

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

PASSI d'Argento

La qualità della vita percepita
dalle persone con 65 anni e più

Emilia-Romagna

Indagine 2009



Regione Emilia-Romagna

Redazione e impaginazione a cura di:

Giuliano Carrozzi, Lara Bolognesi, Letizia Sampaolo (*Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Modena*)

Nicoletta Bertozzi, Diego Sangiorgi (*Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Cesena*)

Mauro Mirri (*Servizio Governo dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza, Regione Emilia-Romagna*)

Alba Carola Finarelli, Paola Angelini, Andrea Mattivi, Rossana Mignani (*Servizio Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna*)

Stampa Litografia Zucchini - Bologna, dicembre 2009

Copia del volume può essere richiesta a:

Rossana Mignani *Regione Emilia-Romagna*

Viale Aldo Moro, 21 40127 Bologna

e-mail: rmignani@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito internet

http://www.saluter.it/wcm/saluter/pubblicazioni/tutte_le_pubblicazioni/contributi/contributi.htm

Copia del questionario PASSI d'Argento può essere richiesta a:

Giuliano Carrozzi *AUSL Modena*

Viale M. Finzi, 211 - 41122 Modena (MO)

e-mail: g.carrozzi@ausl.mo.it

Siti internet di riferimento per lo studio:

<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>

<http://sanita.regione.umbria.it/news.asp?id=924>

http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/par/sezioni_laterali/passi/dettagli.htm



A cura di:

Giuliano Carrozzi, Nicoletta Bertozzi, Mauro Mirri, Lara Bolognesi, Letizia Sampaolo, Alba Carola Finarelli, Paola Angelini, Rossana Mignani, Anna Rita Sacchi, Alma Nieddu, Anna Maria Ferrari, Paolo Pandolfi, Ivana Stefanelli, Aldo De Togni, Giuliano Silvi, Oscar Mingozi, Diego Sangiorgi, Fausto Fabbri (*Gruppo Tecnico Regionale PASSI d'Argento*)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello nazionale:

Alberto Perra, Lilia Biscaglia, Benedetta Contoli, Arianna Dittami, Lorenzo Fantozzi, Stefania Salmaso (*CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità*)
Amedeo Baldi, Giuliano Carrozzi, Marco Cristofori (*Gruppo Tecnico Operativo*)
Marcello Catanelli, Antonio Cherubini, Paolo D'Argenio, Teresa Di Fiandra, Maria Donata Giaimo, Fiammetta Landoni, Lorenzo Spizzichino, Stefania Vasselli (*Gruppo Tecnico Scientifico*)

- a livello regionale:

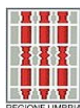
Raffaele Fabrizio, Mauro Mirri (*Servizio Governo dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza, Regione Emilia-Romagna*)
Pierluigi Macini, Alba Carola Finarelli, Paola Angelini, Andrea Mattivi, Rossana Mignani (*Servizio Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna*)

- a livello locale:

Coordinatori e Intervistatori

AUSL Piacenza	Anna Rita Sacchi, Maria Grazia Bonelli, Giancarla Fantini, Silvia Fanzini
AUSL Parma	Alma Nieddu, Paola Denti, Enrica Bigi, Luciana Bazzini, Manuela Ronchini, Michela Lecordetti, Lorenza Menozzi, Emanuela Piazza, Francesca Casoni, Stefania Allegri
AUSL Reggio Emilia	Anna Maria Ferrari, Monica Bellesia, Silvana Morotti, Carla Baldi, Margherita Merotto, Sabrina Fornari, Morena Martinelli, Salvatore Marziano, Maria Immacolata Cipresso, Adriana Costi, Curini Marzia, Adriana Casali, Rinaldi Laura
AUSL Modena	Giuliano Carrozzi, Lara Bolognesi, Letizia Sampaolo, Fabiana Aulopi, Maria Carani, Annalisa Del Monte, Sara Fallini, Carla Luciana Lai, Marina Marti, Ada Carla Panini, Patrizia Panini, Emanuela Vecchi, Carla Verderosa
AUSL Bologna	Paolo Pandolfi, Sara De Lisio, Greta Antolini, Elisa Bassi, Grazia Borgatti, Erika Sebastiani, Gemma Ferraro, Laura Sgargi Gherardi, Arianna Dal Pozzo, Licia Labanti, Antonio Bevilacqua, Patrizia Brintazzoli, Pierdaniela Russo, Franca Naldani, Gloria Romanelli, Cristian Sani, Chiara Storari
AUSL Imola	Ivana Stefanelli, Barbara Melandri, Catia Lupini, Raffaella Pasquali
AUSL Ferrara	Aldo De Togni, Roberto Cassoli, Felice Maran, Enrico Treggiari, Paolo Pasetti, Chiara Bertolasi, Maria Mascellani, Cinzia Roda, Laura Rossi, Sandra Villa
AUSL Ravenna	Giuliano Silvi, Silvia Cantagalli, Simona Cuman, Maria Grazia Emiliani, Elena Freddi, Sandra Ganzerli, Marinella Paganini, Mascia Rambelli, Barbara Rocchi, Susanna Rosignolo, Teresa Samorè
AUSL Forlì	Oscar Mingozi, Roberta Farneti, Antonella Bandini, Chiara Bertozzi, Carmela Cuticone, Oretta Mariotti, Daniela Naldoni, Alessandra Sanna
AUSL Cesena	Nicoletta Bertozzi, Sabrina Guidi, Diego Sangiorgi, Giuliana Battistini, Maria Grazia Battistini, Patrizia Caobelli, Franca Di Fulco, Laura Farneti, Barbara Ferrini, Giulia Valbonetti, Chiara Zani
AUSL Rimini	Fausto Fabbri, Michela Morri, Francesca Zampieri, Antonella Facciorusso, Iris Dall'Ara, Giovanna Emiliani, Milena Cima

Un sentito ringraziamento per la preziosa collaborazione, il tempo e l'attenzione generosamente dedicati: agli ultra 64enni che hanno preso parte all'indagine e alle persone che talvolta li hanno supportati durante l'intervista; ai Medici di Medicina Generale, ai Direttori Generali, ai Direttori Sanitari, ai Direttori dei Dipartimenti dell'Integrazione Socio-Sanitaria, ai Direttori di Distretto e ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL della Regione Emilia-Romagna; ai Sindaci e agli Assessori dei Comuni coinvolti; ai Direttori Generali delle Aziende Servizi alla Persona (ASP); agli intervistatori di PASSI d'Argento



In questa pubblicazione vengono sintetizzati i risultati dell'edizione 2009 dello Studio PASSI d'Argento, indagine sulla qualità della vita nelle persone con più di 64 anni.

PASSI d'Argento nasce all'interno di un progetto che il Ministero della Salute, attraverso il Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ha affidato alla Regione Umbria per definire un modello di sorveglianza nella popolazione ultra 64enne da estendere alle altre regioni italiane.

L'Emilia-Romagna ha creduto sin dall'inizio a questo progetto, intravedendo nel PASSI d'Argento uno strumento importante per la pianificazione, la progettazione e la valutazione degli interventi sociali e sanitari rivolti alla popolazione ultra 64enne.

PASSI d'Argento si inserisce inoltre a pieno titolo nel sistema delle sorveglianze auspicato anche dal nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, affiancando così PASSI, OKkio alla SALUTE e HBSC rivolti rispettivamente all'età adulta, infantile e adolescenziale.

Sull'intero territorio regionale circa 90 operatori appartenenti alle amministrazioni comunali dei Comuni partecipanti, alle Aziende Servizi alla Persona (ASP), alle Aziende Sanitarie e alle Associazioni di volontariato hanno condotto 620 interviste telefoniche o faccia a faccia a cittadini di 65 anni o più, utilizzando un questionario standardizzato. Gli intervistatori, opportunamente formati, hanno operato con la guida dei coordinatori aziendali della sorveglianza PASSI dei Dipartimenti di Sanità pubblica di tutte le Aziende Sanitarie della Regione, che hanno apportato l'esperienza e la professionalità acquisita in cinque anni di attività sul campo nella sorveglianza della popolazione adulta, garantendo continuità, uniformità e qualità dell'attività.

PASSI d'Argento ha costituito pertanto un esempio concreto e positivo dell'integrazione sociale e sanitaria condotta a tutti i livelli coinvolti: regionale, aziendale, distrettuale e comunale.

Nelle pagine che seguono sono illustrati i risultati dell'indagine nella nostra regione, dai quali emergono informazioni molto significative, tali da costituire un preziosa fonte informativa per impostare programmi di intervento socio-sanitario.

Nel ringraziare tutti gli operatori coinvolti dei Comuni partecipanti, delle Aziende Servizi alla Persona (ASP), delle Associazioni di volontariato e delle Aziende Sanitarie che hanno contribuito alla realizzazione dello studio, desidero ricordare il contributo determinante fornito dai Dipartimenti di Sanità pubblica delle Aziende USL di Modena e di Cesena per il coordinamento dell'indagine.

*Leonida Grisendi
Direttore Generale Sanità e Politiche sociali*

INDICE

	pag.
Prefazione	5
Sintesi dei risultati	9
Introduzione	11
Verso un sistema di sorveglianza	12
Metodologia	14
Indicatori di processo	17
Parte I Profilo della popolazione ultra 64enne	
Caratteristiche socio-demografiche della popolazione	20
La popolazione ultra 64enne e i suoi sottogruppi	23
Parte II I tre pilastri per un invecchiamento attivo	
1. Essere risorsa e partecipare alla vita sociale	28
Essere una risorsa	29
Partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione	32
2. Rimanere in buona salute	34
Percezione dello stato di salute	34
Stili di vita: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo	37
Problemi di vista, udito e masticazione	43
Cadute	46
Sintomi di depressione	48
Isolamento sociale	50
3. Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato	52
Conoscenza e uso di programmi di intervento e servizi sociali	52
Aiuto nelle attività della vita quotidiana	56
Reddito percepito e proprietà della casa	61
Pensione e attività che producono reddito	63
Parte III Profili dei sottogruppi di popolazione ultra 64enne	
In buone condizioni e a basso rischio di malattia	66
In buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità	70
Con segni di fragilità	75
Disabili	81
Appendice	89
Monitoraggio	89
Campionamento	93
Utilizzo della pesatura	93
Bibliografia	96

Sintesi dei risultati principali

Profilo della popolazione ultra 64enne

Caratteristiche socio-demografiche della popolazione

Il campione regionale 2009 dell'indagine PASSI d'Argento è risultato costituito da 620 persone di età superiore ai 64 anni, rappresentativo della popolazione regionale, selezionato attraverso un campionamento a grappoli a due stadi: con il primo sono stati selezionati i comuni su cui condurre l'indagine, con il secondo sono state estratte le persone da intervistare in modo casuale stratificato dalle liste delle anagrafi sanitarie delle AUSL emiliano-romagnole.

Il campione ha mostrato una buona rappresentatività per le principali caratteristiche socio-demografiche rispetto alla popolazione emiliano-romagnola da cui è stato selezionato.

A causa della maggior sopravvivenza delle donne, e quindi della "femminilizzazione" della popolazione anziana, le donne rappresentano il 58% del campione complessivo. L'età media del campione è di 75 anni.

Il 67% degli intervistati riferisce un basso livello di istruzione (nessun titolo di studio o licenza elementare), il 55% vive con familiari coetanei e il 22% vive solo, principalmente donne e nella fascia di età di 75 anni e oltre.

La popolazione ultra 64enne e i suoi sottogruppi

Nel campione il 45% delle persone risultava essere in buone condizioni a basso rischio di malattia, il 25% in buone condizioni ma a più alto rischio di malattia e fragilità, il 18% mostra segni di fragilità (10% con bassi segni di fragilità e l'8% con marcati segni fragilità) mentre il 12% risulta disabile ovvero non autosufficiente in almeno un'attività della vita quotidiana (ADL), in particolare il 10% è parzialmente disabile e il 2% totalmente disabile.

I tre pilastri per un invecchiamento attivo

1. Essere risorsa per la famiglia e la collettività e partecipare alla vita sociale

Circa la metà (52%) degli ultra 64enni intervistati rappresenta ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività in quanto accudisce frequentemente nipoti o altri familiari, presta assistenza ad altri anziani e ha fatto attività di volontariato. Circa un terzo degli intervistati (35%) ha riferito di partecipare in una settimana normale ad attività con altre persone, esempio al centro anziani, e il 5% a corsi di cultura, esempio di inglese o di computer.

2. Rimanere in buona salute

Il 30% degli intervistati ultra 64enni ha giudicato positivamente il proprio stato di salute ma il 42% ha riferito di star peggio rispetto un anno fa.

Circa la metà degli intervistati (51%) è attivo, il 61% è in eccesso ponderale e solo il 6% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno raccomandate. Il 43% consuma alcol in una giornata tipo, e tra questi il 6% lo consuma fuori pasto. Il 10% fuma, più gli uomini che le donne (14% contro 7%).

Il 13% degli intervistati ha riferito di avere problemi di vista; tra questi il 72% ha detto di vedere male nonostante porti gli occhiali. Il 16% ha riferito difficoltà uditive e tra questi l'83% non porta la protesi acustica. Il 72% degli intervistati ha riferito di non avere problemi di masticazione, tra questi solo il 45% è andato dal dentista.

Il 19% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione e il 10% è risultato essere a rischio di isolamento. Le persone ultra 64enni che non possono contare su alcun aiuto gratuito per piccole commissioni sono il 22%.

3. Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato

L'85% delle persone ultra 64enni ha riferito di aver sentito parlare del centro anziani o di circoli e associazioni per anziani e tra questi il 27% vi si è recato. Il 28% ha sentito parlare dei punti unici di accesso e il 58% conosce l'esistenza dei centri di telesoccorso.

Circa un terzo delle persone ultra 64enni intervistate ha dichiarato che durante l'estate il suo medico o un altro operatore dei servizi pubblici gli ha dato consigli per proteggersi dalle ondate di calore. Quasi il 70% ha riferito di aver fatto la vaccinazione antinfluenzale nei 12 mesi precedenti all'intervista.

Le persone ultra 64enni con limitazioni in almeno un'attività strumentale della vita quotidiana (IADL) sono il 42%, tra queste il 94% riceve aiuto nelle attività che non riesce a fare autonomamente, principalmente dai familiari (78%) e da persone a pagamento (21%). Il 12% delle persone ultra 64enni intervistate è risultata disabile, di questi il 94% ha riferito di poter disporre di un aiuto nelle attività che non è in grado di svolgere da solo: nel 54% dai familiari, nel 43% da persone a pagamento e nel 3% da persone dei servizi pubblici.

Il 46% degli intervistati ultra 64enni ha riferito difficoltà economiche, cioè arriva a fine mese con qualche o con molte difficoltà. Il 95% delle persone intervistate riceve una pensione; il 4% degli intervistati non ha alcun reddito e l'1% trae sostentamento solo dal lavoro o da altri redditi. Indipendentemente dal percepire una pensione, hanno un lavoro pagato il 4% degli ultra 64enni e un'attività che produce reddito il 9%.

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione costituisce “*un trionfo e una sfida*” per la società (OMS, 2002). E presenta nuove sfide di carattere sociale, che richiedono risposte globali ed efficaci in tempi brevi. Il generale aumento dell'aspettativa di vita è un'importante conquista legata al miglioramento delle condizioni sociali e ai progressi tecnologici, anche se più anni di vita non sempre corrispondono a una qualità di vita migliore; l'aumento delle patologie cronico-degenerative legate all'invecchiamento, oltre ad incidere sulla qualità della vita delle persone anziane, determina una crescita dei costi di cura e assistenza.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione riguarda in modo particolare l'Italia che, nel panorama mondiale, continua a essere uno dei Paesi con la maggiore proporzione di anziani. A oggi gli ultra 64enni costituiscono circa il 20% della popolazione e le più recenti proiezioni ISTAT indicano che nel 2051 tale percentuale sarà superiore al 30%; cresceranno anche le persone molto anziane: gli ultra 84enni oggi pari al 2% del totale, raggiungeranno l'8% nel 2051.

Per far fronte a tale scenario, l'OMS ha di recente delineato una cornice strategica, indicata con il nome di “*Active Ageing*”, con lo scopo di creare e rafforzare le condizioni per un “invecchiamento attivo”, le cui basi sono da costruire ben prima dell'età anziana.

“Salute, Partecipazione e Sicurezza delle persone anziane” sono i tre pilastri dell'Active Ageing. L'obiettivo è favorire il passaggio da politiche basate sui bisogni delle persone più anziane, considerate come soggetti passivi, a politiche che riconoscono a ogni persona il diritto e la responsabilità di avere un ruolo attivo e partecipare alla vita della comunità in ogni fase della vita, inclusa l'età anziana.

In particolare, questa visione ha implicazioni profonde nei confronti dei sistemi sanitari e sociali che sono chiamati a migliorare l'efficacia delle loro performance attraverso una maggiore efficienza e il monitoraggio continuo delle attività e degli aspetti di salute.

In questo contesto PASSI d'Argento si configura come importante attività di sorveglianza della popolazione ultra 64enne e di monitoraggio degli interventi messi in atto primariamente dalla rete dei servizi sociali e sanitari e dall'intera società civile, in linea con le indicazioni dell'OMS.

PASSI d'Argento è un progetto promosso dal Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute e delle Regioni, coordinato dalla Regione Umbria in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Il progetto è collegato al programma europeo “Guadagnare salute” e al “Piano nazionale della prevenzione”.

Nell'ottica di una evoluzione verso un sistema di sorveglianza, si sta sperimentando un sistema di indagini periodiche da ripetere con cadenza biennale; questo consentirà la raccolta d'informazioni precise e tempestive, confrontabili nel tempo e fra diverse Regioni o realtà territoriali, sia sullo stato di salute e la qualità della vita delle persone ultra 64enni, sia sugli interventi messi in atto dai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari e sulle azioni realizzate da altri settori della società civile.

La prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento è stata realizzata nel 2009 in 7 regioni italiane (Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta).

Verso un sistema di sorveglianza...

Alcuni aspetti innovativi di PASSI d'Argento

Vivere bene e più a lungo è possibile. Se si opera su più fronti con strategie integrate e intersettoriali e interventi di comunità e individuali, è possibile incidere positivamente sulla salute e la qualità della vita dei cittadini in ogni fase della vita e ancor prima dei fatidici 65 anni.

Il primo passo in questo percorso è “conoscere per agire”, ovvero poter disporre di un'accurata e costante raccolta e diffusione di informazioni su stato di salute della popolazione, andamento dei fenomeni rilevanti, interventi attuati e risultati conseguiti.

Ad oggi, il sistema di sorveglianza PASSI (*Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*) rivolto alla popolazione di 18-69 anni, consente di disporre di informazioni sui fattori di rischio comportamentali e sugli interventi messi in atto, seguendone l'evoluzione nel tempo; queste informazioni sono preziose per decisori politici e amministratori, ma anche per operatori socio-sanitari e cittadini.

La sorveglianza PASSI d'Argento rivolta alla popolazione ultra 64enne si sviluppa sul modello e sull'esperienza del sistema PASSI, pur differenziandosi per peculiarità. In linea con le indicazioni dell'OMS, PASSI d'Argento valuta infatti aspetti importanti riguardanti la Partecipazione, la Salute e la Sicurezza delle persone ultra 64enni e si rivolge a numerosi settori della società civile, incluso quello dei servizi alla persona.

La realizzazione delle indagini è affidata insieme ai servizi dell'area sociale e a quelli dell'area sanitaria, con lo scopo di favorire una collaborazione fondamentale per la sostenibilità dell'indagine, ma anche e soprattutto per l'utilizzazione dei risultati e la messa in atto di interventi integrati, capaci di fornire nel contempo risposte sanitarie e azioni di protezione sociale.

