

**Regione Umbria**

**PROGETTO:**

**SALUTE E QUALITÀ DELLA VITA, IN ITALIA, NELLA TERZA ETÀ  
COSTRUZIONE DEL MODELLO DI INDAGINE PERIODICA NAZIONALE NELLE PERSONE CON PIÙ DI  
64 ANNI**

**Titolo del Progetto: Salute e Qualità della Vita, in Italia, nella Terza Età**  
**Costruzione del modello di indagine periodica nazionale nelle persone con più di 64 anni in Italia**

**Analisi del problema e razionale**

- ⇒ Da quando è stata stilata dall'ONU la classifica dei Paesi più vecchi in occasione della seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento, tenutasi a Madrid nel 2002, l'Italia continua ad essere al primo posto<sup>1</sup>. Negli ultimi anni, infatti, in Italia, come nel complesso dei Paesi Occidentali, la proporzione di anziani è andata progressivamente aumentando: nel 1990 gli ultrasessantacinquenni erano il 15%, oggi rappresentano circa il 25% della popolazione e la proiezione al 2050 è che un italiano su tre sarà anziano. Andando nel dettaglio e osservando i dati ISTAT dell'ultimo censimento del 2001, si rileva che le regioni più "vecchie" sono la Liguria e l'Umbria. Alcuni distretti di queste regioni hanno un indice di invecchiamento che si registrerà in Italia nel 2030. L'invecchiamento progressivo è il risultato di profondi mutamenti demografici derivati non solo dal calo della natalità (che, tuttavia, negli ultimi anni presenta una lieve crescita), ma soprattutto dalla consistente riduzione della mortalità per tutte le cause. A questo allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della mancata autosufficienza aggravata dalla presenza di multipatologie. Alla base dell'invecchiamento umano, tuttavia, non stanno solo fattori biologici. Questi si sviluppano all'interno di contesti psicologici, economici, politici, culturali e sociali. Si può parlare quindi di due tipi d'invecchiamento, uno biologico, l'altro sociale, che rappresenta una condizione soggettiva, legata alla percezione del cambiamento del proprio ruolo nella società e comunque ad un aumento della cosiddetta fragilità sociale che ha ripercussioni anche sull'accesso non problematico al sistema sanitario nazionale. L'invecchiamento della popolazione ha quindi conseguenze anche economiche sull'assistenza sociale e sanitaria che spesso a livello locale confluiscono in un unico budget socio-sanitario. Dopo i 64 anni, progressivamente, all'aumentare dell'età aumenta il rischio di malattia, disabilità con perdita dell'autonomia e isolamento sociale. Nei confronti degli anziani, si impegnano nei paesi industrializzati circa il 65% delle risorse del servizio sanitario nazionale, più della metà dei ricoveri ospedalieri e circa il 70% della spesa farmaceutica. Di non secondaria importanza, poi, il costo sociale, soprattutto degli anziani non autosufficienti, che ricade spesso sulla donna, alla quale spetta l'onere dell'assistenza nella maggior parte dei casi. La percentuale potenziale di sostegno (PSR), che indica il peso delle persone che sono a carico dei lavoratori potenziali, si sta abbassando e continuerà a diminuire, con importanti implicazioni per i piani di sicurezza sociale, soprattutto di quei sistemi tradizionali nei quali i lavoratori attivi pagano per le indennità di quanti sono in pensione.
- ⇒ L'assetto demografico di molte regioni italiane, impone un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politica sanitaria rivolta in modo specifico agli anziani fragili, intendendo con questo termine le persone anziane limitate nelle attività quotidiane. Partendo dall'esperienza internazionale, che sta individuando quale priorità in tutta Europa un incremento delle cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, uno degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale è proprio quello di garantire, in tutto il territorio, all'anziano non autosufficiente la permanenza al proprio domicilio, laddove le condizioni di salute, sociali, abitative, di solidarietà sociale lo rendano possibile. Occorre, in tal senso, agire sull'implementazione dell'integrazione tra componenti sanitarie ospedaliere e territoriali e tra servizi sanitari e sociali, sia pubblici che di volontariato, per il raggiungimento degli obiettivi comuni, tra cui la riorganizzazione dei servizi sanitari, la garanzia dell'assistenza agli anziani fragili su tutto il territorio con uno standard di prestazioni, promuovere la ricerca epidemiologica e clinica sulle relazioni esistenti tra fragilità, patologia e disabilità.
- Diverse rilevazioni dimostrano ormai che ci sono tutta una serie di problematiche legate alla fragilità sulle quali è necessario agire per ridurre la non autosufficienza anche legata ad impedimenti non personali ma generati dal sistema assistenziale. Tuttavia è sicuramente necessario individuare non solo le aree specifiche di fragilità ma anche le differenze territoriali in zone anche molto vicine (differenze fra distretti, addirittura fra Comuni o fra centri di salute). Per questo un'indagine periodica e a costi contenuti permetterebbe di indirizzare le risorse, che sono comunque limitate, solamente secondo un sistema di prioritizzazione. Le rilevazioni statistiche periodiche degli istituti ufficiali e degli osservatori specializzati hanno alcune caratteristiche che non permettono di avere informazioni su alcune aree specifiche per questo tipo di popolazione (es. percepire alcune difficoltà come un disagio, ricordiamo le patologie dentali, uditive ecc.) e comunque non raggiungono un dettaglio tale da permettere una programmazione sulle priorità a livello di Aziende Sanitarie Locali. Inoltre l'utilizzo di indicatori solidi in sistemi di sorveglianza con studi periodici permettono di misurare sia i trend temporali che l'efficacia degli interventi messi in atto.

