

Appendice 5

Disuguali nella prevenzione. Il contributo dal sistema di sorveglianza PASSI

Maria Masocco, Valentina Minardi, Gianluigi Ferrante, Benedetta Contoli
Istituto Superiore di Sanità (ISS)

I dati del sistema di sorveglianza PASSI “Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia” permettono di studiare quanto i principali interventi di prevenzione sui comportamenti insalubri siano in grado di moderare le disuguaglianze nell’esposizione a questi fattori di rischio. In particolare si sono studiati alcuni tra i casi più significativi per l’impostazione di interventi di contrasto.

GLI SCREENING ONCOLOGICI

Fare i test di diagnosi precoce dei tumori che sono raccomandati nella fascia di età e nelle circostanze appropriate è uno strumento di prevenzione secondaria importante. I dati PASSI mostrano che le persone con istruzione più bassa, con maggiori difficoltà economiche o di cittadinanza straniera si sottopongono meno frequentemente di altri ai test di diagnosi precoce di dei tumori della mammella, del collo dell’utero e dell’intestino, che sono quelli per i quali il SSN offre programmi organizzati di screening a target specifici di popolazione.

I dati PASSI del quadriennio 2013-2016, stimano che complessivamente il 73% (IC95%: 72,0%-73,4%) delle donne residenti in Italia di 50-69 anni si sottopone a mammografia preventiva, ma questa quota scende al 64% tra le donne senza titolo di studio o al più con licenza elementare (vs il 79% fra le laureate); al 59% fra le donne con molte difficoltà economiche (vs l’81% fra donne senza difficoltà economiche); al 65% fra le donne di cittadinanza straniera (vs il 73% fra le cittadine italiane).

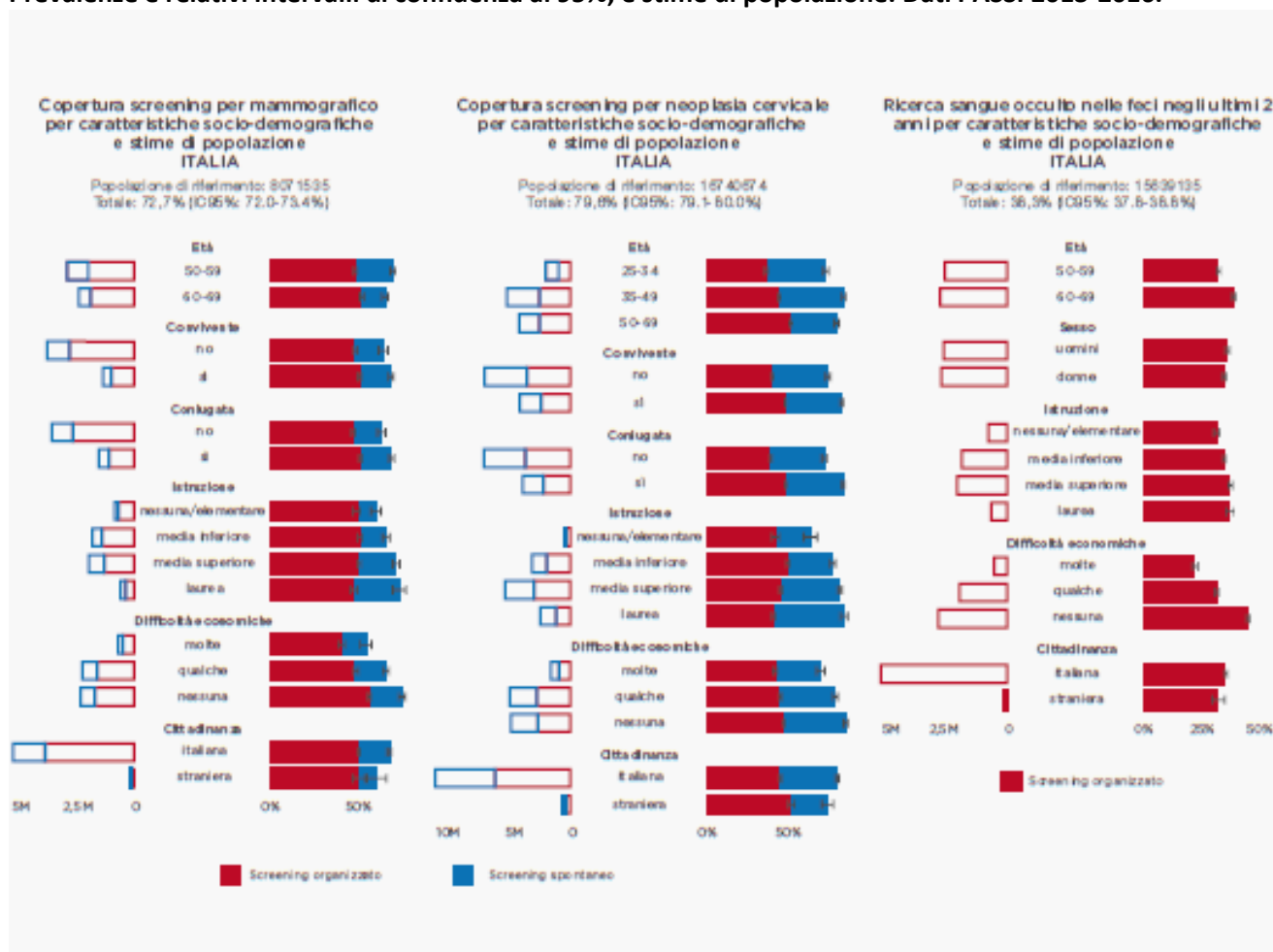
Analogamente accade per lo screening cervicale: circa l’80% (IC95%: 79,1%-80,0%) delle donne di 24-64enni si sottopone a screening cervicale (Pap-test o Hpv test) per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina; ma questa quota scende al 63% fra le donne meno istruite (vs 84% fra le laureate); al 70% fra le donne con molte difficoltà economiche (vs 85% fra le donne che non hanno difficoltà economiche); al 74% fra le donne di cittadinanza straniera (vs 80% delle cittadine italiane).

