

## **FONTI INFORMATIVE E DATI PER DOCUMENTARE GLI STILI DI VITA IN RELAZIONE ALLE DISUGUAGLIANZE**

Valentina Minardi, Benedetta Contoli  
*Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute,  
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

### **Sorveglianza in sanità pubblica**

Con il termine “sorveglianza” si intende una raccolta continua e sistematica di dati finalizzata a progettare, realizzare e valutare interventi di salute pubblica. Punto cruciale di un sistema di sorveglianza è la raccolta delle informazioni volte alla loro diffusione, non solo ai decisori, ma anche a tutta la cittadinanza.

Storicamente i sistemi di sorveglianza nascono per il monitoraggio delle malattie infettive, ma con l’aumento dell’incidenza delle patologie croniche e il contenimento di quelle infettive, nasce l’esigenza di monitorare i fattori di rischio delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT). I sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio per le MCNT affiancano i sistemi che misurano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie e si caratterizzano come sistemi che ascoltano i bisogni di salute direttamente dagli assistiti. Inoltre, il valore della sorveglianza continua è quella di descrivere i fenomeni in un arco temporale cogliendo quindi le modifiche dei fattori di rischio o delle azioni preventive (Salmaso, 2010).

Nel 2006, dopo due studi pilota (2005 e 2006) che hanno coinvolto alcune Regioni, il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute affida all’attuale Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute (CNAPPS) il compito di progettare e sperimentare un sistema di sorveglianza dedicato al monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi dei piani sanitari nazionali e regionali e per la valutazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), dove le informazioni raccolte potessero essere utilizzate dalla programmazione aziendale e regionale e consentire una valutazione e una nuova direzione delle politiche di sanità pubblica a livello locale. Nel 2007, in collaborazione con tutte le Regioni e Province Autonome italiane, viene avviato in forma sperimentale PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (Gruppo Tecnico PASSI, 2009), che entra a regime nel 2008 caratterizzandosi come strumento interno al sistema sanitario in grado di produrre, in maniera continua e tempestiva, informazioni a livello di ASL (Azienda Sanitaria Locale) e Regione.

Dal 2013 PASSI rappresenta uno strumento strategico in tutti gli ambiti in cui entrano in gioco la definizione e la valutazione delle politiche di prevenzione e promozione della salute: è fonte per il monitoraggio degli obiettivi di salute definiti nei Piani Nazionale e Regionali di Prevenzione 2014-2019. Inoltre, dal 2017, la “Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione” è inserita all’interno dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) relativamente all’area prevenzione collettiva e sanità pubblica nel Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri della Repubblica Italiana (DPCM) sui nuovi LEA (Italia, 2017a). Inoltre PASSI è una delle sorveglianze in Sanità Pubblica inserite nel DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze (Italia, 2017b), come sorveglianza a rilevanza nazionale, che raccoglie in continuo informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali, della popolazione

adulta residente di 18-69 anni, 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 prevenzione delle malattie croniche. Con Decreto Ministeriale del 12 marzo 2019 (Italia, 2019), PASSI è una delle fonti per l'indicatore composito sugli stili di vita "Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari", all'interno dei nuovi LEA inizialmente avviato in via sperimentale nel 2014 e entrato a far parte della griglia LEA, come valutativo, negli anni successivi.

Nello stesso DPCM sui Registri e sorveglianze, è inserito anche il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (PdA) dedicato alla popolazione ultra64enne. Nel nostro Paese il gruppo di persone con 65 anni e più cresce in continuazione. Oggi rappresenta circa il 21% della popolazione, ma fra 20 anni arriverà a più del 30%.

Nel 2007, il Ministero della Salute, tramite il CCM, ha incaricato la Regione Umbria di definire un modello di indagine periodica, da promuovere a livello nazionale, sulla qualità della vita nelle persone ultra64enni. È così che, nel 2008, prende avvio PdA. Per la conduzione del progetto, che ha coinvolto complessivamente 16 Regioni italiane, la Regione Umbria ha fatto ricorso all'esperienza consolidata nell'attuale CNAPPS, dell'ISS (Istituto Superiore di Sanità). La sperimentazione, avviata alla fine del 2008 e conclusasi nel 2010, si è articolata in due indagini trasversali su campioni rappresentativi della popolazione ultra64enne. Le indagini hanno coinvolto 7 Regioni nel 2009 e 9 Regioni nel 2010. A regime la rilevazione di PdA è stata di tipo trasversale nel 2012 e nel 2016-2017; dal 2018, PdA è stato impostato come rilevazione in continuo.

PdA raccoglie informazioni su salute, fattori di rischio comportamentali e altre condizioni della popolazione anziana volte a descrivere la qualità di vita e i bisogni di cura e assistenza delle persone di questa fascia di età ma con uno sguardo nuovo al fenomeno dell'invecchiamento, a partire dalla definizione di invecchiamento attivo voluta dalla World Health Organization (WHO, 2002). Con PdA in Italia si "misura" infatti anche il contributo che gli anziani offrono alla società, fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità, per i quali sono centrali aspetti come la partecipazione e il benessere psicologico e sociale della persona. Molti piani sanitari o piani di prevenzione regionali mettono in atto delle azioni a favore degli ultra64enni e la sorveglianza di PdA può costituire una fonte di informazioni utile per il loro monitoraggio e valutazione.

Nel nuovo Sistema di garanzia di cui al DM del 12 marzo 2019 (Italia, 2019), è stato inserito l'indicatore di contesto sulla fragilità nell'anziano ottenuto da PdA.

## **Temi indagati da PASSI e PASSI d'Argento**

I temi indagati da PASSI sulla popolazione adulta (18-69enne) sono: fumo, attività fisica, eccesso ponderale, consumo di alcol, consumo di frutta e verdura, consumo di sale, rischio cardiovascolare, adesione agli screening oncologici, adozione di misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali, o infortuni in casa, copertura vaccinale antinfluenzale e antirubeolica nelle donne in età fertile, gravidanza e allattamento, stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute (*unhealthy days*) e sintomi di depressione; su molti di questi aspetti viene anche rilevata l'attenzione di medici o operatori sanitari.

I temi indagati da PdA specifici sulla popolazione anziana (ultra64enne) sono: salute percepita, soddisfazione per la propria vita, qualità della vita connessa alla salute (*unhealthy days*), sintomi di depressione, diagnosi riferita di patologie croniche, autonomia nelle attività funzionali e strumentali della vita quotidiana – *Activity of Daily Living* (ADL) e *Instrumental Activity of Daily*

*Living* (IADL) – problemi di vista, udito, masticazione e cure odontoiatriche, cadute, uso dei farmaci, vaccinazione antinfluenzale, fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, consumo di frutta/verdura, attività fisica – PASE), essere risorsa per la famiglia o collettività, partecipazione sociale, accesso ai servizi socio-sanitari, sicurezza domestica e qualità dell’ambiente di vita, sicurezza del quartiere. Su alcuni di questi aspetti viene rilevata l’attenzione di medici o operatori sanitari. Vengono inoltre rilevate, in entrambi i sistemi di sorveglianza, variabili di tipo socio-demografico (genere, età, titolo di studio, condizioni economiche, stato civile, composizione familiare, cittadinanza, condizione e posizione professionale, settore e mansione per i lavoratori, comune di residenza) per stratificare gli indicatori di salute con lo scopo di orientare l’azione verso il contrasto alle disuguaglianze di salute.