<sup>1</sup> UN, *Population aged 60 years or older*, 2002, [www.un.org/esa/population/publications/ageing/Graph.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/Graph.pdf)

- ⇒ Le aree di indagine che sono attualmente poco coperte riguardano la *qualità della vita* percepita, anche se in alcuni aspetti l'ISTAT, il CENSIS, le Associazioni Sindacali e altri Istituti interessati rilevano dei dati che naturalmente è necessario non duplicare, e l'*autosufficienza e i bisogni* sia assistenziali che sociali, compresa la conoscenza dei servizi dedicati alla popolazione anziana.
- ⇒ Qualità della vita Nella valutazione dello stato di salute di una persona, oltre all'aspetto clinico, assume sempre più importanza l'analisi della qualità di vita percepita, cioè del grado di benessere complessivo avvertito. Vari studi hanno fornito un quadro delle malattie prevalenti fra gli anziani (4, 9), ma esiste una differenza tra condizioni di salute rilevate dal medico o da un osservatore e stato di salute percepito. A livello individuale, la qualità della vita include la percezione dello stato di salute sia fisico che mentale, i rischi per la salute ed altre condizioni, il sostegno sociale e lo stato socio-economico. Questa indagine aiuterebbe in maniera indiretta i responsabili dei Distretti Sanitarie dei centri sociali e di salute, nonché altri organismi interessati alla conoscenza e quindi alla messa in atto di interventi per ridurre la fragilità. Sicuramente però il beneficio diretto si riverserebbe sulla popolazione anziana soprattutto come qualità della vita, se gli Enti preposti metteranno insieme programmi integrati secondo anche le intenzioni del Ministero della Salute previste dal programma "Guadagnare salute". Benché il concetto di qualità della vita sia difficilmente definibile, sono stati messi a punto metodi per misurarla in modo da far emergere quelle condizioni che, pur non provocando un aumento della mortalità o dei ricoveri, incidono sulla salute intesa in senso lato, secondo la definizione dell'OMS del 1948<sup>2</sup>. I modelli per valutare la qualità di vita percepita sono numerosi: uno dei metodi maggiormente utilizzati e validati è quello relativo alla stima dei "giorni vissuti in salute", che utilizza quattro domande inerenti la percezione dello stato di salute e i giorni passati in cattiva salute. Le misure della qualità della vita ottenute in questo tipo di studi, con modalità standardizzate, consentiranno di considerare un aspetto generalmente trascurato della salute dell'anziano, in modo di indirizzare meglio le strategie di intervento ed individuare gli indicatori per la valutazione degli interventi.
- ⇒ Autosufficienza e bisogni Si sta registrando negli anni un progressivo aumento della frequenza di anziani non autosufficienti nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. La perdita di autosufficienza è associata alla presenza di malattie croniche, quindi comporta bisogni di assistenza sia nell'effettuare attività legate alla sopravvivenza, sia per effettuare le cure mediche o infermieristiche. D'altro canto, la perdita di autosufficienza è associata anche ad isolamento sociale e quindi genera ulteriori bisogni su questo versante. La conoscenza di aree specifiche di non autosufficienza in soggetti non istituzionalizzati gioverebbe sicuramente in modo indiretto alla programmazione di interventi, anche in questo caso integrati, e in modo diretto alle persone anziane non autosufficienti ma, soprattutto a migliorare le condizioni di quelli parzialmente sufficienti. Anche in questo caso la misurazione effettuata dagli organismi istituzionali non arriva al dettaglio territoriale che, come si evidenzia anche in esperienze diverse, è la vera sede per poi avere interventi efficaci. Per misurare l'autosufficienza è stato sviluppato un sistema basato sulla capacità dell'individuo di effettuare alcune attività della vita quotidiana (ADL). Sono state indagate molteplici ADL, dalle funzioni fisiologiche (come urinare), a quelle motorie, a quelle che consentono la cura di sé (come vestirsi, lavarsi), a quelle strumentali, pur legate alla sopravvivenza (come prepararsi da mangiare). In Italia, i dati disponibili sull'autosufficienza sono attualmente limitati, soprattutto a livello locale (4, 8). Tra le persona al di sopra di 64 anni, la percentuale stimata di gravi non autosufficienti oscilla intorno al 20%, con una forte differenza tra le età (al di sopra degli ottanta anni può raggiungere il 50%). In risposta all'emergere di questi nuovi bisogni il Ministero per la Salute ha individuato, nell'ultimo Piano Sanitario Nazionale, l'area degli anziani non autosufficienti come priorità, invitando le Regioni a pianificare l'assistenza per individuare le azioni prioritarie e strategie differenziate di offerta assistenziale, in modo da diminuire per quanto possibile il disagio dell'anziano, spingendo soprattutto sulla necessità di adottare misure di assistenza sanitaria e sociale a domicilio e diminuire l'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti.
- ⇒ Per attuare questo compito è necessario che le Regioni dispongano di informazioni epidemiologiche adeguate. Ad esempio, un recente studio effettuato in Sicilia mostrava che la famiglia subisce quasi per intero il carico assistenziale (9), ma la realtà italiana è molto più differenziata, con la presenza di personale a pagamento prevalentemente composto da immigrati, intervento dei servizi sociali e sanitari, organizzazione di centri residenziali a diverso livello di intensità. E' essenziale rilevare dati non esistenti attualmente che si andranno ad integrare ai risultati delle ricerche già svolte o in atto. In particolare, si potrà rispondere in modo più efficiente ed efficace ai bisogni assistenziali della popolazione anziana, una delle più numerose di Italia. La programmazione a livello di Aziende Sanitarie Locali sarebbe più precisa e focalizzata sulle reali priorità, questo comporterebbe una razionalizzazione degli interventi. Inoltre lo scopo del progetto è quello di coinvolgeri i servizi del sociale che quotidianamente sono a contatto con le persone anziane, questo comporterebbe una sostenibilità totale della sorveglianza che vedrebbe impegnati soggetti che quasi istituzionalmente lavorano nel settore a vari livelli. Questo favorirebbe sicuramente la sostenibilità del sistema di sorveglianza, anche perché si prevede una frequenza di rilevazione biennale.