Anche lo screening colorettaie per la diagnosi precoce del tumore dell’intestino, molto meno diffuso degli altri due screening, presenta differenze sociali significative, in particolare per condizioni economiche: solo il 38% (IC95%: 37,8%-38,8%) della popolazione target (uomini e donne di 50-69enni) ha eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci (test di screening colorettaie maggiormente diffuso) ma questa quota scende al 24% fra le persone con molte difficoltà economiche (vs il 49% fra le persone senza difficoltà economiche).

L’offerta attiva di programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo da parte della Aziende Sanitarie Locali e sull’offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito, è la risposta del SSN per garantire un’adeguata copertura del test a chi ne ha necessità.

E’ così che i dati PASSI mostrano chiaramente che le differenze per istruzione, condizioni economiche e cittadinanza nella partecipazione ai test di screening si riducono significativamente nell’ambito dei programmi organizzati e offerti dalle Aziende Sanitarie Locali rispetto a quanto si osserva nei dati sul ricorso al test di screening su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati (Fig.5.1) [1].

Fig. 5.1: Copertura degli screening oncologici, mammografico, cervicale e coloretale, per iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi organizzati, per caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti. Prevalenze e relativi intervalli di confidenza al 95%, e stime di popolazione. Dati PASSI 2013-2016.



IL COUNSELLING SANITARIO PER IL CONTRASTO AL FUMO, ABUSO DI ALCOL, INATTIVITÀ FISICA, SOVRAPPESO E OBESITÀ

Al contrario dei programmi di screening il *counselling* sanitario, uno strumento di provata efficacia per aiutare a cambiare i comportamenti insalubri, è affidato alla buona volontà e professionalità del sanitario stesso.

I dati PASSI mostrano che questo strumento è ancora poco utilizzato e in significativo calo nel tempo: nel 2013-2016 poco più del 50% dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare, ancor meno fra le persone in eccesso ponderale riferisce di ricevere il consiglio di perdere peso, non più del 30% degli assistiti dichiara di ricevere il consiglio di praticare attività fisica e appena il 6% dei consumatori di alcol a maggior rischio (per consumo abituale elevato, o *binge drinking*, o consumo prevalentemente fuori pasto) riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno.

