



Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute

“PASSI PER L’ITALIA”: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Sperimentazione dei metodi per la sorveglianza

Introduzione

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. Tra gli obiettivi primari del Piano, nell’accordo Stato-Regioni del 6.4.2004, viene pertanto indicata la prevenzione attiva del rischio cardiovascolare e delle complicanze del diabete e l’implementazione dei programmi di screening oncologici.

Il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), recentemente istituito in Italia, riconosce tra i propri obiettivi strategici quello di sostenere il Paese per l’adozione di stili di vita sani attraverso l’individuazione dei modelli operativi più efficaci e la verifica del raggiungimento di obiettivi di salute conseguenti. Il Ministero della Salute e diverse regioni, hanno identificato la necessità di testare una sorveglianza di alcuni aspetti riguardanti la salute della popolazione italiana e una forma di monitoraggio di abitudini favorevoli la salute e di risultati di programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare comportamenti a rischio di patologie che interessano ampie fasce di popolazione. Al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell’Istituto superiore di Sanità, e in particolare al gruppo PROFEA, è stata quindi affidato l’incarico di sperimentare materiali e metodi per la realizzazione di tale studio di popolazione in vista di una possibile messa a regime di tale sorveglianza in tutto il Paese nei prossimi anni. Questa sperimentazione si realizzerà in alcune regioni pilota nel periodo compreso fra gennaio e ottobre 2005, data in cui si comunicheranno i risultati.

In questo documento si presenta una sintesi degli obiettivi possibili per la sorveglianza e dei criteri di sperimentazione e valutazione dei metodi per realizzarla.

Razionale della sorveglianza di popolazione

Lo studio si propone di sperimentare una forma di monitoraggio dei comportamenti a rischio associati con le principali cause di mortalità e morbilità e dei possibili interventi effettuati dai medici o da altro personale sanitario e delle attività da intraprendere per modificarli.

Gli argomenti scelti per questo studio includono: attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione ed ipercolesterolemia, lo screening del cancro della mammella, del collo dell’utero e del colon retto. Inoltre saranno raccolti dati su alcune variabili demografiche e sulla percezione dello stato di salute. Il rationale alla base della scelta degli argomenti sarà descritta nella sezione “Contesto”.

Attualmente alcune 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 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 a seguito dei programmi di intervento in salute pubblica.

In questo contesto si ritiene utile la sperimentazione di un sistema di sorveglianza capace di:

- raccogliere dati utili per fornire informazioni sui progressi di salute della popolazione
- essere tempestivo in modo da 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 e costituendo uno strumento potenzialmente molto utile per la ri-programmazione delle azioni di salute
- essere rappresentativo della popolazione.

Il Sistema di Sorveglianza sarà:

- condiviso, messo cioè a punto insieme alle regioni e rispondente alle loro necessità: è prevista la possibilità di aggiungere sezioni di indagine utili per i bisogni d'informazione delle singole regioni o ASL
- flessibile in modo da permettere di modificare nel tempo il tipo di dati da raccogliere
- di rinforzo al sistema sanitario: affidato ai Dipartimento di Prevenzione può creare una grande opportunità a questi servizi nell'acquisire esperienza e competenza necessarie nella survey di popolazione; la formazione iniziale dei ricercatori per l'indagine può inoltre creare un gruppo di "esperti" da utilizzare per altre attività di ricerca
- integrato: i dati provenienti dalla sorveglianza saranno confrontabili e confrontati con le basi di dati già esistenti a livello locale.

Il disegno dello studio e le domande si baseranno su studi sperimentati in modo estensivo a livello internazionale e/o intrapresi dall'ISTAT per assicurare la massima confrontabilità nazionale. La scelta delle domande permetterà inoltre, ove possibile, il confronto con alcuni indicatori chiave del progetto "European Community Health Indicators"

Contesto

Nella seguente sezione verranno presentati i singoli argomenti descrivendo lo stato attuale delle conoscenze e il razionale della loro inclusione nello studio pilota.

1) Fattori di rischio cardiovascolare

Importanza del problema: Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte in Italia (41%), nonostante il declino verificatosi negli ultimi 20 anni e la principale causa di disabilità: nel 2002 sono state la prima causa di ricovero con più di un milione di casi. In base ai dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare nella popolazione italiana su 1.000 adulti tra 25 ed 84 anni, 15 uomini e 4 donne hanno una storia di infarto del miocardio, mentre ogni anno 2 uomini su 1.000 e 1 donna su 1.000 vanno incontro ad evento coronarico maggiore.

Potenziati benefici degli interventi: Diversi fattori, sui quali è possibile intervenire, aumentano il rischio di sviluppare la malattia quali abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa e sedentarietà. Ridurre del 10% il colesterolo nella popolazione generale nel suo insieme abbasserebbe del 20-30% l'incidenza di malattie cardiache. Diminuire di un terzo il sale consumato ridurrebbe del 20% i casi di ictus nella popolazione generale.

Inoltre la disponibilità di efficaci misure dietetiche e farmacologiche per il controllo di fattori metabolici e le prove che la loro correzione riduce l'incidenza di cardiopatia ischemica conferiscono importanza all'identificazione delle persone ad alto rischio.

Le carte di rischio cardiovascolare e il punteggio individuale rappresentano due strumenti utili per valutare la probabilità di ammalare di malattie cardiovascolari in un intervallo di tempo definito (progetto Cuore-ISS).

Disponibilità di dati. Mancano a livello delle singole ASL informazioni periodicamente aggiornate sulla prevalenza dei principali fattori di rischio cardiovascolare (in particolare ipertensione ed ipercolesterolemia), e sull'utilizzo della carta del rischio.