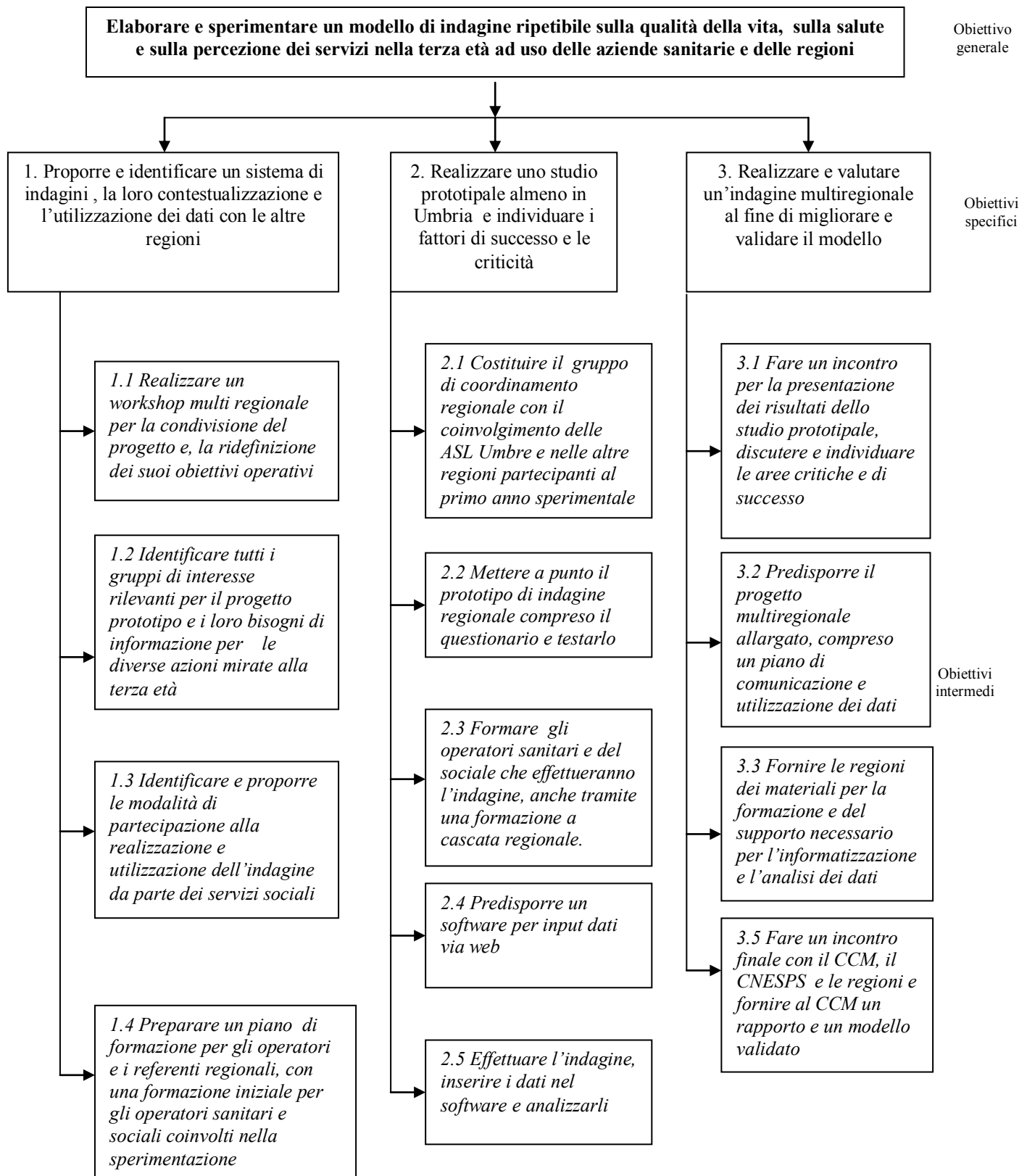
<sup>2</sup> La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non solamente l'assenza di malattia o infermità (OMS 1948).

⇒ Lo scopo del presente progetto è costruire un modello di indagine multiregionale che possa fornire periodicamente informazioni sulla salute nella terza età nelle regioni italiane . Il progetto include la costruzione della governance dell'indagine, tale da coinvolgere il sistema sanitario nazionale e soprattutto le componenti sociali sia interne al Sistema sia esterne di altre Istituzioni locali, al fine di garantire l'uso dei risultati. Il progetto include anche l'attuazione di una indagine prototipale estesa nella regione Umbria (capofila) e in altre regioni interessate, in una prima fase e di un'indagine nazionale o multiregionale in una seconda fase.

## Obiettivo generale

Elaborare e sperimentare un modello di indagine ripetibile sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età ad uso delle aziende sanitarie e delle regioni

## Quadro logico del progetto



## Strategie del progetto

### Obiettivo specifico 1.

Proporre e identificare un sistema di indagini , la loro contestualizzazione e l'utilizzazione dei dati con le altre regioni.

### Obiettivo intermedio 1.1

La Regione Umbria con la diretta collaborazione del CCM invierà agli assessorati regionali la proposta sintetica ed il rationale, chiedendo di identificare i referenti regionali che parteciperanno al primo momento di ragionamento e confronto. In questa sede le regioni saranno invitate a presentare le loro esperienze in materia. Si dovrà arrivare a predisporre una sintesi dell'incontro con le necessità espresse dalle varie realtà territoriali. Si dovrà proporre una partecipazione iniziale sia per la messa a punto del protocollo sia per la partecipazione al primo o al secondo anno dell'indagine. Il Workshop sarà organizzato nella fase iniziale del progetto. Si proporrà un comitato tecnico.

