



SORVEGLIANZE NAZIONALI

PASSI D'ARGENTO: LA SPERIMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA SALUTE DELLE PERSONE CON 65 O PIÙ ANNI (OVER 65)

Lilia Biscaglia¹, Amedeo Baldi², Giuliano Carrozzi³, Marco Cristofori⁴, Alberto Perra¹ e il gruppo PASSI d'Argento*

¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

²ASL 1 Massa e Carrara, Zona Lunigiana

³AUSL Modena

⁴Servizio di Epidemiologia, ASL 4, Terni

L'invecchiamento della popolazione rappresenta "un trionfo e una sfida" per la nostra società (1). Da un lato, il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente accentuato in Italia, è destinato ad accrescere la richiesta di interventi che gravano sul sistema sociale e sanitario. Dall'altro, le persone over 65 rappresentano una preziosa risorsa per la società spesso poco valorizzata. È in tale contesto che, nel 2007, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, tramite il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ha incaricato la regione Umbria di definire un modello di indagine periodica, da promuovere a livello nazionale, sulla qualità della vita nelle persone over 65 che rappresentano circa il 25% della popolazione totale del Paese.

Obiettivo principale del Progetto PASSI d'Argento, le cui finalità e gli aspetti innovativi sono stati già descritti in precedenti articoli (2, 3), è quello di testare un sistema di sorveglianza che descriva nel tempo l'evoluzione della qualità della vita e dello stato di salute della popolazione over 65.

Le informazioni raccolte nel Progetto PASSI d'Argento permetteranno di produrre degli indicatori sulla popolazione

generale che, essendo sensibili al cambiamento nel tempo, rappresenteranno bene l'evoluzione dei fattori determinanti di salute e di autosufficienza, ma anche della penetrazione degli interventi realizzati dalle famiglie e dai servizi dell'area sociale e sanitaria. Ciò favorirà l'adozione o il miglioramento di misure tese a promuovere la qualità della vita degli over 65 e a ridurre i costi dell'assistenza.

Il Progetto, di durata biennale (2008-10), prevede di realizzare due successive indagini multiregionali. Nel marzo del 2009 ha avuto avvio la prima indagine multiregionale, che si è svolta contemporaneamente in 7 regioni italiane: Sicilia, Puglia, Umbria, Toscana, Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta. Il Progetto, pur appoggiandosi su obiettivi e metodi della sorveglianza di popolazione oramai ben sperimentati nel nostro Paese (4, 5), ha diversi aspetti innovativi, come la necessaria integrazione, per la sua esecuzione e per la conseguente utilizzazione dei risultati, dei servizi socio-sanitari. Dalla necessità per i servizi di integrarsi nell'interpretazione dei risultati e nelle azioni da essi suggerite, deriva la necessità di descrivere la popolazione over 65 in rapporto ad alcune caratteristiche sociali e/o sanitarie che richiedono un di-

verso tipo di attenzione o di intervento da parte della società civile o dei servizi socio-sanitari.

Si è così sperimentata la descrizione della popolazione degli over 65 in 4 gruppi: a) in buone condizioni di salute; b) a rischio di fragilità; c) con segni di fragilità; d) con condizioni di disabilità misurata utilizzando l'indice di Katz (6).

In un'ottica di orientamento all'azione, ciascun gruppo (Tabella) identifica target di interventi specifici che, ad esempio, per le persone disabili includono prevalentemente azioni di prevenzione terziaria, per le persone con segni di fragilità interventi di contrasto efficace e di assistenza mentre per le persone con rischio di fragilità, in forza della modificabilità stessa di tali rischi, con interventi anche di prevenzione primaria che, andando ad agire su alcuni fattori di rischio quali, ad esempio, l'abitudine al fumo o l'isolamento sociale, possono contrastare l'insorgenza di uno stato di fragilità. Il gruppo di persone in buone condizioni di salute include quelli per i quali, come d'altronde per le persone con le stesse caratteristiche delle età più basse, sono richiesti in prima istanza interventi di protezione e promozione della salute da parte del sistema socio-sanitario, mentre alla società civile sono richie-

