

Unità Operativa EPIDEMIOLOGIA - AV2
AMBIENTE E SALUTE
DIPARTIMENTO PREVENZIONE ASUR MARCHE

*La cultura della salute parte
dall'ascolto dei cittadini*
Informazioni per l'intervistatore PASSI
Gruppo di lavoro PASSIAV2 anno 2021

2021/2022





A cura del Gruppo di lavoro PASSI ASUR AV2

Annalisa Cardone

Marco Morbidoni

Cristina Mancini

Antonella Guidi

Collaborazione alle interviste e alla stesura del manuale

Diletta Bevilacqua

Mirco Carnevalini

Camilla Coppi

Luisanna Servadio

Antonella Greco

La cultura della salute parte dall'ascolto dei cittadini
Informazioni per l'intervistatore PASSI



Progressi delle Aziende Sanitarie
per la Salute in Italia

Indice

- *Introduzione*
- *La diffusione della cultura della salute*
- *Fattori di rischio, determinanti di salute e sani stili di vita nella popolazione*
- *La comprensione dei dati sulla salute: health literacy*
- *L'ascolto dei cittadini: l'intervista telefonica, il metodo, le regole, le possibili criticità.*
- *Bibliografia*

Introduzione

Mantenere una buona qualità della vita vuol dire realizzare un equilibrio complesso che comprende, oltre ad una sana alimentazione, un'adeguata attività motoria, la riduzione del consumo di alcol e l'abolizione del fumo, aspetti troppe volte trascurati anche da parte degli operatori del mondo della salute.

La diffusione di comportamenti che promuovono la salute è influenzata da una corretta formazione/informazione e dal diffondersi di una cultura volta alla promozione della salute. Gli operatori sanitari rivestono, in quest'ottica, un ruolo determinante: ognuno, nei diversi contesti operativi in cui si trova ad operare, può fornire l'opportunità di informare gli utenti sul ruolo dei fattori di rischio, verificare la presenza di abitudini di vita poco favorevoli alla salute, identificare le possibilità di cambiamento in senso positivo e motivare al cambiamento. Tutti, a diversi livelli, possono concorrere alla diffusione di tale cultura della salute, definita dall'OMS "come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale: per conseguirlo l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l'ambiente o adattarvisi".

Agli operatori sanitari sono sempre più richieste competenze comunicativo-relazionali per rendere efficace l'azione a supporto del cambiamento degli stili di vita a rischio e all'apprendimento di nuovi comportamenti da parte dei cittadini/utenti.

Le interviste epidemiologiche consentono di partecipare ad un processo collettivo di promozione della salute e del benessere psicofisico, ponendo un 'focus' di attenzione sui cittadini e raccogliendo dati che consentono di delineare il profilo di salute della propria comunità ed intercettare efficacemente i bisogni del proprio territorio.

La diffusione della cultura della salute

“Nella comunicazione per la salute i protagonisti sono i diversi settori della società - Enti, Istituzioni, Associazioni del Terzo Settore e cittadini - interlocutori attivi e consapevoli di un percorso di costruzione sociale della salute” che trova nella partecipazione e nella condivisione di obiettivi, strategie e attività i suoi punti di forza. Gli ambiti d'intervento riguardano tutti i fattori che influiscono sulla salute - i cosiddetti “determinanti di salute” - e che possono schematicamente essere distinti in: ambientali, sociali, economici, relativi agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol) ed all'accesso ai servizi, non solo sanitari, ma anche sociali, scolastici, ricreativi e di trasporto” *(Associazione italiana della comunicazione pubblica e istituzionale, Documento di indirizzo sulla comunicazione pubblica in sanità, 2006)*

Negli interventi finalizzati a favorire il cambiamento, sia individuale che di gruppo o di comunità, la relazione che si instaura fra professionista della salute e utente/i è orientata al sostegno della motivazione.

Il Modello Transteorico di C. di Clemente e J. Prochaska e il Colloquio Motivazionale di W.R. Miller e S. Rollnick sono i principali riferimenti teorici per una comunicazione della salute efficace, a supporto dei processi di cambiamento.

L'approccio motivazionale è uno stile relazionale con una particolare modalità di porsi e comunicare con l'altro che privilegia l'ascolto, l'accettazione, l'esplorazione, piuttosto che l'esortazione e la persuasione.