**Azione:** Organizzazione del workshop a spese della Regione Umbria tramite la Fondazione Centro Studi Città di Orvieto.

**Azione:** Presentazione della bozza di documento di ridefinizione al CCM

### Obiettivo intermedio 1.2

In questa sede e in parte già nella fase preliminare (obiettivo 1.1) si dovranno identificare tutti i gruppi di interesse che a vari livelli saranno interessati al progetto, sia nel settore sanitario che nel sociale. Favorire l'ingresso, come parte operativa, degli operatori sociali delle ASL e dei comuni al fine di avere soggetti che svolgeranno l'indagine che sono regolarmente a contatto con le persone anziane autosufficienti, non autosufficienti o assistiti domiciliarmente. Dovranno anche essere identificate le esigenze formative ed informative per le azioni mirate.

**Azione:** Invio materiale informativo ai gruppi interessati con riferimento telefonico del coordinatore dell'indagine prototipale e richiesta di incontri.

**Azione:** incontri con gli stakeholders e adesione al progetto per quelli con interesse primario

### Obiettivo intermedio 1.3

Si identificheranno le modalità di partecipazione da parte degli operatori sociali ad una eventuale attuazione dell'indagine prototipale iniziale e di conseguenza si proporranno protocolli per quelle successive (elemento importante per la sostenibilità del sistema).

**Azione:** Presentazione dell'ipotesi di indagine con la dimostrazione dell'importanza della sostenibilità del sistema e quindi della necessità del "Sociale" sia sanitario che dei Comuni (auspicabile anche la partecipazione di organizzazioni di volontariato o sindacali) alla realizzazione dell'indagine.

**Azione:** Incontri con i referenti del Sociale Sanitario delle 4 ASL e dei comuni per l'adesione all'indagine

### Obiettivo intermedio 1.4

Costituire e realizzare un curriculum formativo in collaborazione con il CNESPS, possibilmente attraverso il Corso "Epidemiologia in Azione" che si svolgerà ad Orvieto nel mese di maggio 2008.

La regione con il coinvolgimento del CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità preparerà un curriculum formativo adeguato allo sviluppo delle conoscenze e competenze necessarie per il personale identificato. Per promuovere competenze appropriate negli operatori all'interno delle strutture considerate la formazione si servirà di metodi appropriati all'età delle persone da formare e ai contesti all'interno dei quali esse operano. In tal senso, per essere efficace, la formazione deve realizzarsi all'interno di progetti formativi teorico-pratici specificamente calibrati sui bisogni dei partecipanti e delle loro realtà d'appartenenza. Fondamentalmente basata sul problem-solving, le attività di training includeranno non solo dei corsi formali con esercitazioni appropriate, ma anche esperienze pratiche "post training" eseguite sotto supervisione, nelle settimane-mesi successivi alla formazione frontale.

E' necessario l'accreditamento ECM da parte del CCM.

**Azione:** Valutare le esigenze formative delle varie figure professionali in un workshop con la presenza del CNESPS

**Azione:** Workshop con il gruppo tecnico e i vari referenti, visione dei materiali già esistenti

## Piano di valutazione e azioni Obiettivo Specifico 1

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	
Elaborare un modello di indagine ripetibile sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età ad uso delle aziende sanitarie locali e delle regioni.	
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 1</b>	
Proporre e identificare un sistema di indagini, la loro contestualizzazione e l'utilizzazione dei dati con le altre regioni	
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 1.1</b>	
Realizzare un workshop multi regionale per la condivisione del progetto e, la ridefinizione dei suoi obiettivi operativi.	
<b>Indicatore di risultato:</b> Definizione degli obiettivi operativi.	
<b>Standard:</b> produzione di un documento	
	<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 1.1</b>
	<b>Azione:</b> Organizzazione del workshop a spese della Regione Umbria tramite la Fondazione Centro Studi Città di Orvieto. <i>Indicatore di processo:</i> Tempo di realizzazione <i>Standard:</i> entro 3 mesi dall'inizio del progetto
	<b>Azione:</b> Presentazione della bozza di documento di ridefinizione al CCM <i>Indicatore di processo:</i> Tempo di presentazione del documento <i>Standard:</i> presentazione entro 5 mesi dall'inizio del progetto
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 1.2</b>	
Identificare tutti i possibili gruppi di interesse rilevanti per il progetto prototipo e i loro bisogni di informazione per le diverse azioni mirate alla terza età.	
<b>Indicatore di risultato:</b> Numero di stakeholders contattati su quelli potenzialmente interessati espresso in %	
<b>Standard:</b> 50%	
	<b>Obiettivo Intermedio 1.2</b>
	<b>Azione:</b> Invio materiale informativo ai gruppi interessati con riferimento telefonico del coordinatore dell'indagine prototipale e richiesta di incontri. <i>Indicatore di processo:</i> Incontri accordati/su quelli richiesti <i>Standard:</i> 50%
	<b>Azione:</b> incontri con gli stakeholders e adesione al progetto per quelli con interesse primario <i>Indicatore di processo:</i> numero di adesioni dei portatori di interesse potenzialmente attivi alla programmazione in % <i>Standard:</i> 50%
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 1.3</b>	
Identificare e proporre le modalità di partecipazione alla realizzazione e utilizzazione dell'indagine da parte dei servizi sociali	
<b>Indicatore di risultato:</b> Incontri con i Servizi sociali della ASL e possibilmente territoriali dei comuni.	
<b>Standard:</b> Documento con le proposte condivise	
	<b>Obiettivo Intermedio 1.3</b>
	<b>Azione:</b> Presentazione dell'ipotesi di indagine con la dimostrazione dell'importanza della sostenibilità del sistema e quindi della necessità del "Sociale" sia sanitario che dei Comuni alla realizzazione dell'indagine. <i>Indicatore di processo:</i> Numero di modalità proposte su quelle individuate <i>Standard:</i> 50%
	<b>Azione:</b> Incontri con i referenti del Sociale Sanitario delle 4 ASL e dei comuni per l'adesione all'indagine <i>Indicatore di processo:</i> numero di adesioni <i>Standard:</i> almeno i servizi sociali delle ASL
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 1.4</b>	
Preparare un piano di formazione per gli operatori e i referenti regionali, con una formazione iniziale per gli operatori sanitari e sociali coinvolti nella sperimentazione.	
<b>Indicatore di risultato:</b> tempo di realizzazione del documento	
<b>Standard:</b> entro 7 mesi dall'inizio del progetto	
	<b>Obiettivo Intermedio 1.4</b>
	<b>Azione:</b> Valutare le esigenze formative delle varie figure professionali in un workshop con la presenza del CNESPS <i>Indicatore di processo:</i> presenza delle figure individuate per la messa a punto della fase 1 del progetto. <i>Standard:</i> 60% di presenza.
	<b>Azione:</b> Workshop con il gruppo tecnico e i vari referenti, visione dei materiali già esistenti <i>Indicatore di processo:</i> Quantità di materiali visionati su quelli disponibili entro i tempi del workshop <i>Standard:</i> 60%