Gruppo coordinatori regionali PASSI d'Argento: Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzi, Mauro Mirri (Regione Emilia-Romagna); Alessandra Battistella, Rosamaria Cecconi, Patricia Fortini, Marco Macchi, Daniela Mortello, M. Letizia Santolamazza (Regione Liguria); Maria Teresa Balducci, Pasqua Benedetti, Daniela Prota (Regione Puglia); Achille Cernigliaro, Rita Costanzo, Pietro Antonio Guzzo, Patrizia Miceli, Simonetta Rizzo (Regione Sicilia); Amedeo Baldi, Alessandro Pasqua, Francesco Profili, Matilde Razzanelli, Loredana Tavernelli (Regione Toscana); Carla Bietta, Vincenzo Casaccia, Marco Cristofori, Ubaldo Bicchielli, Carla Gambarini (Regione Umbria); Salvatore Bongiorno, Rosa Maria Cristaudo (Valle d'Aosta).

Tabella - Definizioni utilizzate per l'individuazione dei sottogruppi

Disabilità

È valutata la capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living - ADL), cioè muoversi da una stanza all'altra, lavarsi, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, essere continenti

Segni di fragilità

Sono valutate, escludendo le persone disabili, le seguenti condizioni:

- 1) percezione dello stato di salute "male o molto male" o 10 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici/psicologici/ e 5 giorni con limitazioni negli ultimi 30 giorni;
- 2) perdita di appetito e peso (4,5 kg o 5% o più) nell'ultimo anno;
- 3) disabilità lieve (non autonomo in almeno 1 IADL - Instrumental ADL)

Rischio di fragilità

Sono valutate, escludendo le persone disabili e con rischio di fragilità,

le seguenti condizioni:

- 1) problemi alla masticazione, alla vista o all'udito o memoria di caduta avvenuta nell'ultimo anno;
- 2) insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo di frutta o verdura;
- 3) sintomi di depressione o di isolamento, mancanza di supporto sociale

Buone condizioni di salute

Persone che non rientrano nelle precedenti categorie

sti una visione e azioni di valorizzazione delle loro risorse potenziali per gli altri componenti la società (1).

In ciascuna regione è stato selezionato un campione random rappresentativo di persone con età ≥ 65 anni non istituzionalizzate. Il livello di rappresentatività del campione, estratto utilizzando la lista completa dell'anagrafe sanitaria dei residenti nelle ASL, era diverso in ogni regione: ASL in Liguria (ASL 3 Genovese); ASL e regionale in Umbria e Valle d'Aosta, esclusivamente regionale nelle altre regioni. Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato già precedentemente testato (2). Il questionario, somministrato telefonicamente o faccia a faccia, è stato utilizzato da operatori appositamente formati dei servizi dell'area sociale e sanitaria. Ciascuna persona campionata inizialmente (titolare) poteva essere sostituita da una persona dello stesso sesso e classe di età (65-74 anni, ≥ 75 anni) nei seguenti casi: rifiuto a essere intervistato, ir reperibilità, impossibilità a sostenere l'intervista direttamente o grazie al supporto del *proxy* (una persona di fiducia indicata dal campionato) a causa delle condizioni di salute riferite o desunte dal test sulla memoria e l'orientamento temporale. Le aree indagate mediante il questionario sono state: stato di salute e qualità della vita percepita, isolamento sociale, depressione, cadute, autosufficienza, stili di vita, vaccinazione antiinfluenza-

le, ruolo delle attività socio-sanitarie di prevenzione e assistenza.

I risultati presentati in questo articolo si riferiscono al campione di 2.859 persone intervistate nelle seguenti regioni: Puglia, Umbria, Toscana, Liguria, Valle d'Aosta. Non sono presentati i dati relativi al campione delle regioni Sicilia ed Emilia-Romagna. L'analisi è stata condotta utilizzando il software Epi Info versione 3.5.1.

L'83% delle persone era stato intervistato per telefono vs il 17% intervistato con modalità faccia a faccia. Il 25% delle interviste è stato reso possibile grazie al *proxy*, che ha aiutato e sostenuto l'anziano durante l'intervista. Nel campione, le persone sostituite erano 569 (20%), di queste 109 erano state sostituite perché avevano rifiutato l'intervista (3,7%).

Nel campione il 41% delle persone risultava essere in buone condizioni di salute, il 30% era a rischio di fragilità, il 15,9% mostrava segni di fragilità, mentre il 13,1% era costituito da persone non autosufficienti in almeno 1 ADL (Activities of Daily Living).

