento delle politiche di sanità pubblica a livello locale.

In tal modo contribuiranno al monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi dei Piani Sanitari Nazionali e Regionali ed alla valutazione dell'applicazione locale del Piano Nazionale della Prevenzione.

Caratteristiche essenziali del sistema di sorveglianza

La popolazione indagata è costituita dalle persone residenti nelle ASL, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, che abbiano un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).

I dati sono raccolti durante tutto l'arco dell'anno, mediante l'effettuazione, ogni mese, di un certo numero di interviste telefoniche su un campione della popolazione, estratto dall'anagrafe sanitaria con metodo probabilistico.

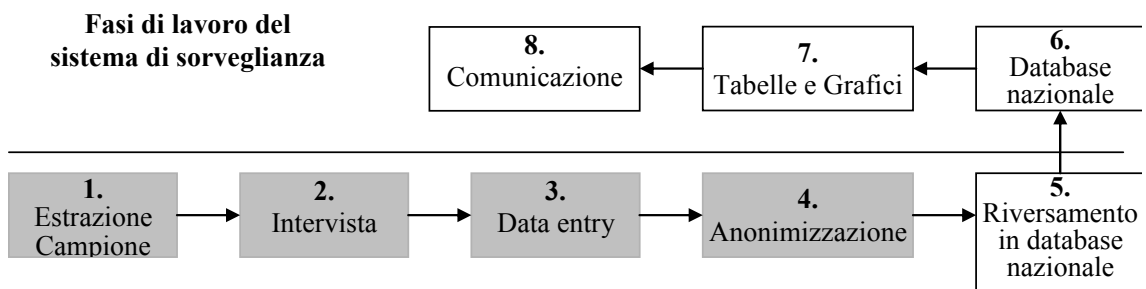
Chi svolge l'inchiesta, detiene i dati, li analizza ed utilizza i risultati è la ASL.

I dati sono trasmessi in forma anonima alle Regioni ed al Centro operativo nazionale presso il CNESPS per i controlli e le analisi di competenza.

Gli intervistatori sono operatori del Servizio Sanitario, e partecipano ad un percorso formativo organizzato a livello regionale.

Nella fase sperimentale, di avvio, del sistema viene adottata una duplice modalità di rilevazione dei dati: con questionario cartaceo, e successivo data-entry in formato elettronico, oppure mediante inserimento diretto dei dati, da parte degli intervistatori, con una maschera apposita su supporto informatico.

In entrambi i casi i dati vengono poi caricati in un archivio comune nazionale via web.



Per le operazioni delle fasi 1, 2, 3, fino alla fase 4 (anonimizzazione), che si svolgono all'interno della ASL, sono adottate procedure per la tutela dei dati personali, in aderenza alla normativa vigente.

La normativa sulla Privacy

Con il Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) viene garantito il diritto alla vita privata, con riguardo al trattamento dei dati personali. Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto dello spirito e delle disposizioni del codice della privacy.

Tra queste, è previsto il trattamento di dati personali per fini scientifici (Titolo VII articoli da 104 a 110).

La sperimentazione del sistema di sorveglianza ricade in un programma di ricerca sanitaria previsto ai sensi dell'art. 12-bis del Decreto Lvo n. 502 e successive modificazioni. Successivamente alla fase sperimentale, il sistema di sorveglianza sarà proposto per l'accoglimento all'interno del sistema statistico nazionale.

In particolare, il sistema è stato progettato in modo da assicurare che i dati personali non possano essere utilizzati per prendere decisioni relative all'interessato (art. 105 c. 1), e che l'interessato sia informato degli scopi della sperimentazione (art. 105 c. 2). Per la fase 1, estrazione del campione, sarà resa un'informativa, ma non sarà richiesto il consenso (art. 110).

La tutela della riservatezza dei dati personali nel sistema PASSI

Specificazione dei ruoli ai fini della normativa sulla privacy

1. Titolare: l'Azienda Sanitaria Locale. Rappresentante legale: Direttore Generale della ASL.
2. Responsabile: Coordinatore aziendale, designato dal rappresentante legale della ASL.
3. Incaricato: Intervistatore, nominato dal responsabile.
4. Interessato: l'intervistato

Designazioni specifiche per PASSI sono effettuate anche quando ne esistono già di generali per le altre attività.

Principi generali

Assicurare il rispetto della libera scelta dei cittadini per la partecipazione all'inchiesta e la riservatezza delle informazioni personali raccolte è un elemento portante del sistema di sorveglianza: i metodi per raggiungere questo obiettivo sono previsti a diversi livelli (organizzativo, strutturale, formativo).

L'informativa agli interessati

Le ASL che partecipano a PASSI informano gli utenti sul sistema di sorveglianza, precisando che per il suo funzionamento si prevede di ricorrere ad interviste telefoniche a campione tra i residenti dell'ASL, di età compresa tra 18 e 69 anni, e che la partecipazione è libera e volontaria.

L'informativa agli interessati viene attuata tramite affissione di cartelli esplicativi, nei locali degli uffici ed ambulatori aziendali frequentati dal pubblico, ed anche utilizzando altri momenti di contatto con gli utenti (es. scelta e revoca del medico di fiducia, prenotazione di esami, ecc.) .

Il testo dell'informativa, riportato nell'allegato 1, informa su:

- quali sono le finalità dell'indagine,
- le modalità di svolgimento,
- il tipo di informazioni raccolte
- dove sono conservati le informazioni raccolte,
- chi le custodisce e per quanto tempo
- chi sono i destinatari delle informazioni raccolte.

L'informativa specifica che la fonte per il reperimento dei numeri telefonici è le "Pagine Bianche", ed eventualmente l'anagrafe sanitaria degli assistiti; che i nomi e i numeri telefonici sono conservati solo per un periodo di tempo inferiore ad un mese, assicurando che durante questo periodo i dati nominativi sono trattati secondo tutte le garanzie previste dalla normativa in materia di protezione dei dati personali ma che, passato il breve indicato, necessario all'operatività, unicamente dati anonimi sono conservati, analizzati e diffusi. Infine, l'informativa chiarisce che non c'è trasmissione a terzi (Regione, Ministero, Istituto Superiore di Sanità) di informazioni personali anagrafiche nominative, numeri di telefono o indirizzi.

Infine l'informativa, chiarirà che gli utenti, che non desiderano essere intervistati, potranno ottenere di essere esclusi dal campione con una semplice richiesta all'ufficio di competenza, chiaramente indicato e che gli utenti potranno anche esprimere le proprie preferenze riguardo alle modalità più gradite di contatto (ad esempio gli orari di chiamata).

La realizzazione di questa attività comunicativa da parte delle ASL sarà oggetto di valutazione da parte del gruppo tecnico del progetto.

Non è richiesto esplicito consenso al campionamento, ai sensi dell'art. 110 del D. Lvo 30 Giugno 2003, n. 196; poiché la sperimentazione del sistema di sorveglianza ricade in un programma di ricerca sanitaria previsto ai sensi dell'art. 12-bis del Decreto Lvo n. 502 e successive modificazioni.

Richiesta del consenso al trattamento dei dati

Alcuni giorni prima del contatto telefonico, viene inviata una lettera informativa all'intervistato in cui:

- si spiegano le finalità e le modalità di svolgimento dell'intervista, precisando che alcune domande riguardano lo stato di salute
- si cita la normativa di riferimento (Piano Sanitario Nazionale e D Lgs 30 giugno 2003, n. 196 per gli aspetti relativi alla tutela della riservatezza personale)
- si precisa che la persona può rifiutare l'intervista (anche preventivamente, contattando il coordinatore aziendale del progetto PASSI), o interromperla in qualunque momento, o anche non rispondere ad alcune domande
- si dichiara le procedure sono state progettate anche per garantire la riservatezza delle informazioni personali raccolte.

Il testo della lettera è riportato nell'allegato 2.

Prima di iniziare l'intervista, viene nuovamente ed esplicitamente richiesto un consenso, ripetendo che la persona intervistata può rifiutarla, interromperla o non rispondere a singole domande, e precisando che verrà garantita la riservatezza dei dati raccolti. (Vedi il testo del questionario).

Modalità di raccolta dei dati

- tramite questionario cartaceo
- direttamente su supporto informatico (Computer Assisted Telephone Interview)

1. Procedure seguite in caso di utilizzo del questionario cartaceo.

Un elenco delle persone da intervistare, facenti parte del campione estratto dall'anagrafe sanitaria, è contenuto in un diario, che serve agli intervistatori per programmare le interviste e tenere traccia delle attività svolte.

Sul questionario è presente una sezione, contenente il nome dell'intervistato, predisposta per la successiva rimozione.

Schede di diario e questionari compilati sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, con gli stessi accorgimenti adottati dalle ASL per analogo materiale riservato.

Dopo un intervallo di tempo variabile (di regola pochi giorni) viene effettuato l'inserimento dati locale su PC, ad opera degli stessi intervistatori, tramite un apposito programma, che contiene controlli di qualità miranti ad evidenziare errori od omissioni nei dati inseriti. L'archivio elettronico ha un campo contenente il nome dell'intervistato.

Per i supporti informatici utilizzati (computer, server, memorie e dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione (hardware e software), per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate, come previsto dall'art. 22 del Codice in materia di protezione dei dati personali.

Entro trenta giorni¹ viene eseguito, mediante trasmissione protetta, il caricamento delle interviste via web sulla base dati centrale, escludendo i dati nominativi; le interviste sono identificate tramite un codice univoco anonimo.

Dopo il caricamento definitivo nell'archivio nazionale, si procede alla distruzione delle sezioni del questionario e delle schede cartacee con i dati nominativi, nonché dei corrispondenti campi negli archivi informatici locali.

D'ora in poi non sarà più possibile associare i dati immagazzinati all'identità della persona intervistata.

1. Procedure seguite in caso di raccolta diretta su supporto informatico.

Sia il diario degli intervistatori sia il questionario sono in formato elettronico e contengono campi con il nome delle persone da intervistare.

Pertanto la compilazione del questionario ed il data entry consistono in un'unica procedura.

I requisiti per la protezione dei dati sui supporti informatici sono gli stessi descritti in precedenza. Il caricamento via web sulla base dati centrale delle interviste avviene con le stesse modalità sopra descritte (trasmissione protetta, codice univoco assegnato all'intervista, esclusione dei dati nominativi).

Analogamente a quanto sopra descritto il coordinatore aziendale, se verifica la presenza di interviste incomplete, può ricontattare l'intervistato.

In ogni caso, completata la validazione delle interviste, provvede alla cancellazione degli elementi nominativi in tutti i supporti informatici locali.

In sintesi, al termine delle procedure, sia cartacee sia informatiche, ed entro un termine massimo di 30 giorni, ogni dato nominativo, sia in sede locale sia nazionale, viene eliminato.

Altri aspetti relativi alla tutela dei dati personali

- Il sistema PASSI non prevede la possibilità di realizzare raffronti o collegamenti di record individuali nominativi con banche dati della Azienda Sanitaria Locale che permettono di identificare l'interessato.
- Chi svolge l'inchiesta è personale sanitario, e perciò tenuto al segreto professionale.
- Le ASL devono ottenere dagli operatori, a qualunque titolo coinvolti nel trattamento dei dati personali, un impegno formale alla riservatezza.
- Le interviste telefoniche saranno condotte in ambienti idonei, in modo da tutelare la riservatezza dell'intervistato.
- La formazione per gli operatori del sistema PASSI prevede una specifica sessione sulla tutela della privacy che tratta i principi generali e le procedure specifiche previste per PASSI.

Anche se il parere di un Comitato Etico non è vincolante ai fini dello svolgimento dell'indagine PASSI (di tipo osservazionale) il CNESPS ha ritenuto opportuno richiedere al Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità una valutazione

- per motivi di trasparenza nei confronti delle Regioni partecipanti e del pubblico
- per avere osservazioni e suggerimenti che contribuiscano a migliorare il progetto

Il Comitato Etico (sessione del 23 gennaio 2007) ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

¹ Questo periodo è necessario al coordinatore aziendale per verificare, in base ai controlli di qualità effettuati dal sistema informativo, al momento dell'inserimento locale dei dati o al caricamento nel database centrale, se ci sono, in un'intervista, errori od omissioni di entità tale da pregiudicarne un valido utilizzo. In questo caso può decidere, previa verifica della situazione con l'intervistatore, di contattare nuovamente l'intervistato, per completare le informazioni erronee o mancanti. Negli studi pilota, questa evenienza si è verificata in una percentuale inferiore a 1 per cento delle interviste.

Allegato 1.

Informativa agli Utenti dell'Azienda Sanitaria sul programma PASSI

Agli Utenti dell'Azienda Sanitaria Locale

Questa Azienda, partecipa ad un programma nazionale, promosso dal Ministero della Salute, coordinato dalla Regione e, a livello nazionale, dall'Istituto Superiore di Sanità, chiamato: *Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute*.

Questo programma, previsto dal Piano Sanitario Nazionale, ha lo scopo di migliorare la prevenzione delle malattie e i servizi, grazie ad informazioni su ciò che i cittadini sanno e fanno per proteggere la propria salute e vivere in uno stato di benessere.

A cosa serve raccogliere questi dati

Si può fare molto per mantenere un buono stato di salute e il benessere, facendo attività fisica, mangiando sano, evitando dipendenze da fumo o alcol, e controllando periodicamente, con l'aiuto del medico di famiglia, la pressione arteriosa, il colesterolo, il sovrappeso e poche altre condizioni di rischio.

Con questo sistema sarà possibile controllare se stiamo facendo progressi nel proteggere lo stato di salute da questi rischi e se le misure di prevenzione funzionano.

Come sono raccolte e trattate le informazioni

Le informazioni sono raccolte, durante l'arco dell'anno, attraverso interviste telefoniche a circa 300 utenti il cui nominativo è estratto in modo casuale dall'anagrafe degli assistiti della ASL.

I recapiti sono rilevati dalle Pagine Bianche ed eventualmente dall'anagrafe sanitaria degli assistiti. Prima di ricevere la telefonata per l'intervista, le persone selezionate sono avvertite con una lettera che informa su come e quando riceveranno la telefonata. Alla fine l'intervista dura un massimo di 20 minuti.

Le informazioni raccolte sono immesse in un archivio elettronico, e dopo aver controllato per possibili errori, operazione che deve avvenire entro un massimo di 30 giorni, sono rese anonime, eliminando i nominativi e i numeri di telefono. Dopo questa fase, solo dati anonimi sono conservati, analizzati e diffusi, e nessun identificativo è utilizzato né trasmesso a Regione, Ministero, Istituto Superiore di Sanità.

Cosa deve fare il cittadino che non vuole partecipare

La probabilità di essere selezionati è molto bassa, considerando che solo 300 persone sono intervistate lungo l'arco dell'anno. Tuttavia, gli utenti, che decidono di non partecipare, possono farlo in tre modi:

- richiedere di essere esclusi dal campionamento con una semplice richiesta all'ufficio responsabile, indicato nel riquadro in basso;
oppure
- quando si riceve la lettera che preannuncia l'intervista, richiedere di essere esclusi con una semplice richiesta all'ufficio responsabile, indicato nel riquadro in basso;
oppure
- rispondere che si rifiuta l'intervista, quando si riceve la telefonata (la prima domanda dell'intervista è se si accetta o si rifiuta di partecipare).

In questa ASL, il Responsabile dell'inchiesta è:

Servizio, Unità operativa
Indirizzo
Numero di telefono
Nominativo del Coordinatore

Allegato 2.

Testo della lettera: informativa specifica all'interessato, quando il numero di telefono è conosciuto

Data e protocollo

Gentile Signore/a,

stiamo raccogliendo informazioni sulla popolazione che vive nel territorio della nostra Azienda Sanitaria relativamente ai comportamenti che possono influenzare la salute (attività fisica, abitudini alimentari, abitudine al fumo, ecc).

Questo sistema di raccolta delle informazioni, denominato "PASSI" (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), nasce da un'iniziativa del Ministero della Salute e delle Regioni ed è realizzato nella nostra Azienda così come in molte altre Aziende Sanitarie di tutta Italia.

Le informazioni raccolte serviranno per programmare interventi mirati alla promozione di uno stile di vita sano ed alla prevenzione di importanti malattie croniche (come tumori, malattie circolatorie e respiratorie, diabete, ecc).

Per ottenere queste informazioni si è scelto di rivolgere specifiche domande ad un campione di persone scelte a caso dalle liste dell'anagrafe dell'Azienda Sanitaria. Anche il Suo Medico di Famiglia è a conoscenza dell'iniziativa e potrà fornirLe a riguardo ogni ulteriore spiegazione e chiarimento.

Il suo nominativo è risultato tra quelli selezionati (insieme a quello di altre decine di persone). Le chiediamo, pertanto, di essere autorizzati a contattarLa telefonicamente tra qualche giorno per rivolgerLe domande molto semplici che richiederanno circa 15-20 minuti del suo tempo. In alternativa potrà concordare con l'operatore che La contatterà il giorno e l'ora che Le sono più comodi per rispondere alle domande.

Qualora non fosse disponibile a essere contattato telefonicamente, La preghiamo di segnalarlo al seguente indirizzo..... o n.° di telefono o indirizzo mail.....

Sappia comunque che al momento del contatto potrà in ogni caso decidere di partecipare o meno all'intervista come pure di interrompere in qualsiasi momento la Sua partecipazione.

L'Azienda Usl è titolare del trattamento dei Suoi dati connesso all'effettuazione dell'intervista e si preoccupa di operare nel pieno rispetto della Sua dignità e dei Suoi diritti, secondo la normativa vigente sulla tutela della riservatezza personale (D Lgs 30 giugno 2003, n. 196).

Il personale che La contatterà è stato espressamente incaricato dall'Azienda e le informazioni raccolte nel corso dell'intervista saranno rese nota in forma esclusivamente anonima.

Responsabile interno del trattamento dei dati è.....*(inserire il nominativo della persona o la sua collocazione funzionale, ad es. Responsabile del Dipartimento prevenzione)*

La ringraziamo fin da ora per il tempo e la preziosa collaborazione che ci offrirà e Le ricordiamo che, per qualsiasi chiarimento su questa iniziativa ("PASSI"), può contattarci ai seguenti numeri telefonici:

dr.ssa
dr
A.S.

Il Coordinatore Aziendale del Progetto

Allegato 3.
Testo della lettera: informativa specifica all'interessato, quando il numero di telefono è sconosciuto

Data e protocollo

Gentile Signore/a,

stiamo raccogliendo informazioni sulla popolazione che vive nel territorio della nostra Azienda Sanitaria relativamente ai comportamenti che possono influenzare la salute (attività fisica, abitudini alimentari, abitudine al fumo, ecc).

Questo sistema di raccolta delle informazioni, denominato "PASSI" (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), nasce da un'iniziativa del Ministero della Salute e delle Regioni ed è realizzato nella nostra Azienda così come in molte altre Aziende Sanitarie di tutta Italia.

Le informazioni raccolte serviranno per programmare interventi mirati alla promozione di uno stile di vita sano ed alla prevenzione di importanti malattie croniche (come tumori, malattie circolatorie e respiratorie, diabete, ecc). Per ottenere queste informazioni si è scelto di rivolgere specifiche domande ad un campione di persone scelte a caso dalle liste dell'anagrafe dell'Azienda Sanitaria. Anche il Suo Medico di Famiglia è a conoscenza dell'iniziativa e potrà fornirLe a riguardo ogni ulteriore spiegazione e chiarimento

Il suo nominativo è risultato tra quelli selezionati, insieme a quello di altre decine di persone. Non avendo potuto rintracciare il suo numero telefonico attraverso le consuete fonti istituzionalmente utilizzate, Le chiediamo cortesemente di contattarci al n. tel. dalle ____ alle ____ per fornirci un numero dove poterla chiamare per effettuare l'intervista, negli orari che preferisce.

L'intervista, che sarà condotta dall'operatore sanitario _____, La impegnerà per circa 15-20 minuti. Sappia comunque che al momento del contatto potrà in ogni caso decidere di partecipare o meno all'intervista come pure di interrompere in qualsiasi momento la sua partecipazione.

Anche se decidesse di non voler partecipare a questa indagine, Le saremmo grati se potesse comunque avvertirci.

L'Azienda Usl è titolare del trattamento dei Suoi dati connesso all'effettuazione dell'intervista e si preoccupa di operare nel pieno rispetto della Sua dignità e dei Suoi diritti, secondo la normativa vigente sulla tutela della riservatezza personale (D Lgs 30 giugno 2003, n. 196).

Il personale che La contatterà è stato espressamente incaricato dall'Azienda e le informazioni raccolte nel corso dell'intervista saranno rese nota in forma esclusivamente anonima .

Responsabile interno del trattamento dei dati è.....(*inserire il nominativo della persona o la sua collocazione funzionale, ad es. Responsabile del Dipartimento prevenzione*)

La ringraziamo fin da ora per il tempo e la preziosa collaborazione che ci offrirà e Le ricordiamo che, per qualsiasi chiarimento su questa iniziativa ("PASSI"), può contattarci ai seguenti numeri telefonici:

dr.ssa
dr
A.S
Sig.ra

Il Coordinatore Aziendale del Progetto

Allegato 4.
Testo della lettera: informativa al Medico di Famiglia

Data e protocollo

Al Dott. _____
Via _____
Città _____

Caro/a Collega,

la nostra Azienda Sanitaria sta partecipando al Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che consentirà di raccogliere dati (sia a livello locale che nazionale) sui fattori di rischio comportamentali e su aspetti riguardanti lo stato di salute della popolazione.

Per raccogliere le informazioni verrà somministrato, in modo continuativo durante l'arco dell'anno, un questionario standardizzato, della durata di circa 15-20 minuti, mediante intervista telefonica condotta da personale sanitario dell' Azienda formato allo scopo. Le persone intervistate vengono selezionate tra i residenti della lista dell'anagrafe assistiti dell'ASL, con campionamento casuale stratificato per sesso ed età (18-69 anni). In questo trimestre alcuni tra i Tuoi assistiti sono stati estratti a campione come titolari dell'intervista o come possibili sostituti.

Analogamente a quanto fatto in passato, chiediamo la Tua collaborazione per:

- sostenere l'adesione all'intervista nei confronti degli assistiti che eventualmente si rivolgessero a Te per chiarimenti;
- distribuire ed esporre nel Tuo ambulatorio il materiale informativo che alleghiamo alla presente.

Per qualunque chiarimento o necessità, puoi contattare:

dott. _____ presso l'ASL _____ U.O. _____

tel. _____ e-mail _____

Materiale informativo è reperibile anche al sito web: <http://www.epicentro.iss.it/passi/>

Ringraziando sin d'ora, Ti porgiamo i nostri più cordiali saluti.

firma

Allegato 5.

Azienda Sanitaria

ATTO DI NOMINA DEL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI in
relazione alla *Sorveglianza sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute*

ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

L'Azienda Sanitaria _____ nella persona del legale rappresentante pro tempore,
in qualità di titolare del trattamento di dati personali operati nell'ambito delle proprie attività, con la
presente

Nomina

Il Sig. _____
Nome, cognome e ruolo

Responsabile del trattamento dei dati

ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, in relazione alla esecuzione della
Sorveglianza sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, prevista dal Piano
Sanitario Nazionale 2006 – 2008.

Il Sig. _____, nella qualità di responsabile ha il potere ed il dovere
di compiere tutto quanto si renderà necessario ai fini del rispetto della normativa vigente.

Specificatamente, il responsabile è tenuto a:

1. individuare e nominare per iscritto gli incaricati del trattamento, impartendo loro, per iscritto, le idonee istruzioni;
2. vigilare sul rispetto delle istruzioni impartite agli incaricati;
3. adottare e rispettare le misure di sicurezza indicate e predisposte dal titolare del trattamento;
4. vigilare sul rispetto di dette misure di sicurezza da parte dei soggetti nominati incaricati;
5. verificare semestralmente lo stato di applicazione del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, nonché il buon funzionamento, la corretta applicazione e la conformità alle indicazioni dell'Autorità Garante dei sistemi e delle misure di sicurezza adottate;
6. predisporre, a seguito di ciascuna verifica, una relazione scritta in ordine a tutti gli adempimenti eseguiti ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, alla documentazione raccolta ed archiviata ai sensi del medesimo decreto nonché in ordine alle misure di sicurezza. Tale relazione dovrà essere, successivamente, trasmessa al titolare del trattamento;
7. evadere tempestivamente tutte le richieste e gli eventuali reclami degli interessati;
8. evadere tempestivamente le richieste di informazioni da parte dell'Autorità Garante e dare immediata esecuzione alle indicazioni che perverranno dalla medesima Autorità;
9. interagire con i soggetti incaricati di eventuali verifiche, controlli o ispezioni;
10. comunicare immediatamente al titolare gli eventuali nuovi trattamenti da intraprendere nel proprio settore di competenza, provvedendo alle necessarie formalità di legge;
11. distruggere i dati personali dopo in caso di cessazione del trattamento degli stessi, provvedendo alle necessarie formalità di legge.

_____, li _____.

titolare _____ Per accettazione, il Responsabile _____

Allegato 6.

Azienda Sanitaria

NOMINA DELL'INCARICATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI in relazione alla esecuzione della *Sorveglianza sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute*

ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

Gentile Signor/a _____

Nome, cognome e ruolo

Con il D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, viene riconosciuto il diritto alla protezione dei dati personali e alla riservatezza. Per le attività di sorveglianza a fini sanitari, che implicano il trattamento di dati personali, il Decreto impone che all'interno di ogni azienda siano individuate le figure del titolare, del responsabile e dell'incaricato del trattamento di dati personali. Tali ruoli non comportano modifiche della qualifica professionale o delle mansioni assegnate.