I risultati di un'analisi multivariata (*Poisson regression*) sulle caratteristiche sociodemografiche e di salute delle persone che riferiscono di aver ricevuto il consiglio medico di adottare comportamenti più salubri suggeriscono che il *counselling* sanitario è utilizzato come strumento per un contenimento del danno piuttosto che come misura di prevenzione primaria, dal momento che risulta principalmente rivolto alle persone con patologie croniche o che hanno comportamenti particolarmente a rischio (forti fumatori o forti consumatori di alcol o persone in forte eccesso ponderale). Inoltre il consiglio del medico non sempre è mediato dalle caratteristiche sociali dell'assistito, e quando questo accade mostra che le persone con più bassa istruzione o con difficoltà economica riferiscono, meno di altre, di aver ricevuto un consiglio medico, sebbene siano proprio i gruppi socialmente più svantaggiati ad essere più esposti a comportamenti insalubri (Tab. 5.1).

Tab. 5.1: Il consiglio medico sui comportamenti insalubri e le caratteristiche socio-demografiche e di salute di chi lo riceve. Poisson Regression su dati PASSI 2013-2016.

Consiglio di smettere di fumare (Fumatori=31074)				Consiglio di bere meno (Consumatori di alcol = 67856)				Consiglio di perdere peso (Persone in eccesso ponderale = 53033)				Consiglio di fare attività fisica (Rispondenti = 121095)			
	aPR	IC 95%	p value		aPR	IC 95%	p value		aPR	IC 95%	p value		aPR	IC 95%	p value
Genere				Genere				Genere				Genere			
Uomini	1			Uomini	1			Uomini	1			Uomini	1		
Donne	1.033	(1.004 - 1.063)	p<0.05	Donne	0.412	(0.366 - 0.465)	p<0.01	Donne	1.26	(1.233 - 1.288)	p<0.001	Donne	1.147	(1.122 - 1.174)	p<0.001
Classi di età				Classi di età				Classi di età				Classi di età			
18-34 aa	1			18-34 aa	1			18-34 aa	1			18-34 aa	1		
35-49 aa	1.143	(1.098 - 1.189)	p<0.01	35-49 aa	1.179	(1.023 - 1.358)	p<0.05	35-49 aa	1.095	(1.054 - 1.139)	p<0.001	35-49 aa	1.167	(1.130 - 1.207)	p<0.001
50-69 aa	1.23	(1.182 - 1.280)	p<0.01	50-69 aa	1.495	(1.305 - 1.712)	p<0.01	50-69 aa	1.119	(1.077 - 1.162)	p<0.001	50-69 aa	1.293	(1.250 - 1.337)	p<0.001
Titolo di studio				Titolo di studio				Titolo di studio				Titolo di studio			
Laurea	1			Laurea	1			Laurea	1			Laurea	1		
Diploma	0.974	(0.928 - 1.023)	n.s.	Diploma	1.297	(1.096 - 1.535)	p<0.01	Diploma	0.962	(0.928 - 0.998)	p<0.05	Diploma	0.952	(0.923 - 0.983)	p<0.001
Medie/Elementari	1.022	(0.973 - 1.074)	n.s.	Medie/Elementari	1.638	(1.385 - 1.938)	p<0.01	Medie/Elementari	0.882	(0.850 - 0.915)	p<0.001	Medie/Elementari	0.850	(0.821 - 0.879)	p<0.001
Difficoltà economiche				Difficoltà economiche				Difficoltà economiche				Difficoltà economiche			
Nessuna	1			Nessuna	1			Nessuna	1			Nessuna	1		
Qualche	1.021	(0.988 - 1.056)	n.s.	Qualche	1.016	(0.910 - 1.135)	n.s.	Qualche	0.968	(0.945 - 0.992)	p<0.01	Qualche	0.942	(0.920 - 0.966)	p<0.001
Molte	1.011	(0.971 - 1.053)	n.s.	Molte	1.250	(1.080 - 1.446)	p<0.01	Molte	0.982	(0.951 - 1.014)	n.s.	Molte	0.945	(0.912 - 0.980)	p<0.01
Cittadinanza				Cittadinanza				Cittadinanza				Cittadinanza			
Italiana	1			Italiana	1			Italiana	1			Italiana	1		
Straniera	0.861	(0.799 - 0.926)	p<0.01	Straniera	1.197	(0.937 - 1.528)	n.s.	Straniera	0.722	(0.681 - 0.765)	p<0.001	Straniera	0.662	(0.623 - 0.703)	p<0.001
Residenza				Residenza				Residenza				Residenza			
Nord	1			Nord	1			Nord	1			Nord	1		
Centro	1.044	(1.011 - 1.078)	p<0.01	Centro	0.950	(0.848 - 1.064)	n.s.	Centro	1.019	(0.995 - 1.045)	n.s.	Centro	1.069	(1.044 - 1.094)	p<0.001
Sud	1.101	(1.065 - 1.139)	p<0.01	Sud	0.992	(0.876 - 1.124)	n.s.	Sud	0.895	(0.872 - 0.918)	p<0.001	Sud	0.888	(0.864 - 0.914)	p<0.001
Patologie croniche (a)				Patologie croniche (a)				Patologie croniche (a)				Patologie croniche (a)			
Nessuna	1			Nessuna	1			Nessuna	1			Nessuna	1		
Una o più	1.384	(1.344 - 1.425)	p<0.01	Una o più	2.150	(1.944 - 2.377)	p<0.01	Una o più	1.318	(1.288 - 1.348)	p<0.001	Una o più	1.401	(1.366 - 1.437)	p<0.001
Consumo tabacco (b)				Consumo alcolico (c)				Body mass Index				Body mass Index			
Fumatore occasionale	1			Consumo moderato	1			25 ≤ BMI <30 (sovrappeso)	1			BMI < 25 (normopeso/sottopeso)	1		
Fumatore (≤ 20 sigarette/die)	1.948	(1.663 - 2.282)	p<0.01	Consumo a maggior rischio	2.480	(2.248 - 2.736)	p<0.01	BMI ≥30 (obeso)	1.829	(1.791 - 1.868)	p<0.001	25 ≤ BMI <30 (sovrappeso)	1.366	(1.331 - 1.403)	p<0.001
Forte fumatore (>20 sigarette/die)	2.470	(2.106 - 2.898)	p<0.01								BMI ≥30 (obeso)	2.079	(2.017 - 2.143)	p<0.001	
											Attività fisica (d)				
											Attivo	1			
											Parzialmente attivo	1.103	(1.075 - 1.131)	p<0.001	
											Sedentario	0.836	(0.812 - 0.861)	p<0.001	