I dati di PASSI e PdA permettono di studiare e monitorare nel tempo la presenza di disuguaglianze nella salute, nell’esposizione ai fattori di rischio a essa connessi e nell’accesso alla prevenzione e valutare se gli interventi di prevenzione adottati siano in grado di moderarne gli effetti.

## Metodologia

La popolazione di studio di PASSI è costituita dalle persone di età compresa tra 18 e 69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie ovvero residenti sul territorio di competenza delle ASL. Il campionamento previsto si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale, per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni). È previsto un campione annuo di circa 35.000 unità per il livello nazionale. La raccolta delle informazioni avviene tramite interviste telefoniche, effettuate nel corso di tutto l’anno da operatori/personale dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL opportunamente formati, a cittadini selezionati come unità campionarie (Baldissera, 2011; Gruppo Tecnico PASSI, 2009). Il numero complessivo di ASL partecipanti alla rilevazione supera ogni anno il 90% delle aziende totali, fornendo indicazioni su oltre il 90% della popolazione nazionale residente in Italia. Circa il 90% delle ASL partecipanti, lo fa con un campione rappresentativo a livello aziendale. Nel 2018, il tasso di risposta è stato dell’86%.

La popolazione di studio di PdA è costituita dalle persone con 65 anni e più iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie e residenti sul territorio di competenza delle ASL (sono esclusi gli anziani istituzionalizzati, ospedalizzati o residenti in Residenze Sanitarie Assistenziali, RSA, Residenze Sociosanitarie Assistenziali, RSSA o Case di riposo). Le informazioni vengono raccolte attraverso interviste telefoniche o *vis a vis* a campioni mensili rappresentativi per sesso e classi di età (65-74, 75-84 e 85 e più anni) della popolazione ultra65enne afferente al bacino di utenza delle ASL. Le interviste vengono effettuate, attraverso l’uso di un questionario standardizzato, da operatori socio-sanitari opportunamente formati. Ogni anno vengono intervistati circa 13000 ultra 64enni. Nel biennio 2017-2018 hanno partecipato all’indagine tutte le Regioni e PA (Pubbliche Amministrazioni), a eccezione della Lombardia, Valle d’Aosta e Molise. Il tasso di risposta è stato dell’86%. Entrambi i sistemi di sorveglianza lavorano su un *server* centralizzato che garantisce la sicurezza del trattamento dei dati e la standardizzazione delle procedure.

I dati vengono opportunamente analizzati utilizzando un sistema di pesature per migliorare l’affidabilità delle stime, in particolare per le variabili con forte eterogeneità territoriale in quanto si utilizzano campioni raccolti a livello aziendale e stratificati proporzionali per sesso e classi di età. Il peso utilizzato nelle analisi è l’inverso della frazione campionaria calcolato per ASL e strato sesso-età specifico. Inoltre, sono centralizzati sia il rilascio dei database (regionali e aziendali) che quello dei principali risultati a livello nazionale, regionale e di ASL. Questi dati sono consultabili per entrambe le sorveglianze, in formato tabellare e grafico, sul sito di EpiCentro (<http://www.epicentro.iss.it/passi/> e <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>).

## Evidenze sulle disuguaglianze di salute: i dati delle sorveglianze

### PASSI

I dati del sistema di sorveglianza PASSI permettono di studiare e monitorare nel tempo la presenza di disuguaglianze nella salute, nell'esposizione ai fattori di rischio a questa connessi e nell'accesso alla prevenzione e valutare quanto alcuni interventi di prevenzione collettiva siano in grado di moderarne gli effetti (Minardi, 2011).

Se si considera il profilo di salute degli adulti si osserva come la cattiva salute percepita<sup>2</sup>, i sintomi depressivi<sup>3</sup> e le patologie croniche<sup>4</sup> sono maggiormente frequenti fra le persone socialmente svantaggiate, per condizioni economiche e livello di istruzione; questo risulta tale anche considerando in una analisi multivariata, l'influenza dell'età, del sesso, della macroarea di residenza, della cittadinanza e dell'anno di rilevazione (Gigantesco, 2015).

In ugual modo, gli stili di vita, come consumo abituale elevato di alcol<sup>5</sup>, fumo di sigaretta<sup>6</sup>, sedentarietà<sup>7</sup> ed eccesso ponderale od obesità<sup>8</sup> sono abitudini più frequentemente riportate dalle persone con basso livello di istruzione e presenza di difficoltà economiche, a parità di età, sesso, macroarea di residenza, cittadinanza e anno di rilevazione.

Per quanto riguarda la sfera della adesione ai programmi di prevenzione, nel questionario PASSI si indaga l'esecuzione e le tempistiche di effettuazione dei test di screening oncologici proposti dalle Regioni (coloretta per gli adulti di età 50-69 anni, mammografico per le donne di età 50-69 anni, cervicale per le donne di età 25-64 anni). Anche in questo ambito si registra come le persone socialmente più svantaggiate, per livello di istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza straniera, eseguono meno frequentemente i test di diagnosi precoce dei tumori, analizzando con un modello multivariato il fenomeno e correggendo anche per età e convivenza.

In PASSI si può definire come funzionante il programma di screening se la stima degli intervistati che dichiarano di aver ricevuto la lettera di invito è di almeno il 75%, e quindi in base a questa *proxy* si distinguono le Regioni con o senza programmi organizzati funzionanti (Figura 1) (PASSI 2014-2016).

Lo svantaggio nell'esecuzione del test di diagnosi precoce, di chi dichiara basso livello di istruzione e difficoltà economiche, si riduce nel caso dei programmi di screening organizzati dalle Regioni, caratterizzati da un'offerta attiva e da percorsi assistenziali gratuiti.

<sup>2</sup> Dichiarazione di sentirsi in generale discretamente, male o molto male.

<sup>3</sup> Persona con sintomi di depressione: rispondente, in età 18-69 anni, che riferisce di aver sperimentato, nelle ultime due settimane, sintomi di umore depresso e/o anedonia in modo duraturo (*Patient Health Questionnaire-2*) (Kroenke, 2003).