Lo stile comunicativo che contraddistingue l'approccio motivazionale è *collaborativo, evocativo e rispettoso dell'autonomia* della persona: *collaborativo* perché l'operatore sanitario (esperto della sua materia) e l'utente (esperto di sé stesso e della propria vita) agiscono insieme integrando le loro competenze per il raggiungimento di un obiettivo di cambiamento condiviso; *evocativo* perché presuppone che le persone posseggano già, dentro di loro, motivazioni e risorse per il cambiamento, compito dell'operatore è evocarle, non trasmetterle dall'esterno;

rispettoso dell'autonomia perché solo la persona può decidere se e quando cambiare e sottolinearlo fa sentire la persona più libera di scegliere, abbassa le difese e facilita il cambiamento.

In conclusione si è assistito nel corso degli anni ad un processo di evoluzione degli stili dei messaggi di salute riassumibile negli schemi seguenti.

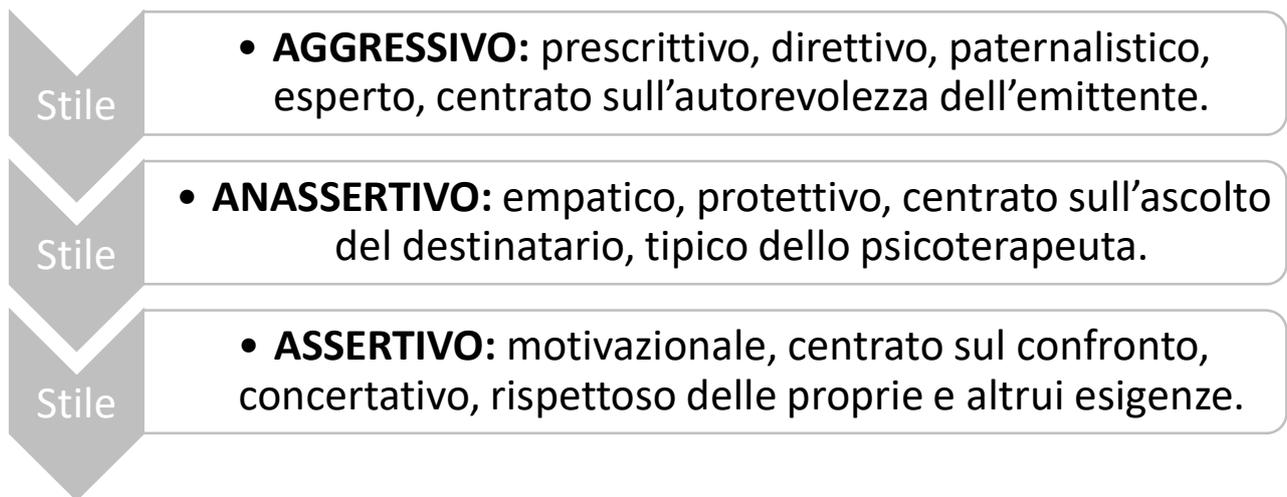


fig. 1. Schema dei differenti stili nella comunicazione dei messaggi di salute. Rielaborato da A. Cardone 2021

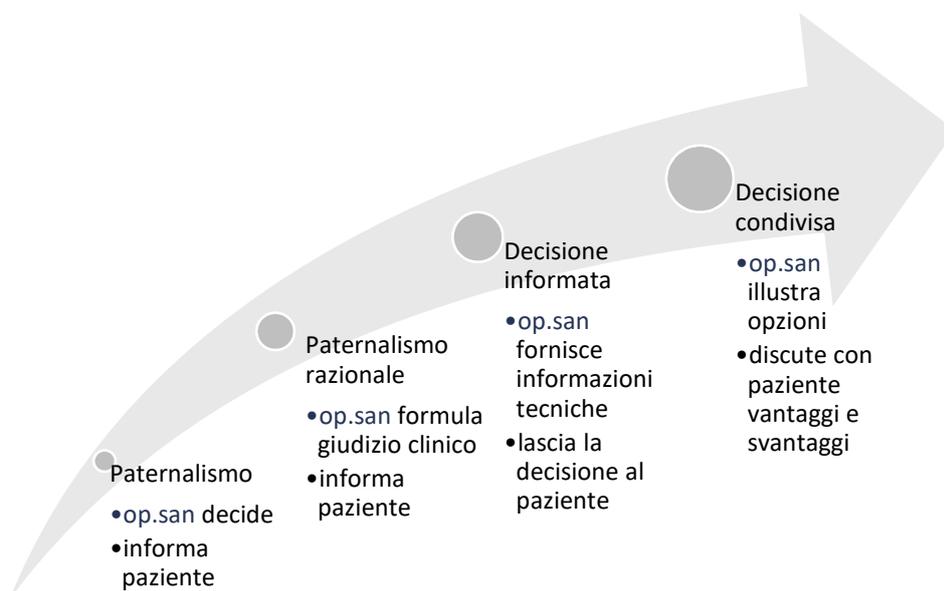


Fig. 2 Schema dell'evoluzione nella comunicazione dei messaggi di salute. Rielaborato da A. Cardone 2021

Fattori di rischio, determinanti di salute e sani stili di vita nella popolazione

Il concetto di “salute” è stato definito per la prima volta nel 1948 dall’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Per conseguirlo l’individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l’ambiente o adattarvisi.