Definizioni indicatori

- Patologia cronica: presenza di diagnosi di una (o più) delle seguenti patologie croniche: diabete, insufficienza renale, malattia respiratoria cronica (bronchite cronica, enfisema, asma bronchiale, insufficienza respiratoria), malattie cardiovascolari (infarto del miocardio o malattie ischemiche del cuore, ictus cerebrali, altre malattie cardiovascolari), tumori (incluso leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato, incluso la cirrosi.
- Fumatore: persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.
Fumatore occasionale: fumatore che dichiara di non fumare tutti i giorni.
- Consumo alcolico a maggior rischio: inerente a persona che riferisce, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) oppure almeno un episodio di *binge drinking* (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.
Consumo moderato: inerente a persona che consuma alcol ma non ne fa un consumo a maggior rischio
- Attivo: persona che svolge un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad esempio il manovale, il muratore, l'agricoltore) e/o aderisce alle linee guida sulla attività fisica (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, e/o attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali)
Parzialmente attivo: persona che non svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati dalle linee guida.
Sedentario: persona che non fa un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa.

VACCINAZIONE ANTIRUBEOLICA NELLE DONNE IN ETÀ FERTILE

Il caso dei programmi vaccinali, ancor più che quello degli screening, appartiene agli strumenti di prevenzione pro-attiva, di iniziativa che più si sono mostrati in grado di contrastare le disuguaglianze sociali di accesso. Tuttavia ci sono casi in cui il problema non sono le disuguaglianze sociali di accesso ma le disuguaglianze sociali o culturali di resistenza o suscettibilità all'intervento.

I dati Passi 2011-2015 su un campione di donne in età fertile, di 41094 italiane e 3140 straniere residenti in Italia, mostrano differenze significative nei tassi di immunizzazione contro la rosolia fra i due gruppi. Pari al 60% fra le italiane, il tasso di immunizzazione contro la rosolia quasi si dimezza fra le immigrate, e non supera il 36%. Fra queste ultime particolarmente bassi sono i tassi fra le donne di recente immigrazione, meno di 5 anni (30%) e nelle donne provenienti dai paesi ad alta pressione migratoria dell'Africa Sub Sahariana e dell'Asia (27%). L'analisi multivariata mostra che tali differenze non sono imputabili a differenze nelle caratteristiche sociodemografiche (età, area di residenza, istruzione, occupazione, composizione familiare e stato economico) né a fattori di rischio connessi alla salute (inattività fisica, fumo, consumo eccessivo di alcol, eccesso ponderale) [2].