Nasce pertanto la necessità di descrivere la popolazione di persone ultra 64enni in rapporto ai diversi bisogni di tipo socio-sanitario: in questa ottica si è sperimentata per la prima volta una descrizione della popolazione ultra 64enne in sottogruppi corrispondenti ai diversi target di intervento da parte dei servizi.

La definizione di salute dell'OMS del 1948 ha spostato l'ottica della salute intesa come mancanza di malattia ad una salute intesa come stato di benessere, nella quale anche la dimensione soggettiva è fondamentale.

La salute è inoltre un concetto multidimensionale comprendente diversi fattori, come quello fisico, sociale ed economico. Negli anni più recenti si tende ad affidare alla salute un valore in termini di capacità, di bene o di risorsa essenziale per permettere all'essere umano di realizzare i propri fini.

A fronte di questa ampia e più utile visione della salute e della società, la popolazione ultra 64enne è stata suddivisa in sottogruppi in rapporto alla autonomia presente rispetto alle attività di base e più complesse della vita quotidiana (*Activities of Daily Living* e *Instrumental Activities of Daily Living*). In PASSI d'Argento, in particolare l'autonomia non è misurata come una caratteristica assoluta dell'individuo, ma come risultante di un'interazione fra individuo, storia personale e ambiente fisico e socio-economico in cui vive.

Un secondo aspetto innovativo è legato alla scelta degli indicatori, cioè delle variabili misurate nello studio: questi sono stati selezionati non solo per la loro validità (cioè per la capacità di misurare con efficacia), ma anche per la possibilità di fornire informazioni immediatamente utilizzabili per l'azione.

Ma non è tutto. Con PASSI d'Argento si vuole promuovere una diversa maniera di guardare al progredire dell'età e alle persone con più di 64 anni. Nell'indagine, ad esempio, l'espressione “persona ultra 64enne” è preferita al termine “anziano” che nel linguaggio corrente indica principalmente la persona che esce dal ciclo produttivo e grava sul sistema sociale ed economico, mentre la persona ultra 64enne sta conquistando un nuovo ruolo all'interno della società.

Il sistema PASSI d'Argento infine non indaga sulle patologie principali degli ultra 64enni per un duplice ordine di motivi: si vuole da un lato evitare la raccolta di informazioni già disponibili da altre fonti e dall'altro dare spazio ad altre dimensioni sconosciute, quali la partecipazione della persona ultra 64enne e il supporto fornito alla famiglia e alla comunità. A questo proposito, un importante aspetto innovativo è costituito dallo studio delle persone anziane che, così come indicato dall'OMS, costituiscono "una risorsa per la famiglia, la collettività e l'economia"¹.

Le prospettive nell'immediato futuro

Nel 2010, la seconda indagine multi-regionale PASSI d'Argento sarà estesa ad altre 10 regioni circa; alla conclusione del progetto pertanto la quasi totalità delle regioni italiane avrà partecipato alla sperimentazione. Questo consentirà di tarare i metodi e le procedure della sorveglianza sulle reali esigenze regionali e locali. Il risultato di questa fase di sperimentazione sarà, auspicabilmente, la messa a regime di un sistema di sorveglianza informativo, efficiente e sostenibile, tecnicamente ed economicamente, a livello di ciascuna Regione e area territoriale.

PASSI d'Argento si affiancherà ad altri sistemi di sorveglianza di popolazione, come PASSI, OKkio alla Salute e HBSC, previsti dalle strategie del Ministero della Salute per il monitoraggio delle malattie non trasmissibili. Tra tutti questi sistemi di sorveglianza è necessario sviluppare modelli di integrazione per ottimizzare le risorse, contribuire allo scambio di esperienze e favorire la sostenibilità. In tutti questi sistemi di sorveglianza le attività di raccolta e analisi dei dati e la comunicazione dei risultati sono realizzate direttamente dagli operatori coinvolti a livello locale. Questo determina una notevole mobilitazione di energie, risorse e interesse per le attività di sorveglianza di popolazione e favorisce lo sviluppo di reti collaborative estese anche ad altri enti o servizi. L'utilizzo inoltre di strumenti e metodologie di lavoro standardizzate consente la confrontabilità dei risultati ottenuti su tutto il territorio nazionale.

¹ WHO Brasilia declaration on Ageing and Health, 1996

Metodologia

L'approccio adottato è quello della sorveglianza di popolazione basata su indagini epidemiologiche ripetute su campioni rappresentativi della popolazione in studio. La sorveglianza è orientata alla raccolta di poche informazioni essenziali, che rispondono ad una duplice finalità:

- descrivere i problemi e gli aspetti di salute della popolazione ultra 64enne;
- individuare e valutare azioni efficaci e strategie d'intervento.

Gli strumenti e le procedure adottate sono semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili con le risorse dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali; per la realizzazione dell'indagine PASSI d'Argento è essenziale la collaborazione di enti e istituzioni del settore sanitario e sociale a tutti i livelli (nazionale, regionale e locale).

La prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento si è svolta contemporaneamente in sette regioni italiane: Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta. Nella nostra Regione l'indagine è stata condotta tra Aprile e Luglio 2009.

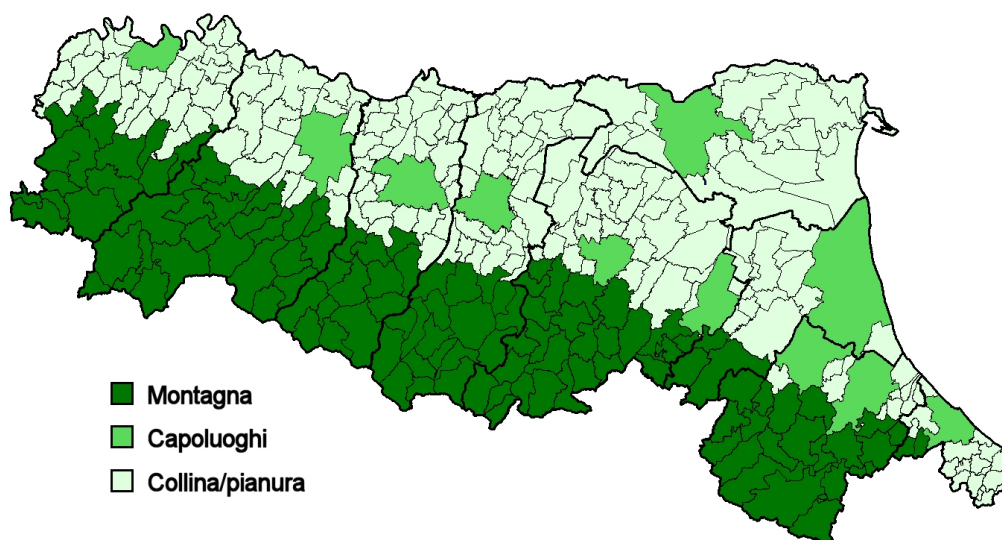
In alcuni casi, come previsto dal protocollo dell'indagine, le interviste possono essere realizzate grazie ad un familiare o persona di fiducia che ha sostenuto e aiutato la persona ultra 64enne durante l'intervista.

Strumenti e metodi

La popolazione in studio è costituita dalle persone di età maggiore ai 64 anni, non istituzionalizzate. In ciascuna regione partecipante è stato estratto un campione rappresentativo di persone di età maggiore ai 64 anni utilizzando le liste anagrafiche sanitarie.

In Emilia-Romagna è stato realizzato un campionamento stratificato a due strati:

- in un primo momento sono stati campionati 60 strati di 10 interviste rispettando la proporzionalità della popolazione residente ultra 64enne di tre zone: comuni capoluoghi di AUSL, comuni montani e comuni rimanenti. In questo modo sono stati estratti 43 comuni, ai quali si sono aggiunti volontariamente altri 7 comuni.
- successivamente per ogni comune sono state estratte le persone da intervistare mediante un campionamento proporzionale stratificato (per sesso e per classi d'età quinquennali), tenendo conto della popolazione residente nelle tre aree regionali. Maggiori dettagli sono riportati in appendice.



Zone territoriali di campionamento della regione Emilia-Romagna

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato, messo a punto con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità. Il questionario è stato somministrato alle persone campionate da circa 90 operatori specificamente formati. Gli intervistatori appartenevano ai Comuni partecipanti, alle Aziende Servizi alla Persona (ASP), alle AUSL o ad Associazioni di volontariato.

La somministrazione del questionario poteva avvenire attraverso una duplice modalità: intervista telefonica o faccia a faccia. Nel gennaio 2009 per confrontare le due modalità di intervista e verificarne l'effettiva interscambiabilità, il questionario è stato somministrato nella doppia modalità ad un campione di convenienza di 71 soggetti (37 donne e 34 uomini). Il coefficiente kappa (k) di Cohen, utilizzato come misura dell'accordo tra le due modalità di somministrazione, ha evidenziato una sostanziale sovrapposibilità delle modalità di intervista faccia a faccia e telefonica.

Utilizzando le indicazioni emerse dalla letteratura scientifica e gli strumenti statistici adatti sono stati definiti gli indici che hanno permesso l'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione ultra 64enne.

Il primo passo è stato la valutazione dell'autonomia misurata rispetto alle capacità riferite nello svolgere le attività di base e più complesse della vita quotidiana (*Activities of Daily Living - ADL e Instrumental Activities of Daily Living - IADL*).

Utilizzando la Curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*) è stato individuato un *cut-off* per le IADL che ha permesso di dividere la popolazione in due grandi gruppi: autonomi e non autonomi.

Sono stati definiti autonomi gli ultra 64enni che non sono capaci di svolgere da soli al massimo 1 IADL, non autonomi coloro che hanno bisogno di aiuto in 2 o più IADL.

Successivamente l'utilizzo di indici che descrivono problemi di salute e stili di vita ha permesso la suddivisione della popolazione nei seguenti quattro gruppi:

- a) in buona salute
- b) in buona salute ma a rischio di malattia
- c) con segni di fragilità
- d) disabili.

A questi gruppi si aggiunge quello, trasversale ai primi quattro, degli ultra 64enni-risorsa.

L'inserimento dei dati è stato realizzato utilizzando una base dati predisposta con il software Epi-Info versione 3.5.1.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è coerente con i due obiettivi dell'indagine PASSI d'Argento: sperimentare un sistema di sorveglianza fortemente orientato all'azione e descrivere i fenomeni connessi alla salute e alla qualità della vita degli ultra 64enni.

Sono stati così ricavati indici, prevalenze, fattori di rischio, misure di associazione e sono stati calcolati gli intervalli di confidenza al 95%.

In qualche caso, al fine di identificare alcuni gruppi a rischio, sono stati calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici.

Le analisi sono state condotte con opportuna pesatura al fine di controllare piccole scostamenti tra il campionato pianificato e quello effettivamente intervistato con la modalità illustrata in appendice.

Il software utilizzato per le analisi statistiche è stato Epi-Info ver. 3.5.1, seguendo il piano d'analisi indicato nel protocollo dell'indagine.

Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante *regressione logistica multivariata*. Con questa analisi sono analizzati i vari fattori di studio "depurandoli" degli effetti delle altre variabili, principalmente l'età e il genere, che possono giocare un ruolo di confondente o di modificatore d'effetto.

Nelle tabelle dell'analisi univariata i confronti che riportano una sottolineatura sono quelli significativi sul piano statistico per ciascuna categoria della variabile rispetto alla prima modalità citata nelle varie tabelle (es. le donne rispetto agli uomini).

Nel presente rapporto per gli indicatori di principale interesse vengono mostrati grafici per confrontare il dato regionale con quello delle tre zone (comuni capoluoghi di AUSL, comuni montani e comuni rimanenti), introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza al 95% (IC95%) per la variabile considerata. La fascia verde esprime questo intervallo riferito ai valori regionali.

Etica e privacy

Le operazioni previste dall'indagine PASSI d'Argento in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

È stata chiesta una valutazione sull'indagine PASSI d'Argento al Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

Preliminarmente all'avvio dell'indagine sono stati informati tutti i Sindaci dei Comuni partecipanti, le Associazioni di Volontariato e le Associazioni sindacali dei pensionati.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il Coordinatore Aziendale. Ai medici di Medicina Generale è stato mandato un elenco dei loro assistiti estratti come titolari o come sostituti.

Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

Tutti gli intervistatori hanno ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

La raccolta dei dati avviene tramite supporto informatico oppure tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su PC.

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate. Dopo l'intervista i dati nominativi delle persone selezionate sono stati conservati per alcuni giorni in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore regionale dell'indagine e quindi distrutti dopo la validazione del questionario. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati e quindi non è possibile in alcun modo risalire all'intervistato.

Indicatori di processo

Quante persone sono state intervistate per l'indagine?

Il campione iniziale, scelto per effettuare le interviste, era costituito da 710 persone. Di queste ne sono state effettivamente intervistate 620 (87% del campione inizialmente previsto) in quanto alcuni comuni (Bologna, Reggio Emilia e Sasso Marconi) non hanno terminato tutte le interviste prima della pausa estiva, termine ultimo concordato per permettere la confrontabilità temporale con il resto del campione regionale.

Il campione intervistato è tuttavia ampiamente rappresentativo della realtà regionale sia per numerosità (il numero di interviste realizzate è stato superiore a quello minimo previsto dal protocollo dell'indagine), sia per qualità. Le analisi statistiche mostrano infatti che il campione è proporzionale alla popolazione residente per gli strati età-genere specifici considerati e per le aree di stratificazione; piccole differenze sono comunque controllate a livello di analisi dalla pesatura dei dati.

Delle 620 interviste analizzate, il 3,3% era costituito da persone rimpiazzate in quanto "non eleggibili", ovvero non rispondenti ai criteri di selezione per l'indagine perché:

- domiciliate fuori del comune di residenza (4 casi, 1%);
- decedute (5 casi, 1%);
- istituzionalizzate² al momento dell'indagine (8 casi, 1,3%).

Complessivamente, tra il campione effettivamente contattato (620 persone) il tasso di risposta è stato pari al 86%. Le persone ultra 64enni selezionate sostituite sono state 105, pari al 15% del campione. Il 90% delle sostituzioni era dovuto al rifiuto a sostenere l'intervista e il restante 10% riguardava persone che non era stato possibile rintracciare.

I principali indicatori di monitoraggio sono riassunti nella tabella riportata in appendice.

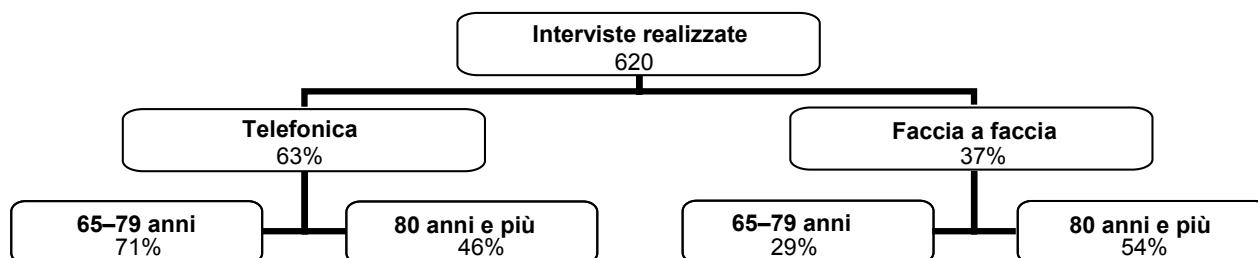
Quanti sono stati intervistati con l'aiuto di familiari o persone di fiducia?

In alcuni casi, la persona ultra 64enne è stata intervistata con l'aiuto del "proxy" che poteva essere un familiare o una persona di fiducia dell'anziano. Questo ha consentito di raccogliere informazioni su persone che altrimenti non avrebbero potuto sostenere l'intervista a causa delle condizioni di salute.

In Emilia-Romagna l'intervento del proxy si è verificato nel 13% dei casi (nel 9% fin dall'inizio dell'intervista e nel 4% dopo il test della memoria e dell'orientamento previsto).

Quale era la modalità di intervista e l'età degli intervistati?

Le persone rintracciate sono state intervistate telefonicamente o faccia a faccia da circa 90 operatori specificamente formati. La durata media delle interviste è stata di circa 30 minuti per quelle faccia a faccia e di circa 25 minuti per quelle telefoniche. La modalità di intervista era scelta sulla base di un albero decisionale che guidava l'operatore: le persone con meno di 80 anni erano invitate a sostenere un'intervista telefonica mentre in caso di problemi di comunicazione, gravi problemi di salute o età più avanzata, si proponeva in prima battuta la modalità di intervista faccia a faccia. Di seguito è indicata, per ciascuna modalità di intervista, la classe di età delle persone campionate e intervistate.



² persone che si trovavano in ospedale, Residenza Sanitaria Assistenziale o altra struttura residenziale al momento del contatto telefonico o per i 30 giorni successivi



PARTE I

Profilo della popolazione ultra 64enne

- Caratteristiche socio-demografiche
- Popolazione ultra 64enne e sottogruppi

Caratteristiche socio-demografiche del campione

In Emilia-Romagna gli ultra 64enni residenti sono circa 969mila: 480mila appartenenti alla classe di età 65-74 anni, 354mila a quella 75-84 anni e 135mila hanno 85 anni o più.

In Regione la trasformazione nella struttura per età è stata rapida e intensa: nel 1961 vi era una persona sopra ai 65 anni ogni due giovani fino a 14 anni, nel 1984 già la popolazione ultra 64enne ha superato quella giovanile con 9 anni di anticipo rispetto all'Italia.

L'indice di dipendenza senile (cioè il numero di ultra 64enni sulla popolazione 15-64) è passato da un valore di 26% nel 1987 a 35% nel 2008, con un minimo di 30% di Reggio-Emilia e un massimo di 40% di Ferrara.

Tra le caratteristiche più importanti dell'invecchiamento della popolazione emiliano-romagnola si evidenziano l'aumento delle famiglie monocomponenti e l'incremento relativo della popolazione femminile al crescere dell'età.

Tra Aprile e Luglio 2009 nell'ambito dell'indagine PASSI d'Argento è stato intervistato un campione di 620 persone di età superiore ai 64 anni, rappresentativo della popolazione regionale.

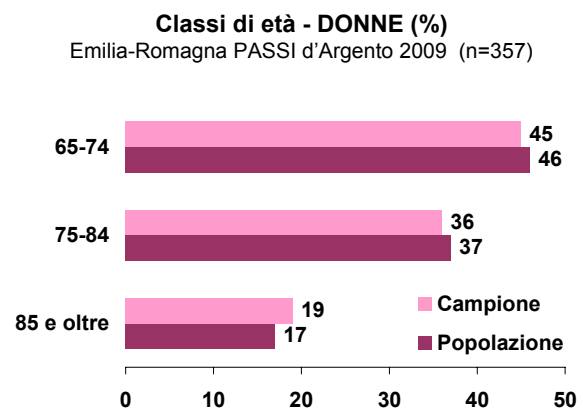
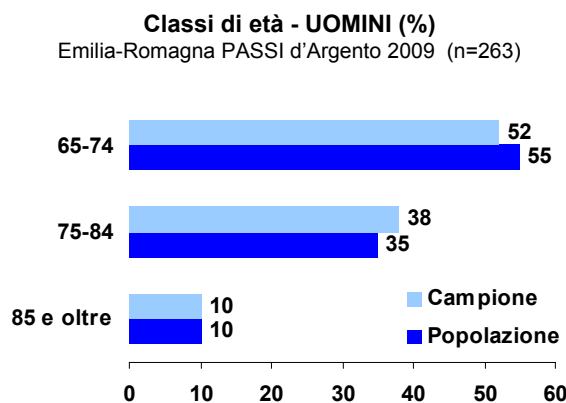
Quali sono l'età e il genere?

- La distribuzione per genere e classi di età del campione di PASSI d'Argento è sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione regionale residente al 1° gennaio 2009, a conferma del buon modello di campionamento.
- Le donne rappresentano il 58% circa del campione complessivo. Il dato riflette il fenomeno di "femminilizzazione" della popolazione ultra 64enne, particolarmente evidente nelle classi di età più avanzate. La percentuale di donne passa infatti dal 54% nella classe 65-74 anni al 57% in quella 75-84 e raggiunge ben il 71% tra gli ultra 85enni.
- L'età media del campione è risultata di 75 anni (74 negli uomini e 76 nelle donne).