Circa quaranta anni dopo, nel 1986, l’OMS presenta la ‘Carta di Ottawa’ come risposta all’esigenza sempre più diffusa di un nuovo movimento mondiale per la salute. Il documento si basa sulla teoria socio-ecologica della salute ponendo l’accento sul legame inestricabile tra l’uomo e i sottosistemi che compongono l’ecosistema nel quale vive (famiglia, comunità, ambiente fisico e socio-culturale). Su queste premesse la Carta definisce il concetto di “promozione della salute” come il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Secondo la ‘Carta di Ottawa’, promuovere la salute significa: costruire una politica pubblica per la tutela della salute, creare ambienti capaci di offrire sostegno, rafforzare l’azione della comunità, sviluppare le capacità personali, riorientare i servizi sanitari (fig. 2).



Fig. 3 Schema Ottawa Charter for Health Promotion, 1986

Nella Fig. 4 vengono illustrati i rapporti dell'uomo con i Determinanti della Salute come descritti da Dahlgren e Whitehead. La grafica rappresenta in modo molto esplicativo tali interazioni. E' presente infatti un nucleo centrale circolare entro cui si trova l'uomo con i suoi determinanti di salute non modificabili: età, genere, fattori ereditari.

I determinanti modificabili, che appartengono alle "condizioni del vivere", sono raggruppati per tipologie e inseriti in fasce sovrapposte intorno al cerchio centrale. Lo schema ha due sensi di lettura: dall'interno all'esterno, in quanto più la fascia è vicina al nucleo centrale più il determinante è modificabile dal singolo; gli stili di vita personali, per esempio, sono certamente più vicini al controllo individuale rispetto al sistema scolastico nazionale. Dall'esterno all'interno, in quanto i determinanti compresi nelle fasce esterne influenzano i determinanti compresi nelle fasce più interne; per esempio, le condizioni socio-economiche e culturali di un'area (nazione, regione, ecc.) influenzano il suo sistema scolastico o il suo Servizio Sanitario, ecc.



Fig. 4 I rapporti dell'uomo con i Determinanti della Salute - Dahlgren e Whitehead 1991

Determinanti modificabili inseriti nelle fasce, dal centro alla periferia, sono i seguenti:

- Fattori legati a stili di vita individuali
- Reti sociali e della comunità di vita
- Condizioni degli ambienti di vita e di lavoro
- Condizioni generali socio-economiche, culturale ed ambientali.

La salute viene vista, come risorsa di vita quotidiana, un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario e necessita di azioni sinergiche e intersettoriali con altri ambiti sociali.

Gli stili di vita più importanti per la salute sono quelli riferiti ai quattro fattori di rischio inseriti dall'OMS nella strategia 'Gaining Health' (2006) e ripresi dal Programma Interministeriale "Guadagnare salute" (2007): ***inattività fisica, fumo di sigaretta, alimentazione scorretta, abuso di alcol.***

Ottenere dei cambiamenti rispetto a questi stili di vita e a queste condizioni di vita, che determinano lo stato di salute, è considerato un risultato di salute. I Determinanti della salute sono quindi quelle "condizioni del vivere" che impattano la salute, positivamente o negativamente.

La comprensione dei dati: 'health literacy'

Il tema della capacità di leggere e comprendere i dati di salute ed i profili epidemiologici (*Public Health Literacy*), riguarda una competenza fondamentale per poter comunicare utili ed appropriate informazioni sui sani stili di vita e saper leggere i bisogni emergenti nella propria comunità di riferimento.

Il concetto di Public Health Literacy ci riguarda particolarmente, in questo momento storico e va inteso come l'impegno al raggiungimento di un livello adeguato di alfabetizzazione sanitaria, nel quale gli individui siano in grado di comprendere non solo le informazioni sulla salute che li riguardano da vicino, ma anche quelle che interessano l'intera comunità

per riconoscere le eventuali distorsioni nelle informazioni riportate dai media.



fig. 5 da Compare-phc health literacy symposium 2016

La 'Health Literacy' indica le abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute. La HL influenza i comportamenti e l'uso dei servizi sanitari, con conseguenze in termini di 'outcome' di salute e di costi per l'individuo e la collettività.