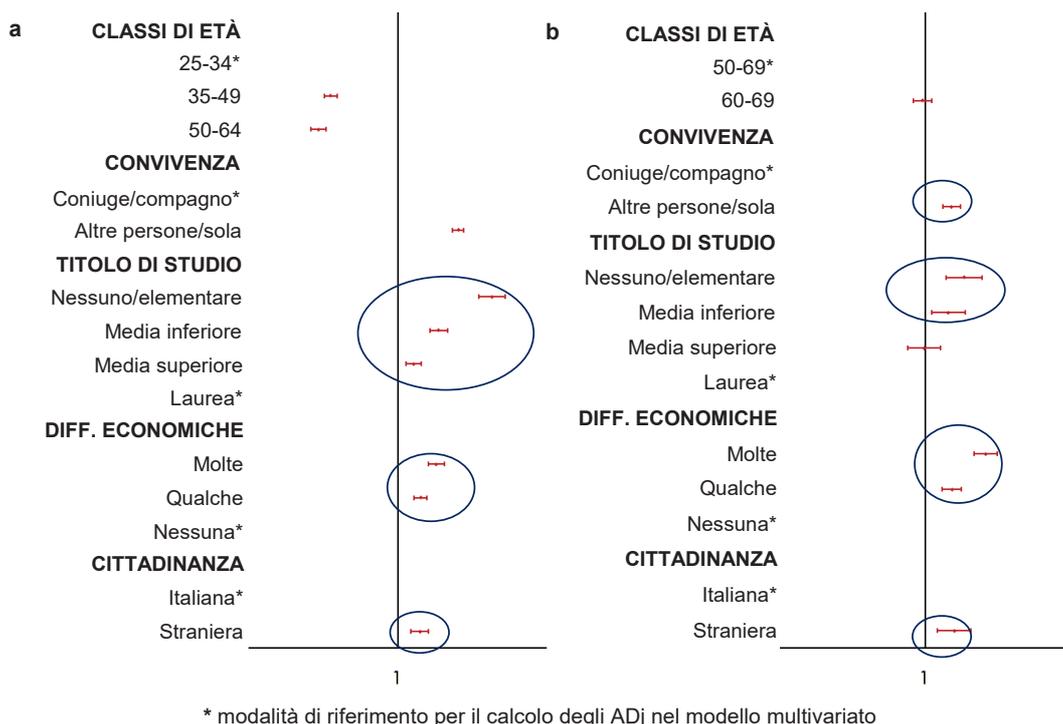
<sup>4</sup> Elenco di patologie croniche indagate: diabete, insufficienza renale, malattia respiratoria cronica (bronchite cronica, enfisema, asma bronchiale, insufficienza respiratoria), malattie cardiovascolari (infarto del miocardio o malattie ischemiche del cuore, ictus cerebrali, altre malattie cardiovascolari), tumori (incluso leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato, incluso la cirrosi.

<sup>5</sup> Consumatore abituale elevato di alcol: Uomo che, negli ultimi 30 giorni, ha consumato in media >2 unità alcoliche al giorno (cioè >60 Unità Alcoliche (UA) negli ultimi 30 giorni) o donna che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >1 unità alcolica al giorno (cioè >30 UA negli ultimi 30 giorni).

<sup>6</sup> Fumatore: persona che dichiara di aver fumato almeno 100 sigarette nella vita e fuma attualmente

<sup>7</sup> Sedentario: persona di età 18-69 anni che non fa un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa.

<sup>8</sup> Obeso: persona di età 18-69 anni che hanno un Indice di Massa Corporea (IMC) uguale o maggiore di 30,0 kg/m<sup>2</sup> calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.



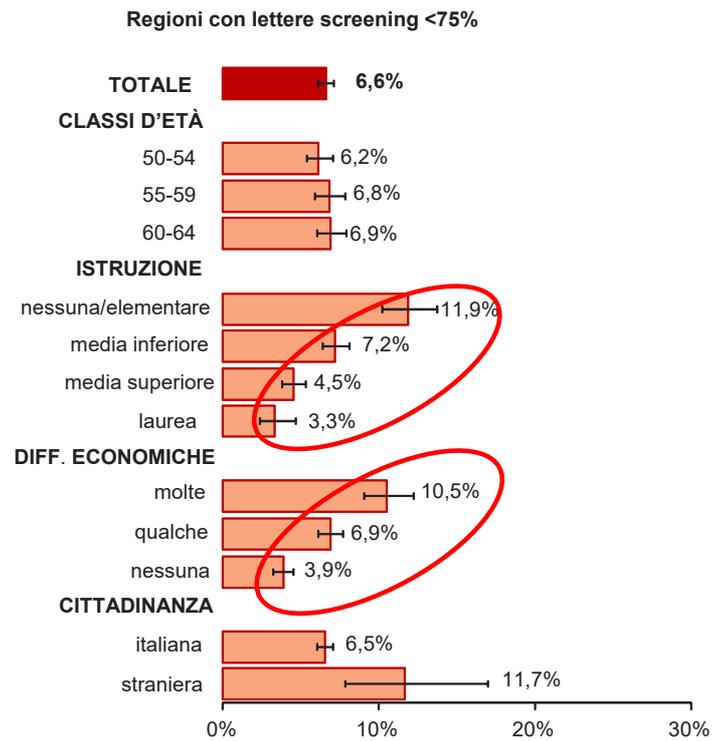
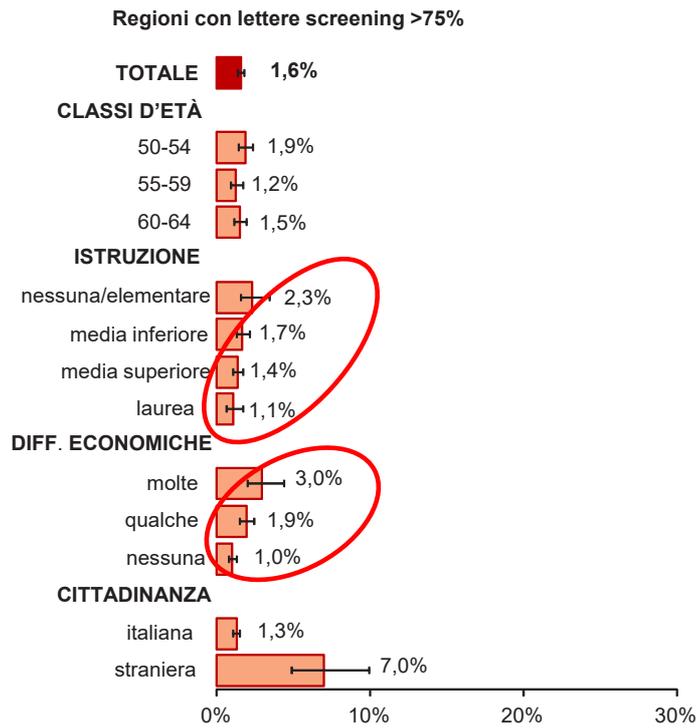
**Figura 1. Fattori predittivi individuali di NON esecuzione degli esami di prevenzione dei tumori femminili (a. cervicale e b. mammografico): Adjusted Prevalence Ratio (Adj) e IC95%. Fonte: PASSI 2014-2016**

Questa riduzione è più evidente nelle Regioni nelle quali i programmi sono più efficienti (Figura 2) (Fonte: PASSI 2014-2016).

Rimanendo nell'ambito della prevenzione, PASSI indaga l'ambito dell'esecuzione delle vaccinazioni nell'adulto, antirubeolica e antiinfluenzale. Per quanto riguarda la prima, differenze significative sono registrate nei tassi di immunizzazione contro la rosolia fra Italiane e straniere (rispettivamente pari al 60% e al 36%) (Fabiani, 2017). 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%). Tali differenze non sono imputabili a differenze nelle caratteristiche sociodemografiche né a fattori di rischio connessi alla salute. 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. Nel campo della promozione della salute, PASSI registra l'attenzione dei medici di medicina generale e degli operatori sanitari al contrasto di stili di vita dannosi per la salute, quali fumo, scorretta alimentazione, sedentarietà, abuso di alcol.

Nel questionario si chiede se, nei 12 mesi precedenti l'intervista, la persona ha ricevuto da parte del medico o altro operatore sanitario il consiglio di bere meno, fare più attività fisica, smettere di fumare, perdere peso.