**CRONOGRAMMA PER LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ  
OBIETTIVO SPECIFICO 1.**

I Report vengono redatti ogni sei mesi (colonne grigio chiaro).

Mese	Primo anno dall'inizio del progetto												Secondo anno del progetto											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Obiett.1.1	■	■	■			■						■						■						■
Obiett.1.2	■	■	■	■	■	■						■						■						■
Obiett.1.3		■	■	■		■						■						■						■
Obiett.1.4				■	■	■						■						■						■

## Strategie del progetto

### Obiettivo specifico 2.

Realizzare uno studio prototipale in Umbria o esteso e individuare i fattori di successo e le criticità.

#### Obiettivo intermedio 2.1

Si dovrà costruire il gruppo di riferimento regionale al quale parteciperanno le quattro unità operative di epidemiologia delle ASL umbre, inoltre i referenti delle regioni che intenderanno svolgere l'indagine prototipale nel primo anno. Il gruppo che costituirà il comitato tecnico dovrà avere un coordinatore.

**Azione:** istituzione del gruppo di coordinamento

**Azione:** monitoraggio e valutazione delle proposte espresse

#### Obiettivo intermedio 2.2

Si andrà a mettere a punto il Prototipo regionale di indagine con un protocollo nel quale dovranno essere specificate:

- La tipologia dello studio
- Il livello di rappresentatività (ASL – Regione)
- La precisione
- Il tipo di intervista e le modalità di somministrazione
- Il tipo di campionamento
- Il questionario (stesura e test)
- Le modalità di campionamento

**Azione:** Messa a punto del protocollo operativo regionale in dettaglio

**Azione:** Messa a punto del questionario revisione bibliografica e della letteratura grigia

**Azione:** Costruzione del questionario

**Azione:** Test del questionario

**Azione:** Validazione del questionario

#### Obiettivo intermedio 2.3

In questa sede e in parte già nella fase preliminare (obiettivo 1.1) si dovranno identificare i destinatari della formazione a vari livelli e prevedere anche un tipo di formazione a cascata nelle varie regioni. Si andrà a mettere a punto di conseguenza il piano di formazione che terrà conto delle esigenze e dei vari gradi di necessità formativa (referenti, formatori regionali, operatori sanitari, operatori del sociale).

**Azione:** formazione referenti e formatori sulle tecniche di indagine epidemiologica soprattutto su quelle relative ai sistemi di sorveglianza e agli studi trasversali (tramite il corso di “epidemiologia in azione” ed altri necessari)

**Azione:** formazione operatori sulle tecniche di indagine epidemiologica e sulle tecniche dell'intervista frontale. Tecniche e strategie.

#### Obiettivo intermedio 2.4

Si dovrà valutare l'esigenza informatica e la tipologia di software da utilizzare, auspicando che il programma funzioni via web. Successivamente dovrà essere contattata una o più software-house per la messa a punto del programma che abbia funzioni di data-base e di analisi. Programmare anche la formazione degli operatori che effettueranno il data-entry.

**Azione:** Incontri con le software house per descrivere le esigenze informative del sistema

**Azione:** Bando di gara per l'assegnazione del lavoro alla software house

#### Obiettivo intermedio 2.5

E' la fase operativa sul campo, si dovranno effettuare le interviste con i soggetti estratti nei tempi ragionevolmente previsti, contemporaneamente all'indagine si effettuerà il data entry e successivamente l'analisi. Una analisi primaria sarà effettuata direttamente dal software che, tuttavia, renderà disponibile la banca dati per ulteriori considerazioni e analisi a livello più dettagliato localmente.