Caratteristiche socio-demografiche delle persone intervistate

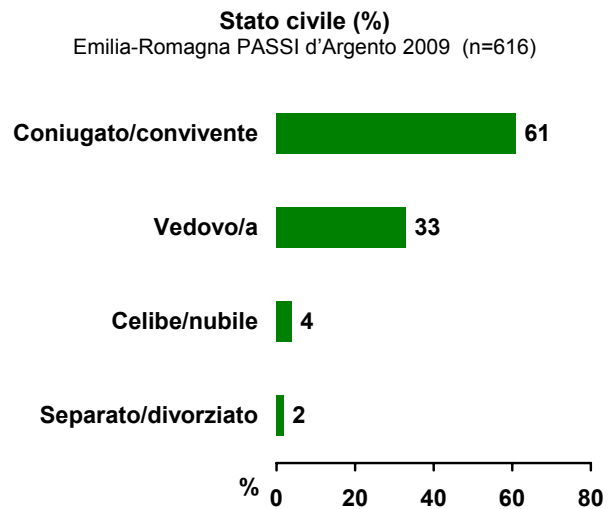
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=620)

Caratteristiche	%	(IC 95%)
Classi di età		
65-74	48,1	44,1-52,1
75-84	36,9	33,1-40,9
85 e oltre	15,0	12,3-18,1
Sesso		
uomini	42,4	38,5-46,4
donne	57,6	53,6-61,5
Istruzione		
nessuna	8,1	6,0-10,3
elementare	59,3	55,3-63,2
media inferiore	16,7	13,8-19,7
media superiore	12,1	9,5-14,7
laurea	3,7	2,2-5,3
Difficoltà economiche		
molte	12,2	9,6-14,9
qualche	34,2	30,4-38,1
nessuna	53,6	49,5-57,6



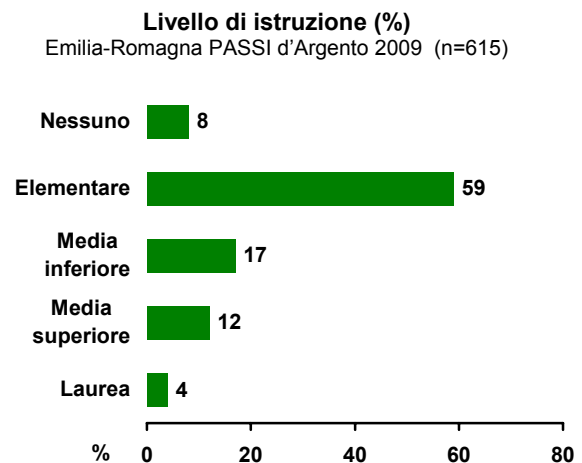
Quali sono lo stato civile e la cittadinanza?

- I coniugati o conviventi sono il 61% del campione, i vedovi/e il 33%, i celibi/nubili il 4% e i separati/divorziati il 2%.
- Circa la metà delle donne dichiara di essere vedova (49%), mentre gli uomini vedovi sono solo l'11%; questa differenza nello stato civile è riconducibile alla maggiore durata della vita media tra le donne.
- Per quanto riguarda la cittadinanza, solo lo 0,2% ha cittadinanza straniera, valore leggermente inferiore alla percentuale di stranieri ultra 64enni residenti in Regione (0,8%). Come previsto nel protocollo, dall'indagine sono esclusi gli stranieri che non risiedono legalmente in Italia e quelli non in grado di sostenere l'intervista in italiano.



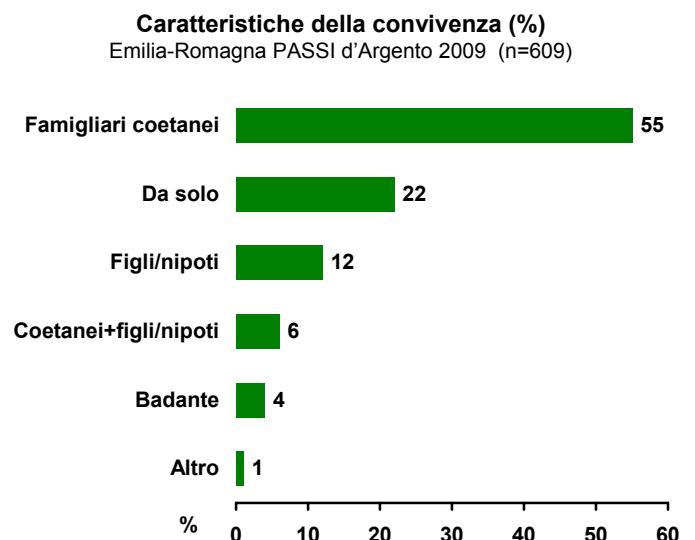
Qual è il livello di istruzione?

- Il 67% degli intervistati ha riferito un basso livello di istruzione (nessun titolo di studio o licenza elementare).
- Le donne presentano un livello di istruzione più basso rispetto agli uomini (76% contro 56%); il basso livello d'istruzione delle donne aumenta con l'età fino a salire all'81% nella classe di età 75 anni e oltre.



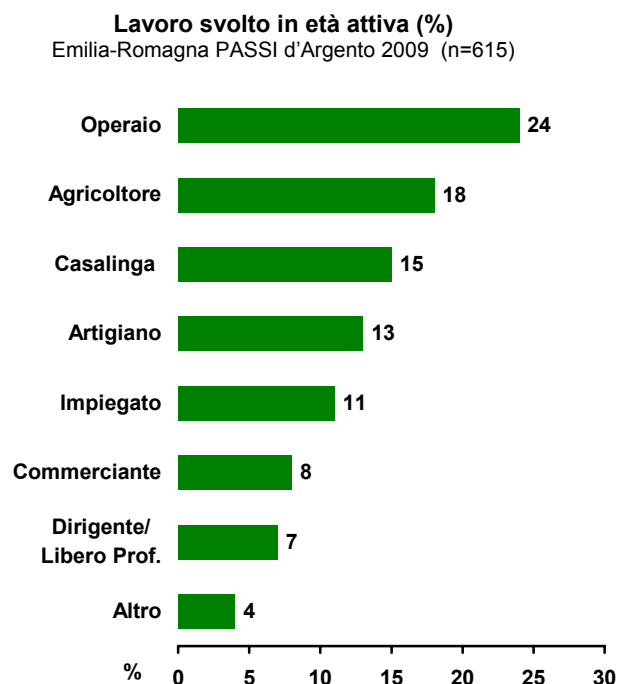
Con chi vivono gli ultra 64enni?

- Oltre la metà degli intervistati (55%) ha dichiarato di vivere con familiari della stessa generazione (coniuge, fratelli o sorelle), il 12% con figli/nipoti e il 6% con entrambi.
- Circa un quinto (22%) ha dichiarato di vivere da solo/a.
- Le persone che vivono senza familiari e con una badante sono il 4%.
- Il vivere da soli è più frequente nelle donne (29% contro 10%) e nella fascia di età 75 e oltre (26% contro 17%).



Lavoro principale svolto nella vita

- La quasi totalità delle persone intervistate (95%) ha riferito di ricevere una pensione.
- I lavori principali svolti prima del pensionamento sono stati l'operaio (24%), l'agricoltore (18%) e la casalinga (15%).



Conclusioni

Il campione selezionato in Emilia-Romagna presenta un ottimo livello di rappresentatività rispetto alla popolazione in studio: le caratteristiche socio-anagrafiche degli intervistati sono infatti sovrapponibili a quelle della popolazione di riferimento.

In particolare, anche in Regione come nel resto del Paese, si rileva il fenomeno della "femminilizzazione" della popolazione anziana legato alla maggiore durata media della vita per le donne. Il fenomeno appare evidente con l'aumentare dell'età ed è particolarmente rilevante nella classe 85+ anni. Le donne più anziane, in genere vedove, presentano quasi sempre un basso livello di istruzione e possono essere maggiormente vulnerabili a fenomeni quali la povertà e l'isolamento sociale. I confronti per genere presentati nelle pagine successive di questo rapporto sono stati condotti con una tecnica statistica (*regressione logistica multivariata*) che tiene conto dell'effetto dell'età.

La popolazione ultra 64enne e i suoi sottogruppi

Un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori personali, sociali ed economici (quali ad esempio genere, stili di vita, fattori biologici, fattori legati al sistema dei servizi sanitari e sociali). Questi fattori agiscono durante tutto il corso della vita e determinano, con il progredire dell'età, l'accentuarsi delle differenze individuali legate allo stato di salute e al benessere complessivo della persona. La popolazione ultra 64enne non è pertanto un gruppo omogeneo, ma appare costituita da persone con caratteristiche, potenzialità e bisogni socio-sanitari estremamente diversi. Alla luce di questa diversità, nell'indagine PASSI d'Argento si è sperimentata una nuova descrizione della popolazione ultra 64enne con una suddivisione in quattro sottogruppi.

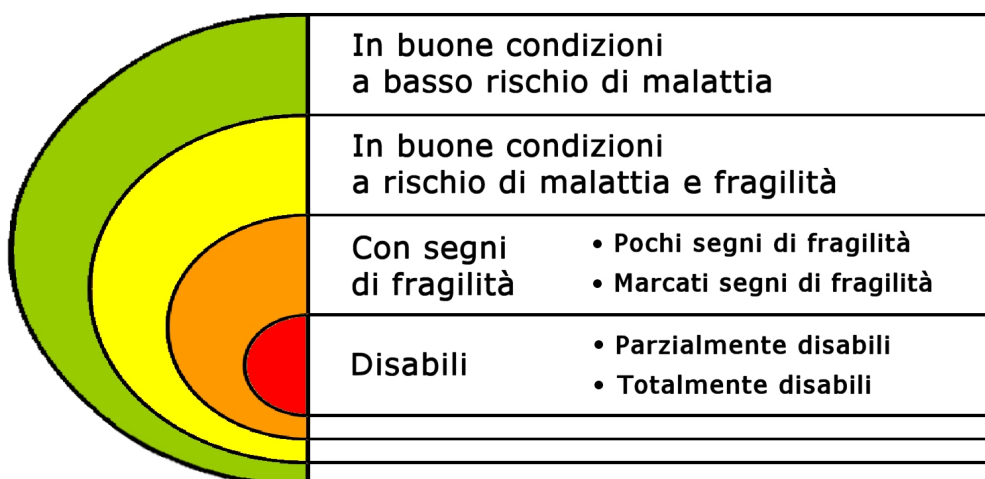
L'identificazione di questi sottogruppi parte da una definizione di salute intesa come capacità, bene o risorsa essenziale per permettere all'essere umano di realizzare i proprio fini. A fronte di questa nuova visione della salute, la popolazione è stata suddivisa in quattro sottogruppi valutando l'autonomia rispetto alle attività di base e a quelle più complesse della vita quotidiana misurate con indici validati e diffusi a livello internazionale:

- *Activities of Daily Living* (ADL³)
- *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL⁴)

In questo modo l'autonomia non è misurata come una caratteristica individuale delle persone intervistate ma piuttosto come risultante di un'interazione fra un individuo, la sua storia personale e l'ambiente fisico e socio-economico in cui vive.

La **popolazione ultra 64enne** risulta pertanto distinta nei seguenti sottogruppi:

- persone in buone condizioni di salute e a basso rischio di malattia
- persone in buone condizioni di salute ma a rischio di fragilità
- persone con segni di fragilità
- disabili



L'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione ultra 64enne è funzionale a identificare le priorità di intervento ed è essenziale per programmare e valutare le strategie messe in atto dai servizi del settore sociale e sanitario e dall'intera società civile.

Nella parte III del rapporto sono valutati in dettaglio i problemi di salute, i bisogni e gli interventi messi in atto per ciascun sottogruppo individuato. Di seguito sono presentate le definizioni utilizzate e la distribuzione della popolazione nei quattro sottogruppi.

³ ADL: muoversi da una stanza all'altra, mangiare, vestirsi e spogliarsi, fare il bagno o la doccia, andare in bagno per fare i propri bisogni, essere continenti

⁴ IADL: usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o delle compere, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto, pagare conti o bollette

Gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia

Si tratta di persone che:

- ✓ sono indipendenti in tutte le attività di base della vita quotidiana o *Activities of Daily Living* (ADL)
- ✓ hanno bisogno di aiuto **al massimo per una** attività strumentale o *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL)
- ✓ presentano **al massimo una** delle seguenti caratteristiche o condizioni:
 - problemi di masticazione, vista o udito;
 - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo di frutta e verdura;
 - sintomi di depressione o di isolamento.

Gli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità

Come il gruppo precedente, si tratta di persone che:

- ✓ sono indipendenti in tutte le ADL
- ✓ hanno bisogno di aiuto **al massimo in una** IADL
- ✓ in più presentano **almeno due** delle seguenti caratteristiche o condizioni:
 - problemi di masticazione o vista o udito;
 - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo di frutta o verdura;
 - sintomi di depressione o di isolamento.

Gli ultra 64enni con segni di fragilità

- ✓ sono indipendenti in tutte le attività ADL
- ✓ hanno bisogno di aiuto **in almeno due** IADL.

All'interno di questo sottogruppo si distinguono le persone con più marcati segni di fragilità che presentano **almeno una** delle seguenti condizioni:

- 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, o fin dall'inizio l'intervista è effettuata con l'aiuto del proxy o grande peggioramento dello stato di salute rispetto l'anno precedente
- perdita di appetito e peso (4,5 kg o 5% o più) nell'ultimo anno.

Queste persone sono considerate a **rischio di disabilità**.

Gli ultra 64enni disabili

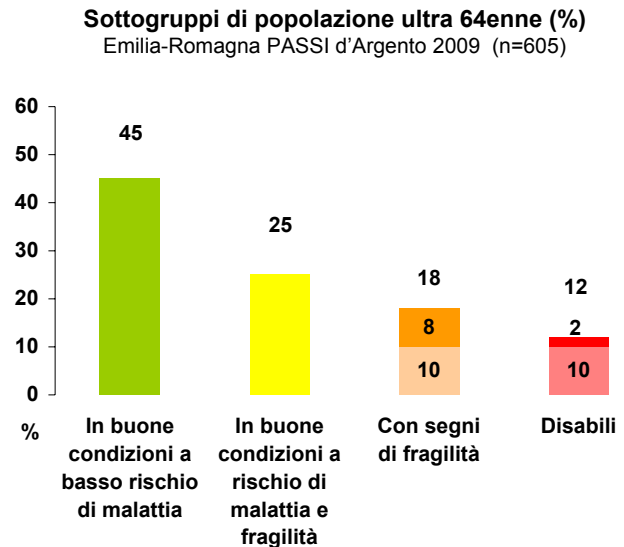
- ✓ hanno bisogno di aiuto **in una o più** ADL.

All'interno di questo sottogruppo si distinguono le persone:

- **parzialmente disabili**: hanno bisogno di aiuto in un numero di ADL che va da 1 a 5
- **totalmente disabili**: hanno bisogno di aiuto in tutte e sei le ADL.

Come è distribuita la popolazione ultra 64enne rispetto ai sottogruppi?

- Nel campione intervistato:
 - il 45% delle persone risulta in buone condizioni e a basso rischio di malattia
 - il 25% è in buone condizioni, ma a più alto rischio di malattia e fragilità
 - il 18% mostra segni di fragilità
 - il 12% risulta disabile ovvero non autosufficiente in almeno un'attività della vita quotidiana (ADL).
- Le persone con segni di fragilità possono essere divise in due gruppi:
 - persone con bassi segni di fragilità (10%)
 - persone con marcati segni di fragilità (8%).
- I disabili a loro volta si possono distinguere in parzialmente disabili (10%) e totalmente disabili (2%).
- La distribuzione dei sottogruppi non appare significativamente diversa nelle tre zone con cui è stato stratificato il territorio regionale (comuni capoluoghi di AUSL, comuni montani e comuni rimanenti).



Conclusioni

Per offrire opportunità e risposte ai differenti sottogruppi di popolazione individuati sono necessarie politiche di intervento in grado di coinvolgere numerosi settori della società civile; in particolare un posto fondamentale è quello occupato dai servizi alla persona, che mettono in atto interventi di tipo sanitario e/o azioni di protezione sociale.

La maggior parte della popolazione (70%) è compresa nei primi due sottogruppi: presenta cioè buone condizioni di salute, anche se circa la metà delle persone ha fattori di rischio, che sono però modificabili. Per questa considerevole fetta di popolazione ultra 64enne l'obiettivo strategico è quello di valorizzare le capacità a proprio favore, della propria famiglia e della collettività.

Per coloro che presentano fattori di rischio modificabili si tratterà di migliorare le attività di promozione della salute e di prevenzione (vedi nello specifico i capitoli seguenti). Ciò consentirà di evitare condizioni di disagio sociale (isolamento), patologie derivanti dai fattori di rischio (ad esempio fumo e alcol), condizioni che favoriscono la fragilità (ad esempio cattiva masticazione) e conseguente perdita di autonomia con scivolamento verso una condizione di patologia cronica, di fragilità e in seguito di disabilità.



PARTE II

I tre pilastri per un invecchiamento attivo

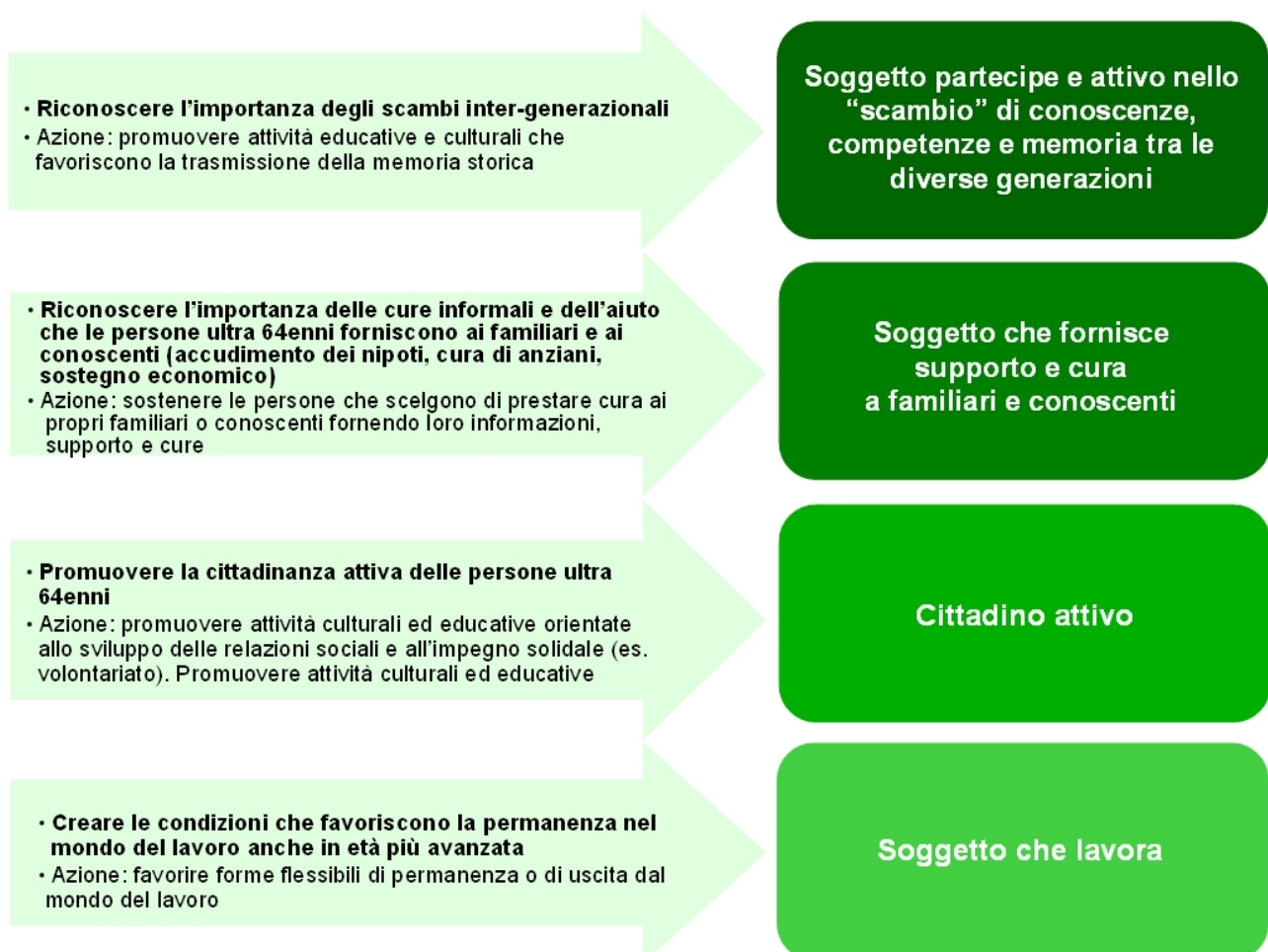
- Essere risorsa e partecipare alla vita sociale
- Rimanere in buona salute
- Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato

1. Essere risorsa e partecipare alla vita sociale

Già nel 1996 l'OMS definiva la persona anziana come una risorsa per la famiglia, la comunità e l'economia. Oggi è largamente condiviso il principio per cui valorizzare le persone ultra 64enni, riconoscendone ad esempio il ruolo di sostegno all'interno della famiglia, rappresenti un'efficace misura di promozione della qualità della vita e costituisca nel contempo un'irrinunciabile risorsa per la collettività.