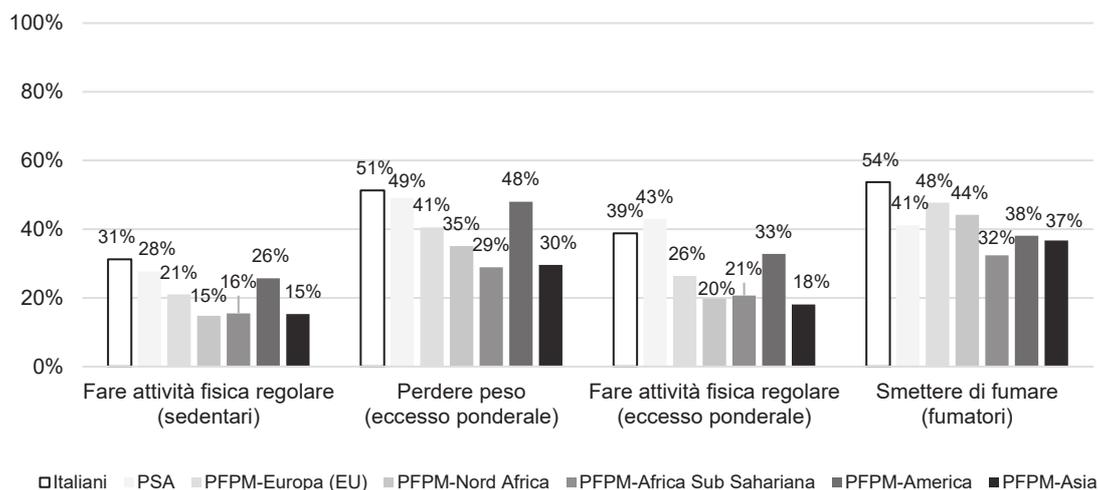
In generale, ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori ai fattori di rischio comportamentali: nel periodo 2015-2018, solo 1 fumatore su 2 riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare; solo 3 intervistati su 10 riferiscono di aver ricevuto il consiglio dal medico o da un operatore sanitario di fare regolare attività fisica, fra le persone in eccesso ponderale questa quota non raggiunge il 40% e fra le persone con patologie croniche non raggiunge il 45%.



**Figura 2. Fattori predittivi individuali di NON esecuzione degli esami di prevenzione dei tumori del colonretto: prevalenze per variabili sociodemografiche e IC95%.  
Fonte: PASSI 2014-2016**

Appena il 6% dei consumatori a maggior rischio di alcol<sup>9</sup> riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno; meno della metà degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di perdere peso.

In particolare, i residenti stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)<sup>10</sup> riferiscono ancor meno frequentemente che il proprio medico abbia consigliato loro di smettere di fumare, perdere peso se in eccesso ponderale o aumentare il livello di attività fisica se sedentari (Figura 3).

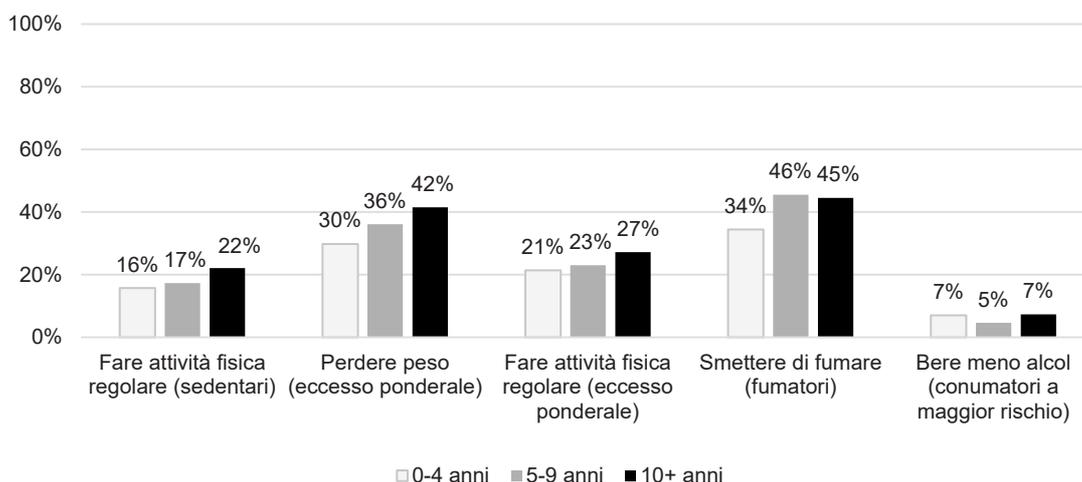


**Figura 3. Intervistati che hanno ricevuto un consiglio da parte di un medico o altro operatore sanitario: prevalenze per cittadinanza. PASSI 2008-2017**

<sup>9</sup> *Binge drinker* (Uomini che hanno consumato almeno una volta 5 o più UA in una singola occasione + donne che, hanno consumato almeno una volta 4 o più UA in una singola occasione. e negli ultimi 30 giorni), bevitori abituali di elevate quantità di alcol e bevitori prevalentemente fuori pasto

<sup>10</sup> Paesi PFPM: Bulgaria, Repubblica Ceca, Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Romania, Slovacchia, Slovenia, Ungheria, Albania, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Croazia, Kosovo, Macedonia, ex Repubblica Jugoslava, Moldova, Montenegro, Federazione Russa, Repubblica di Serbia, Svizzera, Turchia, Ucraina Afghanistan, Arabia Saudita, Armenia, Azerbaigian, Bahrein, Bangladesh, Bhutan, Brunei, Cambogia, Repubblica Popolare Cinese, Corea del Nord, Emirati Arabi Uniti, Filippine, Georgia, Giordania, India, Indonesia, Iran, Iraq, Kazakhstan, Kirghizistan, Kuwait, Laos, Libano, Malaysia, Maldive, Mongolia, Myanmar (ex Birmania), Nepal, Oman, Pakistan, Qatar, Singapore, Siria, Sri Lanka, Tagikistan, Taiwan, Territori dell'Autonomia Palestinese, Thailandia, Timor Orientale, Turkmenistan, Uzbekistan, Vietnam, Yemen Figi, Kiribati, Isole Marshall, Micronesia, Nauru, Nuova Zelanda, Palau, Papua Nuova Guinea, Isole Salomone, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu. Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Repubblica Centrafricana, Ciad, Comore, Congo, Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Mali, Marocco, Mauritania, Mauritius, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, Sud Africa, Sudan, Swaziland, Tanzania, Togo, Tunisia, Uganda, Zambia, Zimbabwe Antigua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Repubblica Dominicana, Ecuador, El Salvador, Giamaica, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Messico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perù, Saint Kitts e Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent e Grenadine, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguay, Venezuela. Fonti: Classificazione banca mondiale (dal 1° luglio 2006)

Essere residenti da più tempo in Italia aumenta la probabilità di ricevere consigli per adottare stili di vita salutari, ma non elimina la differenza riscontrata per cittadinanza (Figura 4). Questi risultati evidenziano come i medici abbiano difficoltà aggiuntive nel relazionarsi con o dare consigli a pazienti percepiti come diversi dal proprio ambito culturale, nonostante gli operatori sanitari del territorio abbiano l'opportunità di interagire direttamente con i singoli e possano sfruttare tali occasioni per attuare interventi sul tema salute, tra quelli a loro disposizione di comprovata efficacia, con l'intento di facilitare scelte salutari e l'abbandono di stili di vita dannosi.