2) Attività fisica

Importanza del problema: La sedentarietà è causa di 1,9 milioni di decessi all'anno nel mondo: determina il 22% delle malattie cardiovascolari, il 10-16% dei casi di tumori della mammella, del colon e di diabete; inoltre combinata con una cattiva alimentazione è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

Il consumo di risorse economiche sanitarie ad essa associate è considerevole. Negli USA si stima nel 2000 un costo di 75 miliardi di dollari per il sistema sanitario; in Canada il 6% della spesa sanitaria viene attribuita ai problemi causati dall'inattività fisica.

Potenziali benefici degli interventi: Esiste ormai un consenso unanime verso le indicazioni espresse dal Department of Health and Human Services degli USA circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana).

L'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; le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Disponibilità di dati : Attualmente non si hanno in Italia dati disponibili sull'adesione della popolazione a queste raccomandazioni specifiche, né sul ruolo giocato dagli operatori sanitari nel consigliare e sostenere uno stile di vita più attivo ai loro assistiti.

3) Abitudine al fumo

Importanza del problema: Il fumo di tabacco rappresenta il principale fattore di rischio evitabile di morte precoce ed è uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di patologie a carico dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare. Si stima che l'abitudine al fumo determini una perdita media di 21 anni di vita nella fascia di età media (35-69 anni) e di 8 anni nella fascia sopra ai 70 anni. Anche l'esposizione al fumo passivo è associata a morbilità e mortalità. I fumatori in Italia sono passati dal 65% del 1957 al 30% nel 2004. La percentuale di fumatrici è aumentata notevolmente dal 6% del 1957 al 22% nel 2004 e questo trend appare in ascesa in particolare tra i giovani (dati OSSFAD 2004). Si è stimato che nel 1999 la somma del costo per l'assistenza ospedaliera e quella per la perdita di produttività a causa dell'abitudine al fumo sia stata di 10.267 miliardi di lire, con un'incidenza del 9% sulla spesa sanitaria.

Potenziali benefici degli interventi: Oltre agli interventi di tipo normativo anche l'azione di counselling da parte di operatori sanitari è da considerarsi come intervento efficace. Evidenze scientifiche mostrano che la sospensione del fumo porta a un dimezzamento del rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore.

Disponibilità di dati : Mancano dati a livello delle singole aziende sulla diffusione del fenomeno e relativi all'azione degli operatori sanitari nel consigliare la disassuefazione dal fumo ai propri assistiti e alle modalità di cessazione del fumo. Inoltre non esistono ancora dati sull'efficacia della recente legge sul divieto di fumare sul posto di lavoro e nei locali pubblici.

4) Abitudini alimentari

Importanza del problema: Le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le malattie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente.

Potenziali benefici degli interventi: E' riconosciuta un'associazione protettiva fra l'elevato consumo frutta e verdura e alcune neoplasie

Disponibilità di dati : Per quanto riguarda i consumi alimentari, i dati disponibili (ISTAT) appaiono carenti di alcune informazioni importanti a livello anche locale, quali il consumo pesce e legumi, il consumo di frutta, verdura e ortaggi almeno 5 volte al giorno (come consigliato da Linee Guida in uso nel nostro Paese); mancano dati locali anche relativi all'azione degli operatori sanitari nel consigliare e promuovere una corretta alimentazione ai propri assistiti.

5) Consumo di alcol

Importanza del problema: alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che l'uso eccessivo di bevande alcoliche può avere tra i consumatori, soprattutto i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti ad alto rischio individuale e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psicofisiche inadeguate, violenza) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi.

Inoltre l'abuso cronico di alcol è responsabile di patologie croniche e di aumentato rischio di insorgenza di tumore (fegato, mammella, cavo orale, faringe e prime vie aeree, stomaco).

In base ai dati disponibili (Istat ed Osservatorio Nazionale Alcol) il 75 % 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 ed i 16 anni (con incrementi del 12 % tra i maschi e del 16% tra le femmine nel giro di soli quattro anni).

Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Potenziali benefici degli interventi: la riduzione del consumo dell'alcol ha effetti potenziali su tutti gli ambiti suesposti.

Disponibilità di dati : Non sono disponibili a livello locale dati relativi ai consumatori di alcol a rischio, né all'azione svolta dagli operatori sanitari per ridurre l'abuso di sostanze alcoliche nei loro assistiti.

6) Sicurezza stradale

Importanza del problema: Il PSN individua gli incidenti stradali come un'emergenza sanitaria, da affrontare in modo radicale per raggiungere l'obiettivo fissato dall'OMS per l'anno 2020 (riduzione di almeno il 50% di mortalità e disabilità).

Gli incidenti stradali rappresentano infatti la nona causa di morte nel mondo e in assenza di un'inversione di tendenza costituiranno entro il 2020 la terza causa globale di morte e disabilità.

Ogni anno in Italia causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui fanno riscontro circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Costituiscono inoltre la prima causa di morte per i maschi sotto i 40 anni e una delle cause maggiori di invalidità.

Potenziali benefici degli interventi: Il 60% degli incidenti stradali è dovuto a fattori umani: abuso di alcol, farmaci, sostanze psicotrope, uso di apparecchi mobili alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza, 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.

Disponibilità di dati: mancano solitamente i dati sull'adozione dei dispositivi di sicurezza a livello di ASL soprattutto per quanto riguarda l'uso delle cinture sui sedili posteriori e sulla guida in stato di ebbrezza.

7) Screening oncologici

Importanza del problema: Il cancro rappresenta la seconda causa di morte e l'incidenza di queste patologie è in costante aumento: si registrano annualmente circa 270 mila nuovi casi e circa 150 mila decessi.