Nell'ambito dello svolgimento delle funzioni che Lei svolge per la Sorveglianza PASSI, Lei viene a conoscenza dei nominativi che identificano le persone che sono intervistate, intervista queste persone, memorizza questi dati nel computer, può effettuare correzioni per eventuali errori riscontrati.

Con la presente, Lei è nominiamo incaricato del trattamento di dati personali.

Per trattamento di dati deve intendersi: *“qualunque operazione o complesso di operazioni, svolte con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati”*.

Sono dati personali tutte le informazioni che permettano l'identificazione del soggetto cui si riferiscono, come i dati anagrafici e i recapiti telefonici.

Al fine della tutela del diritto dei cittadini alla riservatezza della la vita privata, e della corretta applicazione della legge (D. Lgs. 196/2003), in quanto incaricato Lei è tenuto a:

- trattare tutti i dati personali di cui viene a conoscenza nell'ambito dello svolgimento delle Sue funzioni, in modo lecito e secondo correttezza;
- effettuare la raccolta, l'elaborazione e la registrazione di dati personali, esclusivamente per lo svolgimento delle Sue mansioni;
- evitare di creare banche dati nuove senza espressa autorizzazione;
- mantenere il segreto professionale sui dati personali di cui viene a conoscenza nell'esercizio delle Sue funzioni;
- evitare di asportare supporti informatici o cartacei contenenti dati personali di terzi, senza autorizzazione del responsabile.

In quanto incaricato, Lei è tenuto ad osservare scrupolosamente le misure di sicurezza già in atto, o che verranno comunicate in seguito dal responsabile del trattamento.

IL RESPONSABILE _____

Per ricezione e presa visione, L'INCARICATO _____

ALLEGATO 7
Suggerimenti per l'intervistatore



Sistema di Sorveglianza PASSI

Suggerimenti per gli intervistatori

Competenze per una comunicazione telefonica efficace
nella conduzione dell'intervista

Introduzione

L'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, che comporta l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, tumori e diabete, principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta.

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 sottolinea la necessità di rendere stabile una periodica sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali. Per raggiungere tale scopo il Piano cita come importante esperienza a cui fare riferimento, lo studio Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI), effettuato nel 2005 dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS) e dalle Regioni, su incarico del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM). Avviato due anni fa come sperimentazione di alcuni metodi utili per la sorveglianza dei fattori comportamentali di rischio e per il monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche, PASSI è oggi il punto di partenza per un progetto del Ministero della Salute e delle Regioni che vuole mettere a regime una sorveglianza di popolazione in tutte le Regioni e Aziende sanitarie locali (Asl) del Paese.

Il [Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie \(CCM\)](#) ha affidato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il compito di realizzare il progetto di sperimentazione del sistema di sorveglianza. La sperimentazione ha l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sulla percezione del proprio stato di salute della popolazione adulta (18-69 anni) italiana, attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento per la modifica dei comportamenti a rischio. La rilevazione è realizzata attraverso la somministrazione di un questionario standardizzato, per mezzo di un'intervista telefonica rivolta ad un campione di persone di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nelle ASL. L'intervista è condotta da intervistatori formati a tale scopo.

Gli intervistatori fanno parte degli attori del Sistema di Sorveglianza PASSI. La sperimentazione del Sistema PASSI è infatti condotta congiuntamente da organi attivi a livello nazionale (Sottocomitato Scientifico del CCM, Coordinamento Inter-Regionale della Prevenzione, Gruppo Tecnico), a livello regionale (referente e suo

ufficio/collaboratori, coordinatore e vice-coordinatore) e a livello delle ASL (coordinatore aziendale, intervistatori).

Il significativo ruolo dell'intervistatore nel sistema di sorveglianza PASSI

L'intervistatore del Sistema di Sorveglianza PASSI è un operatore del Servizio Sanitario. La scelta di identificare gli intervistatori nell'ambito del Servizio Sanitario, in particolare nel Dipartimento di Prevenzione e di non affidarsi ad un Call Center, offre alcuni significativi vantaggi che è opportuno evidenziare:

- favorisce una fattiva collaborazione tra Dipartimento di Prevenzione e cittadino che attraverso l'intervista effettuata da un operatore sanitario appartenente al Servizio territoriale ha la possibilità di conoscere i bisogni percepiti dalle singole persone, le loro aspettative e raccogliere suggerimenti
- permette di creare/rafforzare il contatto con gli altri Servizi sanitari coinvolti nella prevenzione e nella cura attraverso la figura di un operatore che appartiene al contesto sanitario e che può riferire esigenze, bisogni che possono essere soddisfatti attraverso un approccio integrato tra Servizi
- pone le basi per un maggior senso di appartenenza/partecipazione allo studio permettendo ai singoli operatori di acquisire maggiore esperienza nella raccolta di dati di interesse sanitario
- può aumentare l'accettabilità dello studio, mentre con i Call Center si può rischiare un basso tasso di risposta
- protegge la privacy della persona intervistata evitando che il Call Center venga a conoscenza di dati che la riguardano.

L'eventualità di ricorrere, per esigenze locali a personale esterno al Servizio Sanitario è da considerarsi sperimentale e deve prevedere in ogni caso un percorso formativo comune con il personale dipendente e la partecipazione alle riunioni operative con gli altri intervistatori.

Gli intervistatori sono identificati dal coordinatore aziendale in base alla loro disponibilità a:

- partecipare alla formazione e alle attività di aggiornamento
- approfondire le competenze di comunicazione telefonica
- raggiungere gli obiettivi assegnati

- garantire una continuità di impegno. A tal proposito il numero previsto di intervistatori deve essere sufficiente, (per completare l'indagine e per garantire l'intercambiabilità in caso di ferie, assenze, impegni) ma non eccessivo (per consentire al singolo intervistatore di mantenere sufficiente esperienza e dimestichezza con le procedure dell'intervista e quindi non condizionare qualità e affidabilità dei dati).

Le attività e i compiti previsti per gli intervistatori sono i seguenti:

- stabilire i contatti telefonici seguendo procedure standardizzate nel Protocollo
- svolgere le interviste telefoniche
- mantenere un diario delle attività svolte
- partecipare alla formazione organizzata a livello regionale e alle attività di aggiornamento
- collaborare con il coordinatore nel controllo della qualità dei dati e nella regolare gestione dei supporti informatici
- rispondere alle richieste di chiarimenti da parte delle persone campionate e del pubblico.

Il ruolo degli intervistatori è di fondamentale importanza per il raggiungimento degli obiettivi della Sorveglianza PASSI. La relazione che possono instaurare con i cittadini attraverso la comunicazione telefonica rappresenta una condizione sostanziale per accrescere la credibilità istituzionale e per favorire l'adesione delle persone contattate. La qualità del loro intervento e la loro professionalità sono essenziali per condurre le interviste in modo omogeneo e quindi garantire non solo la qualità del rapporto con i cittadini, ma anche la qualità dei dati raccolti.

Tale professionalità è alimentata da:

- l'acquisizione/perfezionamento di competenze conoscitive/tecniche attraverso la formazione e l'aggiornamento
- l'acquisizione/perfezionamento di competenze comunicativo/relazionali attraverso la formazione e l'aggiornamento
- l'attiva collaborazione con gli altri soggetti del sistema di Sorveglianza primi fra tutti i coordinatori aziendali.

Per quanto riguarda le competenze conoscitive/tecniche importanti per l'intervistatore, qui di seguito sono indicate quelle essenziali:

1. la conoscenza dei materiali utilizzati per la promozione/avvio del Sistema di Sorveglianza favorisce la conoscenza del contesto e la comprensione della percezione delle persone rispetto alla Sorveglianza
2. la conoscenza dell'organizzazione generale del sistema (protocollo, obiettivi, istituzioni e soggetti sociali coinvolti) facilita l'operatore a rispondere a domande e perplessità delle persone intervistate
3. la conoscenza di base delle procedure e delle modalità di campionamento e di raccolta dei dati garantisce la qualità del dato raccolto (modalità di selezione degli intervistati, diario, controllo qualità dei dati raccolti, gestione dei supporti informatici)
4. la conoscenza dettagliata del questionario, l'approfondimento delle sezioni più complesse e il confronto con gli altri organi del Sistema di Sorveglianza (primo fra tutti il coordinatore), per il chiarimento di eventuali dubbi, favorisce la comprensione da parte delle persone intervistate delle domande poste. La chiarezza delle domande non dipende infatti soltanto dal modo in cui sono formulate per iscritto, ma anche da quanto sono state interiorizzate dall'intervistatore e dal modo in cui sono poste durante l'intervista.

Per quanto riguarda le competenze comunicativo/relazionali qui di seguito sono indicati gli aspetti che è opportuno approfondire, soprattutto in ambito formativo, affinché tali competenze possano alimentare la professionalità degli intervistatori e essere applicate:

1. la conoscenza delle caratteristiche specifiche della comunicazione telefonica che può sviluppare la consapevolezza delle peculiarità di tale modalità comunicativa
2. la conoscenza dei fondamenti della prassi della comunicazione telefonica (comunicazione verbale e paraverbale) che può potenziare la chiarezza espositiva e contribuire a creare un clima disteso e accogliente nella relazione telefonica
3. la consapevolezza della comunicazione verbale e paraverbale da parte dell'intervistatore che può contribuire ad evitare di inserire nel corso dell'intervista commenti, valutazioni e interpretazioni personali
4. l'applicazione di abilità relazionali (ascolto attivo, empatia, auto-consapevolezza) e di tecniche comunicative (tecnica della riformulazione e della delucidazione) che può rafforzare la professionalità nella comunicazione telefonica e nella conduzione dell'intervista

1. la consapevolezza all'inizio dell'intervista del proprio ambiente "interno" e dell'ambiente "esterno" che può facilitare l'ascolto attivo della persona intervistata e favorire il proprio e l'altrui agio
2. la conoscenza delle fasi della comunicazione telefonica durante l'intervista che può favorire una maggiore padronanza nella somministrazione del questionario.

Per quanto riguarda l'attiva collaborazione con gli altri soggetti del sistema di Sorveglianza è opportuno evidenziare alcuni aspetti:

1. l'importanza del contatto e dello scambio comunicativo tra intervistatori per confrontarsi su eventuali problematiche e/o su modalità di soluzioni
2. la necessità della collaborazione con il coordinatore aziendale
3. la positività dell'integrazione con tutti gli altri soggetti coinvolti nella realizzazione del Sistema di Sorveglianza attraverso strumenti di comunicazione differenziati, primo fra tutti la newsletter redatta da Epicentro.

Competenze comunicativo- relazionali

1. Caratteristiche specifiche della comunicazione telefonica

Nel Sistema di Sorveglianza PASSI l'intervista telefonica è un momento fondamentale nel rapporto con il cittadino e si inserisce in un contesto di comunicazione più ampia e globale.

La comunicazione, che si stabilisce attraverso il telefono tra intervistatore e persona intervistata, si caratterizza per alcune peculiarità:

- si tratta di una comunicazione di breve durata, ma personalizzata cioè centrata sulle esigenze specifiche dell'interlocutore, sulla sua "unicità". Anche se l'intervista è condotta per mezzo di un questionario standardizzato è fondamentale considerare che ogni persona intervistata è diversa dall'altra. Pertanto solo ascoltandola e ponendo attenzione alle sue perplessità e alle sue reazioni/risposte verbali e non verbali, è possibile rendersi conto se ha capito e se è possibile procedere. Ciò contribuisce a garantire la qualità dei dati raccolti.

L'intervistatore e la persona intervistata non interagiscono in uno spazio esterno condiviso. Anche per questo motivo è di fondamentale importanza lo "spazio interno" dell'intervistatore (ambiente "interno"). Inoltre, l'intervista telefonica si

- svolge sempre in tempi dipendenti dalla persona intervistata o comunque sempre con lei concordati.

2. I fondamenti della prassi della comunicazione telefonica (comunicazione verbale e paraverbale)

Durante la comunicazione telefonica vengono trasmesse solo le parti acustiche della comunicazione, quelle relative alle **modalità verbali** (le parole alle quali è attribuito un significato simbolico) che hanno la funzione di esprimere i contenuti del messaggio e quelle relative alle **modalità paraverbali** (volume, timbro, ritmo della voce, pause, sospiri, silenzi) che hanno la funzione di veicolare le tonalità affettive della comunicazione, il grado di comprensione delle informazioni ricevute e hanno un ruolo fondamentale per la costruzione della relazione.

E' importante evidenziare che la comunicazione paraverbale rappresenta un mezzo fondamentale per esprimere e comunicare le emozioni (gioia, rabbia, paura, tristezza, disgusto, disprezzo, interesse, sorpresa, tenerezza, vergogna, colpa). Le interazioni vengono, infatti stabilite/sostenute/interrotte attraverso segnali paraverbali.

Poiché durante la comunicazione telefonica si perdono tutte le informazioni relative alla comunicazione non verbale (gestualità, postura, sguardi...), sono perciò ancora più preziose quelle derivanti dalla comunicazione paraverbale. Pertanto l'intervistatore deve porre attenzione alla comunicazione verbale e paraverbale della persona/utente, ma anche e soprattutto alla propria.

3. La consapevolezza della comunicazione verbale e paraverbale da parte dell'intervistatore

La comunicazione verbale dell'intervistatore è prevalentemente orientata dal questionario standardizzato. Ai fini della qualità dell'intervista e delle informazioni raccolte è necessario che i contenuti, le parole (spiegazioni, risposte ad eventuali commenti o domande degli intervistati...) siano il più possibile concordati con il coordinatore. E' inoltre opportuno evitare di esprimere commenti verbali e valutazioni personali come: "Bella risposta!", "Davvero?", "Va bene".

Contemporaneamente, sempre per garantire la qualità dell'intervista, è utile che l'intervistatore ponga attenzione alla propria comunicazione paraverbale oltre che a quella della persona intervistata.

Il tono della voce dell'intervistatore deve essere chiaro, pacato, caldo, ma non seduttivo o confidenziale; il timbro sicuro, ma non direttivo, tale da poter rassicurare l'interlocutore esprimendo calma e accoglienza; il volume non troppo alto, ma neanche troppo basso, il ritmo non troppo veloce tale da permettere alla persona di ascoltare, capire e rispondere, è opportuno fare delle pause e mettere la persona a proprio agio. Per quanto riguarda la comunicazione paraverbale, occorre evidenziare che sospiri, pause, silenzi, mugugni, vocalizzazioni accessorie (come mmhhhh!!!!, ahhh!!!) possono rappresentare l'espressione di valutazioni personali e possono influenzare l'intervistato. Nello stesso tempo il tono della voce, il volume, le pause, i silenzi dell'intervistato possono fornire molte informazioni sul suo stato emotivo. E' tuttavia opportuno, anche in questo caso, evitare di interpretare e farsi influenzare da valutazioni personali.

4. Le abilità relazionali (ascolto attivo, empatia, auto-consapevolezza) e le tecniche comunicative (tecnica della riformulazione e della delucidazione)

Ascolto attivo, empatia e auto-consapevolezza sono le abilità comunicativo relazionali fondamentali per una comunicazione personalizzata e professionale anche attraverso il telefono. Durante l'intervista telefonica l'applicazione di tali abilità può facilitare l'intervistatore a condurre una intervista che rispetti i criteri di omogeneità e di standardizzazione definiti e concordati, ma che nello stesso tempo non perda di vista la persona.

L'empatia

Il termine empatia deriva dal greco **empateia** e significa "*sentirsi dentro l'altro*". L'empatia è diversa dalla simpatia che significa "sentire con l'altro", l'empatia invece è "sentire per l'altro". È quindi l'abilità di saper entrare nello schema di riferimento dell'altro; la capacità di vedere il "mondo" con gli occhi dell'altro e avere informazioni dal suo punto di vista per poter comprendere le sue richieste e i suoi bisogni.

E' l'abilità di aprirsi all'esperienza di un'altra persona, di stare per un po' nel suo mondo "**come se**" fosse il proprio, di capire l'esperienza soggettiva della "persona" e di restituirle tale comprensione.

Empatia è anche la capacità di rimanere costantemente in contatto con il proprio punto di vista, "il proprio mondo" per non confondersi con quello dell'altro e quindi, in ambito professionale, non essere più in grado di condurre l'intervento. Nel nostro caso non essere più in grado di condurre in modo professionale e finalizzato l'intervista.

approfittare del momento in cui la persona è alla fine di un periodo per intervenire e riprendere ciò che è stato appena comunicato:

“Mi sta dicendo che.....”, “Lei vuol dire che.....”, “In altre parole.....”, “A suo avviso perciò.....”, “Così, secondo lei.....”

La persona se si riconosce nella riformulazione è sicura di essere stata ascoltata e compresa e così è portata a collaborare. E' anche facilitata a rimanere concentrata sul problema/tema affrontato nell'interazione.

Nel corso dell'intervista la riformulazione può essere utilizzata per interrompere una persona logorroica, che vuole raccontare sue esperienze personali, o manifestare il suo disappunto verso i Servizi. In questo modo è possibile rifocalizzare l'attenzione sulle domande che compongono il questionario.

La delucidazione è una tecnica che agevola l'auto-comprensione sottolineando anche i sentimenti che accompagnano il contenuto. Si coglie dal paraverbale oltre che dal verbale.

Nel corso dell'intervista telefonica può essere utilizzata ad esempio nei casi in cui si coglie, dal tono della voce della persona intervistata, dalle sue pause o silenzi un imbarazzo, una perplessità, specialmente nel caso di domande sensibili e di natura strettamente personale. Per evitare di interpretare e quindi farsi condizionare da opinioni personali è possibile dire: ***“Dal tono della sua voce ho l'impressione di cogliere delle perplessità circa la domanda che le ho posto, forse non è chiara?”***

Questa è una domanda aperta che può aiutare a ricevere una risposta il più possibile coerente con quanto la persona intervistata pensa o sente, evitando di influenzarla. Nella domanda è anche utilizzato il messaggio in prima persona ***“Io ho l'impressione”*** non ***“Lei è perplesso”*** che presuppone l'assenza di giudizio.

La capacità di indagine è l'abilità nel saper porre domande, scegliendo la tipologia più adeguata in base alla fasi del colloquio.

Le domande aperte lasciano ampia possibilità di risposta, tendono ad ampliare e approfondire, stimolano l'esposizione di opinioni e pensieri (come, cosa vorrebbe, potrebbe, può approfondire, cosa ne pensa).

Le domande chiuse **sono circoscritte, costringono ad una sola risposta specifica, spesso forzano una risposta, restringono e rendono più mirata la comunicazione, richiedono**

solo fatti oggettivi e a volte possono sembrare limitative e ostacolanti (quando?, dove?, chi?).

Le domande che iniziano con il “perché” possono essere percepite dalla persona come colpevolizzanti o accusatorie, pertanto andrebbero evitate.

L’uso dei messaggi in prima persona “Io penso che”.....”Secondo me” facilita la distinzione tra ciò che riguarda l’operatore/intervistatore e ciò che riguarda la persona, permettendo di evitare situazioni conflittuali e favorendo un clima non giudicante e un processo decisionale autonomo.

Le barriere all’ascolto

Nel corso dell’intervista si possono individuare alcune condizioni che ostacolano l’ascolto e che assumono le caratteristiche di vere e proprie barriere: barriere verbali (interruzioni, tante parole); barriere mentali (problemi personali dell’intervistatore, preconcetti, interpretazioni); barriere uditive (rumori, voce alta, voce bassa; movimenti nell’ambiente in cui si svolge l’intervista); barriere spaziali (distanza), conclusione affrettata dell’intervista.

Autoconsapevolezza

L’auto-consapevolezza è un’abilità fondamentale per garantire la qualità e la professionalità nella conduzione dell’intervista.

È molto importante che l’intervistatore sia consapevole del suo bagaglio conoscitivo, delle sue motivazioni, dei suoi pregiudizi, delle sue reazioni, delle proprie emozioni e del proprio stato d’animo durante l’intervista. E’ molto importante che sia consapevole del proprio modo di comunicare, verbale e paraverbale. Fa parte dell’auto-consapevolezza anche la capacità di auto-osservazione e di auto-monitoraggio di quanto avviene nel corso di ogni singola intervista, nonché la consapevolezza del proprio linguaggio non verbale, attraverso cui vengono veicolati gli stati emotivi connessi al contenuto verbale.

Nell’attuazione dell’abilità dell’auto-consapevolezza può essere fondamentale approfondire il concetto di “ambiente interno” e “ambiente esterno”.

5. Ambiente “interno” e “ambiente “esterno”

L’ambiente è la cornice all’interno della quale si svolge l’intervista e gioca un ruolo fondamentale nello svolgimento e nella riuscita dell’intervento.

L'ambiente "esterno" si riferisce alla dimensione spazio-temporale. Nell'intervista telefonica lo spazio non è condiviso dall'intervistatore e dalla persona intervistata.

L'ambiente "interno" corrisponde alla "disposizione all'ascolto", è lo spazio interno che l'intervistatore ogni volta che inizia un'intervista prepara, cura e dedica alla persona da intervistare.

Anche quando l'ambiente esterno non è ottimale, un buon ambiente interno può facilitare lo sviluppo dell'interazione.

6. Le fasi della comunicazione telefonica e dell'intervista

E' essenziale che l'intervista telefonica sia condotta da ogni intervistatore secondo una modalità omogenea seguendo un percorso standardizzato.

E' possibile suddividere l'intervista in tre fasi così strutturate:

Fase iniziale

È opportuno, prima di contattare la persona da intervistare, aver preparato l'ambiente "interno ed esterno" ed avere padronanza di tutti gli strumenti utili: Diario e Questionario sono i "ferri del mestiere".

Il primo contatto è fondamentale in quanto crea le premesse per la qualità della relazione successiva. Nella specificità del Sistema di Sorveglianza PASSI è di enorme importanza, dato che avrà una durata nel tempo e si presenteranno diverse occasioni di nuovi contatti con i cittadini. Pertanto instaurare fin dall'inizio una relazione di fiducia e collaborazione risulta essenziale per gli sviluppi successivi.

Le prime parole (saluto, presentazione) e il tono della voce (caldo, accogliente) sono le basi per creare una relazione di collaborazione.

È importante:

- presentarsi indicando nome, cognome e qualifica, provenienza
- descrivere brevemente il motivo della telefonata (la prima pagina del questionario aiuta)
- chiedere alla persona da intervistare se ha ricevuto la lettera informativa.

A questo punto è possibile prevedere due scenari con diverse possibilità:

Primo scenario: la persona ha ricevuto la lettera

Chiedere alla persona se è disponibile per l'intervista o se invece rifiuta l'intervista

Prima possibilità: Se la persona accetta l'intervista ed è disponibile al momento iniziare l'intervista ribadendo:

- obiettivi dello studio;
- modalità di selezione (estrazione a sorte da una lista);
- anonimato del questionario;
- volontarietà nel rispondere.

Prima di iniziare la somministrazione del questionario, verrà letta una dichiarazione sui metodi adottati per garantire la riservatezza dei dati, secondo quanto stabilito dalla legge sulla privacy, e si richiederà il consenso a procedere con l'intervista, precisando la possibilità per la persona intervistata di interromperla in qualunque momento.

Seconda possibilità Se la persona accetta l'intervista ma non è disponibile al momento accordarsi per altra data e ora.

Terza possibilità: Se la persona decide di non partecipare chiedere il motivo del rifiuto utilizzando possibilmente domande aperte e evitando le domande che iniziano con il "perché" come ad esempio: "Potrebbe per favore spiegarmi il motivo del suo rifiuto?".

Secondo scenario: la persona non ha ricevuto la lettera

Specificare (la prima pagina del questionario aiuta) cosa è il Sistema di Sorveglianza PASSI, cosa sta facendo la ASL, perché, come, per quanto tempo, come verranno utilizzati i dati raccolti, le modalità di selezione delle persone da intervistare, ribadire l'anonimato e la facoltà di rinuncia.

Prima possibilità: Se la persona accetta l'intervista ed è disponibile al momento, iniziare l'intervista.

Seconda possibilità: Se la persona accetta l'intervista, ma non è disponibile al momento, concordare un nuovo appuntamento stabilendo data e ora.

Terza possibilità: Se la persona decide di volerci pensare, proporre di parlarne con il proprio medico e provare a concordare, se la persona è disponibile, un nuovo appuntamento telefonico.

Quarta possibilità: Se la persona decide di non partecipare chiedere il motivo del rifiuto utilizzando possibilmente domande aperte e evitando le domande che iniziano con il "perché" come ad esempio: "Potrebbe per favore spiegarmi il motivo del suo rifiuto?".

Fase intermedia

La fase intermedia corrisponde con lo svolgimento dell'intervista.

Qui di seguito sono riportate alcune indicazioni che possono facilitare e velocizzare l'intervista:

- occorre essere chiari, la mancanza di chiarezza insospettisce, crea equivoci e alimenta la sfiducia: per questo è necessario conoscere bene l'organizzazione del Sistema di Sorveglianza nel suo complesso ed il questionario in ogni sua parte
- se vengono poste delle domande è opportuno rispondere ad una per volta e solo dopo aver completato la risposta ed aver verificato che la persona abbia ben capito, è possibile passare ad altro argomento
- se non è chiaro ciò che ha espresso la persona intervistata può essere utile adottare la tecnica della "riformulazione"
- è opportuno rispondere ad ogni domanda, ma anche contenere le richieste e non sollevare dubbi dove non emergono
- è opportuno rispettare i tempi della persona e non travolgerla di parole. Si deve dare ad ognuno il tempo giusto per le risposte e non aspettarsi risposte immediate né mettere fretta perché questo crea fastidio e disagio
- è importante parlare con calma, non in modo veloce, affrettato, sbrigativo o incalzante, con un tono della voce pacato ed accogliente, ma non mellifluo, rispettando le pause e i tempi dell'altro ed evitando di parlare sopra all'altro
- è importante fare attenzione a tutti gli aspetti che in una conversazione telefonica potrebbero ostacolare o interrompere il flusso della comunicazione e quindi il rapporto di fiducia e collaborazione (rumori, voci di sottofondo, distrazioni, ambiente interno)
- è importante sempre usare la prima persona "IO", "Io penso", "a me sembra", "io immagino", "spero di essere stato chiaro", "sono riuscito a farmi capire" e non la seconda persona "TU" in questo caso "LEI" "forse non ha ben capito", "vediamo se ha compreso bene" che a volte può suonare in termini accusatori
- nel caso in cui l'intervistatore non sia in grado di rispondere ad una domanda o di fornire un'informazione, potrà impegnarsi con la persona a reperirla e a comunicarla successivamente.