Il concetto di ultra 64enne come "risorsa" presuppone una visione positiva della persona, in continuo sviluppo e capace di partecipare alla vita sociale, favorendo la propria crescita individuale e collettiva anche dopo l'uscita dall'età produttiva. La società deve riconoscere e valorizzare questo nuovo ruolo che la persona ultra 64enne riveste in diversi contesti. Ogni persona cresce in età all'interno di contesti con altre persone: familiari, amici, colleghi di lavoro, vicini, gruppi, associazioni. Il bambino di ieri è l'adulto di oggi e sarà l'anziano di domani: la qualità della sua vita dipenderà da rischi e opportunità occorsi nell'arco di tutta la vita e dal modo in cui le varie generazioni offrono mutuo aiuto e il sostegno necessario.

Lo schema sotto riportato offre una visione sintetica dei principi e delle azioni preconizzate affinché la persona ultra 64enne possa rimanere una risorsa all'interno dei diversi ambiti di vita.



Nel progetto PASSI d'Argento si sono sperimentate alcune forme di misura dell'essere risorsa; in particolare si è valutato quanto le persone ultra 64enni costituiscano una risorsa per la propria famiglia e la collettività e partecipino ad attività sociali, culturali ed educativa disponibili nel territorio.

Essere una risorsa

Nell'indagine PASSI d'Argento si è valutato il supporto fornito dalla persona ultra 64enne ai propri familiari e alle persone della propria rete informale e alla comunità.

Per la sfera familiare e amicale è stato chiesto agli intervistati con quale frequenza fornivano aiuto o "accudivano" familiari come il congiunto, figli, fratelli e/o sorelle; domanda analoga è stata posta alle persone con nipoti con meno di 14 anni. Un altro quesito riguardava l'essersi preso cura di familiari o conoscenti anziani nei 12 mesi precedenti.

Il supporto alla comunità è stato definito come le attività di volontariato a cui si è partecipato nei 12 mesi precedenti. Il volontariato è stato definito come le attività prestate "gratuitamente a favore di altri, come bambini, disabili, ospedali, scuole".

- Circa la metà (52%) degli ultra 64enni intervistati rappresenta ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività.
- Questa percentuale è più alta nelle persone:
 - sotto i 75 anni
 - con livello alto d'istruzione
 - senza difficoltà economiche percepite
 - in buona salute.
- Correggendo i dati in un modello di *regressione logistica multivariata* per genere, classi d'età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche, l'essere risorsa è staticamente più diffuso tra i 65-74enni e tra chi non ha difficoltà economiche.
- Il 40% è risorsa solo per l'ambito familiare e amicale, il 3% solo per la collettività e il 9% per entrambi.
- E' importante sottolineare come la persona ultra 64enne costituisca una risorsa non solo quando è in buona salute, ma anche quando è fragile o disabile.
- L'essere risorsa è una caratteristica meno diffusa negli ultra 64enni dei comuni di montagna.

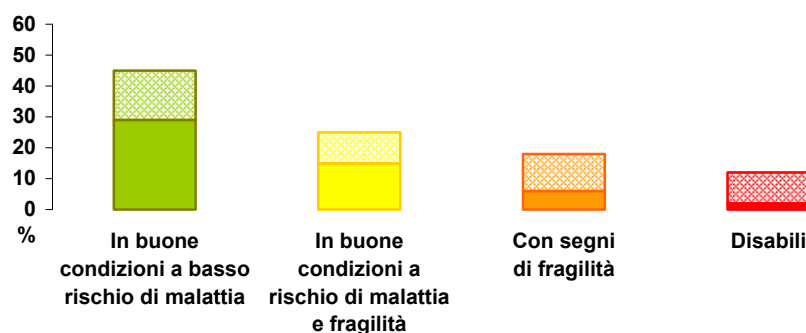
Essere risorsa*		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=609)		
Totale	%	IC 95%
Totale	52,4	48,6-56,3
Classi di età		
65-74	67,6	62,2-73,0
75 e oltre	<u>37,4</u>	32,0-42,8
Sesso		
uomini	51,0	44,9-57,1
donne	53,5	48,7-58,4
Istruzione		
bassa	49,3	44,6-54,0
alta	58,8	51,8-65,7
Difficoltà economiche		
molte	39,4	28,2-50,6
qualche	49,1	42,3-55,9
nessuna	<u>57,6</u>	52,3-62,9
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	65,1	59,3-70,9
in buona salute ma a rischio di malattia	61,0	53,2-68,7
con segni di fragilità	<u>33,7</u>	24,9-42,6
disabili	<u>14,4</u>	6,0-22,9

* Persona ultra 64enne che accudisce frequentemente nipoti con meno di 14 anni o altri famigliari o presta assistenza ad altri anziani o fa attività di volontariato

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 75 anni e oltre rispetto a quelle di 65-74 anni)

Essere risorsa* per sottogruppi di popolazione (%)

Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=605)



*L'essere risorsa è evidenziato con il colore pieno

Quanti ultra 64enni sono una risorsa per famiglia e conoscenti?

- Circa la metà degli intervistati (49%) rappresenta una risorsa per la famiglia e per i conoscenti in quanto si occupa dei nipoti o di altri famigliari quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni.
- Più di un terzo (38%) delle persone con nipoti sotto ai 14 anni si occupa di loro quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni; in altro terzo (33%) si occupa dei nipoti solo per alcuni giorni e il rimanente 29% mai.
- L'assistenza quasi quotidiana ai propri nipoti è più alta tra le persone con meno di 75 anni (46% contro 24%) e non mostra differenze di genere.
- Il 27% ha dichiarato di accudire e aiutare altri famigliari quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni, il 15% per alcuni giorni e il 58% mai. L'assistenza quasi quotidiana a questi familiari è più diffusa nelle donne (31% contro 22%) e nelle persone con meno di 75 anni (34% contro 20%).
- Circa un terzo degli intervistati (32%) ha riferito di prestare assistenza ad altri anziani. Questa attività è egualmente diffusa tra uomini e donne ed è più alta nelle persone con meno di 75 anni (40% contro 24%).
- Correggendo in un modello di *regressione logistica multivariata* i dati per genere, età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche, l'essere risorsa per famiglia e conoscenti è più diffuso tra i 65-74enni, nelle donne e tra coloro che non hanno difficoltà economiche.
- La percentuale di persone che risultano essere una risorsa per la famiglia e conoscenti è minore nelle zone montane.

Essere risorsa per la famiglia e i conoscenti*

Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=609)

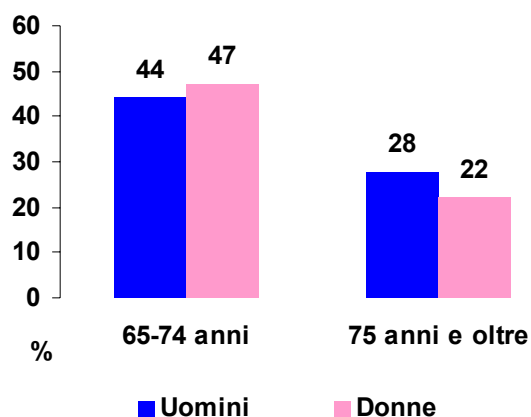
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	49,4	45,6-53,2
Classi di età		
65-74	65,2	59,7-70,7
75 e oltre	<u>33,8</u>	28,5-39,1
Sesso		
uomini	46,3	40,2-52,4
donne	51,7	46,9-56,6
Istruzione		
bassa	47,1	42,5-51,8
alta	54,1	47,1-61,2
Difficoltà economiche		
molte	38,2	27,0-49,3
qualche	48,0	41,2-54,8
nessuna	<u>53,0</u>	47,6-58,4
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	60,2	54,3-66,1
in buona salute ma a rischio di malattia	60,3	52,6-68,1
con segni di fragilità	<u>31,9</u>	23,2-40,6
disabili	<u>11,5</u>	3,8-19,2

* Persona ultra 64enne che accudisce frequentemente nipoti con meno di 14 anni o altri famigliari o presta assistenza ad altri anziani

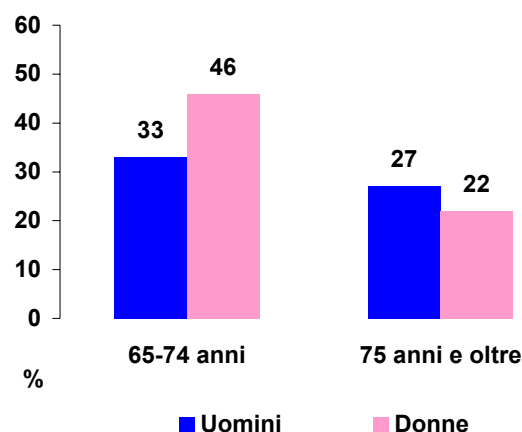
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 75 anni e oltre rispetto a quelle di 65-74 anni)

Prendersi cura di nipoti* con meno di 14 anni per sesso e classe di età (%)

Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=162)

**Assistenza ad altri anziani per sesso e classe di età (%)**

Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=608)



* tra chi ha dichiarato di aver nipoti con meno di 14 anni e si prende cura dei nipoti quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni

Quante persone ultra 64enni sono una risorsa per la collettività?

Nell'indagine si è valutato il supporto fornito all'interno della comunità, definito come le attività di volontariato a cui si è partecipato nei 12 mesi precedenti. Il volontariato è stato definito come le attività prestate "gratuitamente a favore di altri, come bambini, disabili, ospedali, scuole".

- Una quota limitata (12%) degli intervistati ha dichiarato di fare attività di volontariato.
- Questa percentuale è più alta nelle persone:
 - sotto i 75 anni
 - con livello d'istruzione alto
 - senza difficoltà economiche percepite
 - in buona salute.
- Non si evidenziano differenze di genere per le attività di volontariato.
- Analizzando i dati in un modello di *regressione logistica multivariata* che tiene conto delle variabili sopra citate, l'essere risorsa per la collettività risulta essere caratteristica più diffusa tra i 65-74enni e tra chi non ha difficoltà economiche.
- La distribuzione dell'essere risorsa per la collettività è uniforme tra le tre aree territoriali considerate.

Essere risorsa per la collettività*

Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=609)

Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	11,8	9,2-14,3
Classi di età		
65-74	14,8	10,7-18,9
75 e oltre	8,7	5,5-11,9
Sesso		
uomini	12,1	8,2-16,0
donne	11,5	8,1-15,0
Istruzione		
bassa	10,0	7,0-13,0
alta	15,4	10,4-20,4
Difficoltà economiche		
molte	2,7	0,0-6,5
qualche	9,4	5,3-13,5
nessuna	<u>15,3</u>	11,4-19,2
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	16,8	12,3-21,3
in buona salute ma a rischio di malattia	8,4	3,9-12,9
con segni di fragilità	9,2	3,7-14,6
disabili	<u>3,8</u>	0,0-8,1

* Persona ultra 64enne che ha svolto attività di volontariato nei 12 mesi precedenti

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone con nessuna difficoltà economica rispetto a quelle con molte difficoltà economiche)

Partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione

Quante persone ultra 64enni partecipano ad attività sociali?

- Circa un terzo degli intervistati (35%) ha riferito di partecipare in una settimana normale ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia, al teatro.
- La partecipazione è maggiore:
 - nelle persone con meno di 75 anni
 - negli uomini
 - nelle persone senza difficoltà economiche percepite
 - nelle persone in buona salute e a basso rischio di malattia.
- Gli ultra 64enni intervistati hanno dichiarato di partecipare, in una loro settimana tipo, a attività con altre persone:
 - quasi tutti i giorni il 10%
 - per più della metà dei giorni il 3%
 - solo alcuni giorni il 22%
 - mai il 65%.
- Se correggiamo per genere, età, livello di istruzione e presenza di difficoltà economiche con un modello di *regressione logistica multivariata*, risultano partecipare di più alle attività sociali gli uomini e le persone senza molte difficoltà economiche riferite.
- Anche se non in modo significativo, la partecipazione a attività sociali è più bassa nei comuni di montagna.

Partecipazione ad attività sociali*		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=604)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	34,9	31,1-38,8
Classi di età		
65-74	37,9	32,3-43,6
75 e oltre	32,0	26,7-37,2
Sesso		
uomini	42,6	36,5-48,7
donne	<u>29,2</u>	24,3-34,1
Istruzione		
bassa	32,9	28,3-37,5
alta	39,0	32,1-45,9
Difficoltà economiche		
molte	18,1	9,1-27,0
qualche	30,3	23,8-36,7
nessuna	<u>41,6</u>	36,1-47,0
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	45,6	39,6-51,6
in buona salute ma a rischio di malattia	<u>25,4</u>	18,4-32,4
con segni di fragilità	<u>29,9</u>	21,4-38,5
disabili	<u>20,3</u>	10,5-30,0

* Partecipazione in una settimana tipo ad attività con altre persone, quali ad esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia, al teatro
 La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)

Quante persone ultra 64enni partecipano a corsi di cultura o formazione per adulti?

- Solo una piccola parte delle persone ultra 64enni intervistate (5%) ha riferito di aver partecipato a qualche corso di cultura o formazione, come ad esempio corso di inglese, di cucina o di computer.
- La partecipazione è maggiore:
 - nelle persone con meno di 75 anni
 - negli uomini
 - nelle persone con più alto livello d'istruzione
 - nelle persone senza difficoltà economiche riferite
 - nelle persone in buona salute e a basso rischio di malattia.

Partecipazione a corsi*		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=608)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	4,6	2,9-6,3
Classi di età		
65-74	7,0	4,0-10,0
75 e oltre	<u>2,2</u>	0,6-3,9
Sesso		
uomini	6,2	3,2-9,2
donne	3,4	1,4-5,4
Istruzione		
bassa	1,7	0,4-3,0
alta	<u>10,5</u>	6,1-14,9
Difficoltà economiche		
molte	0,0	
qualche	<u>3,5</u>	0,9-6,2
nessuna	<u>6,3</u>	3,6-9,0
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	6,5	3,5-9,6
in buona salute ma a rischio di malattia	3,5	0,5-6,6
con segni di fragilità	2,8	0,0-6,0
disabili	2,5	0,0-6,2

* Partecipazione, nei 12 mesi precedenti, a corsi di cultura o di formazione per adulti come ad esempio di inglese, di cucina, di computer.

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 75 anni e oltre rispetto a quelle di 65-74 anni)

Conclusioni

I dati mostrano come anche nella nostra Regione le persone ultra 64enni rappresentano un importante patrimonio per la società, sia per le attività prestate all'interno della famiglia sia per quelle rivolte alla collettività. Inoltre l'essere una risorsa per la famiglia e la collettività è un fenomeno trasversale, presente anche tra le persone ultra 64enni con segni di fragilità o condizioni di disabilità, anche se in misura più ridotta rispetto a quelle in buona salute.

La partecipazione a momenti di vita sociale rileva alcune criticità: circa i due terzi degli ultra 64enni non partecipano mai ad attività con altre persone (centro anziani, circolo, parrocchia, teatro) e solo una quota molto ristretta ha seguito corsi di cultura o formazione.

Le azioni di valorizzazione e tutela dell'essere risorsa della persona ultra 64enne e della sua partecipazione alla vita sociale richiedono una forte integrazione degli aspetti sociali e sanitari, con una strategia per eliminare i fattori ostacolanti l'autotutela della salute.

Amministratori, associazioni e gruppi della società civile dovranno continuare a porsi in atteggiamento sempre più pro-attivo nei confronti della valorizzazione degli ultra 64enni, che in pochi anni costituiranno un terzo della popolazione totale.

In attesa di valutazioni di efficacia di questi interventi, è necessario intraprendere delle iniziative e studiare dei progetti anche sulla scorta delle buone pratiche di cui la nostra regione offre numerosi esempi.

2. Rimanere in buona salute

Un invecchiamento attivo e in buona salute è frutto di diversi fattori che agiscono durante tutta la vita e che, in base alle indicazioni dell'OMS, possono essere distinti in:

- determinanti trasversali: genere e cultura
- determinanti legati al sistema dei servizi sanitari e sociali (ad esempio le attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie)
- determinanti comportamentali (ad esempio attività fisica e fumo)
- determinanti legati a fattori individuali (ad esempio fattori biologici e psicologici)
- determinanti economici (ad esempio reddito e sistemi di previdenza sociale).

Per questo già prima dei 65 anni, è essenziale promuovere stili di vita salutari e ridurre i principali fattori di rischio comportamentali correlati alle malattie croniche (sedentarietà, alimentazione non corretta, fumo e abuso di alcol).

Col progredire dell'età è inoltre importante prevenire e ridurre disabilità e mortalità prematura, ad esempio col contrasto al fenomeno delle cadute e ai problemi di vista e udito.

In una prospettiva rivolta a tutte le fasi della vita, "Rimanere in buona salute" è un obiettivo essenziale, che coinvolge i servizi sociali e sanitari e tutti settori della società civile, oggi più che mai, chiamati a costruire un ambiente sicuro e "salutare" in una società realmente *age-friendly*.

Percezione dello stato di salute

La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita. Nelle persone con più di 64 anni, indicatori negativi sulla percezione del proprio stato di salute sono correlati ad un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.

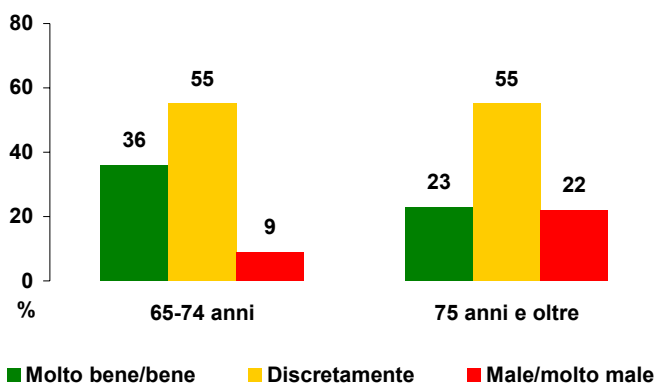
Nei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento la salute percepita viene valutata con il metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

A queste domande si aggiunge, in PASSI d'Argento, quella sullo stato di salute rispetto all'anno precedente, informazione rilevante in particolare nelle persone di età avanzata.