Dunque non si tratta di disuguaglianze sociali, ma di una particolare resistenza all'intervento. Altre barriere, culturali o ostacoli all'informazione, possono giocare un ruolo determinante nell'accesso alla vaccinazione antirubeolica in questi gruppi di popolazione, rendendoli particolarmente vulnerabili. Occorrerà ridisegnare i programmi di promozione della salute nella donna in età fertile individuando tali barriere e adattandovi l'intervento.

IL RUOLO DEL MERCATO NEI TENTATIVI DI CESSAZIONE DEL FUMO

E' noto che più o meno spontaneamente molti fumatori provano tante volte a smettere di fumare e che il successo nella cessazione del fumo è meno frequente tra le persone di bassa istruzione (*adjusted Prevalence Ratio* aPR =0,70; IC95%: 0,60 - 0,81) (Tab. 5.2) un po' perché sono caratterizzate da un grado più severo di dipendenza (*adjusted Prevalence Ratio di essere forte fumatore* aPR =1,39; IC95%: 1,32- 1,47) (Tab. 5.3) un po' perché hanno meno facilità di accesso agli strumenti di aiuto alla cessazione.

Tab. 5.2: Tentativi e successi di smettere di fumare e caratteristiche socio-demografiche e di salute dei fumatori. Poisson regression su dati PASSI 2013-2016; adjusted Prevalence Ratio (aPR) e relativi intervalli di confidenza al 95% (IC95%)

		Tentativo di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista (Fumatori = 35796)			Successo astinenza dal fumo da almeno 6 mesi (Fumatori che hanno tentato di smettere = 14547)		
		aPR	IC95%	p. value	aPR	IC95%	p. value
Genere	Uomini	1			1		
	Donne	1.049	(1.009 - 1.092)	p<0.05	0.933	(0.816 - 1.067)	n.s.
Classi di età	18-34	1			1		
	35-49	0.846	(0.807 - 0.886)	p<0.001	1.036	(0.882 - 1.217)	n.s.
	50-69	0.761	(0.722 - 0.802)	p<0.001	0.976	(0.827 - 1.151)	n.s.
Titolo di studio	Laurea/Diploma	1			1		
	Medie/Elementari	1.010	(0.968 - 1.055)	n.s.	0.700	(0.602 - 0.814)	p<0.001
Difficoltà economiche	Molte	1			1		
	Qualche	0.984	(0.941 - 1.030)	n.s.	1.075	(0.867 - 1.331)	n.s.
	Nessuna	1.098	(1.037 - 1.162)	p<0.01	1.143	(0.930 - 1.405)	n.s.
Cittadinanza	Italiana	1			1		
	Straniera	1.078	(0.999 - 1.164)	n.s.	0.594	(0.430 - 0.821)	p<0.01
Residenza	Nord	1			1		
	Centro	0.911	(0.872 - 0.952)	p<0.001	0.888	(0.765 - 1.031)	n.s.
	Sud	0.911	(0.868 - 0.955)	p<0.001	0.856	(0.725 - 1.011)	n.s.
Patologie Croniche (a)	Nessuna	1			1		
	Una o più	1.299	(1.236 - 1.366)	p<0.001	1.172	(0.999 - 1.388)	n.s.
Consumo di tabacco	Fumatore (≤ 20 sig./die)	1					
	Forte Fumatore (>20 sig./die)	0.805	(0.763 - 0.848)	p<0.001			

- a. Patologia cronica: presenza di diagnosi di una (o più) delle seguenti patologie croniche: diabete, insufficienza renale, malattia respiratoria cronica (bronchite cronica, enfisema, asma bronchiale, insufficienza respiratoria), malattie cardiovascolari (infarto del miocardio o malattie ischemiche del cuore, ictus cerebrali, altre malattie cardiovascolari), tumori (incluso leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato, incluso la cirrosi.

Tab 5.3: Comportamento tabagico e caratteristiche socio-demografiche e di salute dei fumatori.