Una bassa 'Health Literacy' risulta associata a errori, esposizione a fattori di rischio, problemi di sicurezza del paziente, uso improprio dei servizi sanitari, mancata adesione a campagne di screening di popolazione, con conseguente peggioramento dello stato di salute, anche in termini di salute percepita. È più probabile che le persone che hanno risorse finanziarie e sociali limitate abbiano una scarsa 'Health Literacy'. A sua volta, la 'Health Literacy' limita le opportunità per i gruppi vulnerabili e svantaggiati di essere coinvolti attivamente nelle decisioni che riguardano la propria salute e l'assistenza sanitaria nel corso della vita.

L'aumento del livello di 'Health Literacy' di individui e popolazioni porta al progressivo incremento dei livelli di autonomia e a un 'empowerment' maturo, fondato sulla conoscenza diretta dei fenomeni per realizzare l'autogestione della propria salute e la partecipazione attiva ai percorsi di prevenzione, diagnosi e cura. E' dunque importante migliorare HL delle persone sia per ottenere esiti di salute più favorevoli sia per ridurre le disuguaglianze.

La Health Literacy "assume dignità di determinante di salute, dal forte impatto in termini di equità e sostenibilità dei sistemi sanitari e, più in generale, delle opportunità di miglioramento della qualità della vita di individui e popolazioni" (sintesi "Local action on health inequalities. Improving health literacy to reduce health inequalities – Practice resource summary" 2015 sito dors)

L'ascolto dei cittadini: l'intervista telefonica, il metodo, le regole, le possibili criticità.

In un momento storico di sovraesposizione a messaggi e informazioni di diverso genere, veicolati attraverso molteplici canali, nella comunicazione su temi di salute, diventa indispensabile individuare le strategie più adatte per richiamare l'attenzione dei destinatari favorendo inoltre la *fiducia negli intervistatori e la motivazione degli intervistati.*

Le persone contattate sono una fonte di preziose informazioni per l'indagine epidemiologica ma la chiamata di uno sconosciuto (intervistatore) al proprio telefono personale (fisso o mobile) può suscitare reazioni di resistenza. Per questo abbiamo deciso di prendere spunto dai precedenti materiali prodotti per la formazione PASSI e condensarli in una scheda agile e aggiornata.

Gli operatori sanitari dovrebbero essere anche degli esperti di comunicazione; è lo scambio comunicativo e relazionale il fulcro della relazione di cura. Il colloquio, il dialogo, la scelta e la decodifica dei segnali verbali, non verbali e paraverbali sono tra le prime capacità che queste figure professionali dovrebbe acquisire.

La formazione, integrata con competenze specifiche di comunicazione sanitaria, analisi di dati e sani stili di vita fa degli operatori sanitari, ognuno nella propria specificità e setting, dei potenti agenti di cambiamento. Sono inoltre degli attori cruciali nella trasmissione culturale in diversi campi della salute, dall'ambito prettamente ambulatoriale e ospedaliero, a quello educativo, del mondo del lavoro, della ricerca scientifica, dei mass media e di molti altri.

Il presente lavoro riguarda specificatamente le capacità comunicative funzionali alla buona riuscita dell'indagine epidemiologica telefonica e il ruolo centrale che svolgono gli intervistatori. La capacità di creare un rapporto, seppure temporaneo e mediato dalla comunicazione telefonica, di instaurare un clima di collaborazione con l'intervistato, lo stile e i tempi utilizzati per mettere a proprio agio l'interlocutore, i criteri di rispetto e di sicurezza, i bisogni percepiti, i suggerimenti, le aspettative, ecc..

Faremo riferimento all'esperienza svolta presso il Dipartimento di Prevenzione ASUR Marche AV2 di Ancona in relazione all'intervista epidemiologica PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

La sorveglianza **PASSI** è uno strumento fondamentale di sanità pubblica che raccoglie nell'arco di tutto l'anno (dal 2007 con continuità sino ad oggi) attraverso indagini campionarie, informazioni relative alla popolazione residente in Italia. Si concentra sulla fascia d'età giovane-adulta (tra i 18 e i 69 anni). Una sorveglianza specifica sugli adulti anziani (dai 65 anni in poi), con modalità, tempistica e strumenti simili, viene svolta anch'essa annualmente ed è denominata **PASSI d'Argento**.