Potenziali benefici degli interventi: 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 screening di riconosciuta efficacia e fanno parte delle priorità del piano nazionale della prevenzione.

Disponibilità di dati: nelle regioni in cui sono implementati programmi di screening sono solitamente disponibili i dati relativi all'aderenza al programma, tuttavia spesso mancano i dati sull'esecuzione degli esami al di fuori del programma di screening.

Il Tumore del collo dell'utero è la seconda forma tumorale più diffusa tra le donne al di sotto dei 50 anni; in Italia per incidenza è al quinto posto: si contano circa 3.000 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Grazie alla diagnosi precoce i tassi di mortalità sono fortemente diminuiti (del 70% nelle donne di età inferiore ai 50 anni). Il pap test è l'unico test di screening per il carcinoma della cervice uterina ed è raccomandato alle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni con cadenza triennale e comporta una riduzione dell'incidenza stimata del 90% tra le donne sottoposte al test. Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili alla fine del 2002 i programmi organizzati di screening erano rivolti a poco più della metà delle donne di 25-64 anni, con un'adesione all'invito insufficiente (47%) se confrontato con i livelli (85% del target) raccomandati dalle Linee Guida Europee e della Commissione Oncologica Nazionale. Da un'indagine sullo stato di attuazione dei programmi di screening per i tumori del collo dell'utero effettuata nel 2003, è emerso che quasi tutte le Regioni hanno adottato iniziative legislative e linee guida per supportare i programmi.

Il Tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne (1 su 10 ne è colpita) e la sua incidenza è ancora in crescita (da 115 casi per 100.000 donne nel 1986 ai 135 nuovi casi a fine anni novanta). La mortalità si attesta intorno ai 30 decessi per 100.000 pari al 16% di tutti i decessi attribuibili al cancro nelle donne.

La percentuale di sopravvivenza in Italia (81%) potrebbe salire ulteriormente con una maggiore diffusione della diagnosi precoce.

Lo screening mammografico riduce infatti 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. Nel 2001 i programmi di screening si estendevano sul territorio nazionale a solo il 47% della popolazione target (50-69 anni); l'adesione al programma risulta pari al 54%. Sulla base dei dati Istat si stima che circa 4 donne su 10 effettuino l'esame mammografico con cadenza almeno biennale, dentro e fuori programmi organizzati.

Il Cancro del colon retto colpisce ogni anno in Italia circa 33 mila persone ed è responsabile di 17 mila 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. La sopravvivenza a 5 anni non supera il 40% e varia notevolmente a seconda dello stadio del tumore alla diagnosi: nei pazienti con malattia localizzata alla parete intestinale è pari all'89%, mentre scende al 58% in presenza di metastasi regionali. Lo screening per il carcinoma del colon-retto è raccomandato per tutti gli individui di età superiore a 50 anni tramite o il test annuale del sangue occulto nelle feci (fase asintomatica) o la sigmoidoscopia (senza intervalli di tempo specifici che mira alla riduzione delle lesioni preneoplastiche) o con entrambe le indagini. Il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004-2006, in linea con la Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea sullo screening dei tumori, propone come strategia di screening per il cancro del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci negli uomini e nelle donne di età compresa tra i 50 e 69 anni, con frequenza biennale.

8) Vaccinazioni in età adulta

L'obiettivo dei programmi vaccinali contro la **rosolia** è la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide e quindi della rosolia congenita. La rosolia è infatti una malattia esantematica generalmente benigna, ma che può avere conseguenze drammatiche per il feto. Nel nostro Paese purtroppo il rischio di rosolia congenita continua ad essere presente. Il piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita ha proposto delle strategie di vaccinazione specifiche per la prevenzione della rosolia nelle donne in età fertile. L'obiettivo specifico è ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi entro il 2007.

La vaccinazione **anti-influenzale**, è raccomandata, oltre che negli anziani, anche nella popolazione adulta affetta da alcune patologie croniche. Tuttavia non sono disponibili dati soprattutto per quanto riguarda la copertura vaccinale nei gruppi a rischio.

9) Salute e qualità di vita percepita

Nella valutazione dello stato di salute di una persona, oltre all'aspetto clinico, assume sempre più importanza l'analisi della qualità di vita percepita, cioè il grado di benessere complessivo avvertito. I modelli per valutare la qualità di vita percepita sono numerosi: uno dei metodi maggiormente utilizzati e validati è quello relativo alla stima dei "giorni vissuti in salute", che utilizza quattro domande inerenti la percezione dello stato di salute e i giorni passati in cattiva salute.

I dati disponibili dall'indagine Multiscopo dell'ISTAT riferiscono che più del 56% degli italiani ritiene di essere in buone condizioni di salute: tale valore si abbassa nelle donne e con l'avanzare dell'età. La percezione è fortemente correlata al livello di istruzione e peggiora nella popolazione con titolo di studio più basso; esiste inoltre un gradiente evidente tra le Regioni settentrionali e quelle Meridionali.

Le misure della qualità della vita possono costituire una banca di dati utili nell'individuazione e attuazione di interventi di sanità pubblica. In particolare quelle ottenute in questo studio avranno la peculiarità di fornire dati locali, tuttora mancanti nella maggior parte delle realtà, sullo stato di salute percepito dalla nostra popolazione e costituiranno una base informativa preziosa nella valutazione degli interventi preventivi condotti sul territorio.

Obiettivo generale della sorveglianza di popolazione

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana 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.