Fase finale

In conclusione dell'intervista evitare di chiudere in modo frettoloso la telefonata perché il saluto è fondamentale per la relazione di fiducia e per il suo mantenimento.

IN BREVE

Suggerimenti per le interviste

1. Conoscere bene l'organizzazione generale del Sistema di Sorveglianza
2. Conoscere bene i propri "strumenti" (quali questionario, diario e manuale per l'intervistatore)
3. Prestare la massima attenzione alle normative sulla privacy
4. È importante non avere fretta nel concludere l'intervista, anche se il rispondente appare impaziente
5. L'intervistatore dovrebbe cercare di essere sempre accogliente e professionale, anche se l'interlocutore fa di tutto per non esserlo
6. Applicare abilità relazionali (ascolto attivo, empatie e auto-consapevolezza) e tecniche comunicative (tecnica della riformulazione e della delucidazione)
7. Essere consapevoli del proprio ambiente "interno" ed "esterno"
8. Utilizzare un tono di voce chiaro ed accogliente ma non confidenziale
9. Leggere le domande nel modo esatto in cui sono scritte
10. Leggere sempre le opzioni di risposta alle domande, a meno che non sia diversamente indicato
11. Essere il più possibile neutrali, non mostrare sorpresa, soddisfazione o disappunto per le risposte date dall'intervistato

ALLEGATO 8
Sistema informatico

FUNZIONI E MODALITÀ OPERATIVE DELL'INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA DEL SISTEMA PASSI

Steno Fontanari, Paolo Brunetti, Stefano Menegon, Gabriele Dallago
M.P.A. Solutions, Trento

Introduzione

Un sistema di sorveglianza continuo con le caratteristiche previste dal progetto PASSI necessita di un'infrastruttura tecnologica in grado di supportare l'attività degli intervistatori (compilazione e invio al database centrale delle interviste), dei coordinatori a livello aziendale, regionale e nazionale (scambio di informazioni ed esperienze, monitoraggio del sistema, gestione, centralizzazione e analisi dei dati, compilazione di *report*) e degli altri portatori di interesse del sistema, compreso il pubblico (tempestiva messa a disposizione e diffusione dei risultati).

Vista l'eterogeneità dei mezzi a disposizione delle Aziende sanitarie locali (ASL) del Paese, occorre uno strumento che sia compatibile con la dotazione informatica esistente e che sia in grado di funzionare, almeno per la parte di compilazione delle interviste, anche in assenza di una connessione continua ad Internet (modalità *off-line*).

In sintesi, le specifiche previste per il sistema in fase di progettazione e concordate con il Gruppo Tecnico PASSI (GT), dovevano soddisfare i seguenti requisiti:

- la raccolta dati tramite questionario cartaceo e successivo inserimento delle interviste su computer locale attraverso un programma capace di funzionare autonomamente (*stand-alone*);
- la compilazione diretta del questionario su computer in modalità assistita CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*), che ne facilita la somministrazione;
- il controllo della qualità dei dati al momento dell'inserimento, attraverso funzioni che –in caso di errori– non ne consentano l'inserimento oppure mostrino messaggi di avvertimento (*warning*);
- la possibilità di trasferire direttamente i dati (raccolti con CATI o con questionario cartaceo) via web nell'archivio unico nazionale (*datawarehouse*), oppure l'invio (*upload*) dei *file* di interviste al *server* in un momento successivo;
- il caricamento delle interviste nel *datawarehouse*, residente su un *server* centrale, attuato con modalità che consentano il controllo di qualità e la trasmissione sicura;
- la possibilità di consultare i dati inseriti e di scaricarli a piacimento (*download*) per successive analisi ed elaborazioni, in modo differenziato in base al ruolo dell'utente;
- l'estrazione di rapporti strutturati sui risultati ottenuti (visibili anch'essi in modo differenziato per i diversi livelli del sistema);
- la presenza di strumenti collaborativi, attraverso un sito web che consenta funzioni quali forum, newsletter, ecc. per favorire il contatto, lo scambio e la condivisione fra gli utenti (con differenziazioni in base al ruolo degli operatori).

Il sistema informatico del Progetto PASSI consiste pertanto in un'infrastruttura tecnologica complessa, costituita da diverse componenti fra loro interdipendenti.

Per la gestione del database dello studio PASSI è stato adottato un sistema integrato *client-server*, in cui interagiscono programma applicativo periferico e struttura informativa centrale, in grado di facilitare la compilazione dei questionari sia via web sia *off-line*, di monitorare il processo di inserimento dei dati e di fornire strumenti di analisi e visualizzazione delle informazioni raccolte e dei risultati della sorveglianza.

Le funzionalità vengono realizzate attraverso due componenti principali, ovvero:

- una piattaforma web con diverse funzioni, che consente l'importazione, la gestione e l'analisi dei dati raccolti, secondo regole d'accesso prestabilite;

- un programma *stand-alone* per la compilazione e il salvataggio delle interviste realizzate in locale sui computer degli intervistatori (che possa quindi funzionare anche nel caso di limitazione o assenza di connessione Internet).

In Figura 1 si riporta uno schema semplificato dell'architettura realizzata:

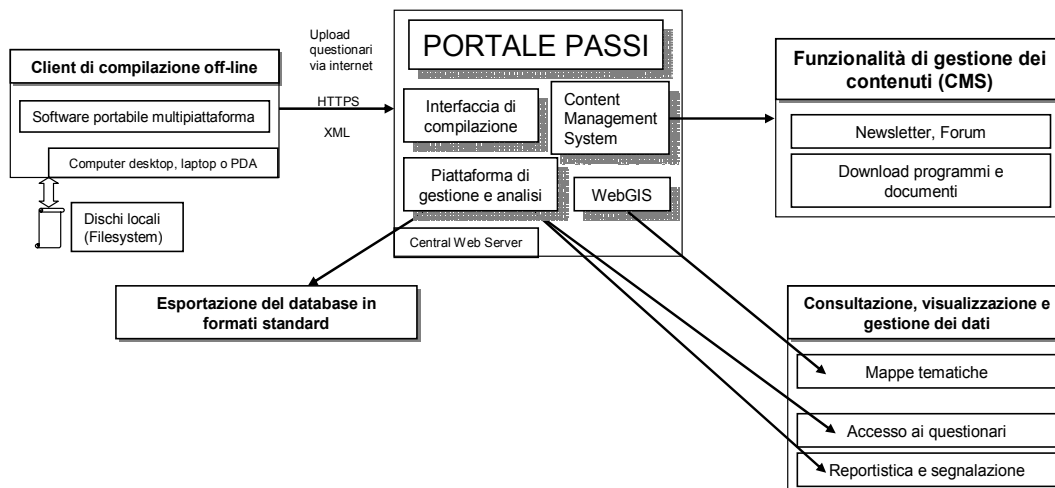


Figura 1. Schema semplificato dell'architettura del sistema

In particolare, la piattaforma web si occupa (in Figura 1, “Portale PASSI”, con le sue componenti aggiuntive) della gestione dei contenuti, dell’analisi, consultazione e modifica dei dati inseriti, della produzione di rapporti e mappe tematiche, delle notifiche via mail, mentre all’applicativo periferico (in Figura 1 riquadro “Client di compilazione *off-line*”) è demandata l’attività di compilazione e gestione in locale delle interviste.

Il sistema è stato esplicitamente progettato allo scopo di facilitare il passaggio da una gestione con questionario cartaceo delle interviste ad una modalità di compilazione e invio completamente automatizzata.

Le diverse funzioni vengono espletate autonomamente dalle due componenti, a parte il caso particolare della compilazione del questionario, che può avvenire indifferentemente nella modalità *on-line* e *off-line*.

Il programma di compilazione e gestione e-PASSI

Le esigenze specifiche del Progetto, soprattutto per quanto riguarda le caratteristiche del programma di compilazione, hanno richiesto di sviluppare per tale componente uno strumento che fosse contemporaneamente:

- di piccole dimensioni;
- di semplice utilizzo;
- portabile fra diverse postazioni e senza necessità di installazione;
- il più possibile indipendente dalla piattaforma su cui debba essere installato, dal sistema operativo, dalla presenza di altri software.

La soluzione realizzata consiste in uno *smart client* di tipo *browser-based* (vedi definizione in: http://en.wikipedia.org/wiki/Smart_client), che riassume in sé le caratteristiche di portabilità, leggerezza e utilizzabilità via web. Il programma di compilazione è stato denominato e-PASSI.

Il software implementa, in modalità CATI, funzionalità di controllo sui valori inseriti, di pre-compilazione dei campi e di salto condizionato fra le sezioni. Tali caratteristiche hanno il duplice vantaggio di aiutare l'intervistatore (pur non richiedendo peraltro particolari istruzioni) durante la somministrazione e di garantire la coerenza (e la correttezza formale) dei dati.

L'applicativo, nella versione *off-line*, consente il salvataggio dei questionari sul computer dell'intervistatore in formato XML (*eXtensible Markup Language*).

I questionari salvati sul PC locale vengono inviati dall'intervistatore al *server* nazionale del progetto, attraverso un'intuitiva interfaccia di *upload*, che si attiva automaticamente. In fase di *upload* viene verificato lo stato di aggiornamento del software, segnalando l'eventuale disponibilità di una versione più recente rispetto a quella in uso da parte dell'utente: in tal caso viene offerta immediatamente la possibilità di installare la nuova versione, che viene a sostituirsi automaticamente alla versione obsoleta. Un'opzione particolarmente comoda per un sistema in fase sperimentale e quindi in continua evoluzione.

La necessità di coadiuvare i coordinatori delle diverse ASL e Regioni, nel complesso processo di campionamento e assegnazione delle interviste agli operatori, ha poi portato alla realizzazione di un sistema di gestione delle persone da intervistare, capace di importarne automaticamente la lista.

Come formato per la lista è stato scelto *Microsoft Excel*, che –pur presentando (per questo tipo di applicazione) non indifferenti problemi strutturali– è stato considerato come standard di fatto, a cui adeguarsi. La successiva gestione della lista degli intervistandi (assegnazione dei sostituti delle persone irreperibili o non disponibili, gestione del diario informatizzato dell'intervistatore) è quindi stata implementata nello *Smart Client* attraverso tecnologie proprie dello sviluppo web (*Ajax*, *Javascript*) ma anche della programmazione di applicazioni di tipo *desktop* (*VBScript*). L'adozione di *Excel*, come formato per la gestione delle liste delle persone da intervistare, ha reso necessaria la presenza di software preinstallato, limitando giocoforza l'auspicata indipendenza del programma di compilazione da qualunque software proprietario.

A tal proposito è attualmente in fase di studio la possibilità di passare ad un sistema in grado di funzionare indipendentemente dalla disponibilità di *Excel*, attraverso l'adozione di formati più vocati all'interoperabilità (come XML o CSV –*Comma Separated Values*).

In Figura 2 sono riportate le schermate di alcune funzionalità del programma e-PASSI (versione 1.3): gestione degli intervistandi (catalogo), una domanda del questionario, *upload* delle interviste.

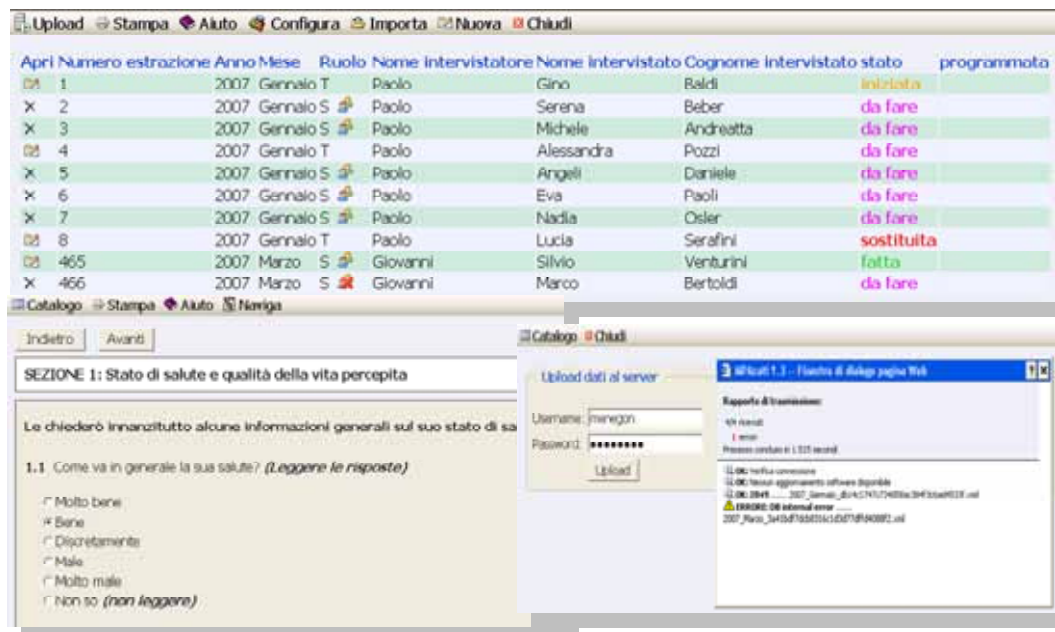


Figura 2. alcune sezioni del software di compilazione (e-PASSI versione 1.3 beta)

La piattaforma web di importazione, gestione e analisi dei dati

La raccolta delle interviste e la centralizzazione del database a livello nazionale, così come la disseminazione dei risultati del sistema e la consultazione e analisi automatica dei dati, avvengono attraverso il portale web www.PASSIdati.it.

La parte web dell'architettura è stata realizzata facendo interagire:

- un CMS (*Content Management System*) di tipo *Open Source (Drupal)*, che consente la gestione dei contenuti e la messa a disposizione degli utenti di funzionalità cooperative, tipo Forum, Newsletter e area *download*;
- un sistema webGIS per la realizzazione di mappe tematiche, che si appoggia a *UMN-MapServer* come motore cartografico e a *MapBuilder* come *client* di visualizzazione, con personalizzazioni sviluppate *ad hoc*;
- un sistema dotato di *warning* e reportistica automatica, in grado di fornire strumenti per il monitoraggio sullo stato della raccolta dei dati e per l'analisi delle caratteristiche dei questionari inseriti, implementato in *Php* e *Javascript* e basato su XML;
- un insieme di moduli software dedicati all'analisi dei dati e all'elaborazione di statistiche descrittive, sviluppati in modo da attuare una selezione dinamica dei dati (limitazione alle interviste che rispettano determinate condizioni di ricerca impostate dall'utente secondo standard riconducibili a SQL – *Structured Query Language*).

In Figura 3 alcune schermate mostrano l'aspetto delle sezioni della piattaforma web realizzata, con alcuni dei risultati visualizzabili (versione sperimentale).

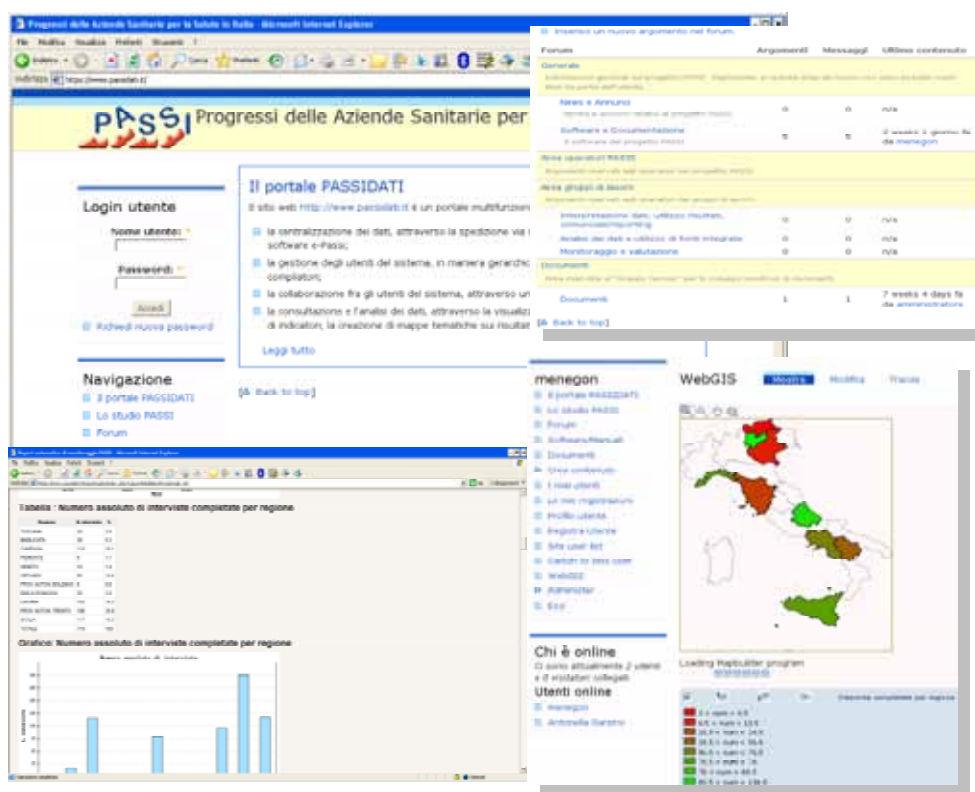


Figura 3. alcune sezioni della piattaforma web (risultati preliminari)

Oltre ad assolvere al compito di centralizzazione delle interviste e disseminazione dei risultati, l'infrastruttura web consentirà di esportare il database, costituito dai dati grezzi dei questionari compilati, con livelli di accesso differenziati, in un formato adatto all'elaborazione e ad analisi epidemiologiche di dettaglio sui computer locali.

Caratteristiche tecniche specifiche del software e dell'infrastruttura

Il sistema è stato sviluppato interamente con software libero e *Open Source* con licenza GPL (*General Public License*). L'intero sistema software, così come le sue componenti (web o *client off-line* di rilievo), sono liberamente pubblicabili e replicabili.

Il portale (*CMS-Drupal* con estensioni) è stato realizzato rispettando, per quanto riguarda l'accessibilità alle sezioni di consultazione, le specifiche della Legge n. 4 del 9 gennaio 2004 (Legge Stanca, 1), in particolare in maniera conforme alle direttive WCAG 1.0 (2).

Tutti i dati di PASSI vengono gestiti utilizzando l'*RDBMS PostgreSQL* con estensione spaziale *PostGIS*. Tali dati vengono pubblicati in formato XML, processabile dai *client* d'analisi, sviluppati essenzialmente in PHP (*Hypertext Preprocessor*).

L'informatizzazione dei dati avviene, sia *on-line* sia *off-line*, attraverso un *client* basato su tecnologie *AJAX/JavaScript/HTML* con estensioni realizzate in *VBScript*.

L'interazione con i dati avviene attraverso pagine web dinamiche generate da documenti XML attraverso un *framework* (*MVC Model-View-Controller*) sviluppato con tecnologie *AJAX*.

Il *server* di pubblicazione delle mappe e delle informazioni geografiche è stato sviluppato con tecnologie basate su *UMN MapServer*. Per garantire la piena interoperabilità con i dati già esistenti e assicurare la semplice integrazione con nuovi dati eventualmente acquisiti in futuro, sono state utilizzate le librerie *GDAL/OGR* (*Geospatial Data Abstraction Library*), che permettono l'accesso a numerosi formati di dati standard ed è stata garantita la compatibilità agli standard dell'*Open Geospatial Consortium* (OGC). L'intera piattaforma (comprese le versioni di test e sviluppo) viene realizzata e mantenuta su *server* Linux dedicati.

L'intero sistema è stato progettato e realizzato in modo da essere il più possibile *cross-piattaforma* e *cross-browser* (*Windows, Linux, Mac*, con supporto a *Internet Explorer*, dalla versione 6.0, e *Firefox*, a partire da 1.5), con la sola limitazione –per il momento– riguardo all'importazione dei file *Excel* contenenti la lista delle interviste da eseguire, che richiede la presenza di *Office 2000* con *Windows 98* (o versioni successive).

La sicurezza e la riservatezza del dato vengono garantite attraverso:

- l'adozione di *Secure Sockets Layer* (SSL) e quindi di protocollo HTTPS (*HyperText Transfer Protocol Secure*) per la trasmissione via web dei dati dai programmi periferici al server centrale nazionale;
- l'utilizzo della tecnologia dei certificati digitali sulle postazioni di utilizzo dei client e sul *server*;
- la spedizione al *server* dei soli dati anonimizzati, non soggetti pertanto a problemi di *privacy*.

Per ospitare il *server* nazionale è stato scelto un servizio di *housing* in grado di fornire adeguate garanzie di sicurezza e velocità, presso la *Web Farm* di un *Internet Service Provider*, direttamente connessa al più importante *Neutral Access Point* italiano (MIX, Milan Internet eXchange), con un servizio sette giorni su sette e ventiquattro ore su ventiquattro secondo le seguenti modalità:

- *Housing* del *server* Linux presso la *web-farm* con caratteristiche di:
 - protezione sull'alimentazione elettrica degli apparati;
 - climatizzazione degli ambienti;
 - controllo degli accessi alla sala dati;
 - continuità elettrica in caso di *black-out* della rete;
 - dispositivo antincendio;
 - *backup* automatico giornaliero.
- Connessione in modalità di banda dedicata da 1 Mbit/s.

Bibliografia

1. Italia. Legge 9 gennaio 2004, n. 4. Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici. Gazzetta Ufficiale n. 13, 17 gennaio 2004.
2. Chisholm W, Vanderheiden G, Jacobs I. Web Content Accessibility Guidelines 1.0 (WCAG 1.0), W3C Recommendation 5-May-1999. Disponibile all'indirizzo: <http://www.w3.org/TR/WCAG/> (Ultima consultazione: 30/08/2007).

ALLEGATO 9
Manuale e-PASSI

Progetto PASSI



Manuale d'uso del software di compilazione e-Passi
Versione 2.0 e successive



Sommario

1. Introduzione.....	3
2. Installazione	4
3. Gestione della sicurezza	6
4. Configurazione e personalizzazione del sistema	8
5. Importazione della lista delle persone da intervistare.....	9
5.1. Prima importazione della lista	9
5.2. Importazioni successive.....	11
5.3 Importazione con il programma esterno.....	14
5.4 Struttura della lista delle persone da intervistare.....	15
6. Compilazione del diario dell'intervistatore	17
7. Gestione dei titolari e dei sostituti.....	18
7.1 Gestione dinamica del collegamento titolari-sostituti	21
8. Compilazione del questionario.....	23
8.1. Istruzioni per la compilazione.....	23
8.2 Modalità di compilazione e funzioni di controllo.....	24
8.3. Aiuti alla compilazione.....	26
8.4. Conclusione o sospensione dell'intervista	27
8.5 Visualizzazione dell'intervista.....	30
8.6 Gestione delle lingue.....	30
9. Centralizzazione dei dati e gestione locale.....	31
9.1 Modalità della spedizione automatica via web (upload)	31
9.2. Metodi di gestione del dato in locale.....	32
10. Altre funzionalità del software.....	34
10.1. Nuova intervista non prevista.....	35
11. Requisiti di sistema e compatibilità	36
12. Avvertenze per l'utilizzo con Firefox e OpenOffice	36
13. Conclusioni e riferimenti.....	37
13.1. Come ottenere assistenza.....	38

Capitolo 1. Introduzione

Il sistema software del Progetto Passi è un insieme di componenti tecnologiche per la conduzione di interviste telefoniche, integrate in un'infrastruttura che permette:

- a) la gestione automatizzata delle liste delle persone da intervistare ottenute con il processo di campionamento;
- b) la compilazione assistita a computer del questionario;
- c) la centralizzazione dei dati a livello nazionale (spedizione dei questionari compilati al server di www.passidati.it);
- d) la consultazione dei dati ed il monitoraggio del flusso da parte dei coordinatori (o comunque delle persone autorizzate);
- e) la visualizzazione e l'analisi dei dati centralizzati, attraverso un portale web multifunzione.

Queste funzionalità vengono garantite da diverse componenti. Il presente manuale descrive il funzionamento del software di compilazione e gestione e-Passi, che realizza le funzionalità *a*, *b* e *c*. Il manuale è quindi rivolto agli utenti dell'interfaccia di gestione e di compilazione dei questionari e illustra in dettaglio i passi necessari per predisporre il sistema ed utilizzare il software.

I Capitoli da 1 a 4 descrivono le fasi di prima installazione e di configurazione del sistema, mentre i successivi forniscono tutte le indicazioni per il corretto utilizzo del software e delle procedure per la raccolta e lo scambio dei dati secondo le modalità previste.

Il presente manuale riporta in prima battuta le istruzioni per un utente Windows che utilizza Internet Explorer. Poiché e-Passi funziona anche sotto altri sistemi operativi (Linux, MacOS), gli utenti di tali sistemi devono fare riferimento ai Paragrafi e Capitoli appositamente dedicati.