In accordo con l'approccio della sorveglianza di popolazione, a fianco di alcune variabili che sono state studiate per classificare la popolazione degli over 65 nei 4 gruppi, altre variabili sono state studiate trasversalmente allo scopo di verificare se vi fosse una diversa frequenza all'interno dei diversi gruppi. È il caso, ad esempio, dell'anziano-

risorsa, definibile come la persona che offre supporto o aiuto all'interno della propria famiglia o della comunità svolgendo attività di volontariato. L'essere una risorsa per la famiglia o la comunità riguardava globalmente il 53,4% del campione. Nell'indagine è emerso che quasi 1 persona su 2 (46% del campione) costituiva una risorsa per la famiglia ovvero dichiarava di prendersi cura di familiari o nipoti di età inferiore ai 14 anni o di fornire sostegno ad altri anziani. L'8% delle persone costituiva una risorsa per la comunità in quanto era stato impegnato, nell'ultimo anno, in attività di volontariato. La quota di anziani-risorsa era statisticamente differente nei quattro sottogruppi individuati tra le persone in salute; quasi il 70% rappresentavano una risorsa mentre la percentuale di anziani-risorsa tra le persone a rischio di fragilità e con segni di fragilità era rispettivamente pari al 58,6% e al 36,9%. Tra le persone non autosufficienti gli anziani-risorsa erano il 16,3%.

In conclusione, l'indagine ha permesso di testare gli aspetti metodologici e procedurali di un sistema di sorveglianza sulla popolazione over 65, basato su indagini periodiche e sostenibile con le risorse dei servizi socio-sanitari.

In particolare, sembra che esistano ampi margini di manovra per interventi che, mirati e portati avanti congiuntamente ed efficacemente dagli operatori socio-sanitari, possono agire soprattutto sulla prevenzione dei fattori di rischio di fragilità, la maggior parte dei quali sono modificabili attraverso la promozione della salute e i cambiamenti di comportamento degli anziani, unitamente alla comunicazione e al miglioramento di servizi conosciuti e disponibili.

È emerso, infine, che gli anziani sono una risorsa, diffusi trasversalmente e poco valorizzati nel contesto studiato, salvo che nelle famiglie. Ai decisori e alla comunità grava la responsabilità di aprire loro degli spazi di valorizzazione, promuovendo e tutelando la salute delle persone over 65 che, ora più che mai, si confermano essere un'importante risorsa per la società. ■

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. Active ageing: a policy framework; 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html

2. Cristofori M, Binkin N, Perra A, *et al.* "PASSI d'Argento": primo studio pilota sul distretto di Orvieto. Un'indagine su salute e qualità di vita nella terza età. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2008;21(9):i-ii.
3. Perra A, Biscaglia L. È partito il progetto PASSI d'Argento: un occhio attento alla salute e al ruolo della terza età nella società italiana. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2009;22(3):iv.
4. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". *Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/30).
5. Spinelli A, Baglio G, Cattaneo C, *et al.* OKkio alla SALUTE: promozione della salute e crescita sana nei bambini della scuola primaria. *Ann Ig* 2008;20:337-44.
6. Katz S, Downs TD, Cash HR, *et al.* Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;10:20-30.

STUDI DAL TERRITORIO

SINTESI DI UN'ESPERIENZA E DI UNA PROPOSTA METODOLOGICA PER UN PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA, ANCONA 2009

Cristina Mancini^{1,2}, Maria Soledad Ferreiro², Patrizia Carletti², G. Valentina De Giacomi³, Adele Seniori Costantini⁴, Maria Luisa Calamita⁵, Adelina Brusco⁵, Daniela Gallieri⁵, Alessandra Burgio⁶, Luisa Mondo⁷, Raffaella Rusciani⁷, Camilla Sticchi⁸, Chiara Volpi⁸, Marco Biocca⁹, Nicola Caranci⁹, Silvia Candela¹⁰, Chiara Ventura¹¹, Mauro Palazzi¹¹, Patrizia Vitali¹¹, Giovanni Baglio¹², Laura Camilloni¹², Silvia Casagrande¹², Domenico Martinelli¹³ e Concetta Ladalaro¹⁴

¹Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze/Agenzia Regionale Sanitaria Marche, Ancona

²Regione Marche, Ancona

³Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

⁴Associazione Italiana Epidemiologia

⁵Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro, Roma

⁶Istituto Nazionale di Statistica, Roma

⁷Regione Piemonte, Torino

⁸Agenzia Regionale Sanitaria Liguria, Genova

⁹Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale Emilia-Romagna, Bologna