PASSI è un'indagine epidemiologica sugli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali e contribuisce ad una migliore conoscenza degli elementi connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, ecc.).

Vengono inoltre indagati il grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento messi in campo a livello nazionale e regionale per la prevenzione di tali malattie.

Passi e Passi d'Argento nascono in risposta all'esigenza di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute dei Piani sanitari nazionali e regionali e di contribuire alla valutazione del Piano nazionale della prevenzione. Infatti la conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio della popolazione è un requisito fondamentale per realizzare attività di prevenzione specifiche e mirate ai gruppi di popolazione vulnerabili ed è necessaria per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli interventi attuati.

Durante le interviste sono richieste informazioni su vari argomenti: il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, 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, o in ambienti di vita e di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute. La raccolta di informazioni socio-anagrafiche consente di far emergere e analizzare le disuguaglianze sociali nella salute e nella prevenzione. I dati raccolti da PASSI rendono possibile anche la rilevazione, attraverso la risposta e quindi la percezione dell'utente, dell'attenzione che medici e operatori sanitari dedicano ai determinanti comportamentali della salute dei loro assistiti.

Il questionario PASSI viene rielaborato periodicamente e può contenere dei moduli temporanei per la raccolta di dati su situazioni specifiche, come nel caso del terremoto nelle Marche o, a livello nazionale, per l'emergenza pandemica da SARS-Cov2.

PASSI e Passi d'Argento permettono di studiare l'evoluzione dei fenomeni nel tempo e rappresentano uno strumento importante di pianificazione, monitoraggio, valutazione degli interventi di prevenzione e promozione

della salute alla luce del quadro normativo dettato sia dal DPCM del 12 gennaio 2017 sui 'nuovi Lea' (Livelli essenziali di assistenza), sia dal DPCM del 3 marzo 2017 sui 'Registri e Sorveglianze' che inserisce le Sorveglianze Passi e Passi d'Argento fra quelle a rilevanza nazionale.

Il sistema Passi agisce secondo le norme tese a garantire il rispetto dei principi etici e della privacy dei cittadini. Il protocollo è stato valutato dal comitato etico dell'Istituto superiore di sanità che ha formulato un parere favorevole.

Le operazioni previste dalla sorveglianza Passi in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali integrato con le modifiche introdotte dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101).



fig. 6 Il campione selezionato può dare voce ai cittadini partecipando in modo libero e volontario

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate tramite una lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il coordinatore aziendale. Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone

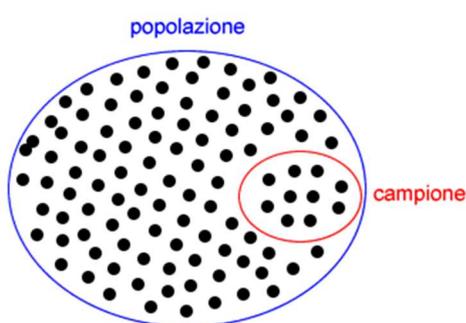
contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

I dati raccolti vengono inseriti su un supporto informatico, dopo compilazione di un questionario cartaceo, o direttamente sul computer. Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in modo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, hard disk portatili, ecc.) si adottano adeguati meccanismi di sicurezza e protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

Le interviste sono trasferite, in forma anonima, in un archivio nazionale, via internet, tramite collegamento protetto. Gli elementi identificativi presenti a livello locale, su supporto sia cartaceo che informatico, sono successivamente distrutti, per cui è impossibile risalire all'identità degli intervistati.

I dati raccolti sono quelli riferiti dalle persone intervistate, senza integrazioni, estrapolazioni o misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

Il campione



Le interviste **PASSI** si rivolgono alla popolazione generale di 18-69 anni residente in Italia e iscritta alle anagrafi sanitarie e non istituzionalizzata (ospedalizzata o residente in strutture educative o riabilitative). Il campione è composto da soggetti, che abbiano la

disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in italiano. Il campionamento è svolto dalla struttura regionale competente. Per garantire la rappresentatività dei risultati a livello regionale i dati delle singole ASL/AV vengono aggregati per Regione e opportunamente pesati.

Ogni anno il campione nazionale è costituito da circa 35mila interviste.

Eleggibilità: possono essere inclusi nel campione tutti gli individui di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel territorio di riferimento (nelle Marche, per l'Area Vasta di competenza), in grado di sostenere un'intervista telefonica.

Risposta: si intende la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.

Non reperibilità: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i sei e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).

Rifiuto: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.