Capitolo 2. Installazione

Il software di compilazione e-Passi non richiede installazioni complesse, e quindi non necessita di privilegi particolari (di amministratore) sul computer in cui verrà installato. Il file autoinstallante *setup.exe** (scaricabile dal sito di Progetto) si occupa di creare sul Desktop dell'utente che installa il programma:

- un collegamento al software di compilazione e gestione, chiamato e-Passi, identificabile dall'icona del progetto, da lanciare per accedere al sistema;
- una cartella, denominata e-Passi, che contiene il software ed i dati necessari al funzionamento.

E' sufficiente cliccare sul file autoinstallante *setup.exe* per ottenere sul proprio Desktop una situazione del tutto analoga a quella di Figura 1.a

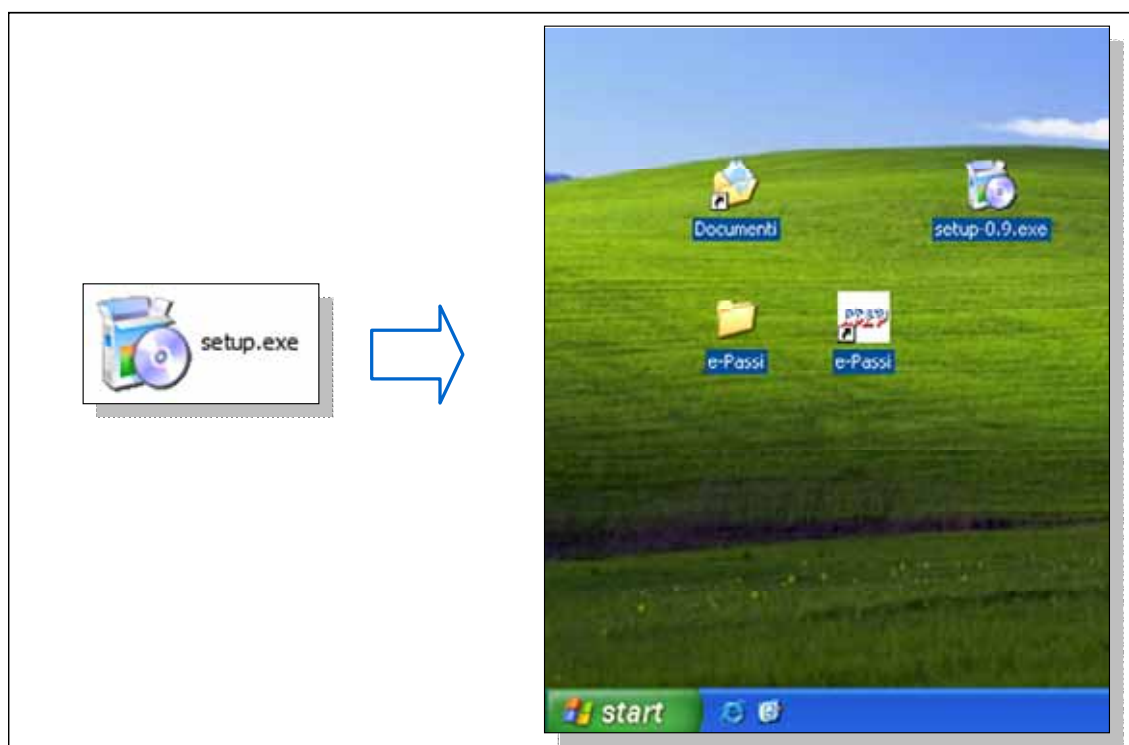


Figura 1.a: risultato dell'installazione del programma e-Passi.

Nota: *setup.exe* predispone le cartelle del software e non modifica alcuna impostazione di sistema, e quindi di norma qualsiasi utente del computer può procedere all'installazione senza privilegi particolari. Nel caso durante l'installazione venisse richiesto se essa debba avvenire come utente o come amministratore, selezionare l'installazione come utente.

Una volta completata l'installazione, lanciare il programma e-Passi cliccando sull'icona col logo del progetto. A questo punto *setup.exe* può essere eliminato.

*: il nome del file in realtà conterrà anche il numero della versione (es: *setup_e-Passi-1.0.exe*)

Al fine di garantire un alto livello di sicurezza nell'invio dei dati al server, e-Passi utilizza la tecnologia dei certificati.

Al momento dell'installazione (per utenti Windows, altrimenti v. Capitolo *Avvertenze per l'utilizzo con Firefox e OpenOffice*), il sistema chiederà all'utente se installare il certificato MPA Solutions, sempreché esso non sia già stato installato.

In Figura 1.b si riporta un esempio di richiesta di procedere all'installazione.

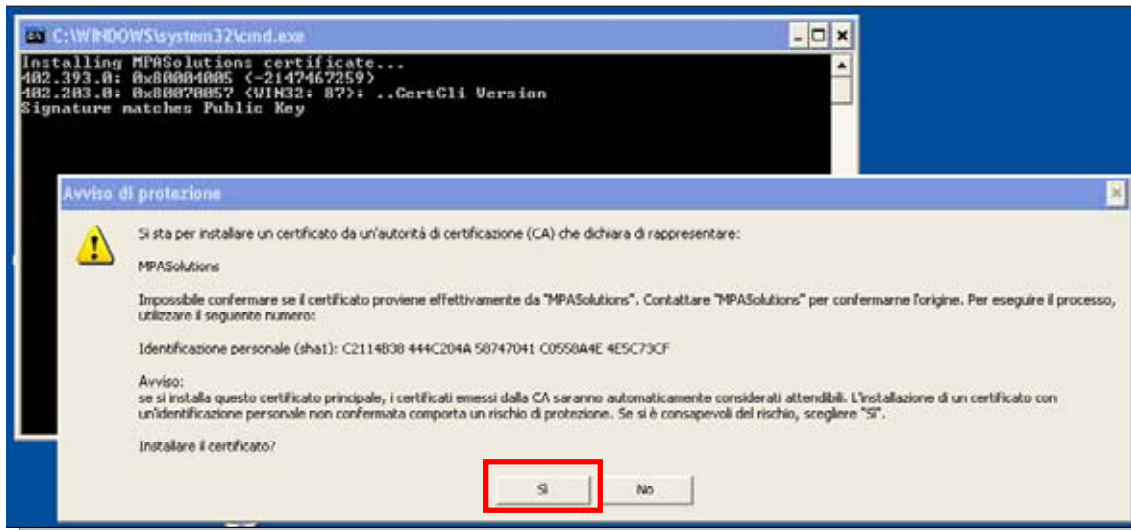


Figura 1.b: richiesta di procedere con l'installazione del certificato di e-Passi. Per utilizzare e-Passi è necessario dare conferma cliccando su "Sì"

NOTA BENE: il certificato deve essere installato **su ogni computer** su cui viene utilizzato e-Passi, ed in particolare è strettamente necessario sui computer da cui si inviano le interviste al server centrale! Nel caso *setup.exe* venga installato su un computer ma poi si intenda utilizzare e-Passi su altri computer (p.e. spostandosi fra i computer, copiando su chiave USB, in particolare per la spedizione delle interviste), è necessario lanciare su di essi l'installazione del certificato, cliccando sull'eseguibile *installa_certificato*, presente nella cartella e-Passi (vedi Figura 1.c).

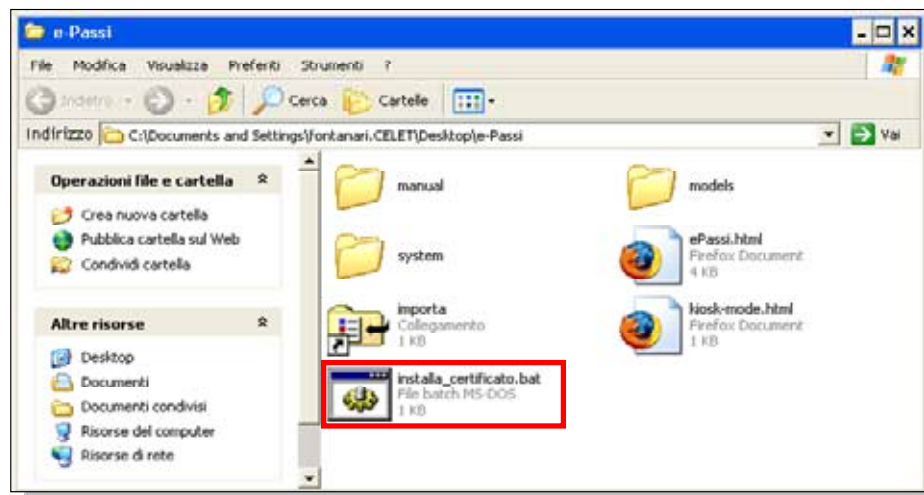


Figura 1.c: per installare il certificato manualmente sui computer, cliccare su "installa_certificato"

Capitolo 3.

e-Passi è un sistema multiplatforma, e fa uso del browser di navigazione Internet installato sul proprio sistema (es. Internet Explorer, Firefox). Pertanto l'esecuzione del programma e-Passi è vincolato dalle limitazioni di sicurezza solitamente presenti in qualsiasi browser Internet, le quali hanno lo scopo di evitare che, all'utente inconsapevole, durante la navigazione possano essere involontariamente eseguiti sul PC programmi non consentiti (es. virus, malware, etc.)

Per questo motivo, nell'utilizzo di e-Passi potrebbe essere necessario concedere esplicitamente il consenso all'esecuzione di operazioni che il browser segnala come potenzialmente pericolose (avvisi di protezione). Si veda, a titolo di esempio, la Figura 2.a, in cui si riportano alcuni esempi di tipiche richieste nell'utilizzo di e-Passi con Internet Explorer e dei relativi consensi da dare.

Inoltre, la presenza sul proprio PC di sistemi di sicurezza come un software antivirus o firewall potrebbe comportare la segnalazione di attività sospetta nel momento in cui e-Passi viene avviato. Anche in tal caso l'operazione dovrebbe essere esplicitamente sbloccata, segnalando al sistema di consentire SEMPRE l'esecuzione di e-Passi. In Figura 2.b si riportano un esempio di richiesta di autorizzazione da parte di un diffuso sistema antivirus e di Windows Firewall.

Si consiglia quindi di leggere sempre le finestre di segnalazione che dovessero comparire e di consentire a e-Passi di compiere qualsiasi operazione. Ove possibile, segnalare al computer di ricordare la scelta effettuata.

Nell'utilizzo di browser Internet per scopi diversi da e-Passi, gli avvisi di protezione potrebbero effettivamente indicare un tentativo di esecuzione di virus o malware; in questo caso, se non si è più che certi, si consiglia di NON concedere il consenso all'esecuzione di programmi provenienti da fonti sconosciute, soprattutto durante la navigazione Internet, in quanto e-Passi non necessita di componenti aggiuntive esterne per il suo funzionamento. Nel caso di dubbi, rivolgersi al proprio amministratore di sistema per ottenere le informazioni necessarie alla protezione del proprio PC.

Per l'uso di e-Passi, Internet Explorer o Firefox non devono inoltre bloccare l'apertura delle finestre di popup. Nel caso tale funzionalità sia stata precedentemente bloccata, è necessario riabilitarla (ad esempio, con Internet Explorer versione 6, utilizzando la voce di menu Strumenti -> Blocco popup -> Disattiva blocco popup).

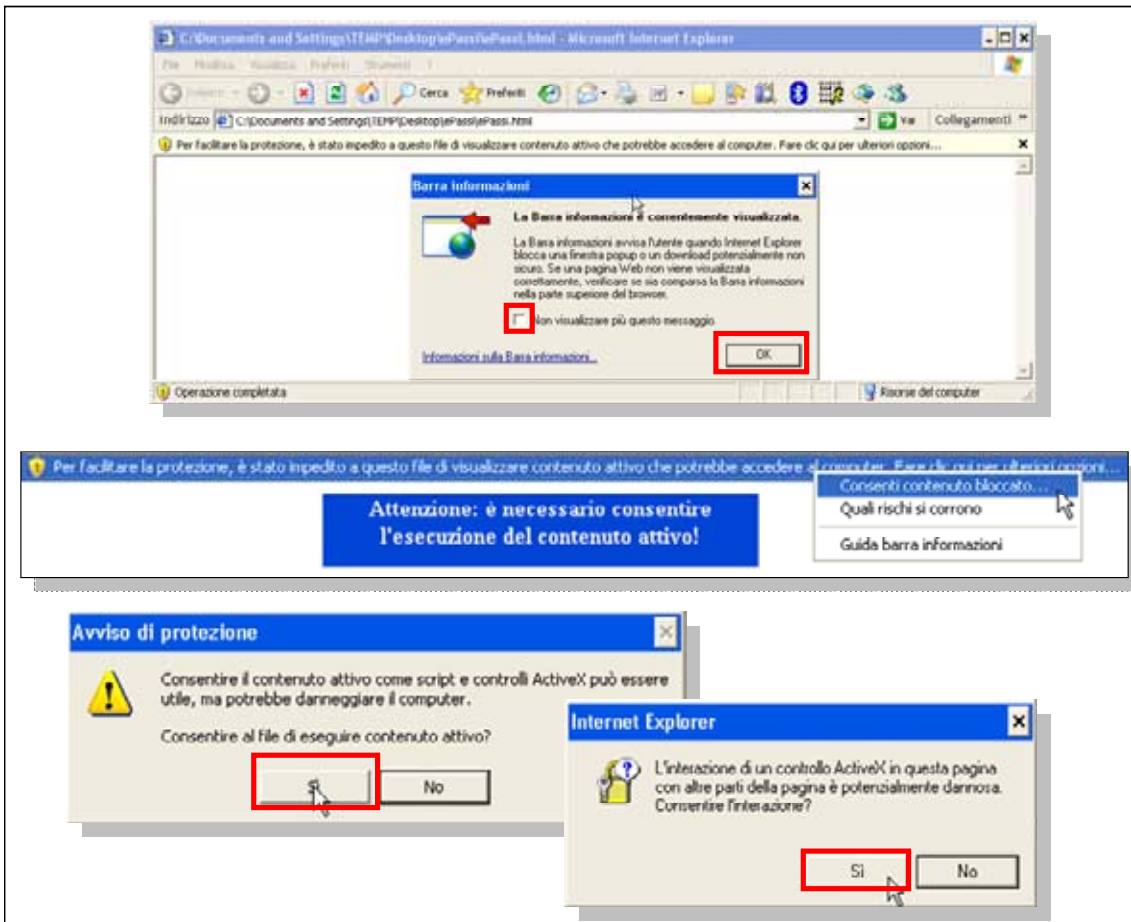


Figura 2.a: alcune delle richieste di autorizzazione di Internet Explorer 6 a cui si deve rispondere di consentire al software e-Passì di effettuare operazioni anche potenzialmente pericolose

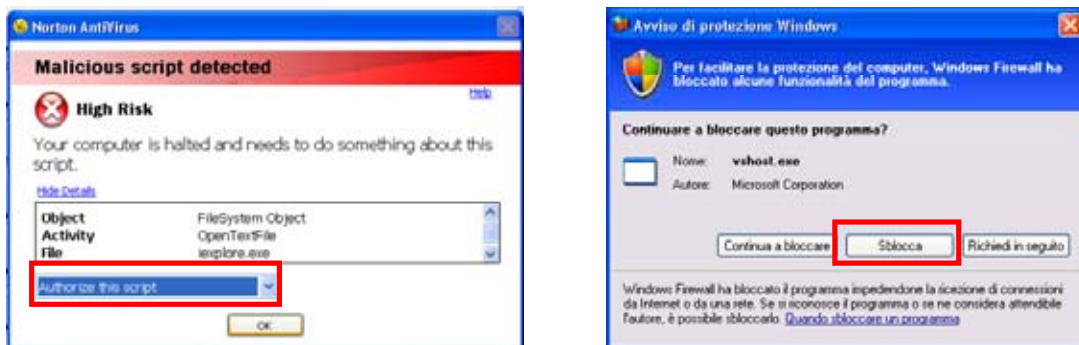


Figura 2.b: richieste di autorizzazione di Norton Antivirus e di Windows Firewall.

Capitolo 4. Configurazione e personalizzazione del sistema

Una volta completata l'installazione del software e-Passi, è necessario configurare il sistema. La procedura, richiesta solo al primo utilizzo, si esegue lanciando e-Passi e cliccando poi sul tasto Configura. L'intervistatore deve scegliere, attraverso i menu a tendina, la Regione e la A.S.L. di appartenenza (Figura 3).

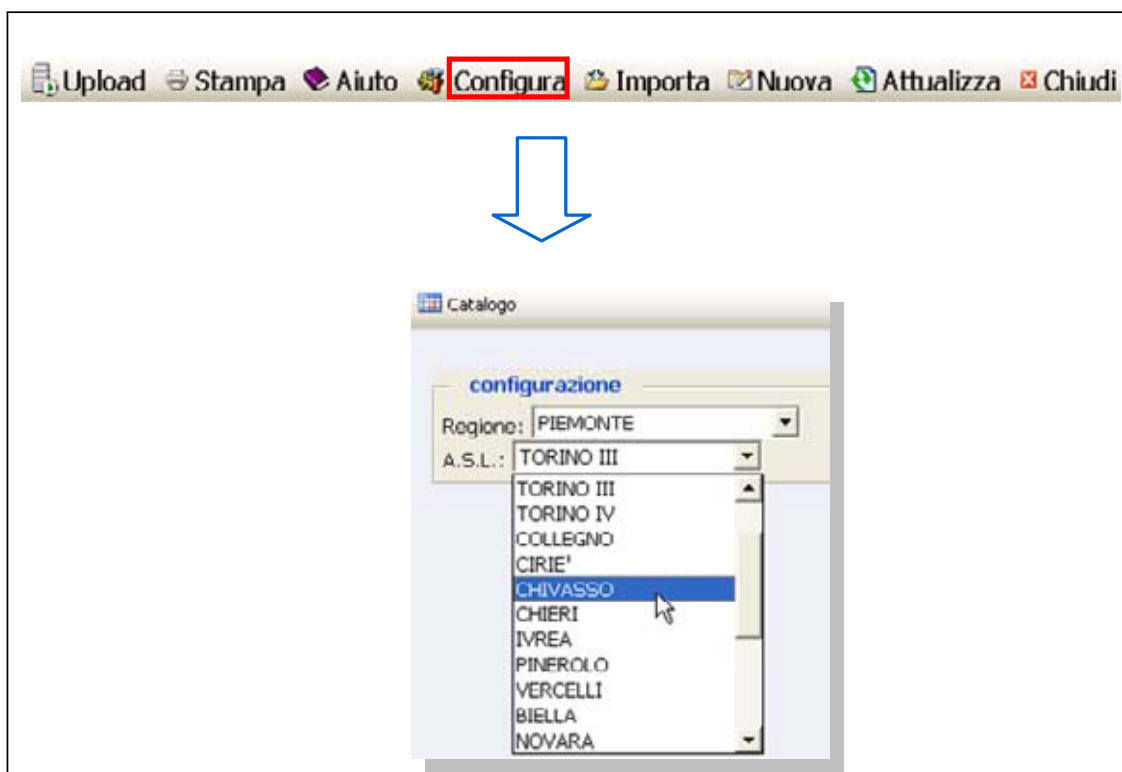


Figura 3: configurazione di e-Passi.

Dopo aver scelto Regione e ASL, ritornare alla lista cliccando su *Catalogo*. Nel caso il sistema non venga adeguatamente configurato, e-Passi non permette di procedere con la compilazione (neppure dopo l'importazione di una lista di persone da intervistare, vedi Figura 4).



Figura 4: messaggio di avviso (se non è stata effettuata la configurazione).

Capitolo 5. Importazione della lista delle persone da intervistare

Le procedure per la raccolta e lo scambio dei dati prevedono l'importazione della lista delle persone da intervistare spedita dal coordinatore aziendale, risultato del processo di campionamento. Il programma, al primo avvio, segnala che non è stata caricata nessuna lista (Figura 5) e richiede di procedere importando una lista di interviste valida o creandone una nuova.



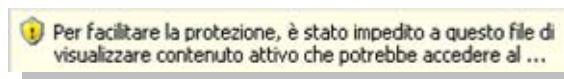
Figura 5: avvertimento. e-Passi segnala che non è stata importata la lista delle interviste.

Cliccando su *OK* si accede comunque all'interfaccia di gestione.

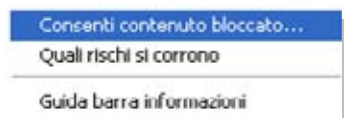
5.1. Prima importazione della lista

La procedura di importazione si esegue cliccando sul tasto *Importa*, sfogliando, e caricando il file .xls spedito dal coordinatore. In Figura 6a e in Figura 6b si riporta un esempio del processo di importazione e caricamento.

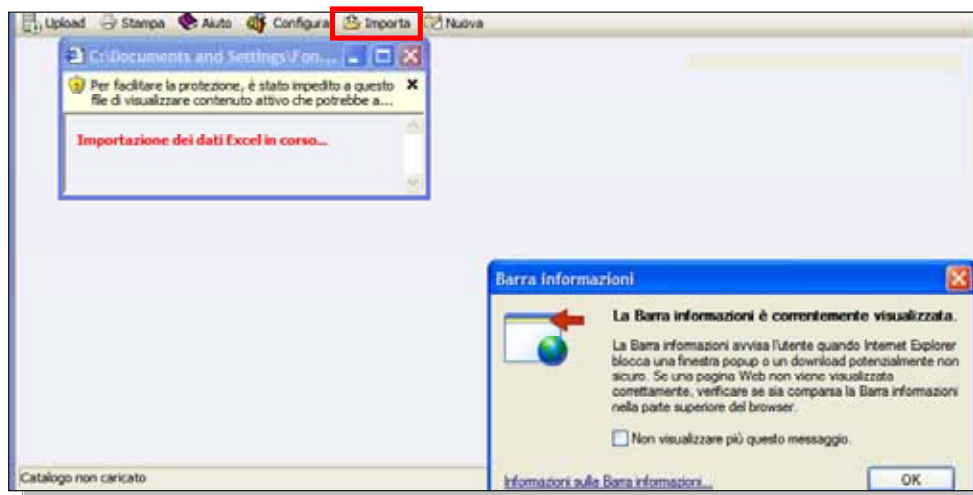
Si sottolinea, come evidenziato anche in figura (vedi Capitolo 3), che è necessario consentire sempre al programma di eseguire le operazioni necessarie, confermando ad ogni richiesta e/o abilitando le funzionalità, ad esempio cliccando sull'area di testo (che si presenta in giallo) del tipo



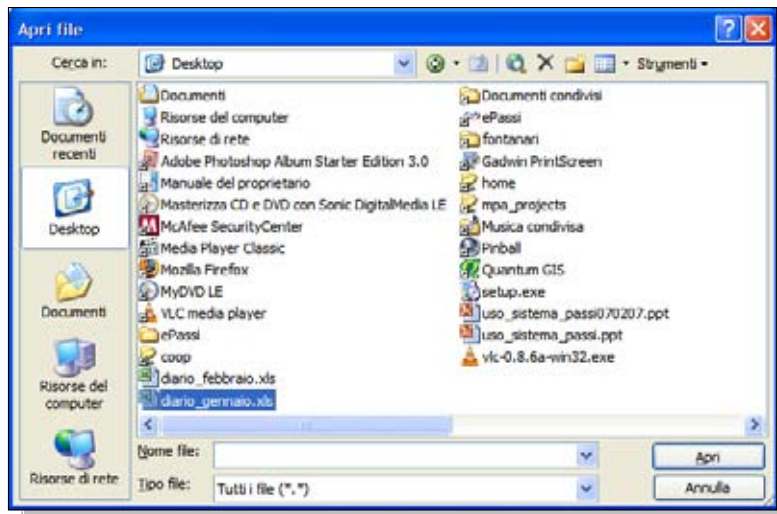
e successivamente consentendo il contenuto bloccato, selezionando



e confermare cliccando **Sì** ad ogni successiva domanda.



- La procedura di importazione necessita di alcuni permessi (es. di salvare sul computer). **Confermare sempre, consentendo a e-Passi di lavorare!**




- Cliccando su **Importa** è possibile scegliere il file xls con la lista fornito dal coordinatore aziendale (nell'esempio il file *diario_gennaio.xls* compilato per prova)

Figura 6a: primi due passi della procedura di importazione della lista delle persone da intervistare.



- Se l'importazione è andata a buon fine il sistema segnala che i dati delle persone da intervistare sono stati aggiunti al catalogo
- La lista delle interviste si aggiornerà automaticamente

Figura 6b: ultimi passi della procedura di importazione della lista delle persone da intervistare.

Il risultato dell'importazione consiste in una lista di persone da intervistare, eventualmente suddivise fra titolari e sostituti (*T* e *S* nella colonna *Ruolo*), come nel caso della Figura 7. La lista delle interviste è rappresentata sottoforma di Catalogo. Come si può notare in Figura 7 (icona  della colonna *Apri*), dopo importazione è possibile aprire solamente le schede relative ai titolari. Nel caso i titolari non fossero reperibili o comunque intervistabili, andranno sostituiti attraverso la procedura descritta in dettaglio nel Capitolo 7, *Gestione dei titolari e dei sostituti*.