¹⁰Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia

¹¹Azienda Unità Sanitaria Locale, Cesena

¹²Laziosanità, Agenzia Sanità Pubblica, Regione Lazio, Roma

¹³Osservatorio Epidemiologico, Regione Puglia, Bari

¹⁴Regione Puglia, Bari

Da Paese di emigrazione, negli ultimi 10-15 anni, l'Italia è diventata Paese di immigrazione, con flussi continui, diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, crisi congiunturali e guerre. Al 1° gennaio 2008 la popolazione straniera residente nel nostro Paese era di circa 3,5 milioni, pari al 6% del totale dei residenti (fonte ISTAT); il 90% degli individui proviene da Paesi a forte pressione migratoria. Si tratta di una popolazione giovane, l'età media è di 30 anni, e di una presenza stabile, in quanto circa il 51% è presente da più di 5 anni; una persona su due è donna.

Il fenomeno, in aumento, evidenzia una stabilizzazione di comunità intergenerazionali sempre più segmentate e ricche di componenti umane peculiari, ansiose di trovare un loro posto a pieno titolo nella società italiana.

L'incontro di queste diverse culture e generazioni impone all'Italia, Paese ospite, di adottare politiche volte a favorire l'integrazione allo scopo di evitare che "quello che non si conosce" diventi fonte di conflitti, razzismo e xenofobia. Il fenomeno migratorio, in continua espansione, deve essere quindi governato. Governare non significa però solo dirigere, guidare, ma anche "avere cura" di:

- costruire una società pacifica in cui ciascuno sia rispettoso dell'altro;
- cogliere orizzonti culturali diversi, sicuramente arricchenti;
- prevenire conflitti sociali derivanti dall'esclusione sociale, che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività.

Per queste ragioni si rende necessario attrezzare/formare i servizi, quindi anche quelli socio-sanitari, ad affrontare

un'utenza, portatrice di culture, biografie e bisogni differenziati.

Nel 2007 è stato avviato dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, con il coordinamento dell'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Marche, un Progetto dal titolo "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", il cui scopo è quello di tutelare e promuovere la salute della popolazione immigrata in Italia attraverso l'adozione di modelli socio-sanitari organizzativamente e culturalmente adeguati ai bisogni di questa fascia di popolazione, con particolare riguardo agli immigrati non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Uno degli obiettivi del Progetto è consistito nell'individuazione di una metodologia utile per la lettura e la ►

sorveglianza della salute di questa popolazione, in modo da coglierne i principali problemi, che necessitano di interventi prioritari, e descriverne le modalità di utilizzo dei servizi sanitari.

Il rationale dell'intervento si basa sui seguenti punti:

- a oggi la lettura dei bisogni di salute degli immigrati non è una funzione svolta sistematicamente dalle regioni, a cui le modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione attribuiscono la competenza in materia di tutela della salute e di programmazione sanitaria;
- esistono indagini e rilevazioni anche a valenza nazionale che, tuttavia, non sono sistematiche e sono difficilmente confrontabili in quanto utilizzano differenti definizioni di caso "immigrato" e non impiegano indicatori comuni per la misura e per il monitoraggio del fenomeno;
- non esiste un coordinamento istituzionale su questa questione.

Affinché le regioni siano in grado di individuare i problemi di salute prioritari a cui dare risposta occorre conoscere e sorvegliare i problemi di salute della popolazione immigrata e, per fare questo, è necessario definire una metodologia di analisi, condividere uno strumento di lettura comune, un linguaggio univoco, utile alla produzione di informazioni, confrontabili, tra realtà regionali fra loro e tra queste e il livello nazionale.

Allo scopo è stato istituito un gruppo di lavoro formato da esperti appartenenti a sei regioni (Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Puglia) e due AUSL (Reggio Emilia, Cesena) e a istituzioni nazionali (ISTAT, INAIL, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Associazione Italiana di Epidemiologia), che ha lavorato per costruire una metodologia di analisi per la descrizione della domanda di salute della popolazione immigrata e per l'offerta di servizi da parte dell'SSN, attraverso una definizione di caso a partire dai flussi informativi correnti, quindi già disponibili a livello di tutte le regioni.