**Azione:** Indagine sul campo

**Azione:** Data entry ed analisi

## Piano di valutazione e azioni Obiettivo specifico 2.

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	
Elaborare un modello di indagine ripetibile sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età ad uso delle aziende sanitarie locali e delle regioni .	
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 2</b>	
Realizzare uno studio prototipale almeno in Umbria e individuare i fattori di successo e le criticità.	
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 2.1</b>	
Costituire il gruppo di coordinamento regionale con il coinvolgimento delle ASL Umbre e nelle altre regioni partecipanti al primo anno sperimentale	
<b>Indicatore di risultato:</b> % presenti prima riunione sui previsti <b>Standard:</b> 60%	
	<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 2.1</b>
	<b>Azione:</b> istituzione del gruppo di coordinamento <i>Indicatore di processo:</i> numero incontri periodici su quelli programmati % <i>Standard:</i> 60%
	<b>Azione:</b> monitoraggio e valutazione delle proposte espresse <i>Indicatore di processo:</i> N. proposte valutate sul totale <i>Standard:</i> 80%
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 2.2</b>	
Mettere a punto il prototipo di indagine regionale compreso il questionario e testarlo	
<b>Indicatore di risultato:</b> raggiungimento obiettivi prefissati secondo i tempi previsti <b>Standard:</b> 60% di raggiungimento degli obiettivi	
	<b>Obiettivo Intermedio 2.2</b>
	<b>Azione:</b> Messa a punto del protocollo operativo regionale in dettaglio <i>Indicatore di processo:</i> n. incontri effettuati su quelli previsti <i>Standard:</i> 70%
	<b>Azione:</b> Messa a punto del questionario revisione bibliografica e della letteratura grigia <i>Indicatore di processo:</i> n. revisioni effettuate su quelle rintracciate <i>Standard:</i> 70%
	<b>Azione:</b> Costruzione del questionario <i>Indicatore di processo:</i> numero di incontri periodici su quelli programmati <i>Standard:</i> 60% di quelli programmati
	<b>Azione:</b> Test del questionario <i>Indicatore di processo:</i> numero di test effettuati su quelli previsti <i>Standard:</i> 80%
	<b>Azione:</b> Validazione del questionario <i>Indicatore di processo:</i> tempo per il questionario definitivo <i>Standard:</i> entro 9 mesi dall'inizio del progetto
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 2.3</b>	
Formare gli operatori sanitari e del sociale che effettueranno l'indagine, anche tramite una formazione a cascata regionale.	
<b>Indicatore di risultato:</b> Numero di soggetti formati su quelli previsti in % <b>Standard:</b> 60%	
	<b>Obiettivo Intermedio 2.3</b>
	<b>Azione:</b> formazione referenti e formatori sulle tecniche di indagine epidemiologica soprattutto su quelle relative ai sistemi di sorveglianza e agli studi trasversali <i>Indicatore di processo:</i> numero di referenti che abbiano seguito almeno un corso di formazione sulle tematiche in corso <i>Standard:</i> 60% dei referenti
	<b>Azione:</b> formazione operatori sulle tecniche di indagine epidemiologica e sulle tecniche dell'intervista frontale. Tecniche e strategie. <i>Indicatore di processo:</i> numero di operatori formati su quelli previsti <i>Standard:</i> 60%
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 2.4</b>	
Predisporre un software per input dati via web	
<b>Indicatore di risultato:</b> tempi di contatto e di scelta della software house <b>Standard:</b> entro 10 mesi dall'inizio del progetto	
	<b>Obiettivo Intermedio 2.4</b>

	<b>Azione:</b> Incontri con le software house per descrivere le esigenze informative del sistema <i>Indicatore di processo:</i> numero di incontri su quelli previsti in % <i>Standard:</i> 60% <b>Azione:</b> Bando di gara per l'assegnazione del lavoro alla software house <i>Indicatore di processo:</i> Tempo di assegnazione <i>Standard:</i> Entro 8 mesi dall'inizio del progetto
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 2.5</b>	
Effettuare l'indagine, inserire i dati nel software ed analizzarli	
<b>Indicatore di risultato:</b> Conclusione delle fasi necessariamente in tempi utili per il secondo anno	
<b>Standard:</b> entro 14 mesi dall'inizio del progetto	
	<b>Obiettivo Intermedio 2.5</b> <b>Azione:</b> Indagine sul campo <i>Indicatore di processo:</i> numero di interviste programmate sul totale del campione% <i>Standard:</i> 70% <b>Azione:</b> Data entry ed analisi <i>Indicatore di processo:</i> N. di analisi effettuate rispetto al piano previsto % <i>Standard:</i> 80%

**CRONOGRAMMA PER LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ  
OBIETTIVO SPECIFICO 2.**

I Report vengono redatti ogni sei mesi (colonne grigio chiaro).

Mese	Primo anno dall'inizio del progetto												Secondo anno del progetto											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Obiett.2.1																								
Obiett.2.2																								
Obiett.2.3																								
Obiett.2.4																								
Obiett.2.5																								

## Strategie del progetto

### Obiettivo specifico 3.

Realizzare e valutare un'indagine multiregionale al fine di migliorare e validare il modello.

#### Obiettivo intermedio 3.1

Presentare alle regioni interessate alla seconda fase dello studio i risultati del primo anno di sperimentazione sviscerando profondamente tutti gli indicatori di processo e di esito, individuare le aree di successo e le aree critiche che possono complicare le attività legate allo studio.

**Azione:** Organizzare il workshop per presentare i risultati

**Azione:** Presentare i dati ed individuare le aree critiche

#### Obiettivo intermedio 3.2

Predisporre un secondo protocollo che si basi sul precedente con le correzioni necessarie scaturite dalla valutazione. Previa costituzione di un gruppo tecnico multiregionale allargato, definire le modalità di esecuzione dell'indagine e i tempi che dovranno tenere conto dei tempi finali del progetto. Va definita in questa sede anche la strategia di comunicazione.