Apri	Numero estrazione	Anno	Mese	Ruolo	Nome intervistatore	Nome intervistato	Cognome intervistato	stato	programmata
	456	2007	Marzo	T	Giovanni	Mario	Verdi	da fare	
X	457	2007	Marzo	S	Giovanni	Franco	Rossi	da fare	
X	458	2007	Marzo	S	Giovanni	Luca	Gialli	da fare	
X	459	2007	Marzo	S	Giovanni	Luca	Marionni	da fare	
	460	2007	Marzo	T	Giovanni	Maria	Plotegher	da fare	
X	461	2007	Marzo	S	Giovanni	Franca	Feller	da fare	
X	462	2007	Marzo	S	Giovanni	Michela	Bastiani	da fare	
X	463	2007	Marzo	S	Giovanni	Arianna	Fedrizzi	da fare	
	464	2007	Marzo	T	Giovanni	Paolo	Vettori	da fare	
	465	2007	Marzo	T	Giovanni	Silvio	Venturini	da fare	
	466	2007	Marzo	T	Giovanni	Marco	Bertoldi	da fare	

Figura 7: risultato dell'importazione di un file excel con la lista delle persone da intervistare.

5.1. Importazioni successive

Al momento di importare una nuova lista (ad esempio relativa al mese successivo) o nel caso vi sia necessità di sostituire per qualche motivo la lista importata, la funzionalità *Importa* permette di scegliere quale operazione compiere.

Di seguito si riportano le scelte da effettuare ed il loro risultato dopo aver cliccato su *Importa*: in Figura 8 nel caso dell'aggiunta delle interviste relative a un mese successivo, in Figura 9 nel caso della sostituzione di un elenco esistente.

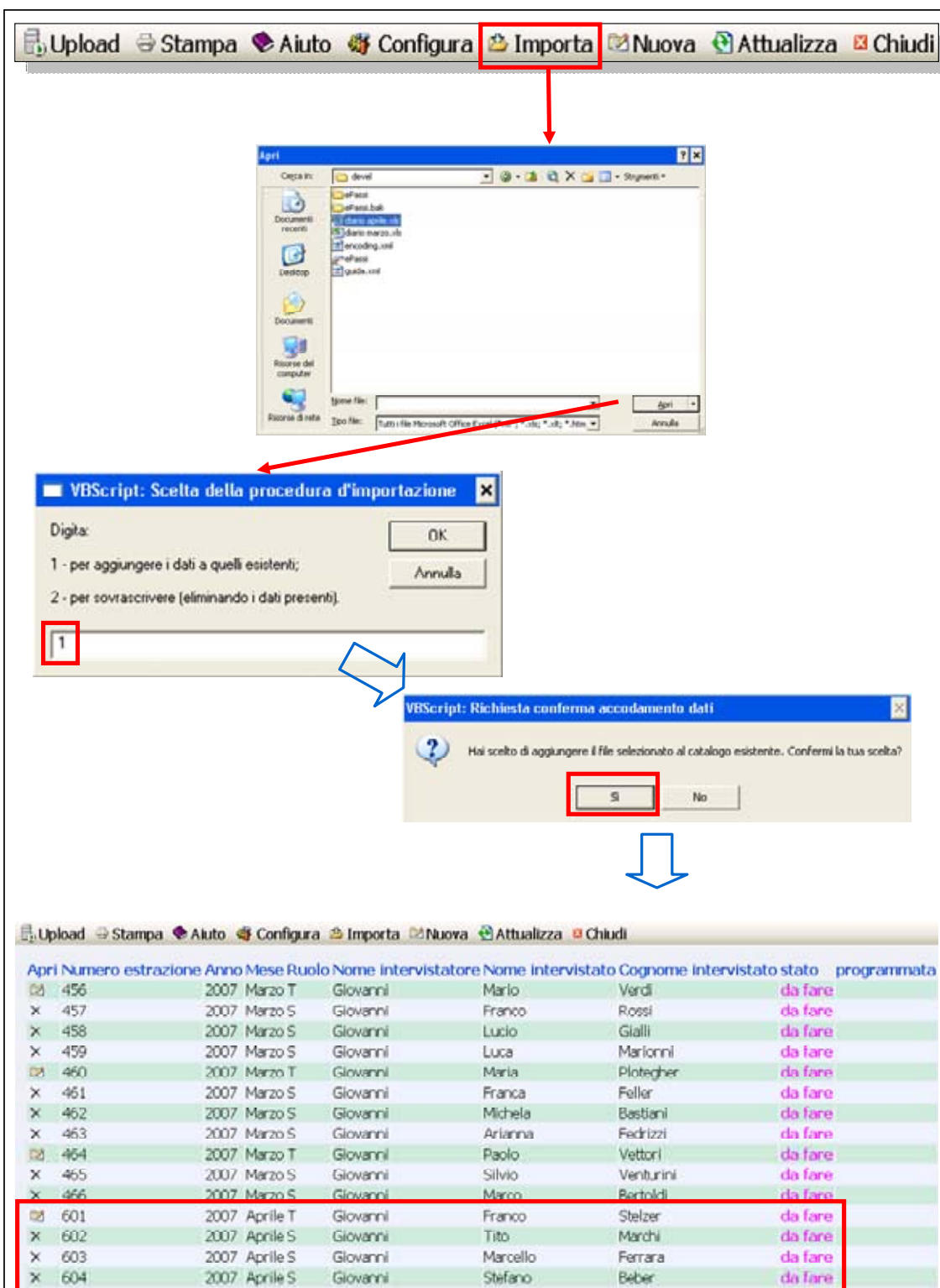


Figura 8: procedura e risultato dell'importazione (aggiunta senza sovrascrittura) della lista del mese di aprile.

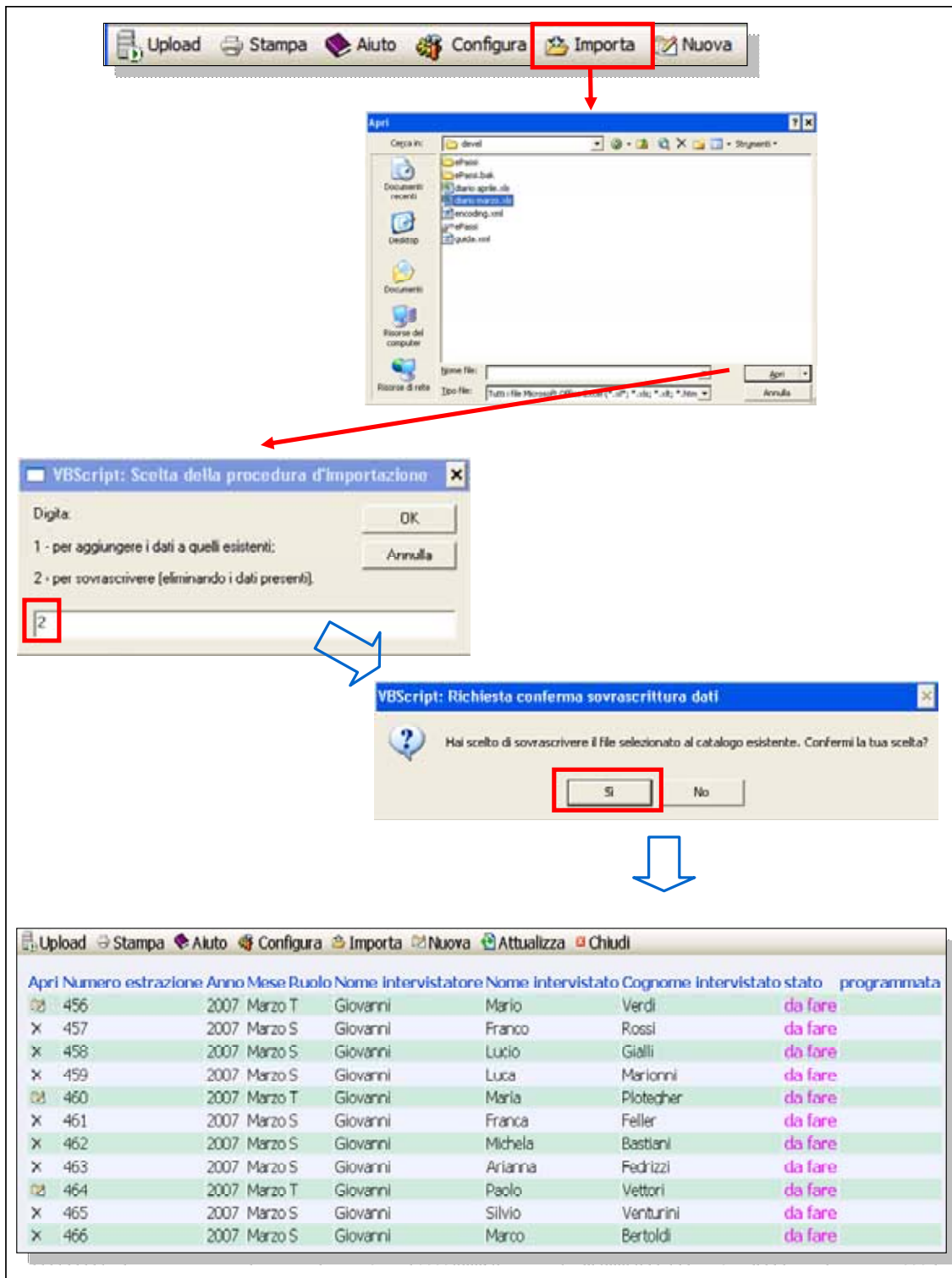


Figura 9: procedura e risultato dell'importazione (sostituzione con sovrascrittura) della lista del mese di marzo.

5.1. Importazione con il programma esterno

Nel caso non venga utilizzato come *browser* di navigazione Internet Explorer (e.g. nel caso di utilizzo di Mozilla Firefox), non sarà possibile effettuare la procedura di importazione direttamente attraverso la pressione del tasto *Importa* dell'interfaccia di e-Passi (vista la necessità di importare un formato chiuso come Microsoft Excel, con cui Firefox o altri browser non possono interagire direttamente).

In tal caso sarà necessario importare la lista delle persone da intervistare utilizzando il programma esterno, denominato anch'esso *importa*, presente nella cartella e-Passi sul Desktop dell'utente.

Per importare la lista delle persone da intervistare è sufficiente cliccare sul collegamento *importa* ed eseguire le stesse operazioni descritte nei Paragrafi 5.1 e 5.2, con le medesime modalità ed avvertenze.

In Figura 10 si riportano brevemente i passi del processo in tal caso.

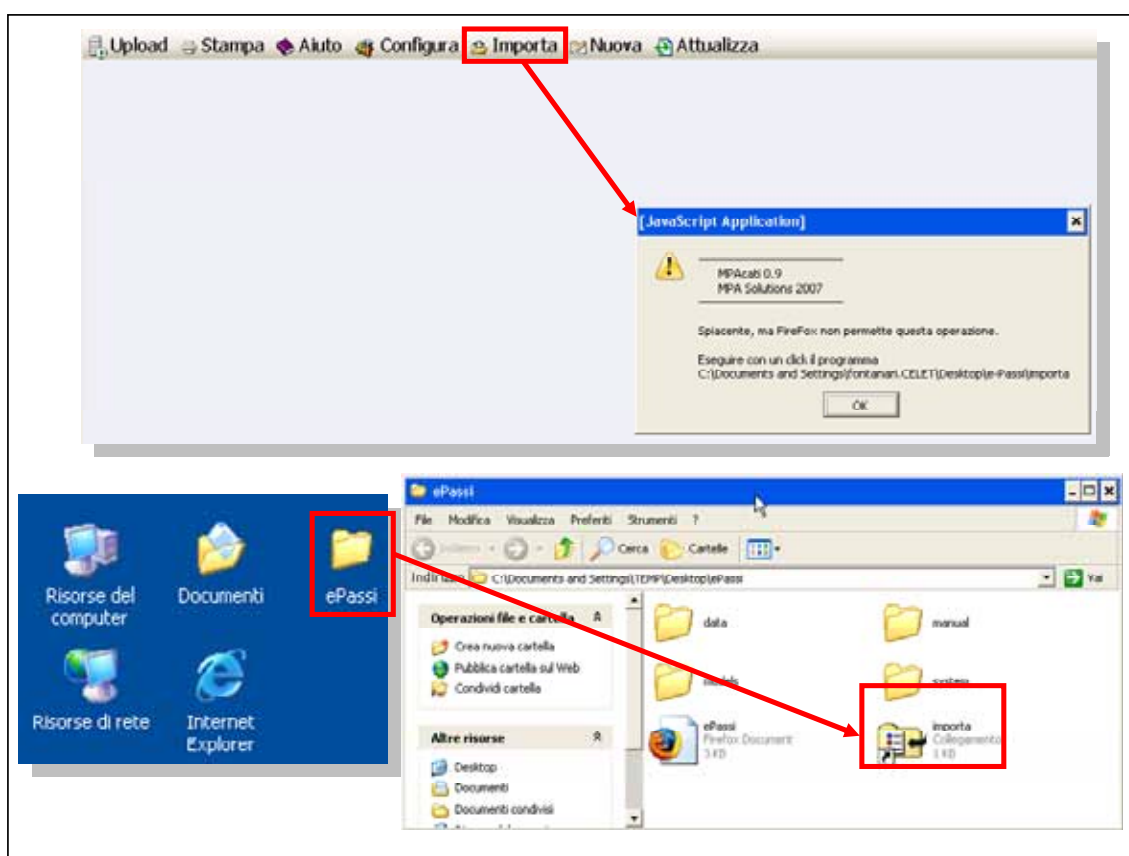


Figura 10: procedura di importazione nel caso di utilizzo di Mozilla Firefox.

Nel caso la procedura di importazione non andasse a buon fine al momento dell'importazione del file Excel, è necessario contattare il coordinatore aziendale.

5.1. Struttura della lista delle persone da intervistare (file Excel)

Il file Excel con la lista delle persone da intervistare deve essere strutturato in maniera gerarchica, ossia riportare, sotto ad ogni titolare, i relativi sostituti (o sostituti di sostituti), vedi colonna " Ruolo" nel risultato dell'importazione di Figura 7. Il file deve contenere 25 colonne, nell'ordine:

1. Numero estrazione;
2. Anno;
3. Mese;
4. Ruolo dell'intervistato;
5. Nome intervistatore;
6. Nome intervistato;
7. Cognome intervistato;
8. Telefono intervistato;
9. Data di nascita intervistato;
10. Sesso intervistato;
11. Via intervistato;
12. Civico intervistato;
13. CAP Intervistato;
14. Comune intervistato;
15. Codice ISTA del Comune;
16. Distretto intervistato;
17. Nome medico;
18. Cognome medico;
19. Telefono medico;
20. Via ambulatorio;
21. civico ambulatorio;
22. CAP medico;
23. Comune ambulatorio;
24. Nota x intervistatore;
25. Nota 2.

Un esempio di file Excel è scaricabile dal sito www.passidati.it

In generale e-Passi permette di importare qualsiasi valore inserito nella lista, senza bloccarsi. Eccezione fanno le colonne "Ruolo", "Sesso intervistato" e "Mese", che devono contenere uno dei seguenti valori:

- ✓ Colonna "Ruolo": per i titolari la scritta "titolare" (senza virgolette) o la lettera "T" (senza virgolette); per i sostituti la scritta "sostituto" (senza virgolette) o la lettera "S" (senza virgolette)*;
- ✓ Colonna "Sesso intervistato": deve contenere la scritta "maschio" o "femmina" (senza virgolette), oppure le lettere "M" o "F" (senza virgolette);

- ✓ Colonna “Mese”: deve contenere il mese dell’ intervista scritto in lettere nel formato gennaio, febbraio etc. NB: e-Passi consente anche l’importazione del mese “luglio-agosto”.

* e-Passi accetta anche la scritta SS, come indicatore di “sostituto di sostituto”, ma tratta tali intervistandi in maniera del tutto analoga ai sostituti (S)

e-Passi non distingue fra maiuscole e minuscole, e quindi si possono usare indifferentemente. Per ulteriori precisazioni fare riferimento al Forum e alla sezione *Documenti* del sito <http://www.passidati.it>

Al momento dell’ importazione del diario e-Passi effettua dei controlli sulla congruità del file Excel. Pur non essendo fattibile individuare tutti le possibili incongruenze rispetto al tracciato scaricabile dal sito, il programma di importazione segnala alcuni casi tipici di “errori di compilazione”, ossia quelli riguardanti le tre colonne “Ruolo”, “Sesso intervistato” e “Mese”, ma anche:

- ✓ l’eventuale presenza di celle con caratteri non stampabili sotto la parte correttamente compilata (solitamente dovuta all’esportazione della lista da parte di programmi esterni);
- ✓ la presenza di un numero errato di colonne.

In Figura 10b si riportano le segnalazioni di errore nella compilazione della lista.

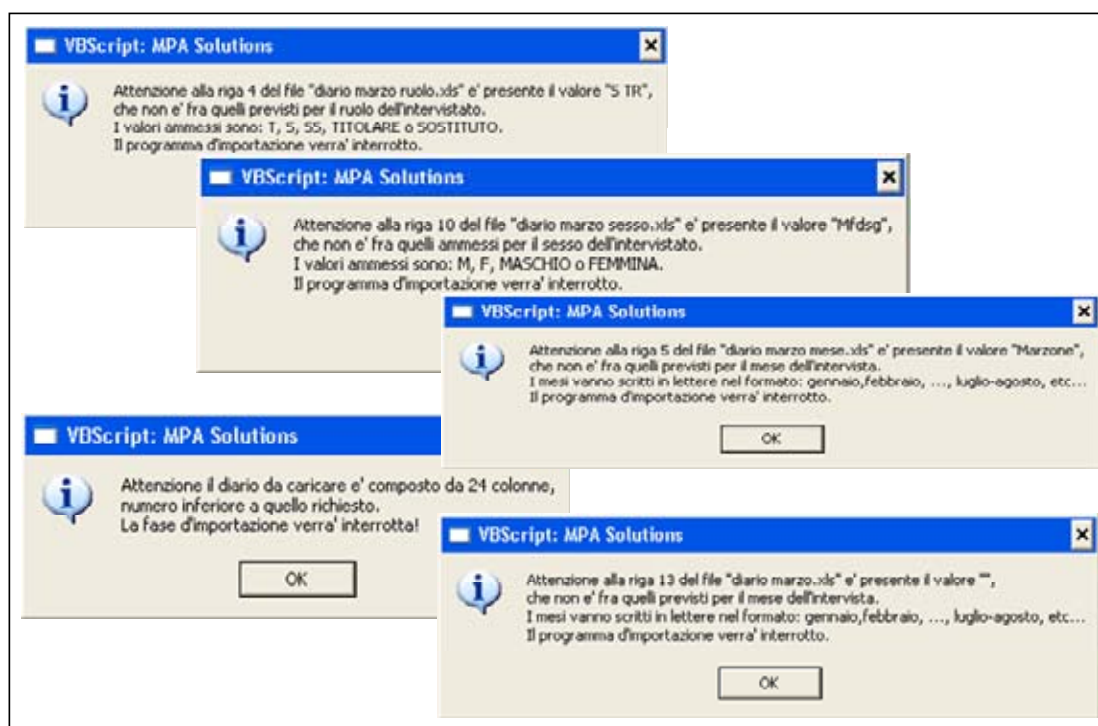



Figura 10b: segnalazioni di errore nel file Excel al momento dell’importazione.

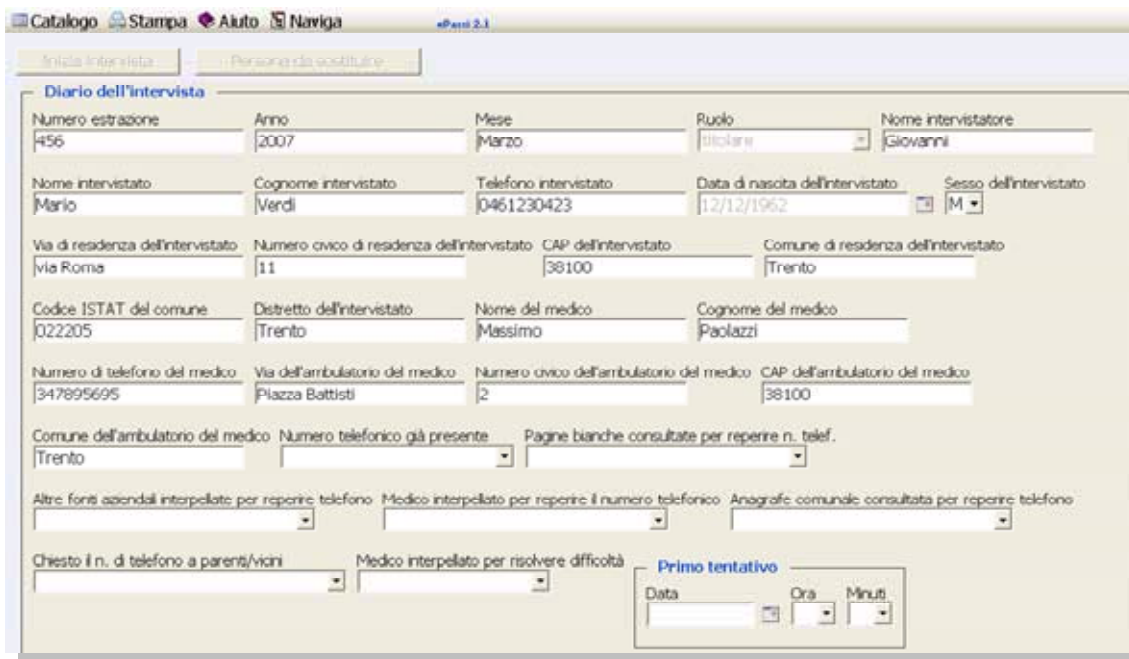
Si segnala come l'ultimo esempio riportato rappresenti un classico caso in cui è presente, nella riga 13 del file Excel, un carattere non visibile (uno spazio) in una delle celle (non necessariamente nella colonna "Mese"). In tal caso è necessario eliminare l'intera riga (apparentemente vuota) dal file e ripetere l'importazione. Il programma di importazione segnala la prima riga in cui è presente un errore. Una volta corretto tale errore, può essere ripetuta l'importazione ed è possibile compaiano errori non segnalati nella prima fase.

Capitolo 6. Compilazione del diario dell'intervistatore

Cliccando sul tasto  della colonna *Apri*, si accede al diario dell'intervistatore, che contiene le informazioni importanti per contattare la persona da intervistare ed altri dati di utilità, sia dal punto di vista dell'intervistatore che del coordinatore (in funzione del monitoraggio del flusso dati).

Il diario (Figura 11) risulterà precompilato nei campi forniti dal coordinatore aziendale attraverso il file excel.

Tutti i campi del diario risulteranno liberamente modificabili, a parte il campo *Ruolo*, che risulterà bloccato.



The screenshot shows a web application interface for the 'Diario dell'intervista' (Interviewer's diary). The form is pre-filled with data. The fields are organized as follows:

- Header:** 'Diario dell'intervista' title.
- Interviewer Information:**
 - Numero estrazione: 456
 - Anno: 2007
 - Mese: Marzo
 - Ruolo: (locked field)
 - Nome intervistatore: Giovanni
- Interviewee Information:**
 - Nome intervistato: Mario
 - Cognome intervistato: Verdi
 - Telefono intervistato: 0461230423
 - Data di nascita dell'intervistato: 12/12/1962
 - Sesso dell'intervistato: M
- Residence Information:**
 - Via di residenza dell'intervistato: via Roma
 - Numero civico di residenza dell'intervistato: 11
 - CAP dell'intervistato: 38100
 - Comune di residenza dell'intervistato: Trento
- Medical Information:**
 - Codice ISTAT del comune: 022205
 - Distretto dell'intervistato: Trento
 - Nome del medico: Massimo
 - Cognome del medico: Paolazzi
 - Numero di telefono del medico: 347895695
 - Via dell'ambulatorio del medico: Piazza Battisti
 - Numero civico dell'ambulatorio del medico: 2
 - CAP dell'ambulatorio del medico: 38100
 - Comune dell'ambulatorio del medico: Trento
- Additional Fields:**
 - Numero telefonico già presente: (dropdown)
 - Pagine bianche consultate per reperire n. telef.: (dropdown)
 - Altre fonti aziendali interpellate per reperire telefono: (dropdown)
 - Medico interpellato per reperire il numero telefonico: (dropdown)
 - Anagrafe comunale consultata per reperire telefono: (dropdown)
 - Chiesto il n. di telefono a parenti/vicini: (dropdown)
 - Medico interpellato per risolvere difficoltà: (dropdown)
 - Primo tentativo: (Date, Ora, Minuti dropdowns)

Figura 11: alcune sezioni del diario dell'intervistatore.

Per evitare che gli intervistatori procedano nell'effettuazione dell'intervista o nella sostituzione senza compilare dati necessari, sono stati implementati dei controlli sulle modalità di reperimento del numero di telefono e sul numero di tentativi di mettersi in contatto effettuati prima di poter dichiarare una persona "non reperibile".

In particolare, e-Passi segnala all’apertura del diario che è necessario indicare almeno una modalità valida di reperimento del numero di telefono (Figura 11a) e permette di sostituire una persona “non reperibile” dopo aver effettuato sei tentativi di contatto (Figura 11b).