Obiettivi specifici: Monitoraggio della salute

1) Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di popolazione cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e la glicemia 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 e altre misure, come perdita del peso e attività fisica)
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver calcolato con il suo medico il rischio cardiovascolare sulla carta di rischio cardio-vascolare di recente introduzione
- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-69 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale

2) Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata e intensa
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni internazionali sull'attività fisica
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la proporzione di persone beneficiari di interventi di promozione individuale dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

3) Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari
- descrivere le modalità più frequenti di disassuefazione al fumo
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro
- stimare il livello dell'esposizione al fumo passivo in ambito domestico
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici

4) Abitudini alimentari

- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli su consumi alimentari corretti da operatori sanitari
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura, consumo di legumi, consumo di pesce)
- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'Indice di Massa Corporea.
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo il peso corporeo, che ha tentato di perdere o mantenere il peso e che ha intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo

5) Consumo di alcol

- stimare la proporzione di consumatori di alcol distinguendo consumatori modesti e forti
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge e consumo fuori pasto)
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol
- stimare la prevalenza di forti consumatori o consumatori a rischio ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo di alcol

6) Sicurezza stradale

- 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
- stimare la proporzione di persone trasportate da chi ha assunto alcolici

7) Screening oncologici

- stimare la prevalenza di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione, se la mammografia è stata effettuata all'interno di un programma di screening e dove è stata eseguita (strutture pubbliche e private)
- stimare la prevalenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato almeno un paptest a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione, se è stata effettuata all'interno di un programma di screening e dove è stata eseguito (strutture pubbliche e private).
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'effettuazione, se è stata effettuata all'interno di un programma di screening

8) Vaccinazioni in età adulta

- stimare la prevalenza di donne 18-49 anni che sono state vaccinate contro la rosolia
- stimare la prevalenza di donne 18-49 anni che hanno effettuato un rubeo-test
- stimare la percentuale di soggetti appartenenti a gruppi a rischio vaccinati contro l'influenza.

9) Salute e qualità di vita percepita

- stimare lo stato di salute percepito dalla popolazione in studio, compresa la media dei giorni in cattiva salute per cause fisiche e mentali e dei giorni limitanti le abituali attività

- **10) Aspetti socio-demografici**
- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni tra questi e i fattori di rischio indagati.

Obiettivi della sperimentazione dei materiali e metodi della sorveglianza

Il PROFEA si propone come obiettivo generale della sperimentazione di restituire un metodo testato di un sistema di sorveglianza delle variabili identificate.

Il PROFEA e le regioni partecipanti alla sperimentazione si pongono come obiettivi specifici quelli di testare i metodi e i materiali più efficaci per produrre l'informazione necessaria a monitorare alcuni programmi di salute del Paese al fine di facilitare la gestione e eventuali ri-orientamenti delle strategie in base ai risultati ottenuti.

Le scelte di metodo per la sperimentazione sono state operate prevalentemente sull'analisi della letteratura internazionale e sulle esperienze italiane. L'efficacia, l'appropriatezza e la pertinenza di materiali e metodi della sorveglianza saranno valutate congiuntamente con le regioni e il Ministero della Salute alla fine dello studio nel mese di ottobre.

Materiali e metodi inizialmente adottati per la sperimentazione

Tipo di studio

Studio trasversale di prevalenza puntuale tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato.

Popolazione in studio

- Descrizione del contesto. Lo studio si realizzerà nelle regioni italiane che parteciperanno all'indagine: la popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria delle ASL.
- Criteri di inclusione :
 - età compresa fra 18 e 69 anni (aggiornato al 31.12.2004)
 - residenza nel territorio di competenza dell'ASL
 - disponibilità di un recapito telefonico
- Criteri di esclusione:
 - ricovero o istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine
 - non reperibilità del soggetto campionato

Strategie di campionamento

- *Lista di campionamento:* le persone da selezionare per l'inclusione nello studio saranno selezionate dalle liste di anagrafe sanitaria presenti a livello delle ASL.
- *Metodo di campionamento:* campionamento casuale semplice proporzionale alla numerosità di popolazione delle ASL, direttamente effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria.

ipotesi 1: per le regioni che scelgono di studiare un' ASL-campione e la regione nel suo insieme

→ un campionamento casuale semplice di 200 persone direttamente effettuato sulla lista di anagrafe sanitaria presente nell' ASL-campione

→ un campionamento casuale semplice di 600 persone effettuato sulle liste anagrafiche di ciascuna ASL, proporzionale alla numerosità delle singole Aziende

Ai 600 viene sottratta la quota di persone campionate appartenenti all'ASL-campione, in quanto già rappresentata dal campione dei 200. In sede di analisi dei risultati regionali il peso dei 200 dell' ASL-campione sarà proporzionato al peso relativo della sua popolazione.

Esempio:

Le 600 persone sono suddivise per ASL in proporzione alla numerosità di assistiti di ciascuna ASL rispetto alla popolazione totale della regione.

Se abbiamo 4 ASL con una popolazione in percentuali di 15%, 20%, 30% e 35% la numerosità del campione per ciascuna ASL sarà rispettivamente 90, 120, 180 e 210.

Supponendo che AS -campione sia quella con il 30% della popolazione (cioè 180 persone da campionare) si procede in questo modo: ai 600 soggetti complessivi si sottraggono 180 soggetti già rappresentati dal

campione dell' ASL. In sede di analisi ai 200 soggetti dell' ASL sarà attribuito un peso corrispondente a 180 individui.

Ipotesi 2: per le regioni che scelgono di campionare una sola ASL senza il campione regionale.
 → un campionamento casuale semplice di 200 persone per la sola ASL identificata senza effettuare il campionamento regionale.