Poisson regression su dati PASSI 2013-2016; adjusted Prevalence Ratio (aPR) e relativi intervalli di confidenza al 95% (IC95%)

		Forte fumatore (>20 sigarette/die) (Rispondenti Fumatori=36079)		
		aPR	IC 95%	p value
Genere	Uomini	1		
	Donne	0.569	(0.540 - 0.601)	<i>p<0.01</i>
Classi di età	18-34 aa	1		
	35-49 aa	1.535	(1.433 - 1.644)	<i>p<0.01</i>
	50-69 aa	1.664	(1.553 - 1.785)	<i>p<0.01</i>
Titolo di studio	Laurea/Diploma	1		
	Medie/Elementari	1.394	(1.324 - 1.468)	<i>p<0.01</i>
Difficoltà economiche	Nessuna	1		
	Qualche	1.221	(1.152 - 1.294)	<i>p<0.01</i>
	Molte	1.526	(1.428 - 1.630)	<i>p<0.01</i>
Residenza	Nord	1		
	Centro	1.069	(1.012 - 1.128)	<i>p<0.05</i>
	Sud	1.172	(1.110 - 1.238)	<i>p<0.01</i>
Patologie Croniche (a)	Nessuna	1		
	Una o più	1.103	(1.039 - 1.171)	<i>p<0.01</i>

a. Patologia cronica: presenza di diagnosi di una (o più) delle seguenti patologie croniche: diabete, insufficienza renale, malattia respiratoria cronica (bronchite cronica, enfisema, asma bronchiale, insufficienza respiratoria), malattie cardiovascolari (infarto del miocardio o malattie ischemiche del cuore, ictus cerebrali, altre malattie cardiovascolari), tumori (incluso leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato, incluso la cirrosi.

Sui tentativi di smettere di fumare insistono le mosse del mercato, come accade con l'introduzione delle sigarette elettroniche o lo spostamento all'uso del trinciato.

Quali sono le possibili ricadute sulle disuguaglianze nel fumo di questi fenomeni?

Le sigarette elettroniche in Italia aiutano i fumatori che vogliono smettere?

In Gran Bretagna, un Paese all'avanguardia nel contrasto al fumo di tabacco, le Autorità sanitarie ritengono che la sigaretta elettronica rappresenti un'arma per il controllo dell'epidemia di tabacco perché considerata alternativa meno dannosa per la salute dei fumatori rispetto alle sigarette tradizionali e valido ausilio per smettere di fumare. Tuttavia i risultati di studi sull'efficacia delle sigarette elettroniche per smettere di fumare sono ancora contrastanti e in ogni caso non è ancora ben chiaro se i vapori siano dannosi per gli astanti. In Italia, per gli stessi motivi, la loro diffusione non è stata ostacolata e ha suscitato molte speranze tra i fumatori che vogliono smettere.

I dati PASSI 2014–2015 su 6112 fumatori, 18-69enni, che hanno tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista rilevano che la maggioranza (86%) ha tentato di farlo senza alcun ausilio e di questi il 9,4% vi è riuscito restando astinente per almeno 6 mesi; il 10,7% ha fatto ricorso alle sigarette elettroniche e 8,2% di loro è riuscito a restare senza fumare per almeno 6 mesi; il 2,9% ha utilizzato altri metodi (es. farmaci, programmi di aiuto offerti dalla Asl) e vi è riuscito nel 14,6% dei casi.

Un'analisi multivariata mette in evidenza che a parità di caratteristiche sociodemografiche i fumatori che hanno tentato di smettere con i farmaci o con i programmi offerti della ASL hanno più successo nei tassi di astinenza di quelli che hanno usato le sigarette elettroniche (*adjusted Prevalence Ratio* aPR = 1,76; IC95%: 1,07%–2,88%).

Tuttavia in Italia, usare farmaci e partecipare ai programmi di cessazione è più dispendioso che comprare sigarette elettroniche che restano invece, rispetto agli altri metodi, la scelta più frequentemente adottata dalle persone con molte difficoltà economiche (14% vs 9,6% di chi non ha difficoltà economiche) e dai forti fumatori (18,8% vs 2,3% fra i fumatori occasionali) [3].

I tabacchi trinciati

Negli ultimi anni la vendita di tabacchi trinciati per sigarette da rollare a mano (*RYO-Roll Your Own*), è andata aumentando nei paesi dell'Unione Europea, compresa l'Italia [4]. La principale spinta alla loro diffusione è rappresentata dalla convenienza economica per i consumatori, questo spiega anche la loro maggior diffusione fra le classi economicamente più fragili. Il tabacco sciolto contiene meno additivi e in una sigaretta rollata c'è una minore quantità di tabacco tuttavia c'è evidenza che i danni alla salute non differiscono da quelli di fumo di sigarette confezionate.