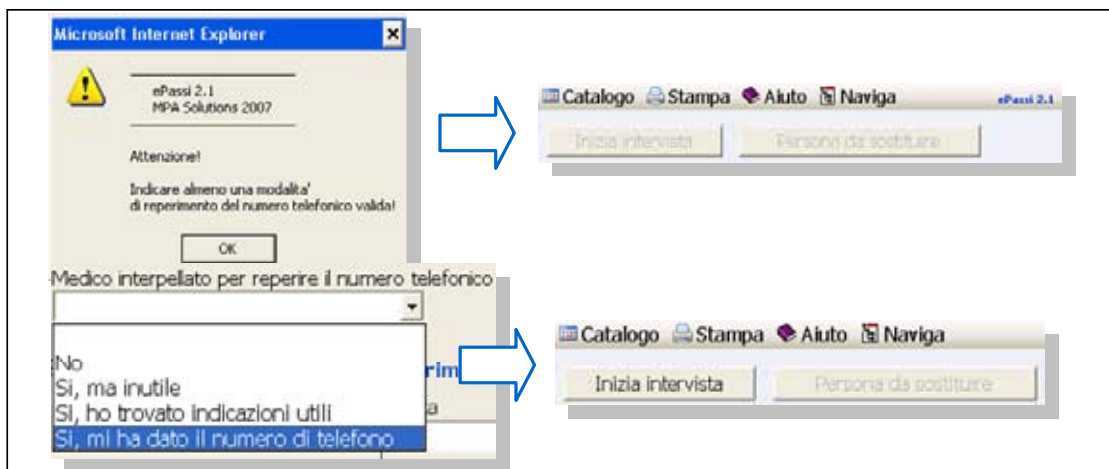


Figura 11a: controllo: per iniziare l’intervista è necessario indicare come si è trovato il numero di telefono (nell’esempio attraverso il medico di base).

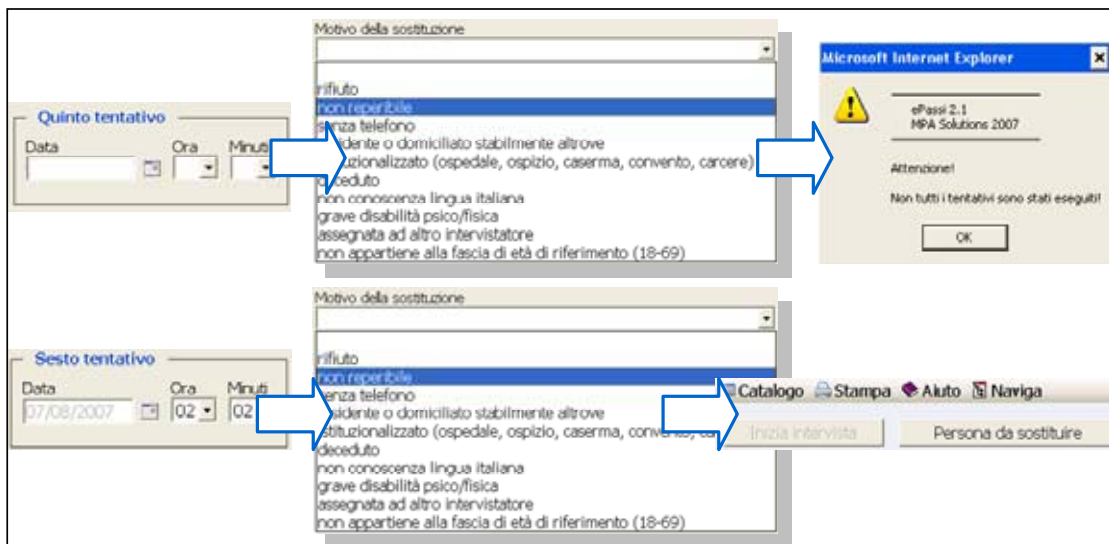


Figura 11b: controllo: per sostituire una persona perché “non reperibile” è necessario effettuare sei tentativi di contatto.

Capitolo 7. Gestione dei titolari e dei sostituti

Nel caso la persona da intervistare non sia raggiungibile o si rifiuti di sottoporsi all’intervista, oppure non sia in condizione di rispondere, e-Passi permette di sostituire la persona, abilitando così la persona successiva in lista (collegata con la persona sostituita!).

Per effettuare la sostituzione è necessario anzitutto, nel diario, indicare il motivo della sostituzione. Una volta indicato il motivo si abiliterà il tasto *Persona da sostituire*, la cui pressione permette l'attivazione automatica dell'intervista della successiva persona in lista (Figura 12).

The screenshot illustrates the process of substituting an interviewee. It shows a dialog box for selecting a date and time, and a dropdown menu for selecting a reason for substitution. The reason 'rifiuto' (refusal) is selected. Below the dialog box, a navigation bar contains buttons for 'Catalogo', 'Stampa', 'Aiuto', and 'Naviga'. Two buttons are shown: 'Inizia intervista' and 'Persona da sostituire', with the latter highlighted by a red box. A red arrow points from the dialog box to the 'Persona da sostituire' button. Below this, another red arrow points to a table of interview records. The table has columns for 'Apri', 'Numero estrazione', 'Anno', 'Mese', 'Ruolo', 'Nome intervistatore', 'Nome intervistato', 'Cognome intervistato', 'stato', and 'programmata'. The first row is highlighted, and the 'stato' column for the first row is 'sostituita', also highlighted by a red box.

Apri	Numero estrazione	Anno	Mese	Ruolo	Nome intervistatore	Nome intervistato	Cognome intervistato	stato	programmata
☺	456	2007	Marzo	T	Giovanni	Mario	Verdi	sostituita	
☺	457	2007	Marzo	S	Giovanni	Franco	Rossi	da fare	
X	458	2007	Marzo	S	Giovanni	Luca	Gialli	da fare	
X	459	2007	Marzo	S	Giovanni	Luca	Marionni	da fare	
☺	460	2007	Marzo	T	Giovanni	Maria	Plotegher	da fare	
X	461	2007	Marzo	S	Giovanni	Franca	Feller	da fare	
X	462	2007	Marzo	S	Giovanni	Michela	Bastiani	da fare	
X	463	2007	Marzo	S	Giovanni	Arianna	Fedrizzi	da fare	
☺	464	2007	Marzo	T	Giovanni	Paolo	Vettori	da fare	
☺	465	2007	Marzo	T	Giovanni	Silvio	Venturini	da fare	
☺	466	2007	Marzo	T	Giovanni	Marco	Bertoldi	da fare	
X	465	2007	Marzo	S	X	Giovanni	Silvio	Venturini	da fare
X	466	2007	Marzo	S	X	Giovanni	Marco	Bertoldi	da fare

Figura 12: sostituzione (con Franco Rossi) del titolare (Mario Verdi) a causa del rifiuto di quest'ultimo.

Nel caso il motivo della sostituzione consista nel fatto che non si riesce a contattare la persona da intervistare (*non reperibile* nel menu a tendina delle motivazioni), il sistema permette di sostituire la persona solo dopo che siano stati effettuati tutti i sei tentativi previsti (Figura 13), vedi anche Capitolo 6.

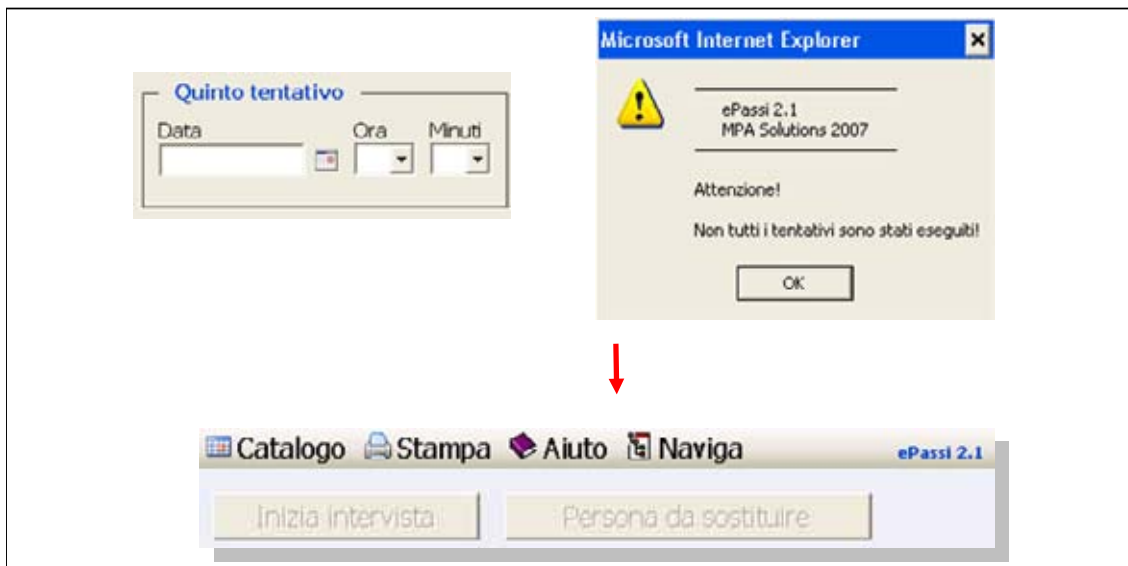


Figura 13: il software non permette di sostituire una persona perché non reperibile finché non sono stati eseguiti almeno 6 tentativi di contattarla.

Un caso particolare di sostituzione è il passaggio dell'intervista ad un altro intervistatore. In tal caso è sufficiente selezionare *assegnata ad un altro intervistatore* nel menù a tendina di Figura 12 e ritornare al catalogo. In tal modo il sistema visualizzerà *riassegnata* e non abiliterà la successiva persona da intervistare (Figura 14). Non appena i dati verranno spediti al server, secondo la procedura descritta nel Capitolo 9, la persona da intervistare che è stata riassegnata verrà eliminata dalla lista insieme a tutti i sostituti ad essa collegati. Dovrà essere cura dell'intervistatore comunicare la riassegnazione al coordinatore aziendale, che si occuperà di passare gli estremi della persona da intervistare al nuovo intervistatore (fornendo un nuovo file Excel o in altro modo).



Figura 14: assegnazione della persona da intervistare ad un altro intervistatore

7.1. Gestione dinamica del collegamento titolari-sostituti

Per semplificare la gestione dei dati alle ASL che non intendono comunicare fin da subito una lista gerarchica con titolari e sostituti all'intervistatore, e-Passi permette, a partire dalla versione 2.0, di collegare a posteriori i sostituti con il proprio titolare. Dopo l'importazione di un file Excel contenente i sostituti (non collegati ai titolari) o dopo la creazione di un nuovo intervistando con il tasto *Nuova*, accanto alla scritta S comparirà un'icona per l'accesso all'interfaccia di gestione del sostituto. L'icona presenterà una x rossa finché il collegamento non verrà effettuato. Nel caso non esista nessun titolare sostituito disponibile, non sarà possibile collegare (Figura 14a). Per disponibile si intende senza altri sostituti da intervistare (o ancora da sostituire).

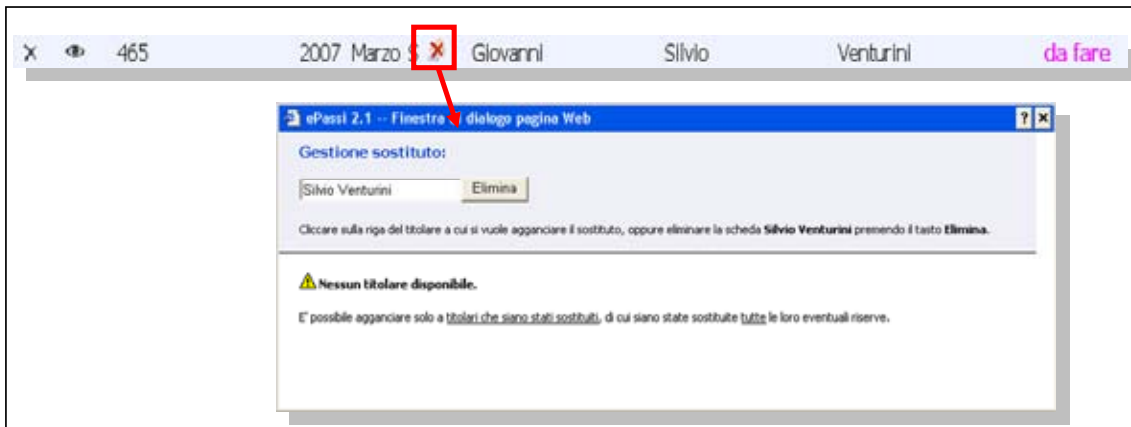


Figura 14a: non è possibile collegare il sostituto se non è disponibile almeno un titolare sostituito (senza riserve già abilitate e non ancora sostituite)

Non appena si renda disponibile un titolare (attraverso la sua sostituzione e la sostituzione a cascata degli eventuali sostituti ad esso collegati) sarà possibile effettuare il collegamento.

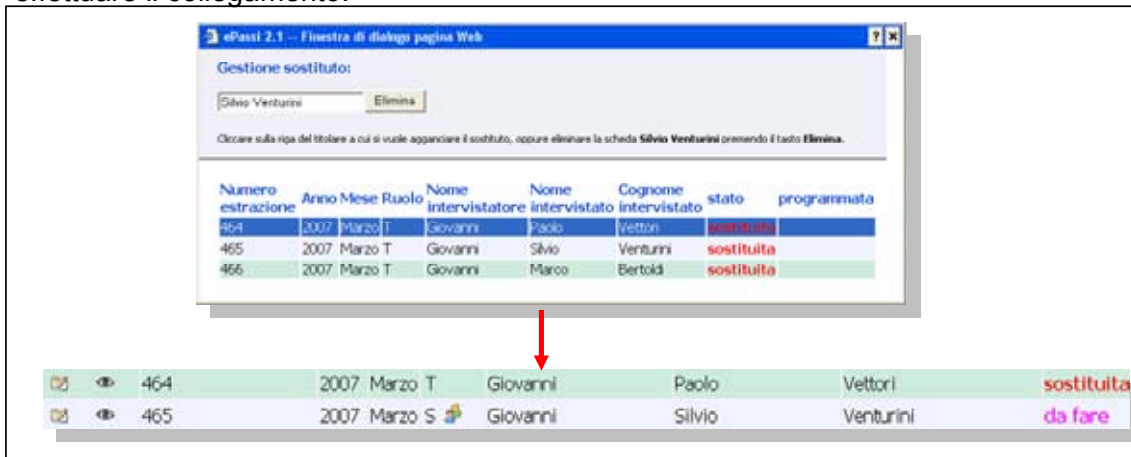


Figura 14b: collegamento di Silvio Venturini con Paolo Vettori

Il sistema permette di “spostare” il sostituto fra i diversi titolari disponibili, finché il sostituto non venga intervistato o a sua volta sostituito (in tal caso resterà collegato all’ultimo titolare scelto).

Attraverso l’interfaccia di gestione del sostituto è possibile anche eliminare il sostituto stesso, cliccando sul tasto “Elimina” (vedi Figura 14c).



Figura 14c: Eliminazione del sostituto Marco Bertoldi

N.B.: le funzionalità di gestione dinamica del catalogo sono disponibili solo su dati importati con e-Passi dalla versione 2.0 e successive. I dati importati con versioni precedenti non permettono la riassegnazione dei sostituti.

Capitolo 8. Compilazione del questionario

Una volta contattata la persona da intervistare, è possibile procedere all'intervista, effettuando nel contempo la compilazione del questionario informatizzato.

Il software, attraverso:

- la compilazione automatica del testo di alcune domande,
- la realizzazione dei salti condizionati senza l'intervento dell'utente e
- la verifica di validità delle risposte

fornisce un valido supporto al compilatore per l'effettuazione dell'intervista telefonica e per il controllo della qualità del dato, ma può rappresentare anche, nel caso si preferisca utilizzare strumenti più classici come la versione cartacea del questionario, semplicemente uno strumento (necessario) per l'informatizzazione e la centralizzazione (invio) a posteriori delle interviste realizzate.

8.1. Istruzioni per la compilazione

Dal diario dell'intervistatore, cliccando su *Inizia intervista*, si accede al questionario vero e proprio, che rispecchia in maniera fedele la versione cartacea.

Poiché il programma realizza automaticamente alcune delle operazioni di controllo e digitazione che dovrebbe compiere l'intervistatore, quest'ultimo necessita solo di un numero limitato di istruzioni per poter procedere ad una intervista (Tabella 1):

Istruzioni per l'intervistatore:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ le parti scritte in grassetto vanno lette all'intervistato ➤ le parti <u>sottolineate</u> vanno lette con enfasi per attrarre l'attenzione dell'intervistato ➤ le parti scritte in <i>corsivo grassetto</i> sono istruzioni speciali per l'intervistatore riferite a quelle domande e non vanno lette all'intervistato
Solo 3 regole:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ una sola risposta va barrata, a meno che non sia specificato "<i>Sono possibili più risposte</i>" ➤ si leggono le domande come sono formulate sul questionario ➤ NON si leggono le risposte a meno che non sia specificato "<i>Leggere le risposte</i>"

Tabella 1: estratto dalle istruzioni per l'intervistatore del questionario cartaceo. Istruzioni semplificate per l'intervistatore che usa e-Passi.

8.1. Modalità di compilazione e funzioni di controllo

La compilazione del questionario deve obbligatoriamente avvenire domanda dopo domanda. Fornita una risposta valida alla domanda corrente, cliccare sul tasto *Avanti* per poter procedere con la domanda successiva.

Al momento dell'inserimento del dato, ma anche al momento del passaggio alla domanda successiva cliccando *Avanti*, e-Passi effettua dei controlli automatici, valutando:

- se è stata data una risposta alla domanda;
- se l'eventuale valore inserito è valido e/o verosimile;
- se passare alla domanda immediatamente successiva o invece, in base ai valori inseriti, saltare ad un'altra domanda (salto condizionato).

In Figura 15, 16, 17 e 18 si riportano alcuni esempi di compilazione, di passaggio alla domanda successiva e di verifica del dato inserito.

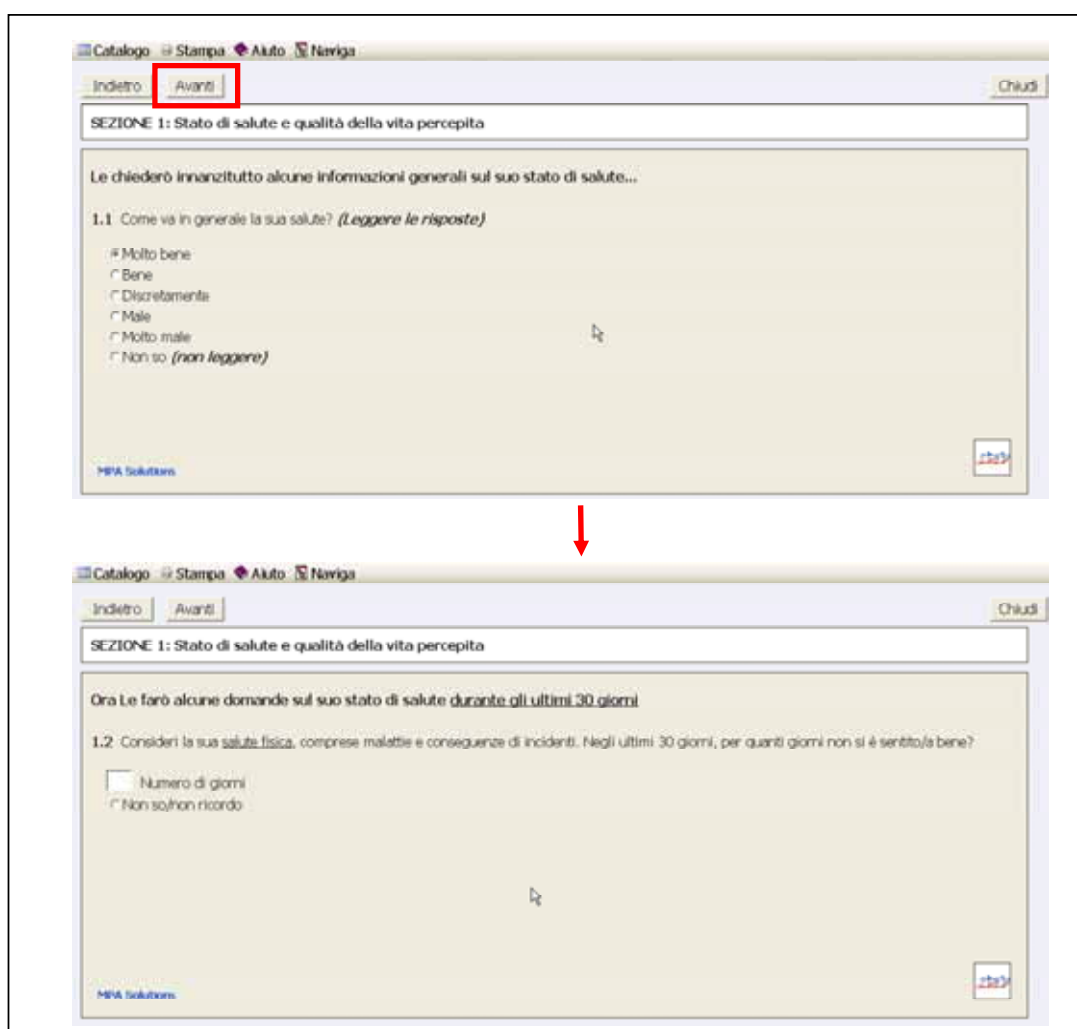


Figura 15: risposta alla domanda 1.1 e passaggio alla domanda 1.2.

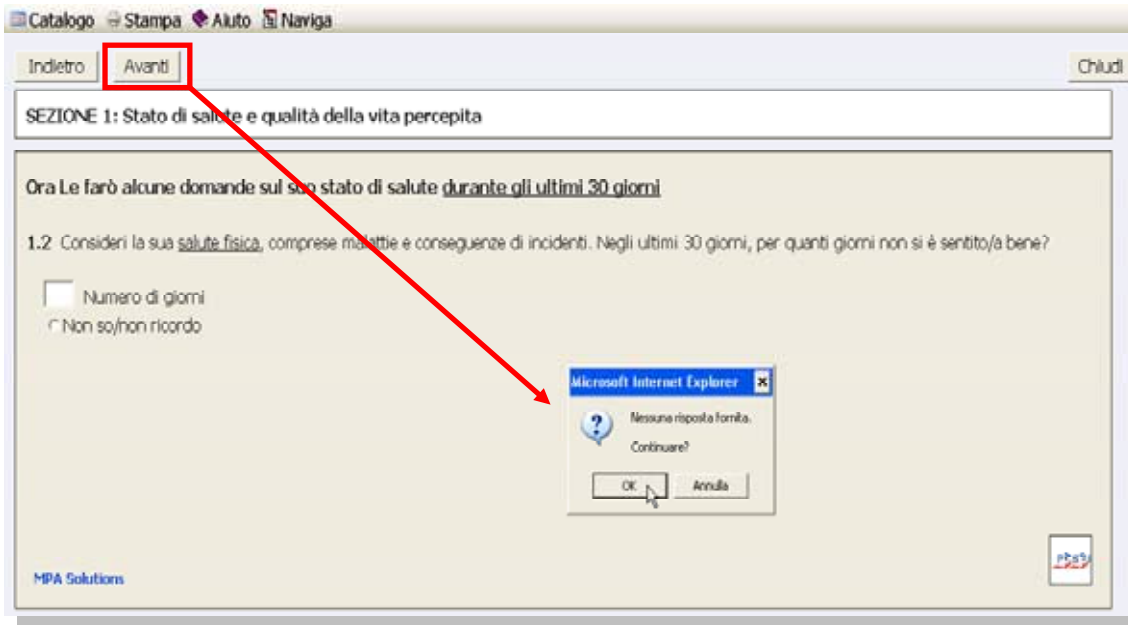


Figura 16: nel passaggio alla domanda 1.3 senza compilare la domanda 1.2 il software chiede al compilatore la conferma della volontà di procedere comunque.

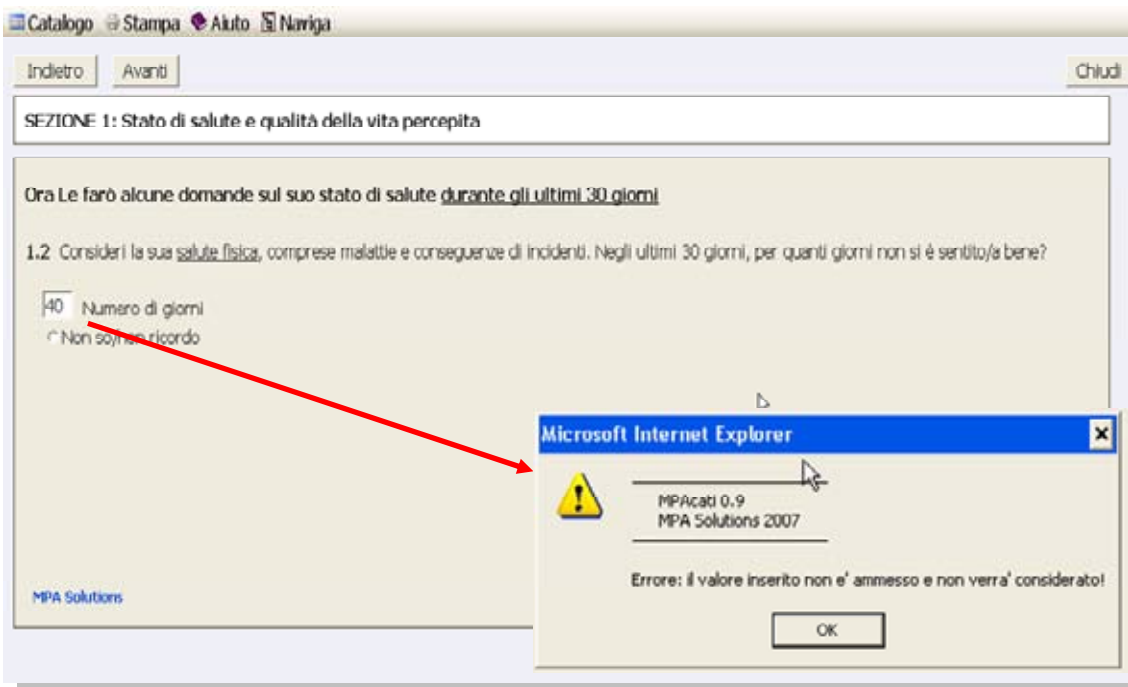


Figura 17: l'inserimento di un valore non ammissibile causa, facendo click in un qualsiasi punto dello schermo, l'azzeramento della risposta, impedendo di procedere.