Uno dei risultati principali è la definizione di caso, cioè di immigrato, definito come lo straniero, che soggiorna stabilmente in Italia, avente la cittadinanza di uno dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), siano questi appartenenti all'Unione Europea che non. La condizione di straniero (cittadinanza straniera) o di "nato all'estero" sono state considera-

te di per sé non sufficienti a definire lo stato di immigrato, in quanto il termine straniero indica che la cittadinanza è "non italiana", ma non definisce l'immigrato cioè la persona con cittadinanza in PFPM. I "nati all'estero" invece possono essere in percentuale anche rilevanti "cittadini italiani nati all'estero", essendo stata l'Italia, anche in epoche recenti, un Paese di emigranti.

La popolazione di confronto è stata individuata nelle persone con cittadinanza italiana e in quelle presenti stabilmente in Italia con cittadinanza in uno dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

Gli immigrati, identificati attraverso tale definizione, che utilizza quindi il criterio della "cittadinanza", possono essere a loro volta regolari cioè avere "titolo" per risiedere in Italia o clandestini/irregolari, senza titolo per il soggiorno.

Di conseguenza, la popolazione è stata suddivisa in:

- immigrati regolari, persone con cittadinanza in PFPM, presenti in Italia con regolare permesso o titolo di soggiorno (PFPM regolari);
- immigrati clandestini/irregolari con cittadinanza in PFPM e con residenza all'estero (STP);
- italiani e stranieri provenienti da PSA.

Le fonti utili alla descrizione dei problemi di salute della popolazione immigrata, esattamente i flussi informativi correnti, sono state scelte considerando:

- la possibilità di identificare l'immigrato nella fonte stessa, sulla base del criterio della cittadinanza;
- l'effettiva disponibilità a livello di tutte le regioni. Per ciascuna fonte individuata, inoltre, si è proceduto a effettuare:
 - un'analisi delle criticità e dei limiti;
 - un'analisi delle potenzialità;
 - la valutazione della qualità mediante elaborazioni e confronti dei dati regionali;
 - la formulazione di raccomandazioni.

Allo scopo di descrivere in modo omogeneo e con un linguaggio comune i principali problemi di salute è stato costruito un set di 36 indicatori, semplici e fattibili, che indagano aspetti della salute della popolazione immigrata quali il ricorso al ricovero ospedaliero, la salute materno-infantile, gli infortuni sul lavoro, le malattie infettive, la mortalità. Per ciascun indicatore è stato definito il meta-indicatore: il significato, il metodo di calcolo, le fonti da utilizzare per il numeratore e il denominatore, la validità e i limiti.

Gli indicatori così individuati, sono stati sperimentati, in collaborazione con gli enti nazionali, dalle sei regioni e dalle due province partecipanti al Progetto e a livello nazionale.

Ai fini della comprensione del significato/senso di ciascun indicatore e della potenziale informazione in esso contenuta si è anche costruita una struttura (*framework*) del profilo di salute della popolazione immigrata, che potrebbe essere utile a ciascuna regione per conoscere e sorvegliare la salute di questo gruppo di popolazione.

I primi risultati, essendo quella immigrata una popolazione giovane, mostrano dei problemi di salute limitati. Tale popolazione utilizza i servizi sanitari per eventi fisiologici, quali il parto o per mancanza di interventi di prevenzione, quali l'aborto e gli infortuni sul lavoro.

Questo suggerisce il carattere prevalentemente preventivo degli interventi da realizzare, con effetto positivo anche sulla riduzione dei costi e dei conflitti sociali.

Il risultato conseguito attraverso il lavoro svolto consente di affermare che oggi è disponibile uno strumento operativo che rende possibile costruire, in modo omogeneo e confrontabile nelle varie realtà, un profilo di salute degli immigrati presenti in Italia sia in termini di domanda sia di risposta che i sistemi sanitari regionali forniscono a questa domanda.

È auspicabile che ogni realtà regionale effettui istituzionalmente e in modo sistematico la lettura dei bisogni di salute degli immigrati, in modo da prendersi cura dello stato di salute di questa popolazione che, spesso in condizioni di marginalità sociale, è più a rischio di ammalarsi.

Infine, si tratta di ottimizzare l'efficacia dei servizi migliorando l'informazione sul loro funzionamento e attuando strategie di offerta attiva, pratiche con sicure ricadute positive non solo per la popolazione immigrata ma anche per i cittadini italiani, specie per i più vulnerabili. ■

Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Alberto Perra,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it