**Figura 4. Intervistati stranieri provenienti da PFPM che hanno ricevuto un consiglio da parte di un medico o altro operatore sanitario: prevalenze per anno di permanenza in Italia. PASSI 2008-2017**

## PASSI d'Argento

Dai dati di PASSI d'Argento emerge come i risultati nelle opportunità di salute, in termini di prevenzione delle cronicità e riduzione del rischio di disabilità, passino anche attraverso azioni volte a garantire la tutela e l'equità nell'accesso ai servizi sociosanitari di cui l'anziano necessita.

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione delle persone con 65 anni e più, peggiorando notevolmente la loro qualità di vita e inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione e anche alle cadute, con la frequente conseguente frattura del femore, una delle principali cause di disabilità per l'anziano.

Anche i problemi masticatori influenzano la qualità della vita della persona con 65 anni e più, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico e con il progredire dell'età, le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali e perdita non intenzionale di peso, con effetti particolarmente gravi, specie tra le persone fragili e con disabilità.

Dai dati riferiti all'ultimo triennio 2016-2018, fra gli ultra 64enni residenti in Italia complessivamente il 20% riferisce un deficit dell'udito (il 5% supera questa difficoltà facendo ricorso all'apparecchio acustico, mentre il 14% non fa ricorso ad alcun ausilio). Il deficit uditivo è più frequente tra le persone con livello di istruzione più basso e condizioni economiche peggiori, mentre il ricorso all'apparecchio acustico va nel senso opposto ed è più frequente fra le persone più avvantaggiate.

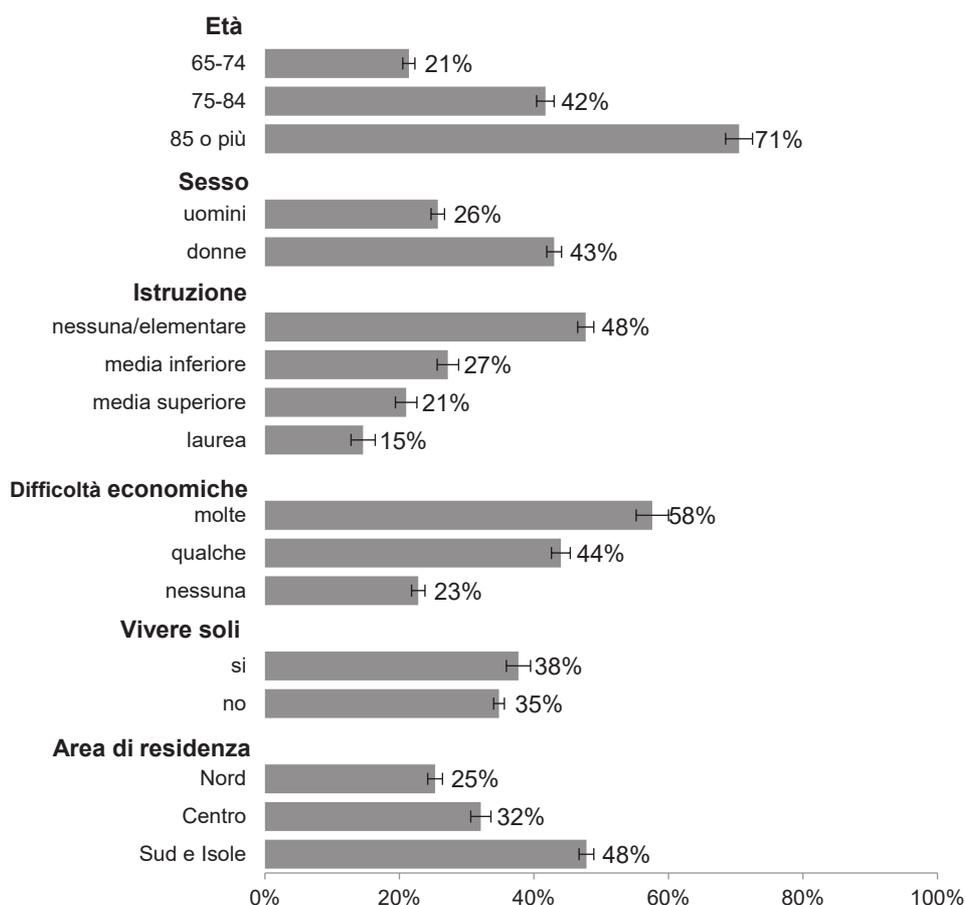
Pertanto la prevalenza di problemi nell'udito è più alta fra coloro che riferiscono molte difficoltà economiche (29%) rispetto a coloro che non ne hanno (16%), tuttavia fra i primi solo due persone su dieci correggono il difetto con un apparecchio acustico, mentre fra le persone senza difficoltà economiche il ricorso all'apparecchio acustico riguarda tre persone su dieci.

Analogamente accade con il livello di istruzione: fra le persone con basso livello di istruzione, che hanno al più la licenza elementare, la prevalenza di deficit uditivo è più alta (25%) rispetto a quanto si osserva fra le persone con titolo di studio più alto (14%); tuttavia il ricorso all'ausilio è meno frequente fra le persone meno istruite. Il profilo di salute e la qualità della vita delle persone con un deficit dell'udito, non corretto con alcun ausilio, è certamente più compromesso rispetto al resto della popolazione: fra loro è più alta la prevalenza di sintomi depressivi (27% vs. 12% del resto della popolazione), sono più frequenti le cadute (il 14% riferisce una caduta nei 30 giorni precedenti l'intervista vs. l'8% del resto della popolazione) ed è maggiore l'isolamento sociale (il 33% riferisce che in una settimana normale non incontra né parla con nessuno), questo anche a parità di genere, età e determinanti sociali (risorse economiche e livello di istruzione). I dati suggeriscono l'importanza di promuovere e garantire l'accesso equo ai servizi diagnostici audiologici per l'anziano per contenere gli esiti negativi che accompagnano le complicanze legate alla progressiva riduzione della capacità uditiva.

Anche per i problemi di vista e masticazione si riscontra una situazione analoga. Fra gli ultra64enni residenti in Italia l'11% riferisce un problema di vista (con correggibili neppure con l'uso di occhiali) che condiziona lo svolgimento di attività quotidiane. Il gradiente sociale è ampio e significativo e la quota di persone con problemi di vista è maggiore fra le persone con bassa istruzione (15% vs. 5% delle persone con alta istruzione) e persone con molte difficoltà economiche (21% vs. 7% fra chi non ne riferisce). Anche il gradiente geografico da Nord a Sud del Paese è significativo: nelle regioni del Meridione c'è una quota quasi 3 volte più alta di persone con problemi della vista, rispetto a quanto si osserva fra i residenti nelle regioni settentrionali di udito (non risolto o non risolvibile con il ricorso all'apparecchio acustico).