Ipotesi 3: per le regioni che scelgono di studiare tutte le loro ASL
 → un campionamento casuale semplice di 200 persone per ciascuna ASL effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria aziendali, senza effettuare il campionamento regionale

Ipotesi 4: in alcune regioni pilota potrà essere sperimentato un campionamento supplementare per la fascia di età 50-69 anni di 125 donne, ai fini di consentire una stima più precisa della prevalenza della mammografia (campione di 200 donne, prevalenza attesa 60%, IC al 95% 53-67).

Sostituzioni

Dalle liste di anagrafe sanitaria saranno estratti un numero di rimpiazzi doppio del numero dei titolari (es. ASL campione 200 titolari → 400 rimpiazzi) in modo da permettere sostituzioni "appaiate" cioè uguali per sesso e all'interno dello stesso gruppo di età (18-34 anni, 35-49 anni e 50-69 anni).

Dimensione del campione:

Con il metodo di campionamento random, la dimensione del campione richiesta per avere una stima con precisione assoluta del 10%, con intervallo di confidenza al 95%, per un parametro la cui prevalenza stimata sia al 50% è di **96 individui**.

Nelle tabelle seguenti sono state calcolate, partendo dalla prevalenza delle variabili principali, le stime di precisione, con un intervallo di confidenza al 95%, rispettivamente con un campione di 200 e di 600 per la popolazione da 18 a 69 anni (**tabella 1**)

Tab 1: Stima dell'intervallo di confidenza per alcune variabili riguardanti la popolazione complessiva da 18 a 69 anni

prevalenza %	ASL (n=200)		Regione (n=600)		Prevalenza specifica per alcune variabili in studio
	95% IC		95% IC		
	inf	sup	inf	sup	
90	86	94	88	92	
80	74	86	77	83	
70	64	76	66	74	
60	53	67	56	64	attività fisica leggera
50	43	57	46	54	cinture di sicurezza
45	38	52	41	49	
40	33	47	36	44	
35	28	42	31	39	sovrappeso, ipertensione
30	24	36	26	34	
25	19	31	22	28	fumatori, ipercolesterolemia, attività fisica moderata 4-7gg/sett
20	14	26	17	23	
15	10	20	12	18	
10	6	14	8	12	obesi
5	2	8	3	7	

Procedure operative

La realizzazione dell'indagine a livello regionale è affidata a un [Referente](#) e un [Coordinatore Regionali](#), che in generale condividono la responsabilità, il secondo da un punto di vista più operativo, di tutte le attività.

ORGANIZZAZIONE DELL'INDAGINE A LIVELLO REGIONALE

Il Referente e il Coordinatore regionali realizzano l'informazione necessaria ai vari gruppi di interesse e fissano le date per la realizzazione delle principali attività dell'indagine: pianificazione dell'indagine a livello regionale, informazione ai gruppi di interesse (es: [ai MMG](#) e [ai Sindaci](#)), reperimento e attivazione delle risorse umane, [informazione dei coordinatori di ASL](#) sulle attività dello studio e sui [loro compiti](#), costituzione della [lista di campionamento e campionamento](#), [formazione degli intervistatori](#) con esercizi preparati (1 → [leggi testo](#), 2 → [leggi testo](#) e 3 → [leggi testo](#)) e role-playing, raccolta e validazione dei dati, inserimento dei dati, partecipazione ai due workshop sullo studio PASSI (luglio e ottobre), analisi dei dati a livello regionale e aziendale, diffusione dei risultati nel contesto regionale, analisi delle opportunità per la messa a regime di tale raccolta di dati periodica e regolare per la loro regione di appartenenza.

CAMPIONAMENTO

Il coordinatore regionale con il coordinatore aziendale collaborano per l'estrazione del campione. Il coordinatore regionale dà indicazioni al coordinatore aziendale circa il numero di titolari e rimpiazzati da effettuare.

PREDISPOSIZIONE DIARIO DEGLI INTERVISTATORI

Dopo che il coordinatore aziendale ha effettuato il **campionamento**, per ogni individuo selezionato sono necessarie le seguenti informazioni: data di nascita, indirizzo, numero di telefono, medico di famiglia (nome, indirizzo, e numero di telefono) ricavabili dalla lista dell'anagrafe sanitaria (dovrebbero quindi già essere contenute nella lista di campionamento).

Questi dati, se già presenti nella lista di campionamento, saranno riportati, a cura del coordinatore aziendale, sul [diario dell'intervistatore](#). Nel caso in cui alcuni dati non fossero presenti sul diario, sarà cura dell'intervistatore recuperare le informazioni mancanti. In particolare se manca il numero di telefono dell'intervistato è possibile utilizzare l'elenco TELECOM o accedere ad Internet (sito www.paginebianche.it). Si possono contattare le anagrafi comunali per avere dettagli sullo stato di famiglia, utile per rintracciare il numero telefonico. In ultima analisi può anche essere richiesto al Medico di Medicina Generale. I dati principali del diario degli intervistatori sono riassunti alla fine dell'indagine in prospetto riassuntivo delle interviste che verrà compilato dal coordinatore regionale.

PRESA DI CONTATTO CON I SOGGETTI CAMPIONATI

Verrà spedita, da parte del coordinatore aziendale in accordo con il coordinatore regionale, una [lettera alle persone selezionate \(titolari\) e al loro Medico](#) di Medicina Generale nella quale saranno illustrati i motivi dello studio e l'assoluta volontarietà a parteciparvi. Inoltre verrà spiegato come le risposte date nel corso dell'intervista insieme a quelle delle altre persone intervistate verranno elaborate per avere informazioni sullo stato di salute della popolazione e presentate in modo da garantire l'anonimato degli intervistati.