Sostituzione: chi rifiuta l'intervista o non è reperibile deve essere sostituito da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

Gli elenchi vengono presentati agli intervistatori già contenenti un numero di soggetti tale da coprire il fabbisogno mensile, organizzati con un Titolare ed alcuni Sostituti nell'eventualità si renda necessaria la sostituzione.

Nella nostra Area Vasta 2 ASUR il Coordinamento è in capo all'Unità Operativa di Epidemiologia e al suo Responsabile mentre l'operatività è gestita da operatori Sanitari: Medici, Coordinatrice infermieristica, Assistenti Sanitarie, Psicologa, Tecnici della prevenzione, con la collaborazione anche di specializzandi in Igiene e Sanità pubblica, tirocinanti psicologhe e assistenti sanitarie in formazione.

Le difficoltà

Il contatto telefonico presenta un valore importante creando un contatto reale con le persone senza dover essere troppo intrusivi o troppo distaccati e rivela altresì delle difficoltà che andremo a descrivere.

Innanzitutto le reazioni di resistenza da parte degli intervistati per:

- diffidenza, soprattutto su argomenti delicati come quelli sanitari;
- scarsa disponibilità di tempo;
- scarso interesse per gli argomenti;
- eccessiva richiesta di interviste telefoniche (soprattutto telemarketing).

Uno dei principali ostacoli è quello di affermare la credibilità della telefonata che arriva dal Servizio Sanitario da non confondere con la miriade di messaggi telefonici diffusi dalle campagne di comunicazione dell'area commerciale.

In tal senso la strategia comunicativa più opportuna consiste nell'informare per tempo e adeguatamente chi può contribuire ad aumentare l'adesione allo studio:

- la popolazione locale con campagne informative mirate usando volantini, poster, messaggistica on line e sui siti web istituzionali vedi "La prevenzione dà voce ai cittadini";
- i medici di medicina generale e i soggetti da intervistare con lettere/email, indirizzate individualmente.



fig. 7 Per la "pulizia" del dato raccolto, è importante raggiungere il campione selezionato col minor numero di rifiuti e dispersione

Le lettere devono pervenire anticipatamente, in tempo utile perché l'informazione preceda la telefonata, e devono contenere in modo chiaro ed esplicativo i contenuti essenziali:

- chi siamo
- cosa stiamo facendo
- perché lo stiamo facendo
- come lo stiamo facendo
- come utilizzeremo i dati raccolti
- quanto tempo richiede l'intervista
- perché è stata contattata quella specifica persona
- come utilizzeremo i dati raccolti.

Un errore in cui si può incorrere è ritenere che la salute, in quanto tale e in virtù della sua importanza, sia un tema in grado di conquistare da solo l'attenzione del target; invece i messaggi sulla salute devono rispettare, al pari di tutti gli altri, le regole della comunicazione. Bisogna sforzarsi di intercettare l'attenzione, essendo la persona potenzialmente molto selettiva di fronte alla mole di messaggi a cui è quotidianamente esposta. In questo particolare momento storico, di grave polarizzazione sui temi della salute, divenuti fortemente divisivi e talvolta elementi di scontro, l'attenzione dev'essere massima. Anche per questo, i soggetti che comunicano la salute dovrebbero considerare l'importanza del loro ruolo (oggi più che mai) e le sorveglianze epidemiologiche attraverso interviste telefoniche, dovrebbero essere pubblicizzate e valorizzate all'interno della pianificazione sanitaria e sociosanitaria.



Sistema di Sorveglianza PASSI

Le tecniche dell'intervista telefonica

Creare un rapporto:

- durante la prima fase della chiamata l'intervistatore deve riuscire a creare un rapporto ed instaurare un clima positivo con l'intervistato affinché si renda disponibile a proseguire (i primi minuti della telefonata sono quelli in cui si determinano la maggior parte dei rifiuti);
- Adottare uno stile semplice e non mettere fretta aiuta l'interlocutore a sentirsi a proprio agio e in una situazione di sicurezza;
- Comunicare i tempi di durata della telefonata (circa 20 minuti) esprime il rispetto verso il tempo dell'interlocutore e una chiarezza sulla intervista stessa (laddove la persona sia impossibilitata al momento è corretto fissare un appuntamento compatibilmente coi suoi impegni).

Ridurre la tensione:

- la tensione nasce spesso dal non conoscere l'obiettivo dell'intervista;
- anche per questo è utile chiarire dall'inizio fine, modalità e durata dell'intervista;

- man mano che le domande si susseguono, il livello di confidenza cresce e la tensione si riduce;
- nella fase iniziale viene detto all'intervistato che potrà chiedere spiegazione ove necessario e fornire commenti (preferibilmente al termine per non interrompere il flusso comunicativo).