Il 13% degli intervistati riferisce di avere problemi di masticazione e non riesce a mangiare cibi difficili (una difficoltà non risolta o non risolvibile con l'uso della dentiera), la prevalenza sale al 28% tra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche. Fra le persone con problemi di masticazione è più alta la prevalenza di coloro che restano socialmente isolati e riferiscono che solitamente, durante la settimana, non incontrano né parlano con qualcuno (43% vs. il 20% nel campione totale); è più alta la prevalenza di sintomi depressivi (28% vs. 13% rilevato sul campione totale) e persino la frequenza di cadute (14 vs. 9% rilevato sul campione totale). Per rispondere ai bisogni e ai diritti delle persone che vanno avanti con l'età è importante che diritto e accesso alle cure vengano tutelati, che l'accesso ai servizi socio-sanitari facilitato, che i contesti di vita, siano esse le abitazioni o i quartieri in cui vivono, siano sicuri e favorevoli all'autonomia e alla socialità. Fra gli ultra 65enni il 35% dei rispondenti dichiara di avere difficoltà (qualche/molte) di accesso ai servizi socio-sanitari, o ai servizi commerciali di generi alimentari e di prima necessità. I servizi della ASL e i servizi commerciali sono quelli con maggiore difficoltà di accesso, mentre medico di famiglia e farmacie sono più facilmente raggiungibili.

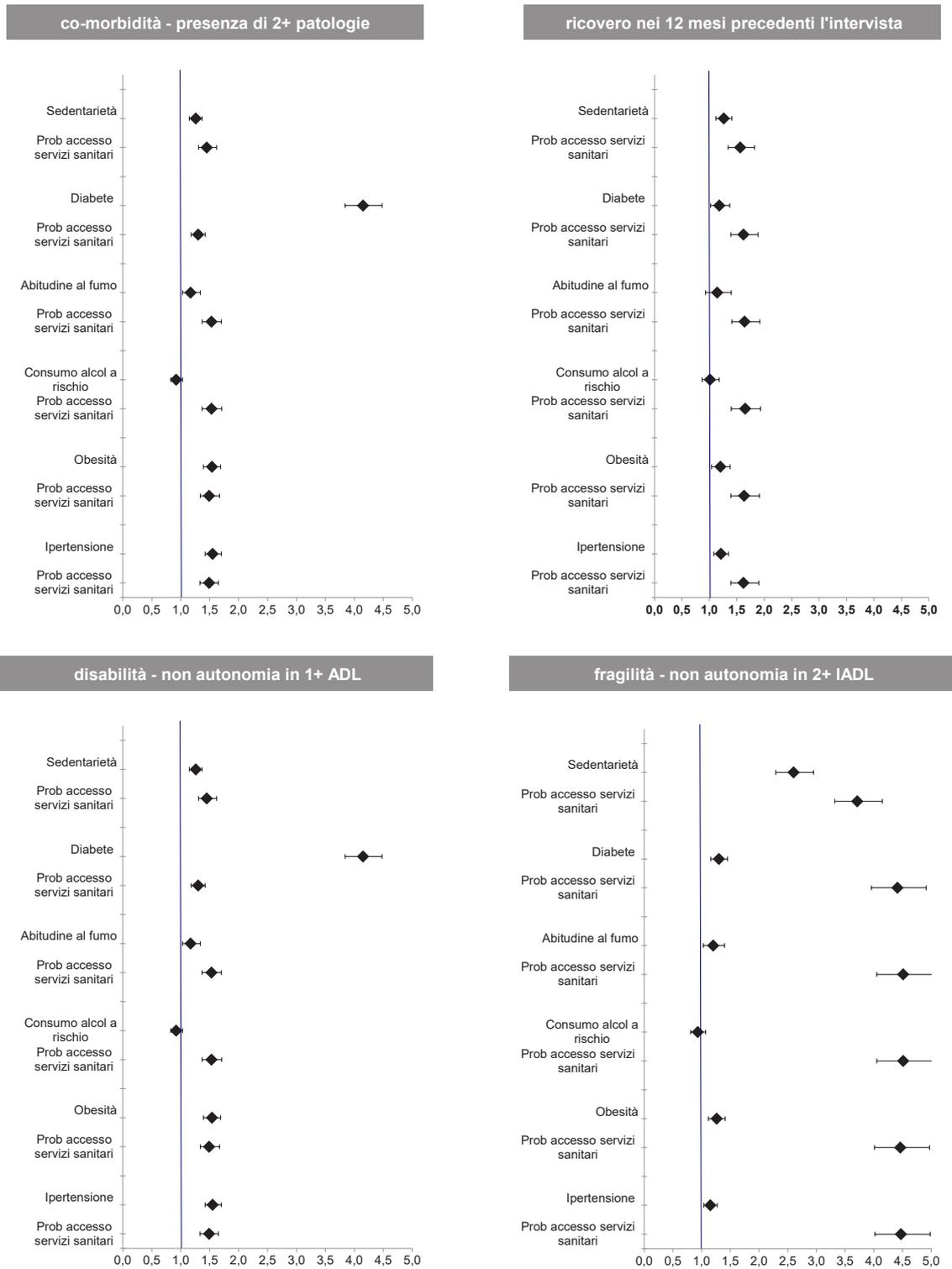
Queste difficoltà sono più frequentemente riportate dalle persone più anziane (il 71% degli ultra 85enni riferisce di averne), dalle donne (43% vs. 26% degli uomini), dalle persone meno istruite (48% delle persone senza titolo di studio o al più con licenza elementare riportano difficoltà negli accessi ai servizi mentre tra i laureati solo il 15%) e con molte difficoltà economiche (58% vs. 15% rilevato tra chi non riporta difficoltà economiche) (Figura 5). Anche il gradiente Nord-Sud è chiaro e netto: fra i residenti nel meridione la difficoltà di accesso a questi servizi è molto più frequente e viene riferito mediamente da 1 intervistato su 2 (vs. 25% dei residenti nel Nord Italia).



**Figura 5. Difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari nell'anziano<sup>11</sup>: prevalenze per caratteristiche sociodemografiche e IC95%. PdA 2016-2018**

I determinanti sociali, quali istruzione e difficoltà economiche ma, in particolare le difficoltà di accesso ai servizi sanitari, sono le condizioni più fortemente associate a esiti di salute come ospedalizzazione, fragilità, disabilità e in presenza di due o più patologie croniche. Fattori di rischio come diabete, obesità, ipertensione, sedentarietà, abitudine al fumo e consumo eccessivo di alcol hanno un effetto significativo sugli esiti di salute sopra menzionati, al netto degli indicatori socio-demografici (genere, età, istruzione, difficoltà economiche) come dimostrato dai modelli di regressione effettuati (Figura 6) (PdA 2016-2018). Un effetto significativo, a volte al pari dei fattori di rischio presi in considerazione ma spesso ancor più forte, è dato dalla difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari. I problemi nell'accesso rimangono fortemente significativi anche aggiustando i modelli per area geografica. I problemi nell'accesso ai servizi variano molto per area geografica, nelle regioni meridionali 2 volte più alta la prevalenza rispetto al nord (12% vs. 24%). È evidente quindi l'importanza di prevenire comportamenti a rischio per limitare esiti di salute negativi ma anche di garantire l'accesso equo ai servizi sanitari, fondamentale condizione per rendere concreto il diritto alla cura.

<sup>11</sup> Almeno una difficoltà nell'accedere ai seguenti servizi: servizi dell'AUSL, servizi del Comune, medico di famiglia, farmacia, negozi di generi alimentari, supermercati o centri commerciali



**Figura 6. Comorbilità, ricovero, fragilità e disabilità per fattori di rischio comportamentali, patologia e fattori di rischio nell'anziano: *Adjusted Prevalence Ratio* (ADj) <sup>Errore. Il segnalibro non è definito.</sup> e IC95%. PdA 2016-2018**

Il 16% percepisce il proprio quartiere poco sicuro. Non vi sono differenze significative per genere, età o istruzione ma solo per difficoltà economiche e area di residenza, per cui è più frequente che percepiscano come poco sicuro il proprio quartiere le persone con più difficoltà economiche e i residenti nelle regioni centro-meridionali rispetto ai residenti nel Nord Italia.