Nella lettera dei soggetti campionati verrà fornito anche un elenco di recapiti da contattare (nome, numero telefonico, orari) per avere ulteriori informazioni.

La lettera per il Medico di Medicina Generale conterrà il nominativo dell'assistito selezionato per lo studio e chiederà il loro sostegno nel favorire la partecipazione dell'assistito qualora fossero contattati.

RACCOLTA DATI

La **raccolta dei dati** sarà realizzata dagli [intervistatori](#) mediante un [questionario standardizzato](#) somministrato telefonicamente. La telefonata avverrà una settimana dopo l'invio della lettera al soggetto selezionato.

Prima di procedere al [rimpiazzo](#), sono necessari tre tentativi telefonici falliti, effettuati in giorni e fasce orarie diverse. L'eventuale mancato contatto deve essere comunicato al coordinatore aziendale che provvede ad eseguire ulteriori 2 telefonate (una serale ed una di sabato). In caso di definitivo fallimento il coordinatore aziendale provvederà alla sostituzione e ne darà comunicazione all'intervistatore. La selezione dei rimpiazzati sarà gestita dal coordinatore aziendale. Sul diario dell'intervistatore saranno indicati chiaramente i motivi del rimpiazzo o dell'eventuale rifiuto.

Se il soggetto contattato è disponibile si procederà immediatamente all'[intervista](#). Se ciò non è possibile, verrà concordato giorno e ora in cui effettuare l'intervista telefonica.

Prima di procedere all'intervista, l'intervistatore spiegherà nuovamente obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure prese per garantire la privacy. In ogni momento l'intervistato potrà decidere di interrompere l'intervista.

La formazione per gli intervistatori e per i coordinatori enfatizzerà l'importanza della privacy dell'intervistato e del rispetto delle regole di procedura descritte di seguito.

La durata dell'intervista è stimata intorno ai 15-25 minuti, a seconda dell'età e del sesso dell'intervistato (da un minimo di 15 minuti per un uomo giovane che non ha mai fumato, fino a 25 minuti circa per una donna sopra i 50 anni attualmente fumatrice che ha eseguito screening per tumore del seno, della cervice e del colon).

PROCEDURE PER IL RISPETTO DELLA PRIVACY

Il diario e i questionari compilati saranno riposti in luoghi sicuri per garantire la riservatezza degli intervistati. Gli intervistatori, una volta completate le interviste, invieranno i questionari compilati ed il diario al coordinatore di ASL secondo modalità concordate; questi provvederà a controllare e validare i questionari.

Al questionario validato verrà asportata parte della prima pagina contenente il nome e le altre informazioni che identificano la persona. Questi fogli saranno conservati, insieme con il diario, con la massima riservatezza in una busta chiusa in un cassetto o armadio chiuso a chiave.

Dopo che il questionario sarà stato definitivamente validato dal coordinatore regionale, il coordinatore di ASL provvederà alla distruzione delle pagine con l'identificazione nominativa ed del diario.

Definizioni principali

Indice di Massa Corporea (IMC)

L'IMC calcola con la seguente formula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altezza (m}^2\text{)}$

Il valore di IMC permette di classificare i soggetti e di valutarne il rischio di sviluppare alcune malattie conseguenti all'obesità. Secondo la Consensus Conference Italiana "Sovrappeso, Obesità e Salute" del 1991, che si rifà a criteri riconosciuti a livello internazionale, i gradi di obesità e il rischio relativo di sviluppare malattie conseguenti possono essere così classificati:

Classe di obesità	IMC (BMI)	Classificazione	Rischio patologico
0	< 25	Normopeso	Molto basso
0	25-29,9	Sovrappeso	Basso
1	30-34,9	Obesità moderata	Moderato
2	35-39,9	Obesità severa	Elevato
3	> 40	Obesità morbigena	Molto elevato

Abitudine al fumo

- Non 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.

Ulteriore classificazione di "Fumatore" in base al numero di sigarette fumate :

Forte fumatore (25 e + sigarette al giorno)

Fumatore medio (da 15 a 24 sigarette al giorno)

Fumatore moderato (meno di 15 sigarette al giorno)

Consumi alimentari

Adesione alla raccomandazione "5 a day" (5 al giorno): soggetto che dichiara di consumare tutti i giorni almeno 5 porzioni (circa 100 g) tra frutta, verdura e ortaggi.

Stato di salute percepita

Percezione soggettiva dello stato di salute rilevato attraverso cinque risposte, predefinite, alla domanda: come va la sua salute:

Categorie: - molto bene; bene; discretamente; male; molto male;

Giorni con limitazione delle abituali attività per problemi fisici e mentali

Percezione soggettiva dei giorni con limitazione delle abituali attività per problemi fisici/mentali rilevati sulla base dei quesiti: per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non è stato in grado di svolgere le sue abituali attività per problemi fisici o mentali?

Per ciascuna delle tre variabili si calcola la media dei giorni per mese.

Si calcola inoltre il Summary Index, dato dalla somma dei giorni in cattiva salute percepiti per problemi fisici e mentali, fino a un massimo di trenta.

Incidenti ed Alcol

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: soggetto che riferisce di aver assunto 2 o più bevande alcoliche da meno di un'ora prima di mettersi al volante.