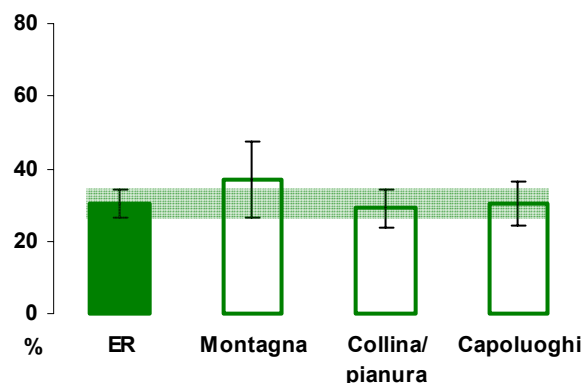
Come percepiscono il proprio stato di salute le persone ultra 64enni?

- Il 30% degli intervistati ha giudicato il proprio stato di salute positivamente (molto bene o bene), il 55% discretamente e il rimanente 15% in negativamente (male o molto male).
- La percezione negativa del proprio stato di salute è più frequente nelle donne (18% contro 11%) e aumenta con il crescere dell'età in entrambi i sessi. Tra gli uomini hanno considerato cattivo il proprio stato di salute il 10% dei 65-74enni e il 12% degli ultra 74enni; tra le donne tale differenza è più marcata (8% e 27% rispettivamente).
- Correggendo con un modello di *regressione logistica multivariata* i dati per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, la percezione negativa del proprio stato di salute è statisticamente superiore nelle donne, nelle persone con più di 74 anni e in quelle con molte difficoltà economiche.
- Pur non raggiungendo la significatività statistica, la percezione positiva di salute è più alta nelle zone montane.

Percezione della propria salute per classi d'età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=567)



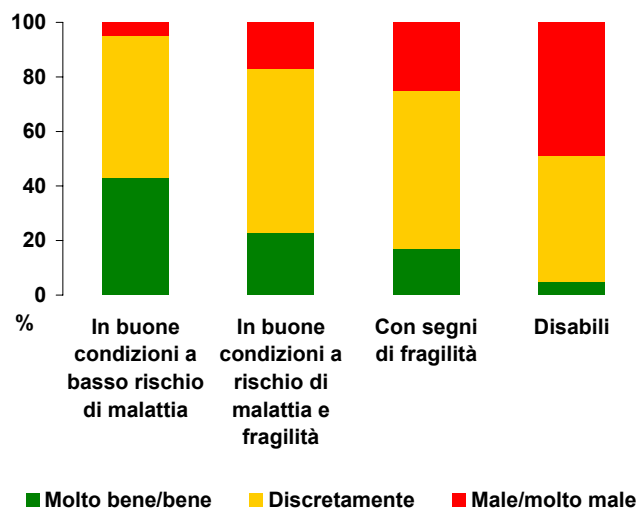
Percezione stato di salute "molto bene/bene" per zone (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=567)



Come percepiscono la propria salute i 4 sottogruppi di popolazione?

- Hanno riferito di avere uno stato di salute buono o molto buono il 43% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia e il 23% delle persone in buona salute ma a rischio di malattia.
- Questa percentuale scende nei restanti sottogruppi: è del 17% tra le persone con segni di fragilità e del 5% tra i disabili.
- Parallelamente la proporzione di coloro che si percepisce in cattiva salute passa dal 5% del primo gruppo al 49% dei disabili.

Percezione stato di salute per sottogruppi di popolazione (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=555)



Quanti sono i giorni di cattiva salute percepita in un mese e in che misura limitano le attività di tutti i giorni?

Media dei giorni percepiti in cattiva salute al mese
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=533)

Caratteristiche	N° gg/mese (IC95%) per					
	Motivi fisici	Motivi psicologici		Attività limitata		
Totale	7,7	6,8-8,6	7,3	6,4-8,3	4,2	3,5-4,9
Classi di età						
65-74	6,2	5,0-7,4	5,8	4,6-6,9	2,7	1,8-3,5
75 e oltre	<u>9,5</u>	8,1-10,9	<u>9,2</u>	7,8-10,6	<u>6,0</u>	4,8-7,2
Sesso						
uomini	5,2	4,0-6,4	5,0	3,8-6,3	3,1	2,1-4,1
donne	<u>9,6</u>	8,3-10,9	<u>9,1</u>	7,8-10,4	5,0	4,0-6,0
Istruzione						
bassa	8,4	7,3-9,5	7,9	6,8-9,1	4,4	3,5-5,3
alta	6,3	4,7-7,8	6,1	4,6-7,6	3,8	2,5-5,1
Difficoltà economiche						
molte	13,1	9,8-16,4	12,5	9,4-15,6	7,8	4,9-10,6
qualche	9,0	7,4-10,7	9,1	7,4-10,9	5,3	4,0-6,7
nessuna	<u>5,6</u>	4,5-6,7	<u>5,0</u>	4,0-6,1	<u>2,7</u>	1,9-3,5
Sottogruppi						
in buona salute e a basso rischio di malattia	3,9	2,9-4,9	3,4	2,4-4,3	1,7	1,1-2,4
in buona salute ma a rischio di malattia	<u>10,5</u>	8,6-12,5	<u>11,1</u>	9,2-13,1	<u>4,5</u>	3,2-5,9
con segni di fragilità	<u>10,8</u>	8,5-13,1	<u>9,5</u>	7,1-11,8	<u>7,3</u>	5,1-9,5
disabili	<u>14,9</u>	10,4-19,5	<u>14,8</u>	10,3-19,2	<u>14,2</u>	9,3-19,1

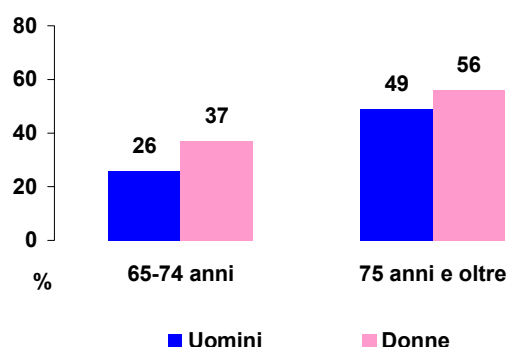
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 75 anni e oltre rispetto a quelle di 65-74 anni)

- Il numero medio di giorni vissuti in cattiva salute per motivi fisici, psichici o per limitazioni di attività aumenta al progredire dell'età.
- Le donne hanno riferito un maggior numero medio di giorni in cattiva salute percepita per motivi fisici, psichici e per limitazioni nelle attività.
- Nelle persone con molte difficoltà economiche percepite si è rilevato un maggior numero medio di giorni vissuti in cattiva salute per motivi fisici, psichici o per limitazioni di attività.
- Gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia hanno riferito un minor numero di giorni in cattiva salute, mentre i disabili un numero nettamente superiore a quello totale, soprattutto per le giornate con attività limitata.

Come percepiscono la propria salute rispetto un anno fa?

- Il 42% degli ultra 64enni ha riferito di star peggio rispetto un anno fa, il 50% allo stesso modo e solo l'8% meglio.
- Il 36% degli uomini ha segnalato un peggioramento nella propria salute rispetto all'anno precedente; nelle donne questa percentuale sale al 47%.
- Il peggioramento dello stato di salute è più consistente al crescere dell'età in entrambi i sessi.

Peggioramento dello stato di salute rispetto l'anno precedente (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=555)



Stili di vita: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo

Attività fisica

Una regolare attività fisica protegge le persone anziane da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico.

Negli ultra 64enni l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni di salute generali e dell'età.

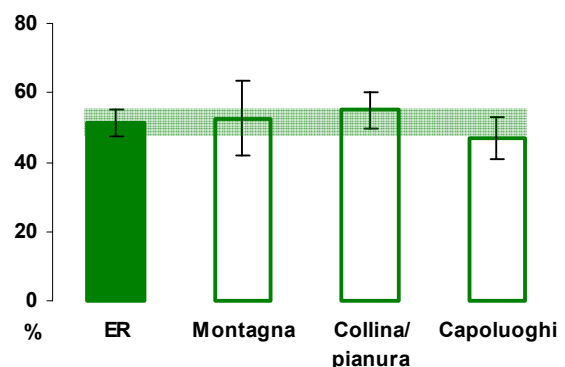
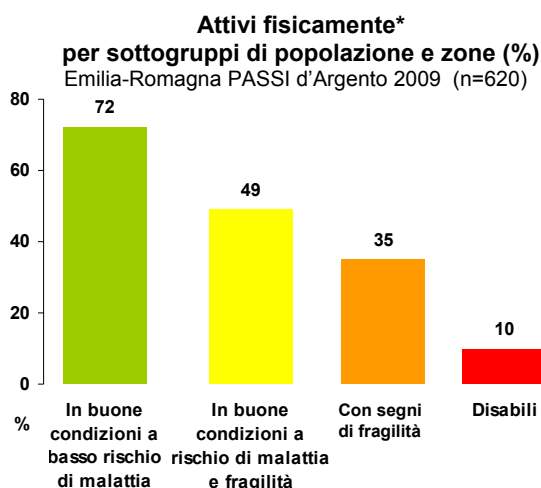
Nell'indagine PASSI d'Argento si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica, tratto da alcune indagini internazionali in grado di tener conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana; si sono considerate sia le attività sportive o ricreative quali ad esempio ginnastica e ballo, sia altre attività fisiche come i lavori di casa pesanti o il giardinaggio.

Quante sono le persone ultra 64enni attive fisicamente?

- Circa la metà degli intervistati (52%) ha dichiarato di svolgere quasi tutti i giorni un'attività fisica che fa sudare o faticare per almeno dieci minuti.
- La percentuale di persone attive è maggiore:
 - negli uomini
 - nei 65-74enni
 - nelle persone con un alto livello d'istruzione
 - nelle persone senza difficoltà economiche percepite.
- Analizzando le variabili sopra citate con un modello di *regressione logistica multivariata*, risultano significative le associazione tra attività fisica e genere, età e assenza di difficoltà economiche.
- La percentuale di attivi si riduce progressivamente e in modo significativo passando dal sottogruppo con migliore salute a quello dei disabili.
- Il livello di attività fisica rilevato appare piuttosto uniforme nelle tre aree territoriali.

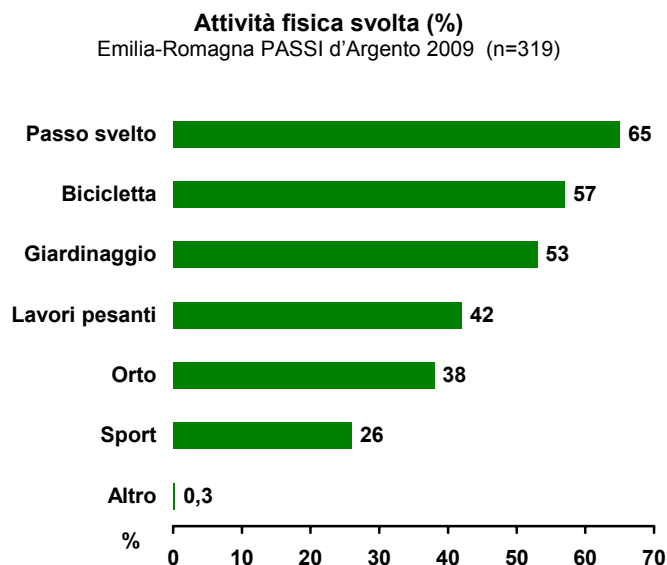
Attivi fisicamente*		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=620)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	51,5	47,7-55,2
Classi di età		
65-74	62,8	57,4-68,2
75 e oltre	40,4	35,2-45,6
Sesso		
uomini	67,2	61,6-72,8
donne	40,0	35,0-45,1
Istruzione		
bassa	47,8	43,1-52,5
alta	60,4	53,5-67,3
Difficoltà economiche		
molte	36,8	25,7-47,8
qualche	47,5	40,9-54,2
nessuna	58,4	53,1-63,8
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	72,4	67,0-77,8
in buona salute ma a rischio di malattia	48,5	40,6-56,3
con segni di fragilità	34,6	25,8-43,4
disabili	10,1	2,8-17,3

* Persone ultra 64enni che hanno svolto per almeno dieci minuti quasi tutti i giorni un'attività che fa sudare un po'. La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 75 anni e oltre rispetto a quelle di 65-74 anni)



Che tipo di attività svolgono le persone attive fisicamente?

- Le attività fisiche maggiormente praticate sono il camminare a passo svelto (65%) seguito dall'andare in bicicletta (57%), dal giardinaggio (53%), dai lavori di casa pesanti (42%), dai lavori nell'orto o nei campi (38%) e dall'attività sportiva o ricreativa (26%).



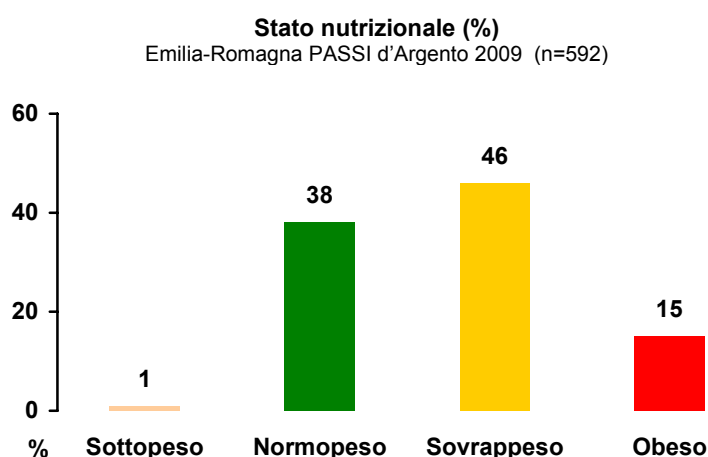
Stato nutrizionale e abitudini alimentari

In ogni fase della vita lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute. In particolare dopo i 64 anni l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona, mentre la perdita di peso non intenzionale⁵ rappresenta un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

Per valutare e confrontare le caratteristiche ponderali degli individui si utilizza l'indice di massa corporea (*Body Mass Index* o *BMI*) che si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in kg diviso il quadrato della sua statura espressa in metri. In base ai valori assunti dall'indice le persone vengono raggruppate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

Qual è lo stato nutrizionale delle persone ultra 64enni?

- Il 38% delle persone ultra 64enni risulta normopeso, l'1% in sottopeso, il 46% in sovrappeso e il 15% obeso.
- Le persone in eccesso ponderale, cioè obese e in sovrappeso, sono pertanto il 61% del campione. La percentuale è in linea con quella della sorveglianza PASSI 2008: 58% nella classe di età 50-69 anni.
- Se riportiamo la prevalenza dell'eccesso ponderale riscontrata in questa indagine a tutta la fascia di persone ultra 64enni, il numero di obesi nella nostra regione risulta di circa 590mila persone.



⁵ Perdita di almeno 4,5 kg nei dodici mesi precedenti o perdita di peso superiore al 5% del peso iniziale

Quante persone ultra 64enni sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

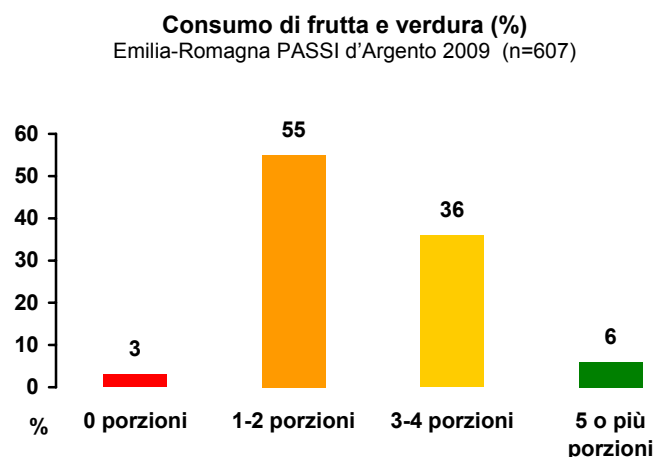
- Le persone ultra 64enni in eccesso ponderale sono il 61% circa.
- L'eccesso ponderale è maggiormente diffuso nelle persone:
 - con meno di 75 anni
 - di sesso maschile
 - con basso livello d'istruzione
 - con molte difficoltà economiche
- Non sono emerse differenze rilevanti per quanto riguarda il livello d'istruzione e i sottogruppi di popolazione.
- Correggendo con una *regressione logistica multivariata* i dati per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, l'eccesso ponderale rimane statisticamente associato solo con il genere e l'età.
- La distribuzione dell'eccesso ponderale è abbastanza uniforme nelle tre zone territoriali considerate.

Eccesso ponderale		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=359)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	60,6	56,6-64,6
Classi di età		
65-74	63,8	58,2-69,5
75 e oltre	<u>57,3</u>	51,6-62,9
Sesso		
uomini	66,0	60,0-72,0
donne	56,6	51,3-62,0
Istruzione		
bassa	63,1	58,3-67,9
alta	55,6	48,5-62,7
Difficoltà economiche		
molte	69,3	58,4-80,1
qualche	62,8	55,9-69,6
nessuna	57,2	51,7-62,6
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	61,0	55,0-67,0
di malattia in buona salute ma a rischio di malattia	59,1	51,0-67,2
con segni di fragilità	61,7	52,5-70,8
disabili	58,5	46,5-70,4

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 75 anni e oltre rispetto a quelle di 65-74 anni)

Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day")?

- Solo il 6% degli intervistati consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno raccomandate; più della metà consuma solo 1-2 porzioni, valori inferiori rispetto a quelli indicati dalla sorveglianza PASSI 2008 relativi alla classe 50-69 anni (14%).
- Tra gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia il 10% ha dichiarato di seguire il "five a day"; la percentuale scende al 2% nelle persone in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità e in quelle con segni di fragilità e al 3% nei disabili.



Consumo di alcol

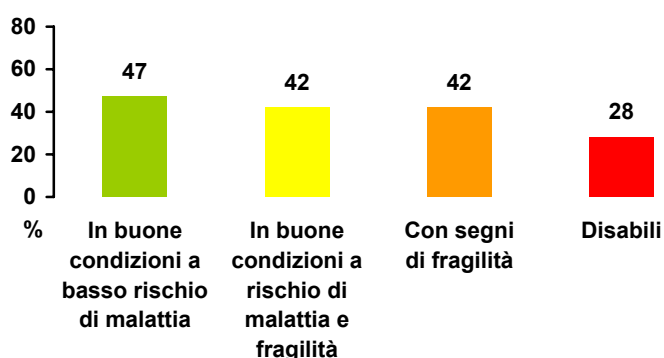
Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età.

Nell'indagine si è valutato il numero di persone che bevono almeno una unità alcolica corrispondente a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno; tra queste persone si è inoltre considerato il consumo di alcol fuori pasto, come indicatore di un'assunzione non corretta.

Quante persone ultra 64enni consumano almeno una unità alcolica al giorno?

- Il 43% degli intervistati ultra 64enni ha riferito di consumare alcol in una giornata tipo.
- Si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (62% contro 28%); non si sono rilevate differenze tra le due classi di età (65-74 anni e 75 e oltre).
- La percentuale di bevitori è risultata significativamente minore tra le persone disabili (28%).

Consumatori di almeno 1 unità alcolica* per sottogruppi di popolazione (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=605)



* persone che in una giornata tipo bevono almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore

Quante persone ultra 64enni consumano alcol fuori pasto e quali sono le loro caratteristiche?

- Bere alcol fuori pasto è un'abitudine riportata da poco meno del 6% degli intervistati.
- La percentuale è statisticamente superiore negli uomini (10% rispetto al 2% delle donne). Questa significatività è confermata anche dalla *regressione logistica multivariata* che corregge anche per classe d'età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche.
- Il bere fuori pasto è in percentuale minore nel gruppo dei disabili, sebbene la differenza non raggiunga la significatività statistica rispetto agli altri sottogruppi di popolazione.
- Non sono emerse differenze tra le tre aree territoriali considerate.