**Azione:** Messa a punto del protocollo operativo multi regionale in dettaglio compresa la comunicazione

**Azione:** revisione del questionario

**Azione:** Test del questionario

#### Obiettivo intermedio 3.3

Si dovranno fornire alle regioni che si appresteranno ad effettuare lo studio nella seconda fase i materiali e il supporto necessario sia per la formazione degli operatori che per lo svolgimento dell'indagine tramite:

- Materiali didattici
- Formatori se necessario
- Supporto tecnico per il campionamento se necessario
- Supporto tecnico informatico
- Altro

**Azione:** Favorire la formazione dei referenti e formatori sulle tecniche di indagine epidemiologica soprattutto su quelle relative ai sistemi di sorveglianza e agli studi trasversali

**Azione:** Favorire la formazione degli operatori sulle tecniche di indagine epidemiologica e sulle tecniche dell'intervista frontale delle regioni che ne hanno fatto richiesta

#### Obiettivo intermedio 3.4

In uno o più incontri finali con la presenza di tutte le regioni partecipanti, dei rappresentanti interessati dello CNESPS e del CCM, si procederà ad un workshop per la valutazione dei risultati di processo e di esito, della qualità e dell'importanza delle rilevazioni effettuate. Il tutto porterà alla validazione eventuale del modello da fornire come base-line al CCM.

**Azione:** Raccogliere tutti i materiali di analisi di processo delle varie regioni

**Azione:** Valutare il processo con le regioni e il CNESPS

**Azione:** Validare il modello con le regioni e il CNESPS

### Piano di valutazione e azioni Obiettivo specifico 3.

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	
Elaborare un modello di indagine ripetibile sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età ad uso delle aziende sanitarie locali e delle regioni .	
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 3</b>	
Realizzare e valutare un'indagine multiregionale al fine di migliorare e validare il modello.	
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 3.1</b>	
Fare un incontro per la presentazione dei risultati dello studio prototipale: sia di processo che di esito; discutere e individuare le aree critiche e di successo	
<b>Indicatore di risultato:</b> referenti regionali presenti su quelli previsti % <b>Standard:</b> 60%	
	<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 3.1</b> <b>Azione:</b> Organizzare il workshop per presentare i risultati <i>Indicatore di processo:</i> Tempi di realizzazione <i>Standard:</i> entro 15 mesi dall'inizio del progetto <b>Azione:</b> Presentare i dati ed individuare le aree critiche <i>Indicatore di processo:</i> N. proposte e valutazioni sul totale % <i>Standard:</i> 60% delle regioni che hanno partecipato all'analisi preliminare
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 3.2</b>	
Predisporre il progetto multiregionale allargato, compreso un piano di comunicazione e utilizzazione dei dati.	
<b>Indicatore di risultato:</b> N. di incontri al fine delle adesioni con le regioni che hanno già fatto il primo lavoro e quelle nuove sul previsto <b>Standard:</b> 60% del previsto	
	<b>Obiettivo Intermedio 3.2</b> <b>Azione:</b> Messa a punto del protocollo operativo multi regionale in dettaglio compresa la comunicazione <i>Indicatore di processo:</i> n. incontri effettuati su quelli previsti <i>Standard:</i> 70% <b>Azione:</b> revisione eventuale del questionario <i>Indicatore di processo:</i> n. revisioni effettuate su quelle proposte <i>Standard:</i> 70% <b>Azione:</b> Test del questionario <i>Indicatore di processo:</i> numero di test effettuati su quelli previsti <i>Standard:</i> 70%
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 3.3</b>	
Fornire le regioni dei materiali per la formazione e del supporto necessario per l'informatizzazione e l'analisi dei dati.	
<b>Indicatore di risultato:</b> Numero di regioni incontrate su quelle che ne hanno fatto richiesta <b>Standard:</b> 50%	
	<b>Obiettivo Intermedio 3.3</b> <b>Azione:</b> Favorire la formazione dei referenti e formatori sulle tecniche di indagine epidemiologica soprattutto su quelle relative ai sistemi di sorveglianza e agli studi trasversali <i>Indicatore di processo:</i> numero di richieste evase per i referenti sulle tematiche in corso delle regioni che ne hanno fatto richiesta <i>Standard:</i> 50% dei referenti <b>Azione:</b> Favorire la formazione degli operatori sulle tecniche di indagine epidemiologica e sulle tecniche dell'intervista frontale delle regioni che ne hanno fatto richiesta <i>Indicatore di processo:</i> numero di richieste evase per favorire la formazione operatori sulle tecniche di indagine epidemiologica e sulle tecniche dell'intervista frontale delle regioni che ne hanno fatto richiesta <i>Standard:</i> 50%
<b>OBIETTIVO INTERMEDIO 3.4</b>	
Fare un incontro finale con il CCM, il CNESPS e le regioni e fornire al CCM un rapporto e un modello validato	
<b>Indicatore di risultato:</b> Modello finale per il committente CCM <b>Standard:</b> entro 24 mesi dall'inizio del progetto.	
	<b>Obiettivo Intermedio 3.4</b>

	<p><b>Azione:</b> Raccogliere tutti i materiali di analisi di processo delle varie regioni  <i>Indicatore di processo:</i> Numero di valutazioni raccolte su quelle prodotte  <i>Standard:</i> 70%</p> <p><b>Azione:</b> Valutare il processo con le regioni e il CNESPS  <i>Indicatore di processo:</i> N. di incontri sul previsto %  <i>Standard:</i> 70%</p> <p><b>Azione:</b> Validare il modello con le regioni e il CNESPS  <i>Indicatore di processo:</i> Tempo per la Produzione del piano di valutazione del processo totale  <i>Standard:</i> Entro 24 mesi dall'inizio del progetto.</p>
--	--

**CRONOGRAMMA PER LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ  
 OBIETTIVO SPECIFICO 3.**

I Report vengono redatti ogni sei mesi (colonne grigio chiaro).