Consumatore di alcol: soggetto che riferisce di aver assunto almeno una bevanda alcolica nell'ultimo mese

Consumatore modesto: soggetto che riferisce di aver assunto meno di 3 o 3 bevande/giorno per i maschi, meno di 2/giorno o 2 per le femmine e che non riferisce binge drinking

Consumatore forte: soggetto che riferisce di aver assunto più di 3 bevande/giorno per i maschi, più di 2/giorno per le femmine

Consumatore a rischio: soggetto che riferisce binge drinking (chi assume più di 5 unità alcoliche nella stessa occasione) oppure consumo fuori pasto oppure consumo forte

Attività fisica

Aderente alle raccomandazioni: almeno 30 minuti di attività per almeno 5 giorni /chi fa lavoro sedentario oppure chi fa attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni/chi fa lavoro sedentario

Attivo: soggetto che fa lavoro pesante oppure che aderisce alle raccomandazioni (Department of Health and Human Services)

Sedentario : soggetto che fa un lavoro sedentario o che non osserva le raccomandazioni

Screening oncologico

Aderente alle raccomandazioni su Pap-test: donna tra 25-64 anni che ha eseguito almeno un pap test a scopo preventivo da non più di 3 anni

Aderente alle raccomandazioni su Mammografia: donna tra 50-64 anni che ha eseguito almeno una mammografia a scopo preventivo da non più di 2 anni

Aderente alle raccomandazioni su Colon-retto: persona >50 anni che ha eseguito almeno un esame per la ricerca del sangue occulto o sigmoido/colonscopia a scopo preventivo da non più di 2 anni

Aderente a pap-test e mammografia: donna da 50 a 64 anni che ha eseguito almeno un pap test a scopo preventivo da non più di 3 anni e almeno una mammografia a scopo preventivo da non più di 2 anni.

Piano di analisi

Per l'elaborazione dei dati e la stesura di un rapporto regionale ed aziendale, L'ISS metterà a disposizione un programma elaborato da PROFEA/ISS con Epi Info 3.3 e una giornata formativa sull'uso del software Epi Info per l'analisi dei dati verrà offerto ai tecnici regionali. In alternativa l'ISS renderà disponibile un database regionale in forma DBF per consentire alle Regioni e alle Aziende la possibilità di analizzare i dati con modalità differenti.

I risultati della sperimentazione e l'analisi dei dati saranno presentati a livello nazionale, regionale ed aziendale.

Data entry e analisi: L'ISS svilupperà un programma per il data entry e i partecipanti al programma PROFEA scriveranno su Epi Info i programmi per analizzare i dati. Le ASL e le Regioni verranno incoraggiate ad effettuare ognuna il proprio data entry ma, laddove ciò non sarà possibile, il data entry sarà svolto dall'ISS.

Uso dei dati

I dati risultanti dallo studio PASSI potranno essere confrontati con altri dati esistenti. A livello locale potranno essere utili per il monitoraggio e la valorizzazione degli interventi preventivi messi in atto in particolare a livello dei Dipartimenti di Prevenzione.

Alla messa a regime potrà essere utile per costruire dei trend temporali, effettuare comparazioni tra diverse ASL ed elaborare informazioni utili ai fini della programmazione sanitaria

Valutazione

Obiettivo dello studio Passi è quello di restituire un metodo testato di un sistema di sorveglianza delle variabili identificate.

Saranno pertanto valutati:

- Aspetti metodologici: metodo di campionamento, modalità di raccolta dei dati, qualità dei dati raccolti,
- Modalità organizzative: Informazioni sulla fattibilità di progetto (costi e risorse), prerequisiti organizzativi e formazione degli operatori sanitari responsabili delle diverse attività della sorveglianza (interviste, data-entry, analisi dei dati, comunicazione dei risultati, supervisor)
- Le caratteristiche del sistema di sorveglianza: pertinenza e utilità, semplicità, flessibilità e accettabilità del sistema sperimentato, rappresentatività e costi della sorveglianza sperimentata

Proprietà dei dati

La proprietà dei dati è dell'Asl partecipante allo studio. I dati raccolti ai fini dello studio regionale sono di proprietà della Regione. I dati relativi alle procedure di conduzione dello studio sono di proprietà dell'ISS.

Partners nella realizzazione della sperimentazione. I partecipanti al Master PROFEA, le Regioni italiane, le società italiane dei MMG (SIMG e FIMG), il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità.

Aspetti etici della sperimentazione.

Secondo la normativa vigente, il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. Il Comitato etico dell'ISS ha preso in esame la proposta dello studio e l'ha approvato non evidenziando problematiche etiche irrisolte. Le persone selezionate per l'intervista saranno informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Prima dell'intervista l'intervistatore spiegherà gli obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure prese per garantire la privacy. In ogni momento l'intervistato potrà decidere di interrompere l'intervista. I dati direttamente nominativi sono contenuti nella prima pagina del questionario standardizzato che sarà somministrato all'intervistato, che sarà tagliata via dal questionario e conservata 7 giorni, in un cassetto o armadio chiuso a chiave sotto il controllo del solo coordinatore locale dell'inchiesta. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi saranno distrutte. Nessun dato direttamente nominativo sarà inserito nel supporto informatico per la costituzione della base di dati.

Cronogramma della sperimentazione

(vedi anche Allegati per i dettagli sui compiti di tutte le figure partecipanti all'indagine)

entro marzo:

Pianificazione dell'indagine a livello regionale

In questa fase iniziale, le regioni partecipanti all'indagine identificheranno un referente e un coordinatore regionali.

Pianificazione dell'indagine a livello aziendale

Di seguito, le ASL identificheranno un coordinatore dell'indagine locale e gli intervistatori che effettueranno la raccolta dati. Il coordinatore e gli intervistatori saranno scelti possibilmente nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione o nell'ambito dei servizi territoriali. Il numero degli intervistatori dovrebbe essere proporzionale al numero delle interviste telefoniche da effettuare (es. in un'ASL campione 5 intervistatori)

Il coordinatore regionale effettuerà una riunione con i coordinatori aziendali sulle modalità di campionamento.