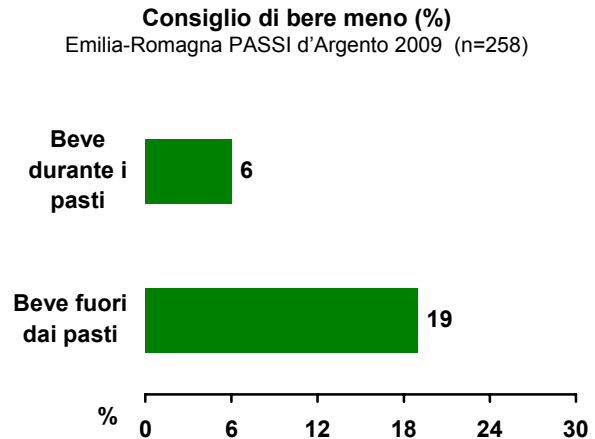
Alcol fuori pasto*
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=620)

Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	5,7	3,9-7,5
Classi di età		
65-74	6,7	3,8-9,6
75 e oltre	4,7	2,5-6,9
Sesso		
uomini	10,3	6,6-14,0
donne	2,4	0,7-4,0
Istruzione		
bassa	5,1	3,0-7,2
alta	7,1	3,4-10,8
Difficoltà economiche		
molte	4,5	0,0-9,4
qualche	5,9	2,7-9,1
nessuna	5,8	3,2-8,3
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	6,6	3,6-9,6
in buona salute ma a rischio di malattia	5,7	1,9-9,5
con segni di fragilità	5,0	1,0-8,9
disabili	3,2	0,0-7,6

* Persone ultra 64enni che bevono durante la mattina o dopo cena
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)

Quante persone hanno ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario?

- Tra chi consuma alcol, solo il 7% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno alcol da parte di un medico o di un operatore sanitario.
- Questo consiglio è più alto tra i bevitori fuori pasto (19%) rispetto a chi consuma alcol solo durante i pasti (6%).

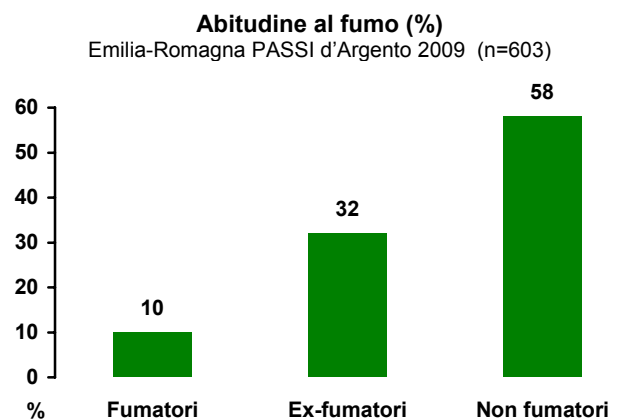


Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Rappresenta inoltre il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce e disabilità (DALY).

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- In Emilia-Romagna gli intervistati ultra 64enni che hanno riferito di fumare sono il 10%. Il 32% ha detto di aver fumato almeno cento sigarette ma di aver smesso e il 58% di non avere mai fumato.
- Le percentuali sono in linea con quelle della sorveglianza PASSI che indicano una progressiva riduzione dell'abitudine al fumo all'aumentare dell'età (23% nella classe 50-69 anni nel 2008)



* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento

** Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di non fumare al momento

*** Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e non fuma al momento

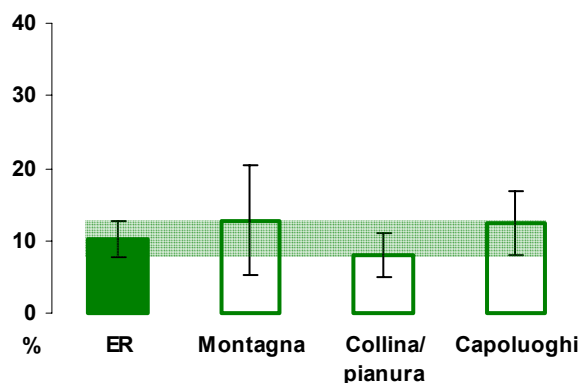
Quali sono le caratteristiche dei fumatori e quanti hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare?

- L'abitudine al fumo è risultata più alta:
 - negli uomini
 - nella classe d'età 65-74 anni
 - nelle persone con alto livello d'istruzione
 - nelle persone con molte difficoltà economiche percepite.
- I fumatori rappresentano l'11% degli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia, il 13% di quelli in buona salute ma rischio di malattia, il 9% delle persone con segni di fragilità e il 3% dei disabili.
- Inserendo in un modello di *regressione logistica multivariata* genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, l'abitudine al fumo è statisticamente correlata al genere, all'età e all'assenza di molte difficoltà economiche.
- Il 71% dei fumatori ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o altro operatore sanitario.
- Pur non raggiungendo la significatività sul piano statistico, l'abitudine al fumo è più bassa nelle zone collinari e pianeggianti.

Abitudine al fumo		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=603)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	10,2	7,8-12,7
Classi di età		
65-74	13,3	9,3-17,4
75 e oltre	7,1	4,4-9,9
Sesso		
uomini	14,0	9,7-18,4
donne	7,4	4,6-10,1
Istruzione		
bassa	9,4	6,5-12,2
alta	12,0	7,3-16,7
Difficoltà economiche		
molte	20,1	10,8-29,4
qualche	7,9	4,1-11,7
nessuna	9,5	6,2-12,7
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	10,9	7,1-14,7
in buona salute ma a rischio di malattia	13,2	7,7-18,7
con segni di fragilità	9,2	3,7-14,7
disabili	3,3	0,0-7,7

* Persone ultra 64enni che dichiarano di aver fumato più di 100 sigarette nella loro vita e di fumare al momento

Abitudine al fumo per zone (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=603)



Problemi di vista, udito e difficoltà masticatorie

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione della persona ultra 64enne peggiorandone notevolmente la qualità della vita.

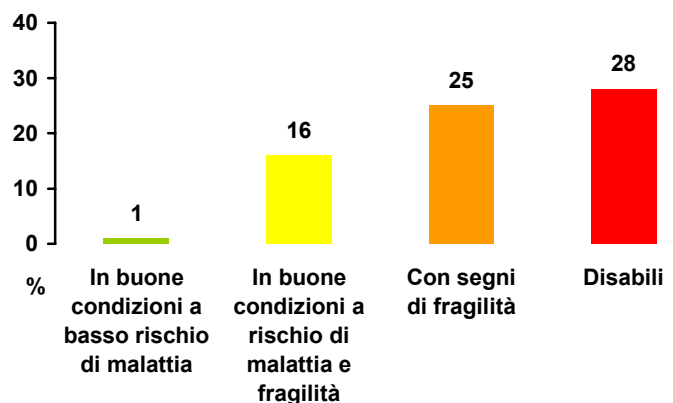
I problemi di vista costituiscono inoltre un importante fattore di rischio per le cadute. Nel 1997, l'OMS ha lanciato un programma d'azione per eliminare i problemi di vista evitabili entro il 2020. Per far questo è importante fornire un'assistenza oculistica appropriata alle persone con disabilità visive collegate all'età e ridurre le iniquità di accesso all'uso di occhiali correttivi tra le donne e gli uomini di età più avanzata.

Anche in età avanzata, la salute orale è un aspetto importante per la salute complessiva della persona: le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali con effetti particolarmente gravi specie tra le persone anziane fragili e disabili. I problemi masticatori influenzano inoltre la qualità della vita della persona ultra 64enne, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico.

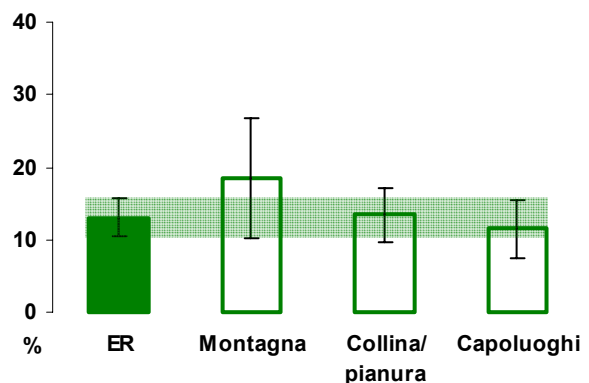
Quante persone ultra 64enni hanno problemi di vista?

- Il 14% degli ultra 64enni ha dichiarato di vedere senza problemi, il 73% di aver bisogno di occhiali per vedere bene e il 13% di avere problemi di vista.
- Tra coloro che hanno riferito di avere problemi di vista, il 72% ha detto di vedere male nonostante porti gli occhiali.
- La prevalenza di questo problema percettivo è particolarmente rilevante tra le persone a rischio, tra quelle con segni di fragilità e tra i disabili.
- Se si analizzano i dati in un modello di *regressione logistica multivariata* che tiene conto del genere, delle classi d'età, del livello d'istruzione e della presenza di difficoltà economiche, i problemi di vista sono maggiori negli ultra 74enni, nelle donne e nelle persone con molte difficoltà economiche.
- I problemi di vista risultano più diffusi nelle zone montane, anche se in modo non statisticamente significativo.

Problemi di vista*
per sottogruppi di popolazione (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=605)



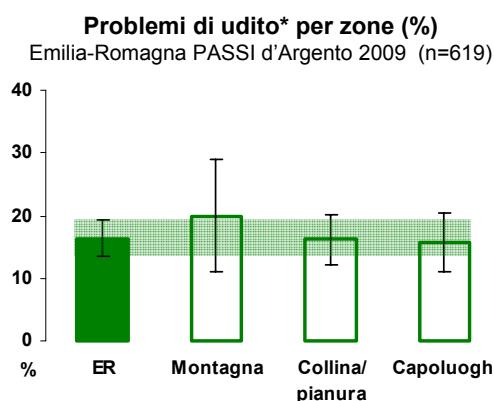
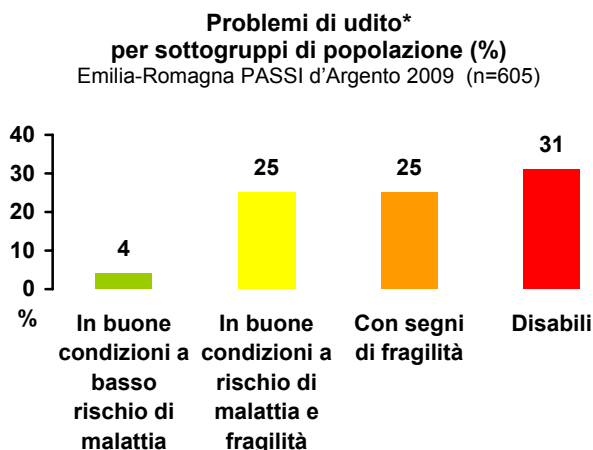
Problemi di vista* per zone (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=619)



* Persone ultra 64enni che hanno risposto di vedere male anche con gli occhiali o di non vedere bene

Quante persone ultra 64enni hanno problemi di udito?

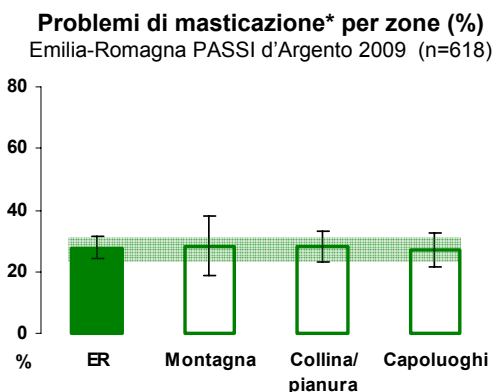
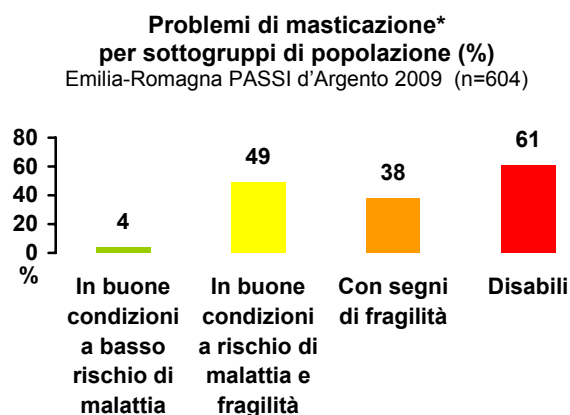
- Il 16% delle persone intervistate ha riferito difficoltà uditive.
- La prevalenza di questo problema percettivo è particolarmente rilevante tra le persone in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità, tra quelle con segni di fragilità e tra i disabili.
- Il modello di *regressione logistica multivariata* conferma che i problemi di udito risultano più diffusi negli ultra 74enni, negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- I problemi di udito sono più presenti nelle persone che vivono nei comuni montani, anche se in maniera non significativa.
- Complessivamente, il 7% degli intervistati riferisce di usare una protesi acustica ma, tra coloro che la usano, il 41% riferisce di sentire male.
- Tra coloro che hanno problemi di udito l'83% non porta la protesi acustica.



* Persone ultra 64enni che hanno risposto di sentire male o di non sentire

Quante persone ultra 64enni hanno difficoltà a masticare?

- Il 72% degli intervistati ha riferito di non avere problemi di masticazione; di questi oltre i due terzi (67%) utilizzano una protesi dentale.
- Il 28% ha invece difficoltà masticatorie; di questi il 79% porta una protesi dentale, mentre il restante 21% non la utilizza.
- La prevalenza dei problemi masticatori è particolarmente rilevante nelle persone in buone condizioni ma a alto rischio di malattia e fragilità (49%), nei fragili (38%) e nei disabili (61%).
- Il modello di *regressione logistica multivariata* mostra che i problemi masticatori sono più diffusi tra gli ultra 74enni, nelle donne e nelle persone con molte difficoltà economiche.
- La distribuzione dei problemi di masticazione risulta omogenea tra le aree territoriali considerate.

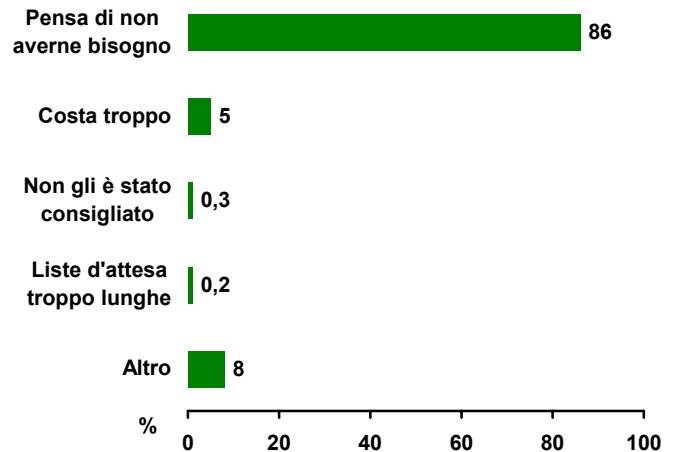


* Persone ultra 64enni che hanno risposto di masticare male o di non riuscire a masticare cibi come carne e mele

Quante persone ultra 64enni sono state dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno?

- Complessivamente il 40% degli intervistati si è recato dal dentista negli ultimi 12 mesi.
- Tra gli anziani che hanno riferito difficoltà a masticare, solo il 45% è andato dal dentista.
- Il motivo principale per cui le persone con difficoltà alla masticazione non si sono recate dal dentista è il non averne sentito bisogno.
- Il ricorso al dentista è superiore nei due sottogruppi delle persone in buone condizioni (42% e 44%), mentre è inferiore tra le persone con segni di fragilità (35%) e i disabili (30%).

Motivo del mancato ricorso al dentista nell'ultimo anno (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=365)



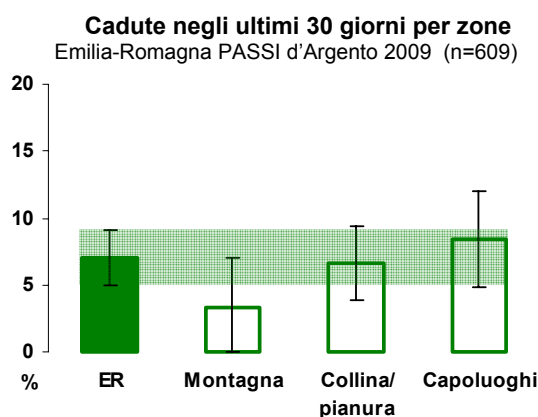
Cadute

L'OMS ha indicato le cadute negli anziani come uno dei "quattro giganti della geriatria" insieme a depressione, incontinenza urinaria e deficit di memoria. Il problema è particolarmente rilevante non solo per la frequenza ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadute può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Per prevenire le cadute sono necessari programmi di intervento mirati a ridurre i fattori di rischi principali per le cadute (quali ad esempio l'uso inappropriato di farmaci), a creare le condizioni per un ambiente sicuro e favorevole alle persone più anziane e a promuovere l'attività fisica.

Quante persone ultra 64enni sono cadute negli ultimi 30 giorni e quali sono le loro caratteristiche?

- In Emilia-Romagna il 7% degli intervistati ha dichiarato di essere caduto negli ultimi 30 giorni.
- Le prevalenze delle cadute aumenta con il crescere dell'età: 5% nella fascia 65-74 anni e 9% sopra i 74 anni. Queste differenze tuttavia non sono significative sul piano statistico, anche correggendo con un modello di *regressione logistica multivariata* per sesso, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche.
- Le cadute sono un fenomeno particolarmente frequente tra gli ultra 64enni con segni di fragilità (11%) e i disabili (12%).
- Pur non raggiungendo la significatività sul piano statistico, le cadute sono risultate inferiori in chi vive nei comuni di montagna.



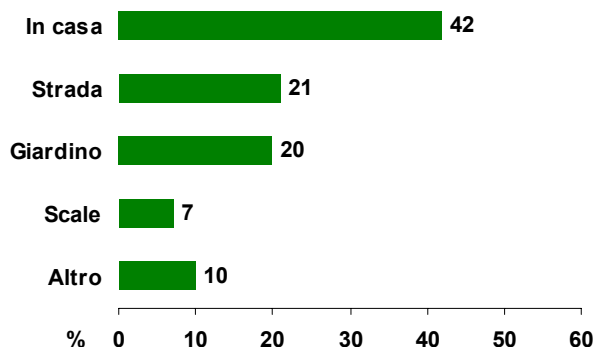
Dove si è verificata la caduta?

- Il 42% delle persone ha riferito di essere caduto in casa.
- Le cadute in strada sono state il 21%, quelle in giardino e nell'orto sono state il 20%.
- Gli intervistati che hanno riferito di essere caduti per la scale sono stati il 7%.

Cadute negli ultimi 30 giorni
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=609)

Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	7,1	5,0-9,1
Classi di età		
65-74	5,3	2,7-8,0
75 e oltre	8,8	5,5-12,0
Sesso		
uomini	7,8	4,4-11,1
donne	6,5	3,9-9,2
Istruzione		
bassa	6,2	3,8-8,5
alta	8,9	4,8-13,0
Difficoltà economiche		
molte	6,1	0,3-11,8
qualche	6,5	3,0-9,9
nessuna	7,7	4,7-10,6
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	5,0	2,4-7,6
in buona salute ma a rischio di malattia	5,5	1,8-9,2
con segni di fragilità	11,3	5,3-17,3
disabili	12,2	4,1-20,2

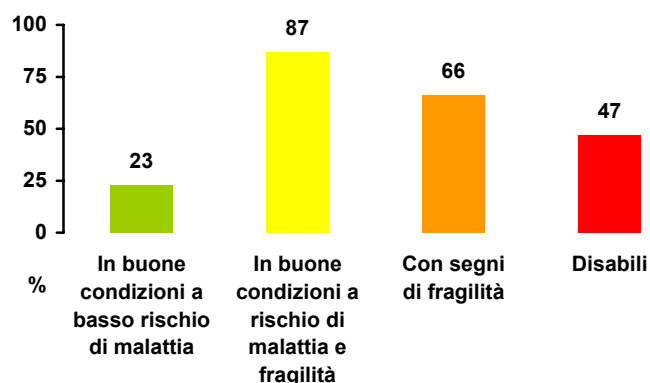
Luogo della caduta (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=43)



Quante persone ultra 64enni si sono fatte male e quante sono state ricoverate a seguito della caduta?