L'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana assume una particolare importanza per il benessere dell'individuo, anche in relazione alle necessità assistenziali che si accompagnano alla sua perdita. Il livello dell'autonomia dell'anziano viene individuato utilizzando la scala delle *Activity of Daily Living* (ADL) e la scala delle *Instrumental Activity of Daily Living* (IADL) che indagano rispettivamente la capacità dei soggetti anziani di compiere funzioni fondamentali della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) e le funzioni complesse (come a esempio, preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono) che consentono a una persona di vivere da sola in maniera autonoma.

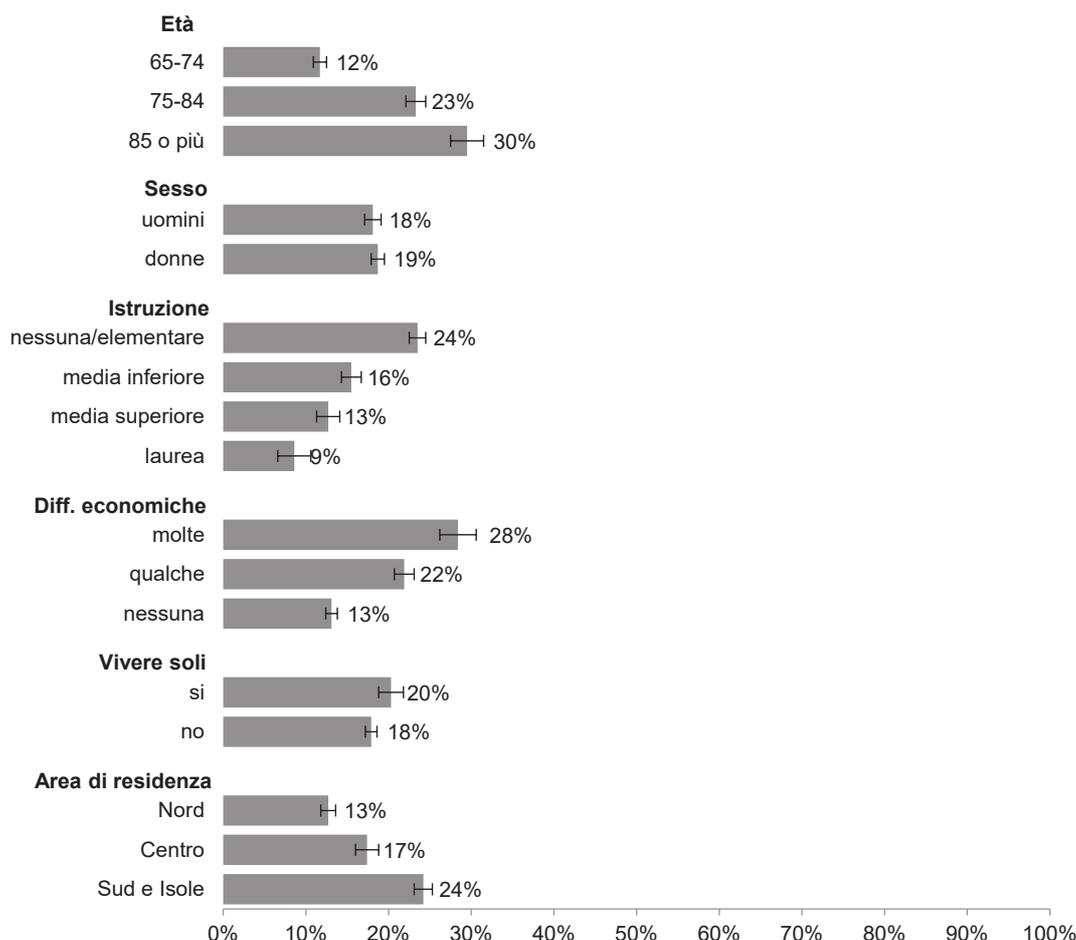
Perdere autonomia nello svolgimento anche di una sola delle sei attività fondamentali della vita quotidiana, ADL, è considerato, secondo la letteratura internazionale, una condizione di disabilità negli ultra 65enni.

Nel periodo 2016-2018, emerge che la condizione di disabilità, così definita, coinvolge 16 persone su 100; la disabilità cresce con l'età e in particolar modo dopo gli 85 anni, quando arriva a interessare quasi un anziano su 2 (48%), è mediamente più frequente fra le donne (19% vs. 12% uomini), è più frequente fra le persone con svantaggio socioeconomico, per difficoltà economiche (raggiungendo il 26% fra quelli che hanno molte difficoltà economiche vs. 10% tra chi non ne ha) o per bassa istruzione (23% vs. 6% fra chi ha un livello di istruzione alto). La quasi totalità delle persone con disabilità (99%) riceve aiuto; ma questo carico di cura e di assistenza è per lo più sostenuto dalle famiglie, molto meno dal servizio pubblico di ASL e Comune: il 94% delle persone con disabilità dichiara di ricevere aiuto dai propri familiari per la/le attività della vita quotidiana per cui non è autonomo, il 36% da badanti, il 11% da conoscenti; il 9% riceve aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari, il 3% riceve assistenza presso un centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (3%). Fra loro meno di 1 persona su 4 riceve un contributo economico per questa condizione di disabilità (come l'assegno di accompagnamento).

Esiste un gradiente Nord-Sud per cui fra i residenti nel Sud Italia si osserva una quota maggiore di persone con disabilità (21% vs. 14% nel Centro e 11% nel Nord) che potrebbe certamente riflettere una differenza nella distribuzione di esiti di salute, ma anche una differenza fra Nord e Sud del Paese di offerta e/o ricorso a strutture di ricovero per anziani non pienamente autonomi.

Nonostante a oggi, a livello internazionale non si sia raggiunta una definizione univoca di fragilità nell'anziano, alcuni fattori sono riconosciuti come associati a una maggiore vulnerabilità, sia in termini di salute complessiva, sia in termini di perdita funzionale nella sfera fisica, psichica e sociale. Vulnerabilità che può rappresentare un precursore o comunque un fattore di rischio per la fragilità. In PdA si definisce anziano fragile la persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse, IADL (come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono).

Risultano fragili circa 19 persone su 100; la fragilità è una condizione che cresce progressivamente con l'età, riguarda il 12% dei 65-74enni e raggiunge il 30% fra gli ultra 85enni; è poco più frequente fra le donne (19% vs. 18% fra gli uomini), ed è anch'essa associata allo svantaggio socioeconomico, sale al 28% fra le persone con molte difficoltà economiche (vs. 13% tra chi coloro che non hanno difficoltà economiche) e al 24% fra le persone con bassa istruzione (vs. 9% fra chi ha un livello di istruzione alto) (Figura 7) (PdA 2016-2018).