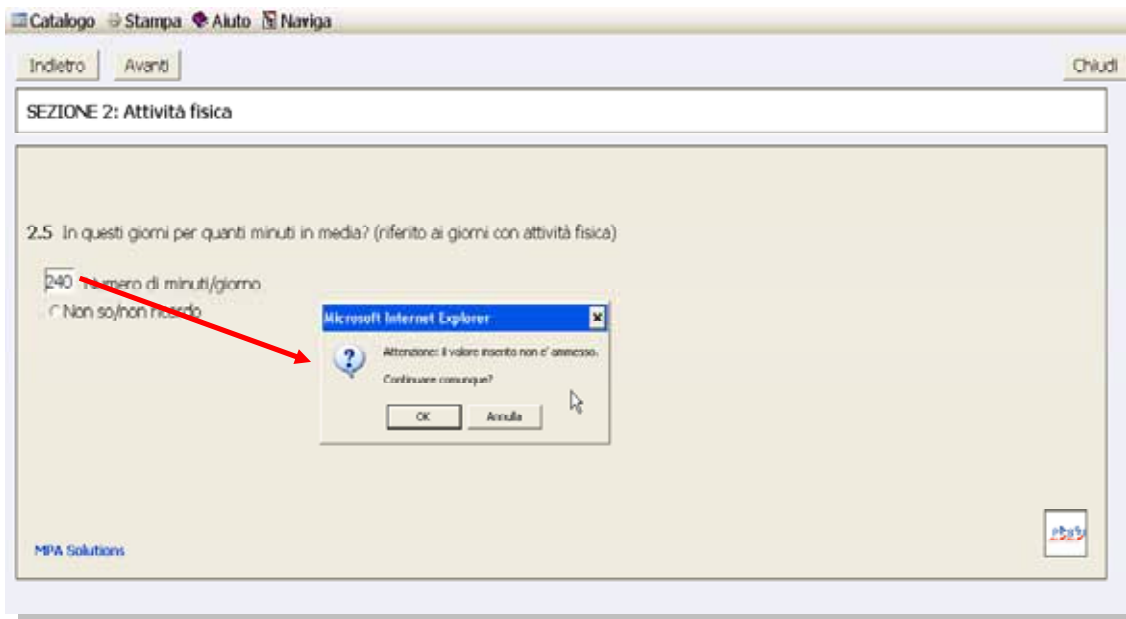


Figura 18: con l'inserimento di un valore poco probabile ma teoricamente ammissibile, il software chiede immediatamente all'utente la conferma dell'intenzione di procedere comunque nell'inserimento di tale valore.

8.1. Aiuti alla compilazione

In funzione delle risposte date, e-Passi salta automaticamente alla domanda prevista dai salti condizionati, senza che l'intervistatore debba eseguire alcuna valutazione e scegliere la domanda seguente da porre al proprio intervistato. In Figura 19 si riporta il salto previsto dalla domanda 3.12 nella versione cartacea e l'equivalente in e-Passi.

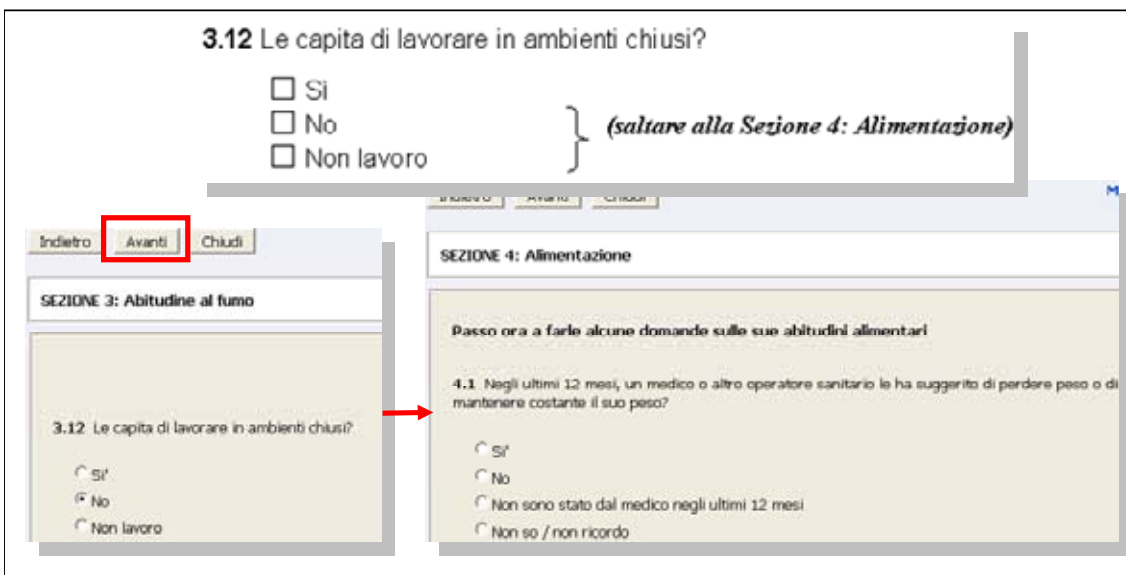


Figura 19: salto automatico dalla domanda 3.12 alla 4.1 nel caso l'intervistato non lavori in ambienti chiusi.

Un ulteriore aiuto al compilatore fornito dal software è la compilazione automatica di alcune parti della domanda (o della risposta) che nella versione cartacea richiedono di sfogliare il questionario o di ricordare a memoria dei dati. In Figura 20 si riportano degli esempi di questa funzionalità.

The image shows two overlapping screenshots of a computer interface for an interview. The top screenshot displays a text box with the following text: "Buongiorno, sono ___ (nome e cognome di chi parla) ___, La chiamo dalla ASL di Trento per un'intervista sullo stato di salute dei cittadini della quale e' stato informato anche il suo medico di famiglia, Dr. Vettori". The words "Trento" and "Vettori" are enclosed in red rectangular boxes. Below this text is question 0.1: "0.1 Ha ricevuto per posta la lettera della ASL che Le preannunciava un'intervista telefonica?". There are two radio buttons: "si" (selected) and "no". The bottom screenshot shows question 0.9: "0.9 Mi potrebbe confermare che Lei e' nato/a il (se diverso correggere)". Below the question is a text input field containing the date "16/11/1964", which is also enclosed in a red rectangular box.

Figura 20: esempi di parti dell'intervista compilate in automatico dal software.

8.1. Conclusione o sospensione dell'intervista

La chiusura dell'intervista può avvenire con differenti modalità, a seconda di come si giunge al termine del questionario:

1. conclusione dell'intervista con la somministrazione di tutte le domande del questionario;
2. spostamento dell'intervista ad altra data;
3. sospensione dell'intervista per cause di forza maggiore;
4. rifiuto o interruzione da parte dell'interessato.

1) Nel primo caso, dopo la compilazione dell'ultima domanda, e-Passì richiede l'ora di chiusura e cambia lo stato dell'intervista nel catalogo, settandolo a *fatta* (domanda 100, Figura 21).

2) L'intervista può essere spostata ad altra data rispondendo affermativamente alla domanda 0.3, inserendo giorno e ora nella domanda 0.4, procedendo e selezionando *L'intervista è stata spostata ad altra data (preso appuntamento)* nella domanda numero 1000 (Figura 22).

3 e 4) L'intervista può essere sospesa a causa di forza maggiore (o perché l'intervistato non intende più rispondere) a qualsiasi punto dell'intervista, cliccando

sul tasto *Chiudi*, accedendo così alla domanda numero 1000 e inserendo uno dei motivi di interruzione o rifiuto.

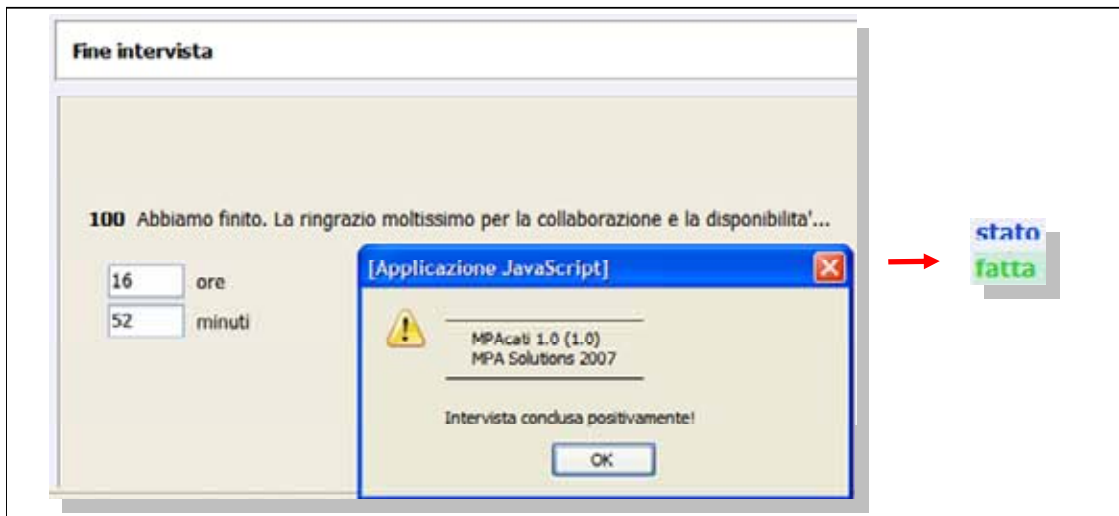


Figura 21: conclusione dell'intervista.

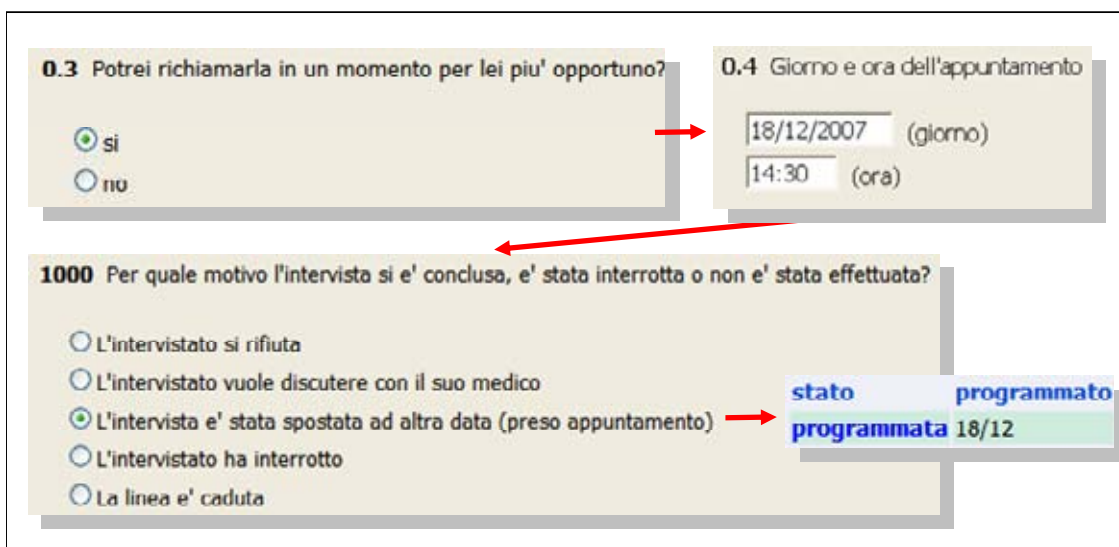


Figura 22: spostamento dell'intervista ad altra data perché, l'intervistato preferisce rispondere in un momento per lui/lei più opportuno.

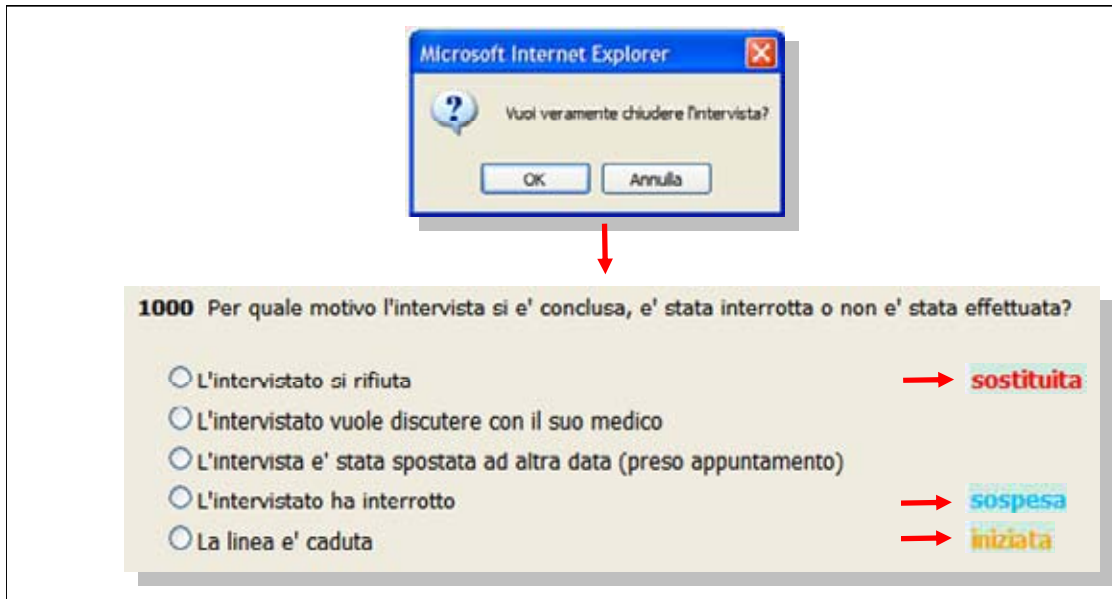


Figura 23: sospensione o chiusura dell'intervista per forza maggiore o per rifiuto dell'intervistato (con modifica dello stato dell'intervista).

Un caso particolare di sospensione dell'intervista è quello in cui l'intervistato preferisce discutere con il suo medico prima di dare il suo assenso. In tal caso l'intervistatore risponderà *sì* alla domanda 0.5 e selezionerà *L'intervistato vuole discutere con il suo medico*. Lo stato dell'intervista passa a *iniziata* (Figura 24).

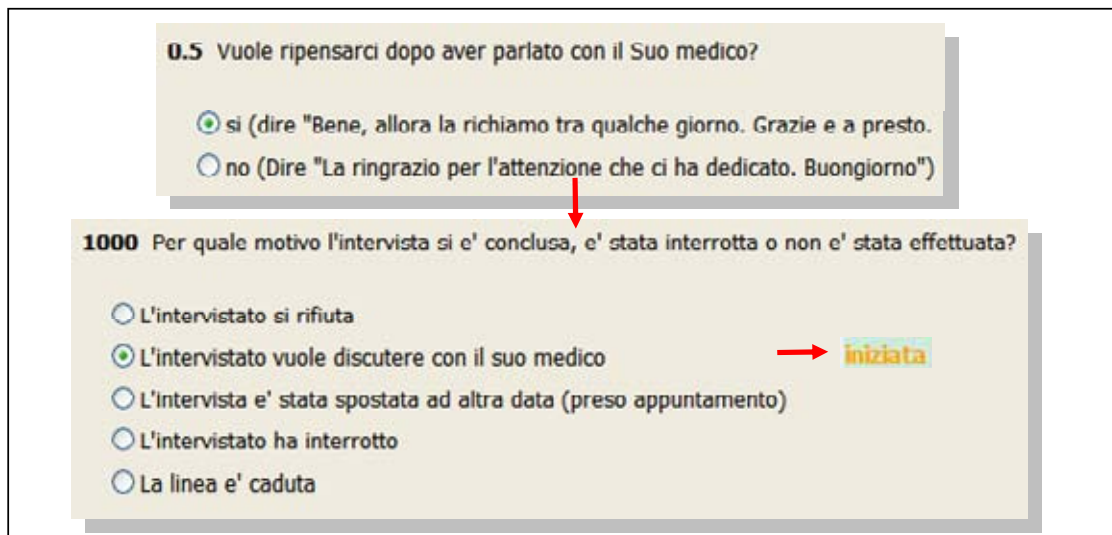



Figura 24: caso in cui l'intervistato vuole prima parlare con il medico e l'intervista viene lasciata in sospenso.

8.1. Visualizzazione dell'intervista

E' possibile visualizzare l'intervista nel suo complesso, sia dopo la sua conclusione che in corso di somministrazione o compilazione (ad esempio se vi è stata un'interruzione) attraverso l'apposita icona  presente nel catalogo, accanto al tasto *Apri*.

La modalità "View" di visualizzazione riporta a video solamente le domande effettivamente somministrate del questionario, permette una navigazione libera all'interno dell'intervista (i.e. senza controlli sui salti) e non permette la modifica dei dati (che vanno modificati in modalità *Edit*, ossia utilizzando il tasto *Apri*).

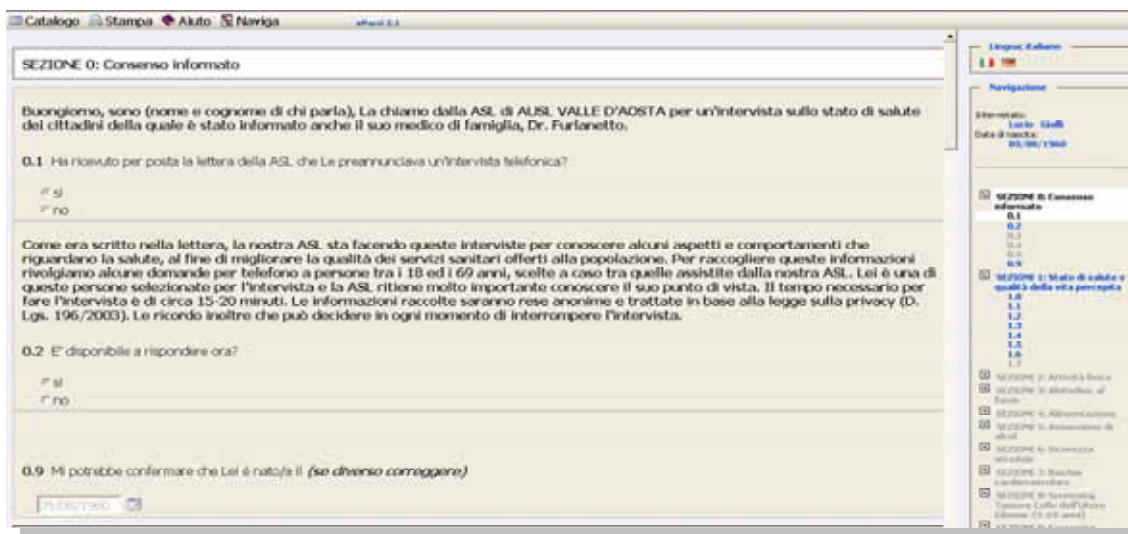


Figura 24b: apertura di un'intervista in modalità di visualizzazione.

8.2. Gestione delle lingue

Il software e-Passi è stato realizzato in modo da permettere la compilazione del questionario in più lingue. Allo stato attuale è stata importata in e-Passi l'unica versione disponibile del questionario oltre a quella italiana, ossia quella tedesca. E' possibile passare da una lingua all'altra attraverso le bandiere riportate nella parte in alto a destra del software.



Figura 24c: passaggio alla versione tedesca del questionario

Capitolo 9. Centralizzazione dei dati e gestione locale

Il software di compilazione e gestione e-Passi, oltre a consentire di realizzare l'intervista, permette anche di centralizzare automaticamente in un unico server nazionale i dati delle interviste realizzate.

Per inviare i dati delle interviste è necessario disporre di una connessione ad Internet. L'invio dei dati richiede l'inserimento di uno username e una password personali, creati per intervistatori dai coordinatori aziendali (gli stessi usati per accedere al portale <http://www.passidati.it>).

9.1. Modalità della spedizione automatica via web (upload)

In caso si disponga di una connessione Internet, è possibile inviare i dati al server centrale direttamente dall'interfaccia del programma e-Passi, cliccando sul tasto *Upload* della barra dei menu. Ciò causerà la richiesta di username e password per verificare che l'utente sia abilitato ad inviare i dati (Figura 25).



Figura 25: accesso alla funzionalità di upload e richiesta di username e password per l'autenticazione dell'utente.

Nel caso *username* e *password* siano considerati validi, il software invierà automaticamente al server centrale nazionale del Progetto Passi tutte le interviste portate a termine con successo e tutte quelle ad esse collegate. Il software inoltre cancellerà dalla visualizzazione tali interviste e quelle che sono state riassegnate ad un altro intervistatore (vedi Capitolo 7).

In Figura 26 si riporta un esempio del *Rapporto di Trasmissione* che e-Passi visualizza al momento dell'invio dei dati sul server, per informare l'utente sull'esito

dell'operazione. Ad ogni invio, e-Passi verifica anche la disponibilità di eventuali versioni aggiornate del software (vedi anche Capitolo 12).

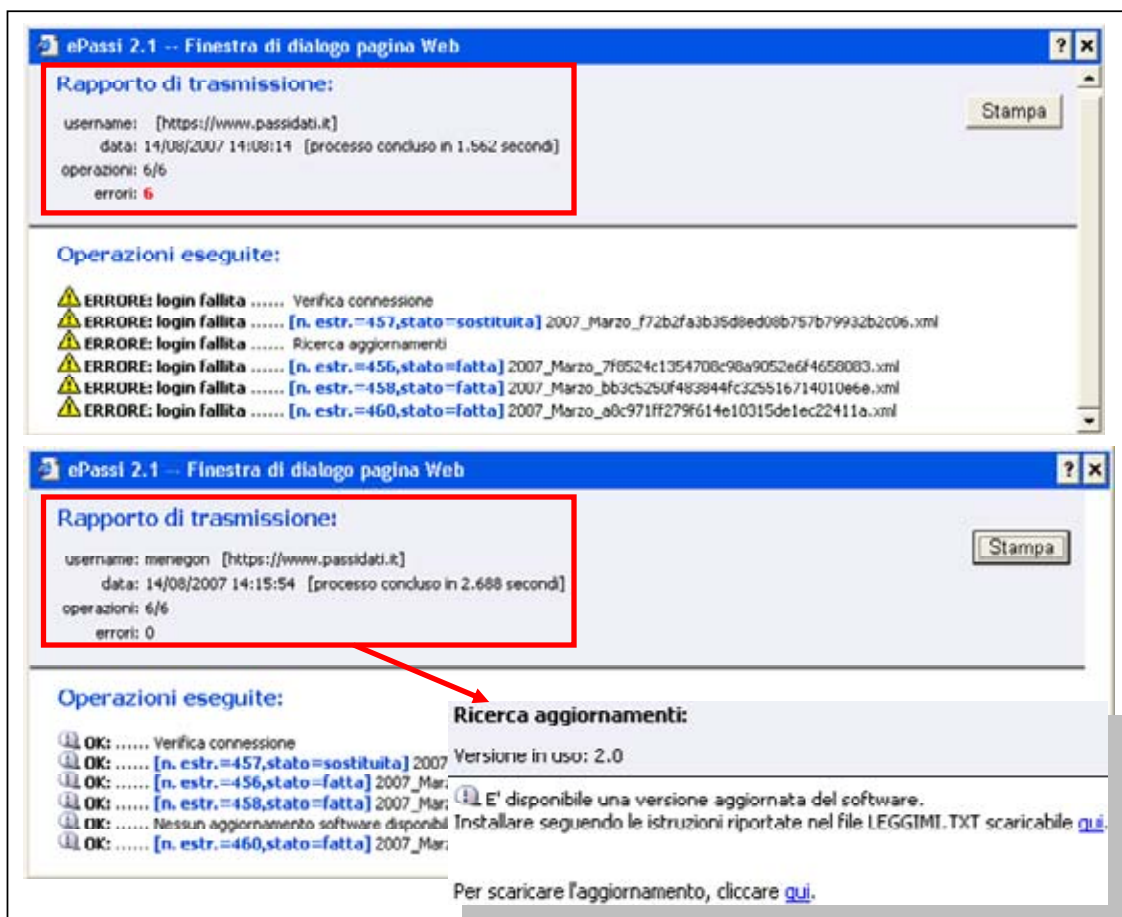


Figura 26: esempi di rapporto di trasmissione dei dati al server centrale nazionale di progetto e caso in cui sia disponibile un aggiornamento da scaricare.

Il rapporto di trasmissione segnala il numero di connessioni al server. Ad esempio, l'indicazione operazioni 6/6 conteggia il corretto (o tentato e mancato, nel caso di errori) inserimento sul server nazionale di 4 interviste su un totale di 4 inviate, a cui vengono sommate la verifica di disponibilità connessione e la ricerca di aggiornamenti). Si consiglia di non chiudere la finestra durante la spedizione, anche se ciò non influisce sul processo di inserimento nel database.

Nel caso il server risulti irraggiungibile (anche per motivi di richiesta password per l'accesso a internet) o occupato, è possibile testare la connessione con l'apposito tasto.

verificare la connessione Internet cliccando su

Il bottone stampa permette di stampare il rapporto di trasmissione per tenere una documentazione dell'invio effettuato

9.1.

Tutte le interviste realizzate vengono salvate automaticamente nella cartella e-Passi del Desktop dell'utente (ed in particolare nella sottocartella *data*).

Nel caso la postazione di lavoro su cui vengono effettuate le interviste disponga di connessione a internet, utilizzare semplicemente il software dal Desktop e ignorare il presente Paragrafo.

Nel caso invece la postazione utilizzata dall'intervistatore non disponga di connessione, è necessario utilizzare il programma e-Passi su un computer che disponga di accesso Internet per poter inviare i dati al server centrale.