- Oltre la metà degli intervistati (53%) che sono caduti, hanno dichiarato di essersi fatti male a seguito della caduta.
- Questa percentuale è più alta tra le persone in buone condizioni ma a rischio di malattia (87%) e tra i fragili (66%).
- Il 14% degli intervistati caduti ha riferito di essere stato ricoverato per più di un giorno a seguito della caduta.

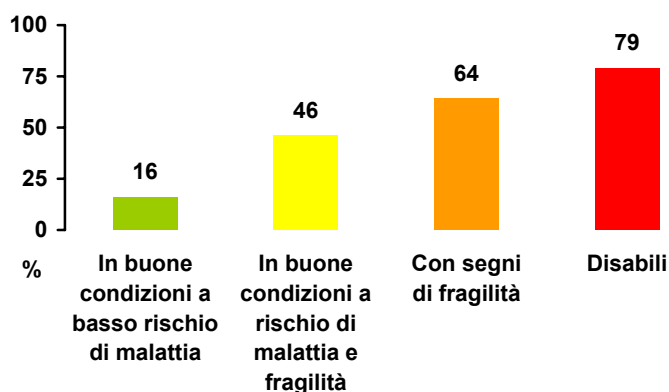
Persone che si sono fatte male dopo una caduta per sottogruppi di popolazione (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=42)



Quante persone ultra 64enni hanno paura di cadere?

- Circa un terzo degli ultra 64enni intervistati (36%) ha riferito di aver paura di cadere.
- La paura di cadere è una condizione più frequente nelle donne (48% contro 20% degli uomini) e negli ultra 74enni (50% contro 26% dei 65-74enni).
- La paura di cadere è maggiore tra le persone cadute nell'ultimo mese (47%) rispetto a quelle che non sono cadute (35%).
- Tra gli ultra 64enni quasi la metà di quelli a rischio di fragilità e il 64% di quelli con segni di fragilità hanno dichiarato di aver paura di cadere, percentuale che sale al 79% tra i disabili.

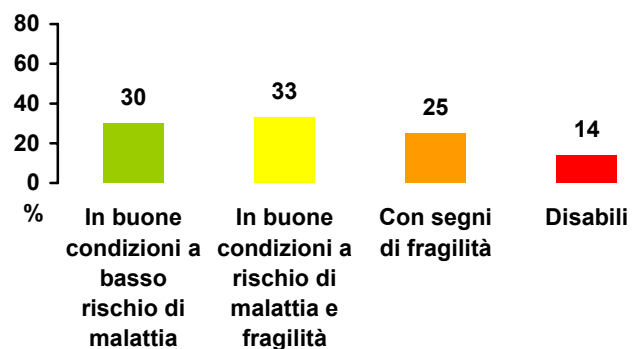
Paura di cadere per sottogruppi di popolazione (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=530)



Quante persone ultra 64enni sono cadute o hanno paura di cadere, ma non usano precauzioni anticaduta in bagno?

- Le persone che hanno paura di cadere sono a maggior rischio di cadute successive. Ciò si accompagna ad una insufficiente adozione di misure preventive, come già dimostrato dalla sorveglianza PASSI 2008: solo il 10% degli ultra 50enni che sono caduti ha adottato misure di sicurezza negli ultimi 12 mesi.
- Globalmente il 28% degli ultra 64enni con paura di cadere non ha adottato misure anticaduta in bagno, percentuale che varia tra il 30% di quelli in buona salute e il 14% tra i disabili.

Persone che hanno paura di cadere ma non usano precauzioni anticaduta* in bagno per sottogruppi di popolazione (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=191)



* tappetino antiscivolo, maniglioni, seggiolini, altre misure

Sintomi di depressione

La depressione è una condizione associata a sofferenza e disabilità e costituisce una significativa fonte di costi diretti e indiretti. Dopo i 64 anni la presenza di sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave, perché associata ad altre forme di patologia e perché causa un disagio clinicamente significativo e socialmente rilevante, associandosi più spesso che in altre età a suicidio.

Al contrario, esiste spesso una sottostima della necessità di curarsi, da parte dell'anziano stesso che considera il suo stato psicologico una necessaria conseguenza della sua storia di vita e da parte del suo entourage che l'interpreta come una condizione abituale dell'età avanzata.

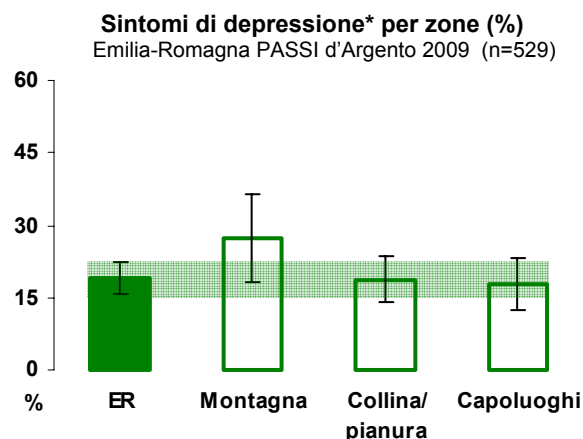
Quante sono le persone ultra 64enni con sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- In Emilia-Romagna il 19% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione.
- Questi sintomi sono più diffusi:
 - nella fascia di età 75 e più
 - nelle donne
 - nelle persone con molte difficoltà economiche percepite
 - nelle persone in buono stato di salute percepito ma a rischio di malattia, in quelle con segni di fragilità e nei disabili.
- Correggendo con un modello di *regressione logistica multivariata* i dati per genere, classi d'età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche, l'aver sintomi depressivi rimane associato alla presenza di difficoltà economiche e al sesso femminile.
- Pur non raggiungendo la significatività sul piano statistico, i sintomi depressivi risultano più diffusi nelle zone di montagna.

Sintomi di depressione*		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=529)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	19,0	15,7-22,4
Classi di età		
65-74	14,9	10,7-19,1
75 e oltre	24,3	18,9-29,6
Sesso		
uomini	12,9	8,5-17,4
donne	<u>23,8</u>	19,0-28,6
Istruzione		
bassa	19,8	15,7-24,0
alta	17,6	12,0-23,1
Difficoltà economiche		
molte	43,6	31,0-56,1
qualche	<u>23,3</u>	17,0-29,6
nessuna	<u>11,3</u>	7,6-15,0
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	2,2	0,4-4,0
in buona salute ma a rischio di malattia	<u>42,3</u>	34,1-50,4
con segni di fragilità	<u>25,8</u>	16,8-35,9
disabili	<u>40,2</u>	20,5-59,9

* Persone ultra 64enni con punteggio ≥ 3 del *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime 2 settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentito giù di morale, depressa o senza speranza.

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla qualità percepita della vita?

- Le persone con sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone senza sintomi.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.
- In particolare tra le persone con sintomi di depressione, il numero medio di giorni con limitazioni è 11 giorni rispetto ai 2 nelle persone senza sintomi.

Media dei giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazione di attività

Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=502)

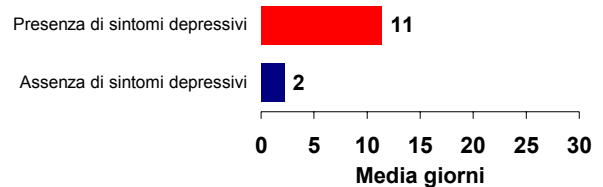
Giorni in cattiva salute fisica



Giorni in cattiva salute mentale



Giorni con limitazione di attività



A chi ricorrono le persone ultra 64enni con sintomi di depressione?

- Il 72% delle persone con sintomi depressivi ha riferito di essersi rivolto a figure di riferimento: il 55% a medici/operatori sanitari, il 15% a familiari/amici e il 2% a entrambi.
- Le persone che non chiedono aiuto pur avendo sintomi di depressione sono il 28%.

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione (%)

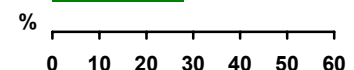
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=86)

Personale sanitario 55

Persone di fiducia 15

Personale sanitario+ Persone di fiducia 2

Nessuno 28



Isolamento sociale

L'isolamento sociale non ha una definizione univoca, ma nelle sue componenti è molto importante per le implicazioni di natura psicologica, per esempio per la depressione, e di cura, ad esempio attenzione per la vita quotidiana dell'anziano e i suoi bisogni. Nell'indagine PASSI d'Argento è stata valutata la partecipazione a incontri collettivi e l'incontrare altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere. Sono state considerate a rischio di isolamento sociale le persone che in una settimana normale non svolgevano nessuna di queste attività.

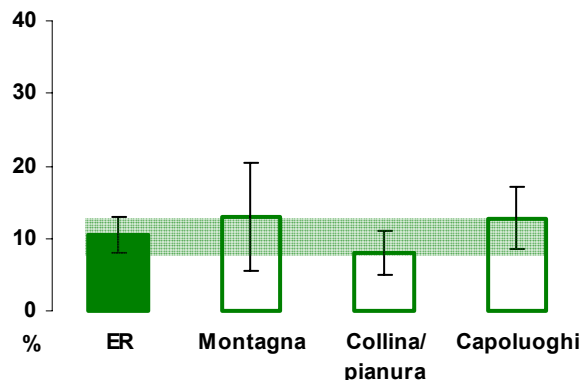
Quante persone ultra 64enni sono a rischio di isolamento sociale e quali sono le loro caratteristiche?

- Le persone intervistate a rischio di isolamento sociale sono risultate il 10%.
- L'isolamento sociale è più diffuso:
 - nella fascia d'età 75 e oltre
 - nelle donne
 - nelle persone con molte difficoltà economiche.
- Tenendo conto attraverso un modello di *regressione logistica multivariata* di genere, classe d'età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche, l'isolamento sociale è maggiore negli ultra 75enni, nelle donne e in coloro che hanno molte difficoltà economiche.
- Tra gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia solo l'1% è a rischio di isolamento sociale. Negli altri sottogruppi questa percentuale sale in maniera statisticamente significativa: 19% nelle persone in buona salute ma a rischio di malattia, 10% nei fragili e ben 33% nei disabili.
- Pur senza differenze sul piano statistico, l'isolamento sociale risulta più diffuso nei comuni di montagna e nei capoluoghi.

Rischio di isolamento sociale*		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=620)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	10,4	8,0-12,9
Classi di età		
65-74	7,4	4,4-10,4
75 e oltre	13,5	9,7-17,3
Sesso		
uomini	6,5	3,6-9,4
donne	<u>13,3</u>	9,7-16,9
Istruzione		
bassa	10,7	7,7-13,7
alta	10,2	5,9-14,4
Difficoltà economiche		
molte	20,2	11,0-29,3
qualche	12,1	7,6-16,7
nessuna	<u>7,4</u>	4,5-10,2
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	1,4	0,0-2,8
in buona salute ma a rischio di malattia	<u>18,6</u>	12,3-24,8
con segni di fragilità	<u>9,5</u>	4,1-15,0
disabili	<u>32,7</u>	21,3-44,0

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone con nessuna difficoltà economica rispetto a quelle con molte difficoltà economiche)

Rischio di isolamento sociale* per zone (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=620)



* Persone ultra 64enni che in una settimana normale non partecipano ad incontri collettivi e non incontrano altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere

Quante persone possono contare sull'aiuto gratuito di qualcuno in caso di necessità?

- Le persone che possono contare su qualche aiuto gratuito per piccole commissioni sono il 78%.
- La percentuale di chi ha riferito di poter trovare qualcuno che svolga per lui piccole commissioni gratuitamente è più alta:
 - tra chi vive solo
 - nelle persone con più di 75 anni
 - nelle donne
 - nelle persone con un basso livello d'istruzione
 - nelle persone senza difficoltà economiche.
- Correggendo con un modello di *regressione logistica multivariata* i dati per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, la disponibilità di un aiuto gratuito per le piccole commissioni risulta statisticamente maggiore nelle donne e tra chi ha un basso livello d'istruzione.

Aiuto gratuito per commissioni*		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=526)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	78,1	74,6-81,6
Classi di età		
65-74	74,7	69,6-79,8
75 e oltre	82,4	77,6-87,1
Sesso		
uomini	71,4	65,5-77,3
donne	<u>83,3</u>	79,0-87,6
Istruzione		
bassa	83,7	79,8-87,6
alta	<u>68,0</u>	61,1-74,9
Difficoltà economiche		
molte	75,1	63,8-86,5
qualche	76,1	69,9-82,4
nessuna	80,1	75,5-84,8
A rischio di isolamento		
sì	76,9	64,2-89,7
no	78,2	74,5-81,9
Vive da solo		
sì	82,6	75,8-89,4
no	76,8	72,7-81,0

* Persone ultra 64enni che dichiarano di non poter contare sull'aiuto di qualcuno per fare delle piccole commissioni gratuitamente

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)

Conclusioni

L'aumento delle malattie croniche-degenerative ha messo in luce l'importanza dei comportamenti che influiscono sullo stato di salute della popolazione.

Nella popolazione anziana, per sua natura più fragile e predisposta all'insorgenza di patologia, riveste particolare importanza agire sistematicamente per limitare l'influenza di tutti determinanti che possono provocare o aggravare patologie, facendo scivolare l'anziano verso la fragilità o la disabilità.

L'attenzione degli operatori socio-sanitari ma anche delle famiglie e delle associazioni che si occupano di anziani, dovrà focalizzarsi sui diversi gruppi di fattori di rischio, cominciando da quelli comportamentali (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), proseguendo con quelli fisici e bio-medici (problemi di vista, udito e masticazione), finendo con quelli sociali (indicatori di rischio di isolamento). La grande diffusione di alcuni di questi rischi, indicata dai risultati di PASSI d'Argento, può dare utili indicazioni per definire priorità, pianificare e progettare attività mirate.

3. Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato

Sviluppare servizi sociali e sanitari accessibili, di qualità ed *age-friendly* è essenziale per rispondere ai bisogni e ai diritti di uomini e donne che avanzano nell'età, in tal modo operando per la prevenzione di patologia, fragilità e disabilità. Per realizzare questo è necessario perseguire:

- la qualificazione della rete dei servizi alla persona potenziando l'integrazione tra cure primarie, settore sociale e sanitario.
- il sostegno dell'*informal care*, ovvero del lavoro di cura di familiari e conoscenti, fornendo loro informazioni, supporti e cure in modo da garantire interventi personalizzati, continuità nelle cure e sostegno alla domiciliarità.
- garantire disponibilità economiche sufficienti e possibilità di vivere in un luogo confortevole e sicuro.

Nell'indagine PASSI d'Argento si è valutata la conoscenza e l'utilizzo di programmi di intervento dei servizi sociali, ma anche l'aiuto fornito dai servizi e dalla rete informale alle persone che hanno bisogno di aiuto nelle attività di base e più complesse della vita quotidiana. Si sono inoltre indagate le condizioni di godimento dell'alloggio integrando questi aspetti con informazioni sulla disponibilità di una pensione e di altre forme di reddito.

Conoscenza e uso di programmi di intervento e servizi sociali

Quanti ne hanno sentito parlare e quanti si sono recati al centro anziani?

- La maggior parte degli intervistati (85%) ha riferito di aver sentito parlare dei centri, circoli e associazioni per anziani. Questa percentuale è omogenea per classi d'età, genere e livello d'istruzione; è significativamente più bassa nelle persone con molte difficoltà economiche percepite e nei disabili.
- Analizzando i dati con un modello di *regressione logistica* che corregge per età, genere, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si mantiene la significatività solo per l'assenza di molte difficoltà economiche.
- Rispetto alle tre aree territoriali, la conoscenza dei centri anziani è risultata essere più bassa in montagna.
- Il 27% ha dichiarato di essersi recato almeno una volta negli ultimi 12 mesi a questi centri.
- La percentuale di chi ci è andato è più bassa tra gli ultra 74enni, le donne, le persone con un livello d'istruzione alto e tra i disabili.
- Riguardo alla partecipazione la *regressione logistica* mantiene la significatività per classi d'età, genere e livello d'istruzione.
- Non ci sono differenze per le tre zone territoriali considerate.

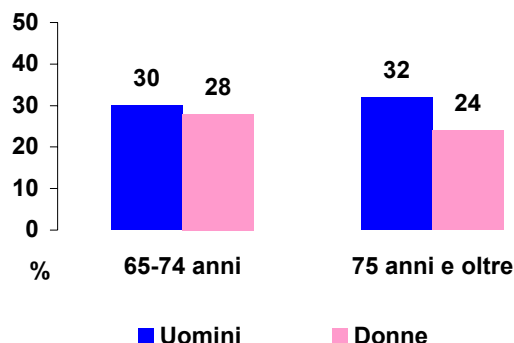
Conoscenza e partecipazione centro anziani o circoli e associazioni per anziani Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=608 e n=527)				
Caratteristiche	Centro anziani, circoli e associazioni per anziani (IC95%)			
	Conoscenza		Partecipazione	
Totale	85,5	82,6-88,3	26,9	23,1-30,7
Classi di età				
65-74	88,1	84,3-91,8	29,9	24,2-35,6
75 e oltre	88,8	78,6-87,0	23,8	18,7-28,9
Sesso				
uomini	86,0	81,7-90,2	34,6	28,3-41,0
donne	85,1	81,3-88,8	<u>21,1</u>	16,4-25,8
Istruzione				
bassa	85,0	81,6-88,5	30,0	25,2-34,8
alta	86,3	81,4-91,2	20,7	14,6-26,8
Difficoltà economiche				
molte	73,0	62,6-83,4	21,4	10,5-32,3
qualche	86,0	81,3-90,7	26,3	19,8-32,8
nessuna	<u>87,9</u>	84,3-91,5	28,2	22,9-33,5
Sottogruppi				
in buona salute e a basso rischio di malattia	89,2	85,5-93,0	31,3	25,3-37,3
in buona salute ma a rischio di malattia	86,7	81,3-91,2	23,1	15,9-30,2
con segni di fragilità	88,0	82,0-94,0	26,7	18,0-35,5
disabili	<u>65,0</u>	53,5-76,4	<u>15,0</u>	4,5-25,5

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. disabili rispetto a persone in buona salute e a basso rischio di malattia)

Quanti hanno sentito parlare dei punti unici di accesso?

- Il 28% delle persone intervistate ultra 64enne ha riferito di aver sentito parlare dei punti di accesso dove poter aver informazioni sulle opportunità e sui servizi per anziani. Questa percentuale è più alta quando la risposta è stata fornita dal proxy (34% contro 27%).
- La proporzione è maggiore negli uomini e nelle persone senza difficoltà economiche (32% contro 20% di chi ne ha riferite molte).
- Non sono emerse differenze per classi d'età, livello d'istruzione e area territoriale.
- La percentuale di fragili che ne ha sentito parlare è del 24% e quella di disabili del 20%.

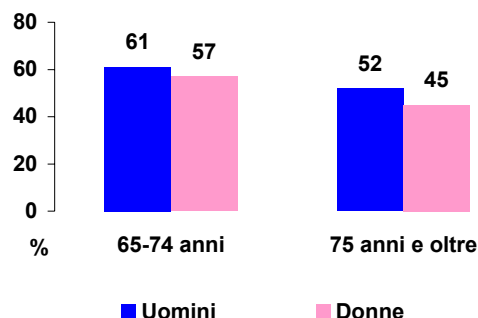
Conoscenza dei punti unici di accesso per sesso e classi d'età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=597)



Quanti hanno sentito parlare dei servizi di telesoccorso e teleassistenza?