**Figura 7. Fragilità nell'anziano: prevalenze per caratteristiche sociodemografiche e IC95%. PdA 2016-2018**

La quasi totalità delle persone con fragilità (98%) riceve aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL); ma questo aiuto per lo più sostenuto dalle famiglie, dai familiari direttamente (94%), e/o da badanti (20%) ma anche da conoscenti (13%); solo il 3% riferisce di un ricevere aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari delle ASL o del comune, meno dell'1% riceve assistenza da un centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (1%). Esiste un gradiente Nord-Sud per cui fra i residenti nel Sud Italia si osserva una quota maggiore di persone con fragilità (24% vs. 17% nel Centro e 13% nel Nord).

## Sviluppi futuri

PASSI e PdA sono sistemi strutturati per produrre risultati a livello nazionale, regionale e aziendale e le evidenze sulle disuguaglianze di salute mostrate a livello complessivo sono riproducibili nelle Regioni e nelle ASL che hanno investito nella rilevazione e hanno un campione

solido dal punto di vista della numerosità. Già in alcune realtà regionali e aziendali, la *governance* territoriale ha iniziato a utilizzare alcuni risultati PASSI come parte degli indicatori di contesto per l'*Health Equity Audit* a livello locale, attraverso l'analisi dei dati con una lettura volta a identificare eventuali disuguaglianze negli stili di vita e nello stato di salute della popolazione che vive nel territorio. Ed è sempre più in questa direzione che il potenziale delle sorveglianze si evidenzia rispetto ad altre indagini campionarie sulla salute o alle fonti informative amministrative.

Altro ambito in cui le sorveglianze possono dare il loro contributo nella direzione dell'analisi delle disuguaglianze di salute è quello dell'ambito ambientale attraverso una maggiore integrazione dei dati locali (mortalità, incidenza, sorveglianza) nella valutazione del rischio ambientale per le popolazioni residenti. Due tipi di esperienza sono state portate avanti in questo senso:

- moduli aggiuntivi regionali sulla percezione del rischio ambientale;
- analisi *ad hoc* nelle aree di interesse ambientale.

### **Moduli aggiuntivi regionali sulla percezione del rischio ambientale**

Per quanto riguarda i moduli aggiuntivi regionali, la prima esperienza è stata fatta nel periodo 2011-2012, con l'entrata in vigore di una sezione dedicata alla percezione del rischio ambientale; nel 2011, otto Regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Emilia-Romagna, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna) hanno inserito questo modulo nel loro questionario *standard*, nel 2012 tutte le precedenti Regioni, tranne il Lazio, hanno continuato a raccogliere dati e altre sei si sono aggiunte: Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Puglia e Basilicata, per un totale di 13 Regioni. Il modulo "ambiente" è composto da sette domande a risposta chiusa volte a rilevare che percezione hanno gli intervistati del legame ambiente-salute e dei principali aspetti ambientali (aria, rifiuti e traffico). Il contesto ambientale indagato è quello del quartiere o zona in cui l'intervistato abita in relazione a come e quanto l'ambiente influenza lo stato attuale di salute attraverso la qualità dell'aria, la presenza di rifiuti abbandonati o fuori dai cassonetti, l'intensità del traffico. Gli obiettivi del modulo opzionale erano: indagare la percezione della relazione tra ambiente-salute delle persone; valutare quali variabili sociologiche, culturali e demografiche influiscono sulla percezione del rapporto ambiente-salute (Sampaolo, 2017). Successivamente e a partire dalla prima esperienza, la Regione Sicilia ha progettato un sovra-campionamento PASSI nei territori di alcuni Siti di Interesse Nazionale (SIN) presenti, tutt'ora in corso.

La seconda esperienza è quella del modulo aggiuntivo regionale sulla percezione del rischio ambientale versione "SIN", entrata in vigore nel 2019 e adottata da 6 Regioni (Provincia Autonoma di Trento, Liguria, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna). Rispetto al modulo originale, questo modulo ha 5 domande in più su disponibilità e consumo di acqua di rete, sulla fiducia nelle istituzioni in tema di tutela ambientale e sulle fonti e modalità di acquisizione di informazioni su salute e ambiente. Si prevede di poter diffondere i risultati di questi moduli regionali al raggiungimento della numerosità campionaria necessaria.

### **Analisi dei dati in aree di interesse ambientale**

In diverse realtà locali, i dati provenienti da PASSI sono stati utilizzati, a integrazione, nel profilo di salute delle popolazioni residenti in aree di interesse ambientale. Sono state ricostruite, *ex-post* la rilevazione, le zone territoriali di interesse e i conseguenti campioni dei residenti intervistati da PASSI; si è proceduto alla necessaria verifica della rappresentatività del campione PASSI così ricostruito e alla ripesatura delle interviste così raggruppate.

Esempi dei risultati di queste analisi *ad hoc* sono:

- Regione Emilia-Romagna: profilo di salute delle popolazioni residenti nel distretto ceramico delle provincie di Reggio Emilia e Modena (Carrozzi, 2018);
- Regione Marche: profilo di salute delle popolazioni residenti nell'area ex-AERCA (Area a Elevato Rischio di Crisi Ambientale) di Ancona, Falconara, Bassa valle Esino;
- Regione Lazio: profilo di salute delle popolazioni residenti nell'area del Comune di Aprilia e aree a pressione ambientale (Pannozzo, 2018).

## Bibliografia

- Baldissera S, Campostirni S, Binkin N, Minardi V, Minelli G, Ferrante G, *et al.* Features and initial assessment of the Italian behavioral risk factor surveillance system (PASSI), 2007-2008. *Prev Chronic Dis* 2011;8(1):A24.
- Carrozzi G, Sampaolo L, Bolognesi L, Luberto F, Ferrari AM, Giorgi Rossi P, Bedeschi E. Stato di salute percepito e stili di vita. *Ecoscienza* 2018;2(58-61).
- Gigantesco A, Ferrante G, Baldissera S, Masocco M, on behalf of the PASSI coordinating group. Depressive symptoms and behavior-related risk factors, italian population-based surveillance system, 2013. *Prev Chronic Dis* 2015;(12):150-54.
- Fabiani M, Ferrante G, Minardi V, Giambi C, Riccardo F, Declich S, *et al.* 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* 2017;12(10).
- 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): risultati 2007*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/31).
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 502 del 30 dicembre 1992. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* 65 del 18 marzo 2017 – Supplemento Ordinario 15.
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* 109 del 12 maggio 2017.
- Italia. Decreto Ministeriale 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* 138 del 14 giugno 2019.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-92.
- Minardi V, Campostrini S, Carrozzi G, Minelli G, Salmaso S. Social determinants effects from the Italian risk factor surveillance system PASSI. *Int J Public Health* 2011;56(4):359-66.
- Pannozzo P, Carraturo A, Albertoni F, Busco S, Lupelli R, Ruta A, Iacovacci S *et al.* *Stato di salute nel Comune di Aprilia (LT). Relazione finale*. Latina: ASL Latina Dipartimento di Prevenzione; 2018.
- Salmaso S, D'Argenio P, Ferrante G, Minardi V. Sorveglianza epidemiologica verso nuovi obiettivi. *Epi Prev* 2010;34(5-6).
- Sampaolo L, Tommaso G, Gherardi B, Carrozzi G, Freni Sterrantino A, Ottone M, Goldoni CA, Bertozzi N, Scaringi M, Bolognesi L, Masocco M, Salmaso S, Lauriola P. La percezione del rapporto ambiente-salute secondo i dati della sorveglianza Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI). *Epi Prev* 2017;41(1).
- WHO. *Active ageing: a policy framework*. Geneva: WHO; 2002.