Dal campione PASSI 2015-2016 di oltre 66000 intervistati di 18-69enni, la prevalenza media di fumatori risulta pari 26,5%, fra questi l'11,6% (IC95%: 11,0% -12,2%) sono consumatori prevalenti o esclusivi di RYO. Il consumo di RYO fra i fumatori è generalmente più frequente fra gli uomini, fra i più giovani, fra i residenti nel centro-nord Italia. Fra i più giovani di 18-34 anni il consumo di RYO è fortemente associato ad un più alto titolo di studio (*adjusted Prevalence Ratios* aPR=1,65; IC95%: 1,29-2,10%) e alla mancanza di un lavoro (aPR= 1,29%; IC95%: 1,09-1,52%); fra i fumatori 50-69enni il loro consumo si associa significativamente alle difficoltà economiche (PR=1,95; IC95%: 1,36-2,80%).

L'aumento dei prezzi dei prodotti di tabacco a cui si è assistito negli ultimi anni è principalmente indotto dall'aumento delle accise, una tra le più efficaci misure per il contrasto al tabagismo fortemente sostenuta anche dall'OMS. Tuttavia l'industria del tabacco ha facoltà di trasferire in modo ineguale questi aumenti sui diversi prodotti. Il tabacco trinciato per RYO è uno di questi e resta più conveniente ed accessibile spingendo parte dei fumatori, i più fragili economicamente, a optare per un prodotto alternativo piuttosto che tentare di smettere. In questo modo la prevalenza di fumatori meno abbienti diventa insensibile all'aumento dei prezzi e questo contribuisce ad aumentare le disuguaglianze sociali associate al fumo.

NOTA SULLA FONTE: IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI

Il sistema di sorveglianza PASSI "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sui fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione [1].

PASSI è stato promosso dal Ministero della Salute e dal CCM, in collaborazione con le Regioni, come strumento a sostegno del governo locale, per pianificare, monitorare e valutare gli interventi di prevenzione e promozione della salute e i progressi verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani di Prevenzione. Avviato nel 2007, a regime dal 2008, PASSI è stato disegnato come strumento interno al SSN, è condotto dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, coordinate dalle Regioni che si avvalgono del supporto tecnico scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha funzioni di sviluppo, ricerca, formazione, analisi e diffusione dati.

I temi indagati sono il fumo, l'attività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol e la dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali e in ambienti di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e antirubeolica (nelle donne in età fertile) lo stato di benessere fisico e psicologico e diversi aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

I dati sono raccolti attraverso interviste telefoniche condotte da operatori delle ASL, opportunamente formati, a campioni rappresentativi per genere ed età della popolazione del proprio bacino di utenza, attraverso un questionario standardizzato.

Ogni anno vengono raccolte informazioni su 35-37.000 persone di 18-69 anni residenti in Italia.

La sorveglianza ogni anno coinvolge oltre il 90% delle ASL italiane rappresentative di oltre il 90% della popolazione italiana. I tassi di risposta ogni anno si aggirano intorno al 85%.

Bibliografia

1. La sorveglianza Passi. <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
2. Fabiani M, Ferrante G, Minardi V, Giambi C, Riccardo F, Declich S, Masocco M. (2017) Comparison of rubella immunization rates in immigrant and Italian women of childbearing age: Results from the Italian behavioral surveillance system PASSI (2011-2015). PLoS ONE 12(10)
3. Gorini G, Ferrante G, Quarchioni E, Minardi V, Masocco M, Fateh-Moghadam P, Campostrini S, D'Argenio P, Galeone D; PASSI coordinating group. Electronic cigarette use as an aid to quit smoking in the representative Italian population PASSI survey. Prev Med. 2017 Sep;102:1-5
4. D'Argenio P, Gallus S, Ghislandi S, Gorini G, Masocco M, Minardi V, Spizzichino L; Gruppo Tecnico PASSI. In Italy, prevalence of smokers and manufactured cigarettes sales are decreasing, but social differences and sales of fine-cut tobacco are increasing. Epidemiol Prev. 2014 May-Aug;38(3-4):273.