A tale scopo, si sottolinea che e-Passi può funzionare direttamente da supporto riscrivibile (ad es. chiave USB).

Di seguito si propone quindi una procedura semplificata di gestione dei dati, per un utente che abbia a disposizione un supporto riscrivibile (ad esempio una chiave USB o un CD-ROM R/W):

Procedura semplificata gestione dati:

- scaricare il file setup.exe e installare e-Passi su un qualsiasi computer.
- Tagliare la cartella **ed** il collegamento e-Passi dal Desktop dell'utente e incollarli sul supporto riscrivibile (oppure copiarli sul supporto e poi cancellarli dal Desktop).
- Lanciare il programma ed utilizzarlo **esclusivamente** da supporto riscrivibile, senza copiarne il contenuto sul computer. E' così possibile compilare le interviste (anche senza Internet) ed effettuare l'invio dei dati (evt. spostandosi e collegando il supporto ad un computer con internet)

Solo 2 avvertenze:

- **assicurarsi che non rimanga copia della cartella e del collegamento e-Passi sul Desktop**
- **se è disponibile un aggiornamento, ripetere la procedura dall'inizio utilizzando la versione di setup.exe appena scaricata**
- **ricordarsi di lanciare il file installa_certificato (presente nella cartella e-Passi) su tutti i computer che si utilizzeranno per la spedizione al server (non obbligatorio per Firefox, vedi Capitolo 1)**

Tabella 2: procedura semplificata di gestione dei dati per la compilazione diretta e la gestione dei dati attraverso una chiave USB.

La procedura proposta è solamente una delle possibilità di gestione dei dati e del software e come tale non è obbligatoria.

Un utente con maggiore familiarità con gli strumenti informatici può invece spostare a suo piacimento le cartelle di e-Passi ed il loro contenuto fra i diversi computer o supporti, tenendo presente che il collegamento ad e-Passi sul Desktop dell'utente o sul supporto, puntano entrambi alla versione del software e dei dati sul Desktop, e non alla copia di e-Passi eventualmente presente sul supporto in quel momento collegato al PC.

Capitolo 10.

Il software e-Passi mette a disposizione, oltre a quelle sinora descritte, alcune funzionalità aggiuntive, che possono essere d'aiuto nel corso del suo utilizzo. Le funzionalità aggiuntive riguardano:

- ✓ la stampa della pagina;
- ✓ la visualizzazione di un aiuto;
- ✓ la possibilità di navigazione veloce nell'albero delle domande.

La funzionalità *Stampa* (Figura 27) permette di inviare alla stampante la pagina, così come viene visualizzata dal browser (Internet Explorer, Firefox, altro), *Aiuto* visualizza (Figura 28) sul lato destro della pagina una colonna di istruzioni per la gestione e la compilazione, *Naviga* (Figura 29) apre nella stessa colonna un albero per il passaggio veloce alle diverse domande (solo a quelle già compilate o confermate nella sessione attuale).

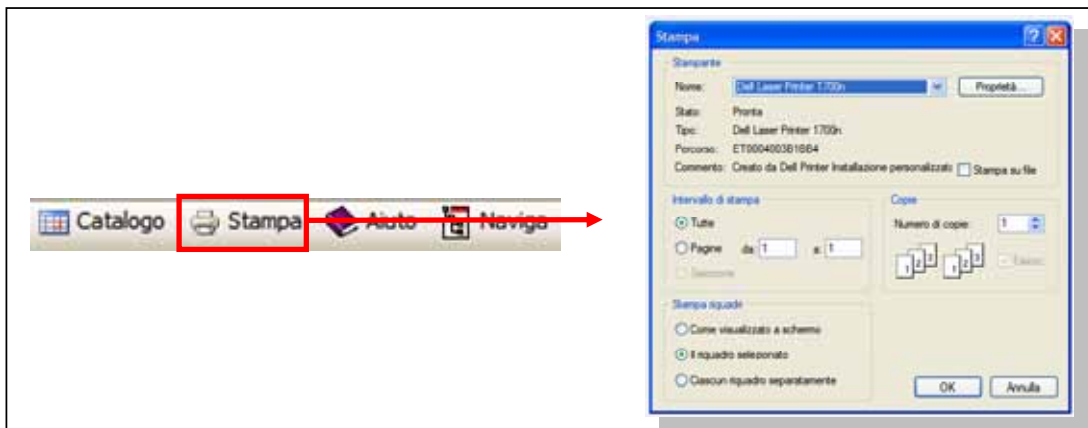


Figura 27: funzionalità di stampa



Figura 28: visualizzazione dell'help in linea.

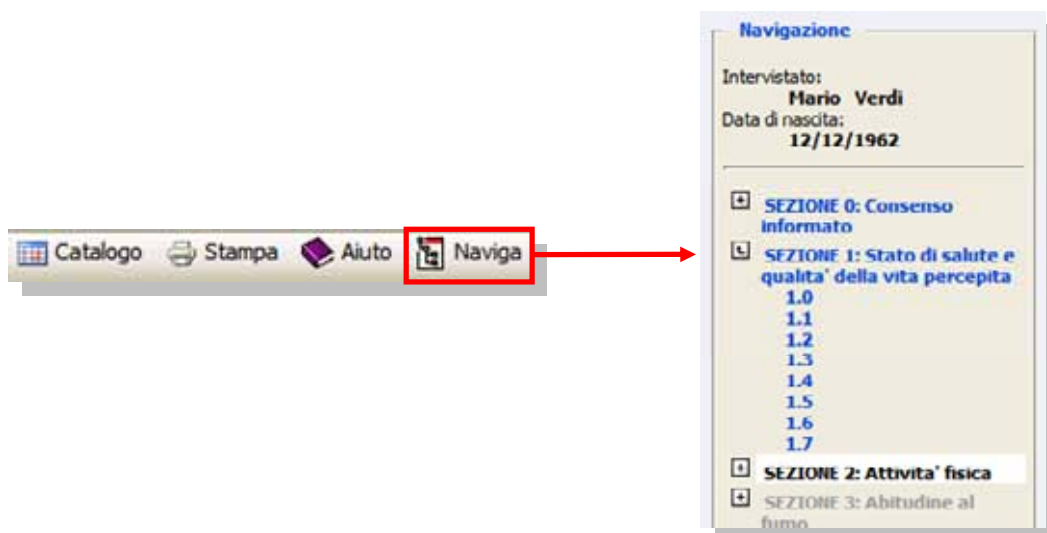


Figura 29: funzionalità di navigazione veloce fra le domande. E' possibile "saltare" solo alle domande già compilate o confermate.

10.1. Nuova intervista non prevista

Una funzionalità particolare è quella che consente di creare da zero una nuova intervista, compilando quindi il diario dell'intervistatore (con i dati anagrafici) per poi procedere alla compilazione del questionario vero e proprio. Tale funzionalità dovrà essere utilizzata solamente nei casi in cui la lista delle persone da intervistare con il caso in questione non venga spedita in formato Excel dal coordinatore aziendale. Non è possibile procedere alla compilazione dell'intervista se non vengono compilati nel diario almeno i dati obbligatori, relativi all'anno e al mese dell'intervista, al nome e cognome, sesso e data di nascita dell'intervistato (Figura 30).

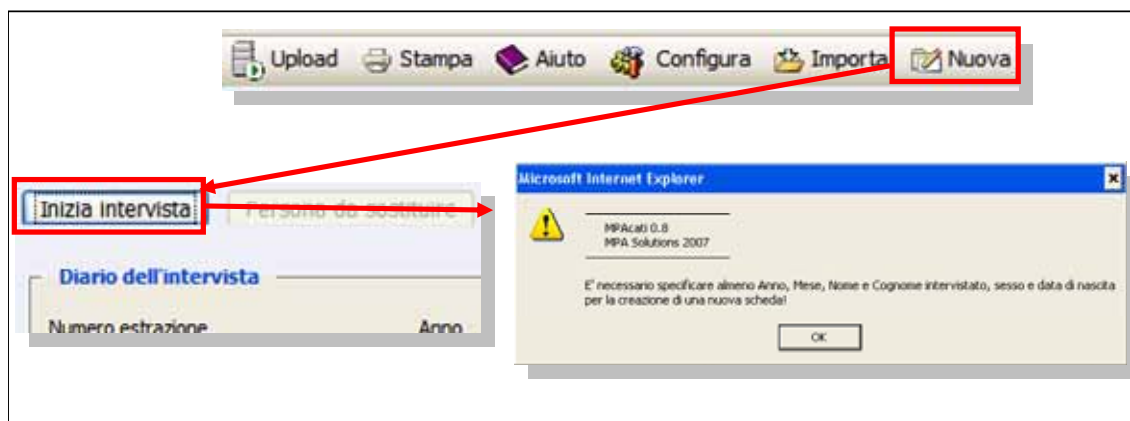


Figura 30: aggiunta di una nuova intervista e verifica della compilazione dei campi obbligatori.

Capitolo 11. Requisiti di sistema e compatibilità

Il funzionamento del software è stato testato per diverse configurazioni di sistema (e-Passi è multiplatforma e cross-browser).

Requisiti minimi per il funzionamento delle funzionalità di compilazione sono:

- WINDOWS: utilizzo come browser di Internet Explorer \geq 6.0 o Firefox 2.0
Per computer con sistema operativo Windows 98 (che non supporta le nuove versioni di Explorer), e-Passi funziona con l'installazione di Firefox
- LINUX/MAC: Firefox 2.0

Le funzionalità di processamento dell'Excel (*Importa*), con la lista delle persone da intervistare, funzionano correttamente solo con sistemi in grado di leggere il file Excel e che supportino lo scripting in VBS, ossia:

- WINDOWS: \geq 98
- OFFICE: \geq 2000 (con almeno Word ed Excel)

N.B.: il plugin "FireBug" di Mozilla Firefox non è compatibile con e-Passi. Si consiglia di non installarlo o di disinstallarlo se già presente.

Capitolo 12. Avvertenze per l'utilizzo con Firefox e OpenOffice

Nonostante e_Passi funzioni per diverse piattaforme e diversi browser, è necessario segnalare che non tutte le funzionalità sono disponibili alla stessa maniera sulle diverse piattaforme e configurazioni. Questo Capitolo illustra le particolarità per l'uso di e-Passi con *browser* di navigazione diversi da Internet Explorer (Mozilla Firefox), in presenza di *suite* per ufficio diverse da Microsoft Office (OpenOffice), o su sistemi operativi diversi da Windows (Linux o MacOS). In particolare:

Uso di OpenOffice (o di qualsiasi Office per Mac o Linux) al posto di Microsoft Office per Windows

Nel caso sul computer non sia installato Microsoft Office per Windows, le funzionalità di importazione della lista non sono supportate. In tal caso è necessario:

Prima opzione: importare la lista delle persone da intervistare su un computer con Microsoft Office per Windows e poi copiare il contenuto della cartella

- ✓ *data* (situata dentro la cartella e-Passi) sul computer senza Microsoft Office per Windows, sempre dentro la cartella e-Passi.
- ✓ Seconda opzione: creare nuove schede e compilare manualmente il diario scheda per scheda, ricopiando il contenuto del file Excel. **Attenzione:** la scheda di un sostituto così creata DEVE essere dapprima collegata al titolare e poi compilata.

Uso di *Firefox* posto di *Internet Explorer* per Windows

Anche nel caso sul computer sia installato Microsoft Office per Windows (ed a maggior ragione nelle altre situazioni), non può essere garantita l'importazione diretta con Firefox della lista delle persone da intervistare in Excel (vale per qualsiasi sistema operativo).

In tal caso, se è disponibile sul computer una versione compatibile di Microsoft Office per Windows, è possibile lanciare manualmente il programma *Importa* nella cartella e-Passi, altrimenti si rimanda al Paragrafo precedente.

Si sottolinea che, nel caso dell' uso di Firefox, la procedura di installazione dei certificati non è strettamente necessaria, e quindi può essere evitata.

Capitolo 13. Conclusioni e riferimenti

Il software e-Passi è scaricabile dal sito del progetto Passi.

Ad ogni invio di dati con e-Passi, il software verifica la disponibilità di aggiornamenti rispetto alla versione in uso, e permette di scaricare l'eventuale nuova versione da installare (Figura 31).

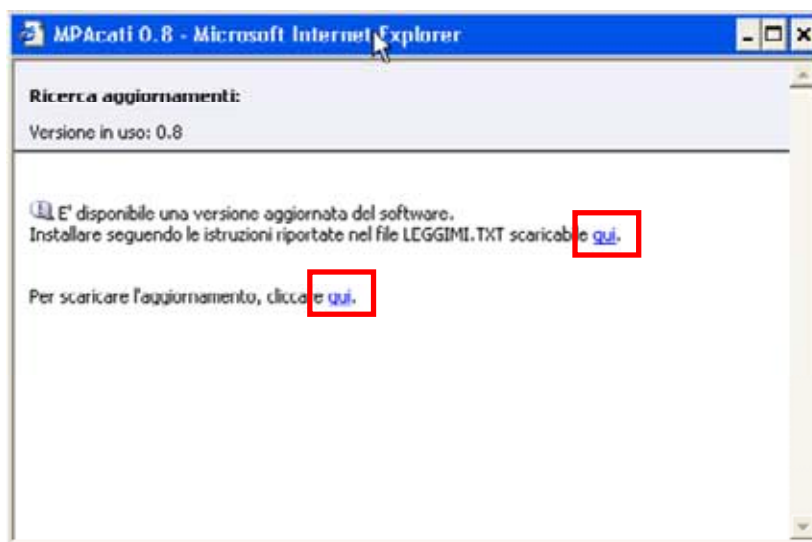


Figura 31: ricerca di nuove versioni sul server e scaricamento della versione aggiornata.

Nel caso sia disponibile sul server una versione aggiornata del questionario in versione elettronica, e-Passi lo segnala automaticamente all'utente. Una volta scaricata la nuova versione, l'aggiornamento può avvenire semplicemente cliccando, come nel caso della prima installazione, sul file *setup.exe*.

Le modalità vengono riportate in dettaglio, per ogni versione del software, nel file LEGGIMI.TXT, anch'esso scaricabile tramite e-Passi (vedi Figura 31).

Si consiglia vivamente di leggere attentamente LEGGIMI.TXT ed eventuali note in esso riportate prima di procedere ad eventuali aggiornamenti.

13.1. Come ottenere assistenza

In caso di difficoltà o problemi di utilizzo del software (ove non sia possibile risolverli con il presente manuale) è possibile contattare il proprio coordinatore aziendale.

Il coordinatore aziendale, se non in grado di fornire assistenza tecnica, si occuperà di richiedere le necessarie informazioni ai coordinatori regionali o direttamente ad MPA Solutions. Nei casi in cui sia necessaria assistenza diretta da parte degli sviluppatori, il coordinatore aziendale si occuperà di mettere questi ultimi in contatto con il compilatore.

Il software è stato sviluppato, viene mantenuto ed aggiornato da MPA Solutions cooperativa a r.l. (<http://www.mpasol.it>).

ALLEGATO 10

Elenco degli operatori PASSI

Elenco degli operatori PASSI

Riportiamo l'elenco degli operatori del sistema PASSI, aggiornato al mese di Settembre 2007 in base alle segnalazioni pervenute dai responsabili regionali.

L'elenco è limitato ai rappresentanti regionali e aziendali (referenti e coordinatori). Non è possibile al momento fornire una lista esaustiva ed accurata degli intervistatori, in quanto in alcune realtà non è stata completata la fase di individuazione e designazione.

Abruzzo

Referente regionale D. Pacifico

Vice-Referente regionale V. Cofini

Coordinatore regionale G. Diodati

Vice-Coordinatore regionale C. Turchi

Coordinatori aziendali: I. Taglione (ASL Pescara); A. Savino (ASL Chieti); P. Natali (ASL Teramo); V. Colorizio (ASL L'Aquila); C. Turchi (ASL Lanciano-Vasto); C. Mancini (ASL Avezzano-Sulmona)

Basilicata

Referente regionale G. Cauzillo

Coordinatore regionale M. Gallo

Coordinatori aziendali: C. Rubino (ASL 2); P. Ammirati (ASL 3); T. Russo (ASL 4); G. Amendolara (ASL 5)

Bolzano P. A.

Referente regionale C. Melani

Coordinatore regionale A. Fanolla

Coordinatore aziendale P. Corazza (Azienda Sanitaria dell'Alto Adige)

Calabria

Referente regionale G. Brancati

Coordinatore regionale F. Sconza

Vice-Coordinatore regionale M.B. Grasso

Campania

Referente regionale R. Pizzuti

Coordinatore regionale A. D'Argenio

Coordinatore regionale G. De Lorenzo

Coordinatori aziendali: E. Bianco (ASL AV1); M.A. Ferrara (ASL AV2); E. Fossi (ASL BN1); C. Bove (ASL CE1); A. D'Argenzio (ASL CE2); L. Esposito (ASL NA1); G. De Lorenzo (ASL NA2); F. Sibilio (ASL NA3); M. Isernia (ASL NA4); F. Giugliano (ASL NA5); A.L. Caiazzo (ASL SA1); C. Ronga (ASL SA2); G. Della Greca (ASL SA3)

Emilia Romagna

Referente regionale A.C. Finarelli

Vice-referente regionale P. Angelini

Coordinatore regionale N. Bertozzi

Vice-coordinatore regionale G. Carrozzi

Coordinatori aziendali: A.R. Sacchi (ASL Piacenza); A. Nieddu (ASL Parma); A.M. Ferrari (ASL Reggio Emilia); G. Carrozzi (ASL Modena); L. Bolognesi (ASL Modena); P. Pandolci (ASL Bologna/Imola); D. Agostani (ASL Bologna/Imola); I. Stefanelli (ASL Bologna/Imola); A. De. Togni (ASL Ferrara); O. Mingozzi (ASL Forlì); N. Bertozzi (ASL Cesena); P. Vitali (ASL Cesena); E. Prati (ASL Cesena); M. Morri (ASL Ravenna); G. Silvi (ASL Ravenna); F. Fabbri (ASL Rimini); P. Cesari (ASL Rimini)

Friuli Venezia Giulia

Referente e Coordinatore regionale T. Gallo

Vice-coordinatore regionale I. Osquino

Coordinatori aziendali: D. Germano e R. Tominz (Ass 1 Triestina); M.T. Padovan (Ass 2 Isontina); Andrea Iob (Ass 3 Alto Friuli); Tolinda Gallo (Ass 4 Medio Friuli); Silla Stel (Ass 5 Bassa Friulana); Ilva Osquino (Ass 6 Friuli Occidentale)

Lazio

Referente regionale E. Turi

Vice-referente regionale A. Capon

Coordinatore regionale M.O. Trinito

Vice-coordinatori regionali S. Iacovacci e A. Lancia

Coordinatori aziendali: B. Giudiceandrea (ASL Rm A); M. Di Fabio (ASL Rm B); M.O. Trinito (ASL Rm C); U. D'amico (ASL Rm D); A. Pendenza (ASL Rm E); A. Martelli (ASL Rm F); F. Alicata (ASL Rm G); R. Giammattei (ASL Rm H); S. Iannone (ASL Fr); S. Iacovacci (ASL Lt); G. Bartolomei (ASL Lt); O. Micali (ASL Vt)

Liguria

Referente regionale P. Oreste

Vice-referente regionale A. Capon

Coordinatore regionale C. Culotta

Vice-coordinatore regionale R. Cecconi

Coordinatori aziendali: L. Guadagno (ASL 1 Imperiese); R. Carloni (ASL 2 Savonese); R. Cecconi (ASL 3 Genovese); M. Ricasso (ASL 4 Chiavarese); R. Baldi (ASL 5 Spezzino);

Lombardia

Referente e Coordinatore regionale C. Zocchetti

Vice-coordinatore regionale M.E. Pirola

Coordinatori aziendali: A. Silvestri (ASL Milano Città); G. Rocca (ASL 2 Bergamo); R. Moretti (ASL 3 Lecco); L. Camana (ASL 4 Pavia); R. Bardelli (ASL 5 Varese)

Marche

Referente regionale G. Tagliavento

Coordinatore regionale F. Filippetti

Vice-coordinatore regionale R. Passatempo

Coordinatori aziendali: G. Raschi (ZT 1); M. Greco (ZT 2); A. Vaccaio (ZT 3); R. Rossini (ZT 4); F. Pasqualini (ZT 5); D. Cimini (ZT 6); M. Morbidoni (ZT 7); R. Passatempo (ZT 8); L. Marinelli (ZT 9); F. Filippetti (ZT 10); M.T. Panciotti (ZT 11); F. Picciotti (ZT 12); M. Baffoni (ZT 13)

Molise

Referente regionale A. D'Alò

Coordinatore regionale G. Di Giorgio

Vice-coordinatore regionale S. Rago

Coordinatori aziendali: G. Ponzio (ASL Campobasso); V. Antonelli (ASL Isernia); C. Montanaro (ASL Temoli)

Piemonte

Referente regionale D. Tiberti

Coordinatore regionale M.C. Antoniotti

Vice-coordinatore regionale D. Lombardi

Coordinatori aziendali: M. Meda (AASL: 1, 2, 3, 4); A. Gallone (ASL 5); S. Stanzione (ASL 6); D. Greco (ASL 7); G. Valenza (ASL 8); M.P. Alibrandi (ASL 9); P. Laurenti (ASL 10); G. Bagnasco (ASL 11); A. Giacomini (ASL 12); E. Moia (ASL 13); P. Ferrari (ASL 14); L. Orione (ASL 15); M.T. Pugliesi (ASL 16); A. Repossì (ASL 17); L. Marinaro (ASL 18); D. Rivetti (ASL 19); M.A. Brezzi (ASL 20); A. Galiano (ASL 21); R. Prosperì (ASL 22)

Puglia

Referente regionale V. Pomo

Coordinatore regionale V. Aprile

Vice-coordinatore regionale C.A. Germinario

Coordinatori aziendali: V. Di Martino (ASL Foggia); E. Coviello (ASL Bari); A. De Luca (ASL Bat); R. Cipriani (ASL Taranto); S. Termite (ASL Brindisi); V. Aprile (ASL Lecce)

Sardegna

Referente regionale R. Masala

Coordinatore regionale M. Melis

Coordinatori aziendali: E. Tavera (ASL 1 Sassari); M. Usala (ASL 3 Nuoro); M.A. Aini (ASL 2 Olbia); A. Loddo (ASL 4 Lanusei); R. Murgia (ASL 5 Oristano); F. Congiu (ASL 6 Sanluri); G. Pala (ASL 7 Carbonia); M. Crasta (ASL 8 Cagliari)

Sicilia

Referente regionale A. Mira

Coordinatore regionale S. Scondotto

Vice-coordinatori regionali P. Miceli, G. Dardanoni

Coordinatori aziendali: A.M. Cardinale (A. USL 1 Agrigento); R. Milisenna (A. USL 2 Caltanissetta); M. Cuccia (A. USL 3 Catania); F. Belbruno (A.USL 4 Enna); G. Fiumanò (A.USL 5 Messina); M.A. andazzo (A.USL 6 Palermo); G. Ferrera (A.USL 7 Ragusa); M.C. Bandiera (A.USL 8 Siracusa); R. Candura (A.USL 9 Trapani)

Toscana

Referente regionale E. Balocchini

Vice-referente regionale M.L. Duratorre

Coordinatore regionale G. Garofalo

Vice-coordinatori regionali F. Mazzoli Marrani, R. Cecconi

Coordinatori aziendali: V. Merciadri (ASL 1); A. Scacchiotti (ASL 2); W. Wanderlingh (ASL 3); M. Lo Tito (ASL 4); L. Carneglia (ASL 5); A. Barbieri (ASL 6); A. Bevilacqua (ASL 7); A. Beltrano (ASL 8); P. Piacentini (ASL 9); R. Cecconi (ASL 10); M. Chiti (ASL 11); C. Raffaelli (ASL 12)

Trento P. A.

Referente regionale L. Pontalti

Coordinatore regionale P. F. Moghadam

Vice-coordinatore regionale L. Ferrari

Coordinatore aziendale P. F. Moghadam (ASL 1)

Umbria

Referente regionale A. Tosti

Coordinatore regionale C. Bietta

Vice-coordinatore regionale M. Cristofori

Coordinatori aziendali: D. Felicioni (ASL 1); C. Bietta (ASL 2); U. Bicchielli (ASL 3); M. Cristofori (ASL 4)

Valle D'Aosta

Referente regionale E. Rovarey

Coordinatore regionale S. Bongiorno

Vice-coordinatore regionale R.M. Cristaudo

Coordinatori aziendali: S. Buongiorno e R. Cristaudo (AUSL Valle D'Aosta)

Veneto

Referente regionale F. Micheletto

Coordinatore regionale S. Milani

Vice-coordinatore regionale M. Ramigni

Coordinatori aziendali: F. Russino (AULSS1); D. Grazioli (AULSS2); M. Ramigni (AULSS3); E. Chiesa (AULSS4); A. Fiorio (AULSS5); P. Colussi (AULSS6); T. Menegon (AULSS7); G. Lustro (AULSS8); A. Pupo (AULSS9); C. Lambertini (AULSS10); G. Marchese (AULSS12); S. Milani (AULSS13); A. Olivieri (AULSS15); L. Gottardello (AULSS16); C. Schiavinato (AULSS17); P. Casale (AULSS18 e 19); S. Manservigi (AULSS20); G. Blengio (AULSS22)

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.
Le richieste possono essere inviate a: pubblicazioni@iss.it.*

*Stampato da Litografia Chicca di Fausto Chicca
Via di Villa Braschi 143, 00019 Tivoli (Roma)*

Roma, settembre 2007 (n. 3) 14° Suppl.