Creare interesse:

- una comunicazione efficace è anche una comunicazione vivace (non spenta e monotona) in quanto può aiutare ad ottenere la collaborazione dell'interlocutore piuttosto che annoiarlo e demotivarlo;
- nulla stimola l'interesse di una persona più del sentirsi oggetto dell'interesse di un altro e spesso gli intervistati ci ringraziano per aver dato loro la parola sul tema della propria salute;
- è utile ricordarsi che contenuti e tono di voce possono trasmettere il nostro stato emotivo pertanto attenzione a non far passare nervosismo, tensione, disinteresse, stanchezza, ecc.

Ascoltare e ascoltarsi:

- l'ascolto è il primo passo nella relazione;
- è importante che l'intervistatore sia consapevole anche delle sue motivazioni, dei pregiudizi, delle reazioni, delle emozioni e del proprio stato d'animo durante l'intervista.

Comunicazione verbale e para verbale:

- attenzione ai commenti come "bella risposta", "davvero?!", "va bene", possono condizionare l'intervistato in termini di desiderabilità;
- attenzione anche ad aspetti come sospiri, toni, pause, silenzi, vocalizzazioni che possono indirizzare la comunicazione;

- il tono della voce deve essere chiaro, pacato, accogliente, ma non confidenziale;
- il timbro sicuro, ma non direttivo, che rassicuri l'interlocutore esprimendo accoglienza;
- il volume né troppo alto né troppo basso;
- il ritmo non troppo veloce, per permettere alla persona di ascoltare, capire e rispondere;
- comunicare sempre la disponibilità a ripetere e spiegare se ci fosse qualche cosa da chiarire.

Ricordiamo che una fase molto delicata è quella del primo contatto telefonico. Una volta che hanno concesso la loro fiducia, le persone sono generalmente disponibili e a volte contente di farsi intervistare. Piuttosto il rischio è di sconfinare in un colloquio vista la tendenza delle persone, unita alla capacità di ascolto degli intervistatori, ad "allargarsi" estendendo le informazioni fornite ad altri ambiti personali.

L'intervista telefonica svolta da operatori formati e supervisionati ha ottenuto un buon riscontro in termini di adesione alla sorveglianza, contenimento dei rifiuti di tipo oppositivo, accuratezza delle risposte ottenute e delle interviste concluse con successo. Se in questa fase o in seguito emergono problemi di cui non si conosce la soluzione, si ricorrere al consiglio del proprio coordinatore per non compromettere la qualità dei dati raccolti e vanificare gli sforzi sostenuti.

In conclusione possiamo affermare che entrare in contatto con la popolazione e trattare informazioni delicate e dati sensibili è una competenza specifica che le professioni sanitarie possono svolgere efficacemente se formate in tal senso.

Ricordare sempre di:

1. avere un atteggiamento non giudicante;
2. essere consapevoli di pregiudizi, giudizi, atteggiamenti e comportamenti personali sugli stili di vita "considerati a rischio";

3. riconoscere che è difficile parlare degli stili di vita individuali;
4. porre solo le domande richieste e ricondurre ai temi indagati dal questionario anche se la persona tende a spaziare;
5. rassicurare la persona riguardo al fatto che ciò che gli si sta richiedendo riguarda l'interesse per la sua salute e per il profilo di salute della sua comunità;
6. prestare attenzione all'atteggiamento generale della persona rispetto alle domande poste (per cogliere eventuali segni di disagio espressi dalla comunicazione verbale e paraverbale);
7. non farsi coinvolgere in dibattiti non richiesti sui temi di salute e di attualità;
8. rispettare la libertà della persona di non proseguire un'intervista avviata;
9. tenere presente che rappresentiamo l'istituzione che entra nello spazio privato dell'utente e quindi non perdere calma e assetto;
10. proprio perché non parliamo a titolo personale non proponiamo consigli, non commentiamo, non ci facciamo prendere dall'emozione, non reagiamo a commenti sgarbati ma teniamo presente il nostro ruolo e non lasciamo che la comunicazione prenda una brutta piega.