Mese	Primo anno dall'inizio del progetto												Secondo anno del progetto												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Obiett.3.1																									
Obiett.3.2																									
Obiett.3.3																									
Obiett.3.4																									

**PIANO FINANZIARIO GENERALE**

<b>Risorse</b>	<b>Compiti e prodotti attesi</b>	<b>1° anno</b>	<b>2° anno</b>	<b>totale</b>
<b>Personale</b>		<b>72.000</b>	<b>48.000</b>	<b>120.000</b>
<i>U.O. di Coordinamento (Management e collaboratori)</i>	Per lo sviluppo dei compiti di coordinamento, organizzazione, tenuta dei contatti con i referenti, supervisione della formazione, data entry, analisi e diffusione dei dati.	30.000	30.000	60.000
<i>Attività di coordinamento nelle ASL</i>	Per lo sviluppo dei compiti di coordinamento, organizzazione, tenuta dei contatti.	18.000	18.000	36.000
<i>Attività di esecuzione dell'indagine nelle 4 ASL umbre, incentivo operatori</i>	Per l'esecuzione delle indagini, lo svolgimento dei compiti di coordinamento aziendale	24.000		24.000
<b>Attività di incontri e formazione (in collaborazione con la Fondazione Centro Studi Città di Orvieto)</b>		<b>72.000</b>	<b>42.000</b>	<b>114.000</b>
<i>Workshop e incontri preliminari, di processo e conclusivi</i>	Per la preparazione dell'indagine, il monitoraggio dei processi e la preparazione e presentazione dei documenti e dello studio pilota.	27.000	27.000	54.000
<i>Formazione compresi rimborsi per il corso "Epidemiologia in Azione" e l'uso del software</i>	Per le attività formative regionali e multiregionali (copertura a carico della Regione Capo – fila) comprese anche nel Corso del CNESPS	45.000	15.000	60.000
<b>Beni e servizi</b>		<b>32.500</b>	<b>7.500</b>	<b>40.000</b>
<i>Software</i>		30.000	5.000	35.000
<i>Varie</i>		2.500	2.500	5.000
<b>Missioni</b>		<b>10.000</b>	<b>10.000</b>	<b>20.000</b>
<i>Spese di trasferta per incontri con altre regioni o soggetti interessati.</i>	Per eventuale supporto ad altre realtà regionali	10.000	10.000	20.000
<b>Spese generali</b>		<b>3.000</b>	<b>3.000</b>	<b>6.000</b>
<i>Cancelleria, stampe, telefono, materiale, segreteria</i>		3.000	3.000	6.000
<b>Totale</b>		<b>189.500</b>	<b>110.500</b>	<b>300.000</b>

## **Riferimenti bibliografici**

1. Maggi S, Farchi G, Crepaldi G. Epidemiologia della cronicità in Italia. In: Rapporto Sanità 2001. Ed. Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. Bologna: Il Mulino; 2001 pp. 103-21.
2. Istat – “Anziani in Italia” Bologna: Il Mulino, 1997
3. Ministero della Sanità. <http://www.sanita.it/sdo/Dati99/indicatoriDomanda.xls>
4. ISTAT. Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000. Roma: Ministero della Salute.
5. Ministero della Salute. <http://www.sanita.it/sdo/dati/agggregati/sceltafine.asp?selcli=STG>
6. Centro Nazionale di Ricerca: Relazione Conclusiva Progetto Finalizzato Invecchiamento (vol. 1: L'attività i risultati ) Roma 25 Novembre 1998.
7. Verbrugge LM Merrill S, Liu X. Disability Parsimony. In: Health survey research methods conference proceedings (Breckenridge, CO 1995) Richard Warnecke, ed. DHHS publication no. (PHS) 96-1013, April 1996, pp 3-9.
8. Rubino T, Lunghi L, Ricci EM. Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. In: Quaderni ISVAP Ars Nova 2001 pp35-52.
9. Ciccozzi M et al. Salute, Autonomia e Integrazione Sociale degli Anziani, Comune di Caltanissetta, 2001
10. Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days. Atlanta, GA: CDC, November, 2000.
11. <http://www.centromarani.it/Giornale/Giu2000/gambina.htm>
12. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. Int J Geriatr Psychiatry. 2001 ;16:216-22.
13. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15:1021-7.
14. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. N Engl J Med. 1989;320:1055-9.
15. <http://www.istati.it/Anotizie/Aaltrein/statinbrev/incidentidomestici.html>
16. ISTAT (2000), *Cause di morte: anno 1997*. Roma (Annuari n. 13).
17. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. J Am Geriatr Soc. 1995; 43:1214-21.
18. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. J Am Geriatr Soc 1999;47:40-50.
19. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. J Am Geriatr Soc. 1999;47:30-9.
20. Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. Rassegna: La correzione di fattori di rischio multipli riduce le cadute nei pazienti anziani. <http://www.infomedica.org/ebm/papers/981010.phtml>
21. Zhan C, Sangl J, Bierman AS et al. Potentially Inappropriate Medication Use in the Community-Dwelling Elderly: Findings From the 1996 Medical Expenditure Panel Survey JAMA 2001;286:2823-2829.
22. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 1998;30:992-1008.
23. Gregg EW Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. J Am Geriatr Soc 2000; 438:883-93.
24. Carter ND, Kannus P, Khan KM. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. Sports Med 2001;31:427-38.
25. Deal CL. Osteoporosis: prevention, diagnosis, and management. Am J Med 1997; 102 (1A): 35S-39S.
26. Posner BM, Jette A, Smigelski C, Miller D, Mitchell P. Nutritional risk in New England elders. J Gerontol. 1994;49:M123-32.
27. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. J Dent Res 2000;79:970-5
28. Centers for Disease Control and Prevention. Update on Adult Immunization Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR, 1991 ; 40(RR12) :1-52
29. Pregliasco F, Sodano L, Mensi C, et al. Influenza vaccination among the elderly in Italy. Bull WHO 1999; 77: 127-131.
30. D'Argenio P et al. Antinfluenza vaccination among the aged in three southern Italian towns. Igiene Moderna 1995; 103: 209-222.
31. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist 1970; 10:20-30.
32. Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond. 1991; 44: 98-106.
33. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info, Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention: 1994.