Informazione ai gruppi di interesse

Il referente e il coordinatore regionale unitamente al coordinatore aziendale diffonderanno l'informazione iniziale sull'indagine ai responsabili dei programmi di screening, alle rappresentanze dei MMG, ai responsabili dei distretti e altre associazioni di interesse.

Campionamento a livello regionale ed aziendale

Il campionamento sarà effettuato dai coordinatori aziendali a partire dalla lista dell'anagrafe sanitaria degli assistiti, secondo le modalità concordate con il coordinatore regionale. Una volta effettuato il campionamento sarà compilato, sempre a cura del coordinatore di ASL il diario degli intervistatori.

entro aprile:

La formazione degli intervistatori

Il coordinatore regionale, presenti anche i coordinatori di ASL, effettuerà la formazione degli intervistatori avente per oggetto il metodo dell'intervista, la somministrazione del questionario standardizzato con l'ausilio di linee guida precedentemente elaborate. In tale occasione i coordinatori di ASL consegneranno agli intervistatori la modulistica, i questionari e il diario degli intervistatori.

Una settimana prima della formazione il coordinatore di ASL avrà provveduto ad inviare la lettera ai soggetti campionati

Raccolta e validazione dei dati: entro il 31 maggio

La raccolta dei dati inizierà il giorno dopo la formazione e verrà realizzata dagli intervistatori mediante un questionario standardizzato (vedi Allegato), somministrato telefonicamente alle persone che avranno accettato di aderire all'indagine.

Il questionario è stato pre-testato in 6 regioni e validato durante un workshop con le regioni partecipanti. I dati saranno validati a diversi livelli, a partire dal coordinatore aziendale fino al coordinatore regionale. Sarà inoltre verificato il [tasso di rimpiazzo](#), in particolare quello di rifiuto dei soggetti campionati, al fine di valutare eventuali possibili distorsioni dello studio.

Inserimento dei dati: entro il 30 giugno

Il data-entry potrà essere realizzato localmente o all'ISS, su un supporto informatico e messo a disposizione dall'ISS, corredato di controlli che riducano il rischio di errori in fase di inclusione dei dati. I dati regionali verranno consolidati in una base di dati complessiva.

1° Workshop sullo studio PASSI

21 luglio

Una prima analisi dei dati sul data-set complessivo sarà effettuata dall'ISS e presentata alle regioni partecipanti il 21 luglio nel corso del 1° Workshop sullo studio PASSI

2° Workshop sullo studio PASSI

7 ottobre

Il 7 ottobre l'ISS organizzerà un convegno nazionale con i partecipanti all'indagine e altre rappresentanze del mondo scientifico, economico e politico per la comunicazione dei risultati definitivi dell'indagine.

In quest'occasione l'ISS fornirà ai partecipanti dei programmi semplici per l'effettuazione di analisi elementari dei dati sui data-set aziendali e regionali.

Analisi dei dati a livello regionale ed aziendale

entro il 30 ottobre

L'analisi dei dati si potrà realizzare a livello aziendale e regionale utilizzando il software Epi Info versione 3.3 con un programma elaborato da PROFEA/ISS e attraverso una struttura di piano di analisi fornita dall'ISS.

Le regioni ed aziende potranno in ogni momento effettuare analisi e presentare i risultati nella forma più appropriata alle loro realtà.

Diffusione dei dati

da novembre a fine anno

Sulla scorta del supporto informatico fornito dall'ISS si potranno effettuare analisi dei dati a livello aziendale e regionale e produrre un rapporto la cui struttura elementare sarà proposta dall'ISS.

Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide
www.cdc.gov/brfss/questionnaires
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
-

Rischio cardiovascolare

- Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. *International Journal of Epidemiology*, 2004; 33: 235-239
- Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. *Ital Heart J*; 5 (Suppl 3): 94-101
- Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, *BMJ*, 2003; 326 (7404): 1491
- Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial *JAMA* 2003 30;289 (16):2083 - 93

Attività fisica

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, *JAMA*. 2003;289:2913-2916.
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996. <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>

Fumo

- Istituto Superiore di sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 (<http://www.ossfad.iss.it>)
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)
- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, *BMJ*, 2000, 321: 355-358.
- Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002.
- Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F. (a cura di), *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000.

Alimentazione

- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)
- Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Home and Garden Bulletin no. 232. Washington, DC: Department of Agriculture, 1992.

Alcol

- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- <http://www.epicentro.iss.it/focus/alcol/alcol.htm>
- European Alcohol Action Plan 2000-2005, http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/20020923_1
- I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) (*Prima parte*) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo, <http://www.iss.it/sitp/ofad/publ/ppdf/0020.pdf>

Incidenti stradali

- WHO, World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, Geneva 2002 cit. in Adnan A Hyder, Margie Peden, Inequality and road traffic injuries: call for action, *The Lancet*, 2003; 362: 2034-35
- Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, *The Lancet*, 2003; 362: 9390
- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Motor –Vehicle Occupant Injury: Strategies for Increasing use of Child Safety Seats, Increasing Use of Safety Belts, and Reducing Alcol-Impaired Driving, *MMWR*, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, *Am J Prev Med* 2001, 21, 66-88.)

Screening oncologici

- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- LILT- Dossier “Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione” – 2002
- ISTAT: La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000 –2002 reperibile sul sito www.istat.it
- www.epicentro.iss.it
- www.ministerodellasalute.it
- www.thecommunityguide.org/invoi/fefault.htm
- Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili -secondo Rapporto
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000 (informazioni n.26)

Salute e qualità di vita percepita

- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC- Healthy days methods 1989