Alcuni suggerimenti:

- seguire sempre le indicazioni del questionario;
- leggere le domande come sono scritte e nell'ordine predisposto;
- ripetere la domanda solo se richiesto, senza spiegarla o interpretarla;
- non influenzare la risposta, fornire incoraggiamenti minimi;
- fare attenzione alla comunicazione verbale e paraverbale;
- verificare il livello di comprensione delle persone che possono presentare una padronanza della lingua decisamente scarsa o per altri motivi non risultare in grado di rispondere adeguatamente, valutando l'eventuale impossibilità a procedere;

- verificare, in presenza di atteggiamenti provocatori, non entrando in un “braccio di ferro” ma eventualmente concludendo l’eventuale interazione scorretta;
- occorre prestare attenzione anche alla eventuale proposta di rispondere per un congiunto che non è accettabile per PASSI ma solo per PASSI d’Argento.

Campagna informativa PASSI e PASSI D'Argento UO Epidemiologia AV2



La prevenzione dà voce ai cittadini



Che cosa sono

Le sorveglianze Passi e Passi d'Argento si caratterizzano come strumenti di sanità pubblica che raccogliendo in continuo, e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (tra 18-69 anni, Passi e da 65 anni in poi, Passi d'Argento) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali, contribuiscono ad una migliore conoscenza degli elementi connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, ecc.). Inoltre vengono raccolti dati sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la prevenzione di tali malattie.



I temi indagati

Durante le interviste sono chieste informazioni su vari argomenti: il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, 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, o in ambienti di vita e di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.



Foto 1

Gli obiettivi

Passi e Passi d'Argento nascono in risposta all'esigenza di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani sanitari nazionali e regionali e di contribuire alla valutazione del Piano nazionale della prevenzione poiché la conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio della popolazione è requisito fondamentale per realizzare attività di prevenzione specifiche e mirate ai gruppi di popolazione vulnerabili e necessaria per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli interventi attuati.



Foto 2

Come partecipare

Partecipare è molto semplice: se sarete selezionati tra i cittadini da intervistare, riceverete una lettera a firma dell'Area Vasta 2 e del vs Medico Curante nella quale vi verranno date indicazioni operative sul contatto che dopo alcuni giorni un nostro intervistatore prenderà con voi tramite telefono. Basterà rispondere alle semplici e poche domande ed avrete dato un notevole ed apprezzabile contributo alla conoscenza della salute della vostra comunità ed al miglioramento dell'offerta dei servizi. Vi ringraziamo sin d'ora per l'attenzione che vorrete prestarci!

**RISPONDI AGLI INTERVISTATORI ASUR PER «PASSI» E «PASSI D'ARGENTO»
LA TUA VOCE SARA' ASCOLTATA E CI AIUTERA' AD OFFRIRE UN SERVIZIO PIU'
ATTENTO AI TUOI BISOGNI E ALLA TUA SALUTE**

Campagna a cura dell'U.O. Epidemiologia - Dipartimento Prevenzione AV2 ASUR MARCHE; si ringrazia la U.O. Promozione della salute per le fotografie del concorso «Fumo e salute. Alcol e salute» (foto 1 Federica Papa, foto 2 Glauco Gubinelli).

Per eventuali altre informazioni: Unità Operativa di Epidemiologia - Area Vasta 2 ASUR MARCHE, via C.Colombo 106, 60125 Ancona, tel 071-8705683-4, email: epidemiologia.an@sanita.marche.it

stampato in proprio dicembre 2017

Bibliografia

- “PASSI per l’Italia” Francesco Sconza, Silvia Colitti, Istituto Superiore di Sanità, 1° marzo 2005
- Rapporto nazionale Passi 2010: metodi -Epicentro L'epidemiologia per la sanità pubblica - Istituto Superiore di Sanità
- La comunicazione per la salute dossier GUADAGNARE SALUTE Direttore: Pietro Dri Autore dossier: Antonino Michienzi, Revisioni: Elena Coffano, Elisa Ferro, Eleonora Tosco, Dors 2012
- ISS Epicentro 2012 PASSI d’Argento – Guida operativa per l’intervistatore
- Health Literacy for Preventive Care in Primary Health Care Settings: what do we need to do differently? Australian commission on Safety and Quality in Health Care 2016
- ISS Epicentro 2018 Passi a colpo d'occhio
- ISS Epicentro rilevazione e campionamento- aggiornamento al 9 settembre 2021
- “Local action on health inequalities. Improving health literacy to reduce health inequalities – Practice resource summary” 2015 sito dors
- Associazione italiana della comunicazione pubblica e istituzionale, Documento di indirizzo sulla comunicazione pubblica in sanità, 2006

Per ulteriori informazioni sul Manuale rivolgersi a
dr.ssa Annalisa Cardone, Psicologa Dirigente
Unità Operativa di Epidemiologia AV2
Via C Colombo 106, 60100 Ancona
Tel. 0718705901
Email annalisa.cardone@sanita.marche.it