- Circa la metà degli intervistati (53%) ha riferito di aver sentito parlare dei servizi di telesoccorso e teleassistenza.
- Questa percentuale è più alta nei 65-74enni, negli uomini, nelle persone con livello d'istruzione alto (62% contro 49%) e nelle persone senza difficoltà economiche (56% contro 47%).
- Non si rilevano differenze tra le aree territoriali considerate.

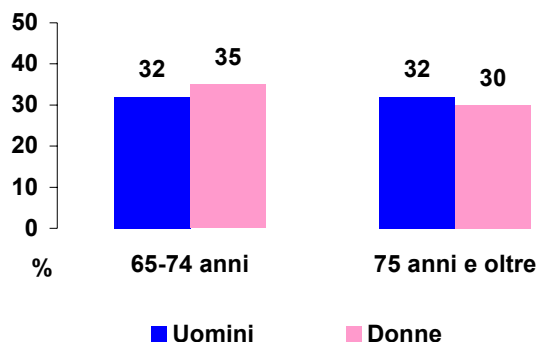
Conoscenza dei servizi di telesoccorso e teleassistenza per sesso e classi d'età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=607)



Quanti hanno sentito parlare dei ricoveri temporanei "di sollievo"?

- Un terzo degli intervistati (33%) ha riportato di aver sentito parlare dei ricoveri temporanei "di sollievo".
- Questa percentuale è più alta nelle persone senza difficoltà economiche percepite (34% contro 26% di chi ha molte difficoltà economiche).
- Non sono emerse differenze per genere, classi d'età, livello d'istruzione e per area territoriale.

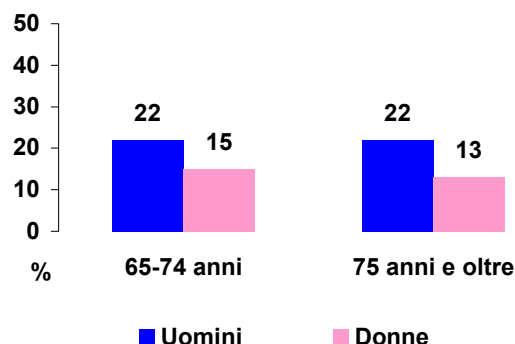
Conoscenza dei ricoveri temporanei "di sollievo" per genere e classi d'età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=609)



Quanti hanno sentito parlare dei centri per l'adattamento dell'ambiente domestico?

- Il 17% degli intervistati ha dichiarato di aver sentito parlare dei centri per l'adattamento dell'ambiente domestico per l'allestimento di soluzioni strutturali dell'abitazione o per l'utilizzo di ausili tecnologici. Questa percentuale è più alta quando la risposta è stata fornita dal proxy (24% contro 16%).
- La proporzione è maggiore negli uomini e nelle persone senza molte difficoltà economiche (19% contro il 11% di chi ne riferisce molte).
- Non ci sono differenze per classi d'età, per livello d'istruzione e per area.

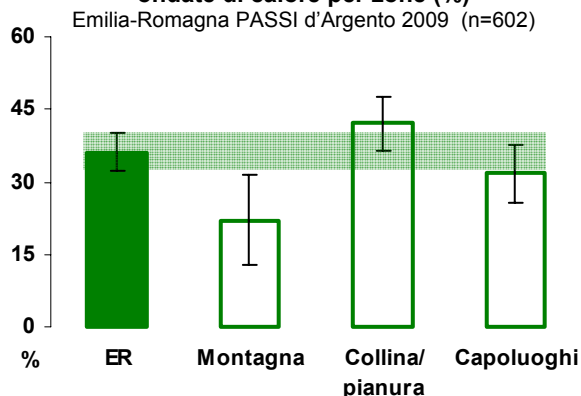
Conoscenza dei centri per l'adattamento dell'ambiente domestico per sesso e classi d'età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=601)



Quante persone ultra 64enni hanno sentito parlare di misure di prevenzione delle ondate di calore?

- Il 36% degli intervistati ha dichiarato che durante l'estate il suo medico o un altro operatore dei servizi pubblici gli ha fornito consigli per proteggersi dalle ondate di calore.
- Questa percentuale è significativamente più alta:
 - negli ultra 74enni
 - nelle persone con segni di fragilità.
- Se si analizzano i dati con un modello di *regressione logistica multivariata* emerge che i consigli sulla prevenzione delle ondate di calore sono stati ricevuti maggiormente tra gli ultra 74enni.
- Stratificando per zone territoriali la proporzione di chi ha riferito di aver ricevuto consigli contro il caldo è maggiore nei comuni capoluoghi di AUSL (32%) e in quelli di pianura/collina (42%) rispetto a quelli montani (22%).

Consigli ricevuti per la prevenzione delle ondate di calore per zone (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=602)



Consigli ricevuti per la prevenzione delle ondate di calore
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=602)

Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	36,1	32,3-40,0
Classi di età		
65-74	29,0	23,7-34,4
75 e oltre	<u>43,3</u>	37,7-48,9
Sesso		
uomini	36,6	30,7-42,6
donne	35,7	30,7-40,8
Istruzione		
bassa	37,8	33,1-42,5
alta	32,7	26,0-39,5
Difficoltà economiche		
molte	35,4	24,2-46,7
qualche	40,0	33,2-46,9
nessuna	33,7	28,5-38,8
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	31,8	26,1-37,4
in buona salute e a rischio di malattia	35,6	27,9-43,2
con segni di fragilità	<u>47,4</u>	38,2-56,6
disabili	<u>36,5</u>	24,6-48,5

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 75 anni e oltre rispetto a quelle di 65-74 anni)

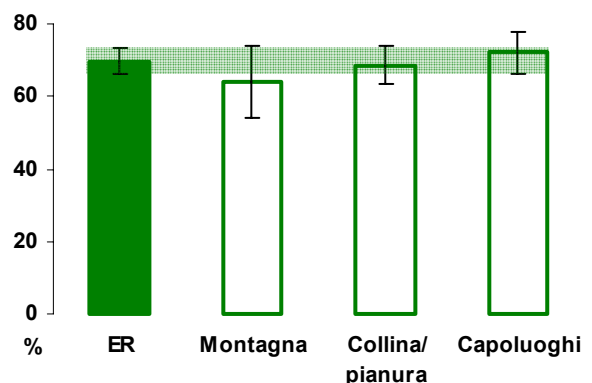
Quante persone ultra 64enni hanno fatto la vaccinazione antinfluenzale e a quante è stata consigliata?

- Quasi il 70% delle persone ultra 64enni intervistate ha riferito di aver fatto la vaccinazione antinfluenzale nei 12 mesi precedenti all'intervista.
- Questa percentuale è significativamente maggiore:
 - negli ultra 74enni
 - nelle persone disabili.
- Se si analizzano i dati con un modello di *regressione logistica multivariata* si mantiene la significatività solo per la classe d'età.
- Stratificando per le tre zone territoriali, la percentuale è lievemente superiore nei comuni capoluogo (72%) rispetto a quelli di montagna (64%), ma senza raggiungere una significatività statistica.
- Il 91% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto un consiglio di fare regolarmente la vaccinazione antinfluenzale.
- Il consiglio influisce fortemente sull'effettuazione della vaccinazione: infatti il 76% delle persone che hanno avuto il consiglio si è vaccinato contro il 14% di chi non l'ha ricevuto.
- La percentuale di persone che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di effettuare la vaccinazione antinfluenzale è minore tra gli ultra 64enni che vivono nei comuni di montagna (84%); differenza non significativa sul piano statistico.

Vaccinazione antinfluenzale		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=609)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	69,7	66,0-73,4
Classi di età		
65-74	62,9	57,3-68,6
75 e oltre	<u>76,4</u>	71,7-81,2
Sesso		
uomini	70,4	64,7-76,0
donne	69,2	64,3-74,1
Istruzione		
bassa	69,9	65,4-74,4
alta	69,4	62,8-75,9
Difficoltà economiche		
molte	67,0	56,2-77,8
qualche	70,1	63,7-76,5
nessuna	70,2	65,2-75,2
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	63,5	57,7-69,4
in buona salute ma a rischio di malattia	68,4	60,9-75,9
con segni di fragilità	75,6	67,7-83,6
disabili	<u>88,9</u>	81,1-96,6

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 75 anni e oltre rispetto a quelle di 65-74 anni)

Vaccinazione antinfluenzale per zone (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=609)



Aiuto nelle attività della vita quotidiana

Il bisogno di aiuto e assistenza delle persone ultra 64enni può essere valutato sulla base della capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana.

In PASSI d'Argento le attività della vita quotidiana sono state valutate mediante due indici validati e diffusi a livello nazionale ed internazionale.

- ADL - *Activities of Daily Living* per valutare le attività di base
- IADL - *Instrumental Activities of Daily Living* per valutare le attività strumentali

In PASSI d'Argento sono stati definiti:

- in buona salute gli ultra 64enni che non sono capaci di svolgere da soli al massimo una IADL
- con segni di fragilità coloro che hanno bisogno di aiuto in due o più IADL ma sono autonomi in tutte le ADL.

Il termine "disabilità" è stato utilizzato ad indicare "bisogno di aiuto nello svolgimento delle ADL". La disabilità in una ADL comporta di per sé una condizione di bisogno; tuttavia, il livello di assistenza necessario cresce fortemente all'aumentare del numero di attività in cui il soggetto è disabile. Per questo motivo, sono stati differenziati le persone che erano disabili in 1-5 ADL da quelle in tutte.

Per ciascuna attività è stato valutato il livello di aiuto necessario, chiedendo di indicare se l'attività veniva svolta "da solo/a", "solamente se aiutato/a", oppure non poteva essere svolta. A seconda del tipo di attività, il bisogno di aiuto è stato valutato come indice di maggiore o minore gravità.

Cosa sono le ADL/IADL?

Le **ADL** comprendono le attività che la persona deve necessariamente svolgere per vivere senza bisogno di assistenza periodica o continuativa.

Lo strumento più utilizzato per la valutazione del livello di autosufficienza in queste attività è l'indice di Katz (1963) e comprende le seguenti sei attività/funzioni: muoversi da una stanza all'altra, mangiare, vestirsi e spogliarsi, fare il bagno o la doccia, andare in bagno per fare i propri bisogni, essere continenti.

Le **IADL** sono attività più complesse rispetto alle ADL, dal punto di vista fisico e/o cognitivo, e possono essere svolte anche al di fuori dell'ambiente domestico.

Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto sia autonomo. Ad esempio, un soggetto che non è in grado di fare la spesa o pagare conti o bollette, può vivere da solo esclusivamente per brevissimi periodi. Lo strumento di riferimento per la misura della indipendenza nelle IADL è la scala da cui il termine IADL prende il nome, pubblicata da Lawton e Brody nel 1969 e comprende le seguenti otto attività: usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o delle compere, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto, pagare conti o bollette.

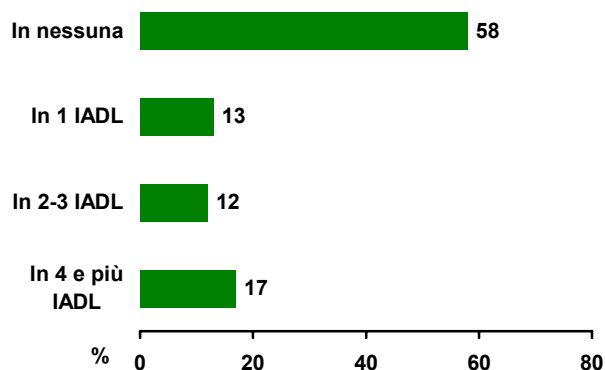
Per ogni ADL o IADL è prevista una graduazione del grado di autonomia.

Il bisogno di aiuto nello svolgimento delle attività strumentali (IADL)

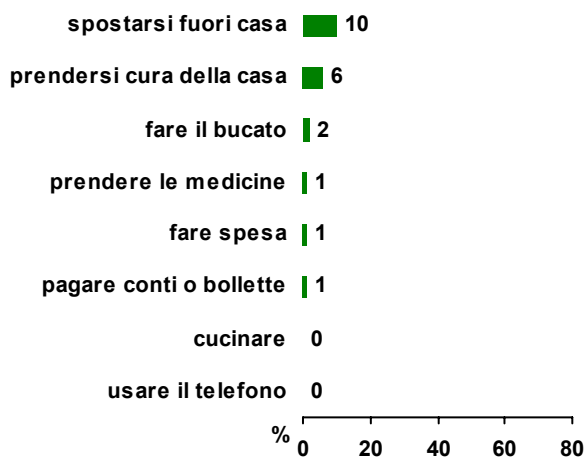
Quante sono le persone ultra 64enni con limitazioni nelle IADL?

- Gli intervistati con limitazioni in almeno un'attività strumentale (IADL) sono risultati il 42%; in particolare il 13% ha una limitazione in una sola IADL, il 12% in due o tre e il 17% in quattro e più.
- Il 58% è completamente indipendente in quanto non ha alcuna limitazione nelle otto attività misurate dalla scala IADL.
- Le donne hanno limitazioni in almeno una IADL in percentuale maggiore rispetto agli uomini (46% contro 36%), così come gli ultra 75enni rispetto a quelli della classe inferiore (63% contro 21%).
- Hanno una limitazione in almeno una IADL il 17% delle persone in buona salute a basso rischio di malattia, il 21% di quelle in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità, il 100% dei fragili e il 94% dei disabili.
- Le IADL che più frequentemente non vengono svolte autonomamente dalle persone in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità sono lo spostarsi fuori casa (10%) e il prendersi cura della casa (6%).
- Le persone con segni di fragilità più spesso hanno limitazioni nel prendersi cura della casa (76%), nello spostarsi fuori casa (74%) e nel far la spesa (72%).
- Le persone con disabilità più frequentemente non sono indipendenti nello spostarsi fuori casa (92%), nel fare il bucato (90%), nel fare la spesa o compere (90%) e nel pagare conti o bollette (81%).

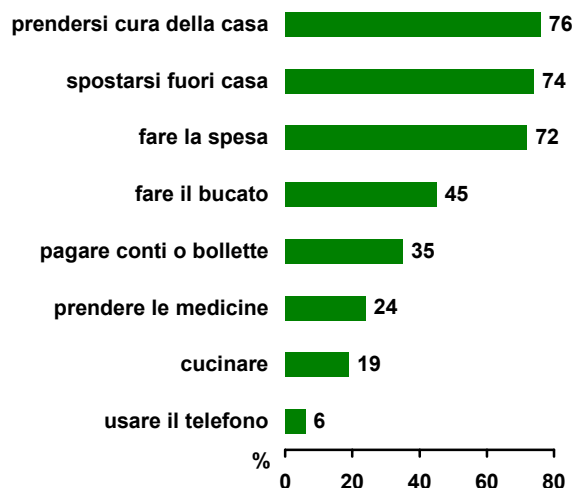
Distribuzione del numero di limitazioni nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=609)



Limitazioni nelle IADL tra le persone in buone condizioni ma a rischio (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=153)

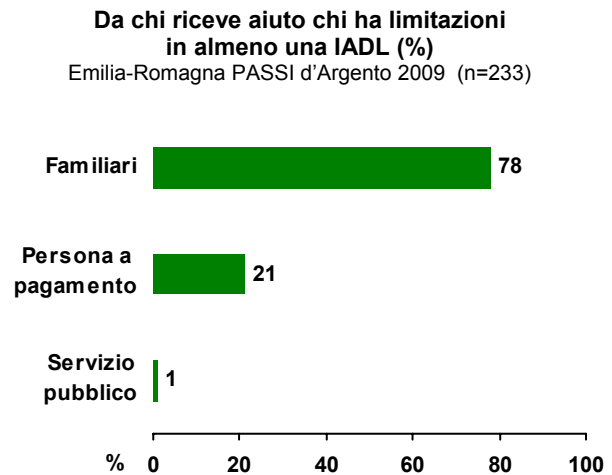


Limitazioni nelle IADL tra i fragili (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=114)



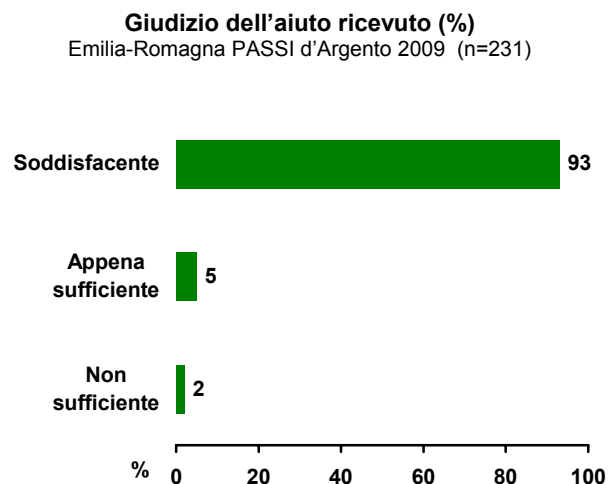
Quante persone hanno bisogno di aiuto nelle IADL e da chi ricevono aiuto?

- Il 94% delle persone ultra 64enni che non è indipendente in almeno un'attività della vita quotidiana riceve aiuto nelle attività che non riesce a fare autonomamente.
- Il 78% riceve aiuto da parte di familiari, il 21% da persone a pagamento e solo l'1% da personale dei servizi pubblici.



Come giudicano l'aiuto ricevuto nelle IADL le persone che lo ricevono?

- Il 93% delle persone che hanno ricevuto aiuto ha giudicato l'aiuto ricevuto soddisfacente; il 5% appena sufficiente e il 2% non sufficiente.
- Nessuna persona ha giudicato l'aiuto ricevuto come gravemente insufficiente.



Il bisogno di aiuto alle persone con disabilità

Quante sono le persone disabili?

- Il 12% degli intervistati è risultato disabile.
- Tra questi:
 - il 10% è parzialmente disabile in quanto non è autosufficiente da uno a cinque attività funzionali
 - il 2% è totalmente disabile poiché non è autosufficiente in nessuna delle ADL.
- I disabili sono risultati essere in maggior parte donne (62%), avere un'età media di 83 anni, vivere nel 47% con un coniuge o coetaneo ma nel 6% da solo e nel 32% con una badante. Nel 62% ha percepito il proprio reddito come insufficiente.
- Le attività in cui le persone in condizioni di disabilità hanno dichiarato di avere maggiori problemi sono il recarsi in bagno per fare i propri bisogni (68%), lo spostarsi da una stanza all'altra (54%) e il trattenere urine e feci (51%).

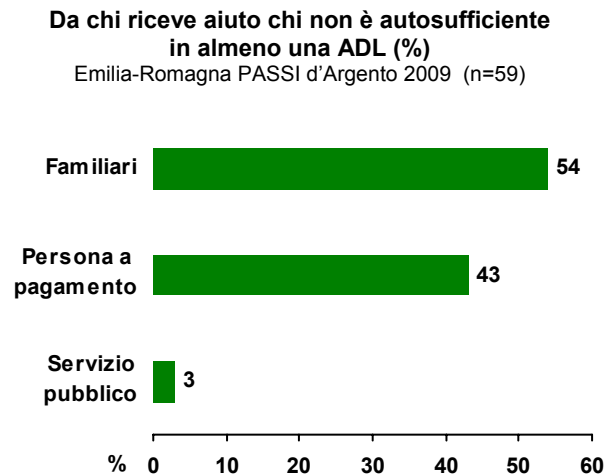
Caratteristiche dei disabili		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=69)		
Caratteristiche	Disabili	
	Parzialmente (1-5 ADL)	Gravemente (6 ADL)
Età media	82 anni	88 anni
Sesso		
uomini	34%	45%
donne	66%	55%
Vive		
da solo	6%	0%
con familiari di pari generazione	49%	36%
con figli/nipoti	22%	16%
con badante	29%	48%
Reddito percepito		
sufficiente	41%	23%
insufficiente	59%	77%

Limitazioni nelle ADL (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=69)



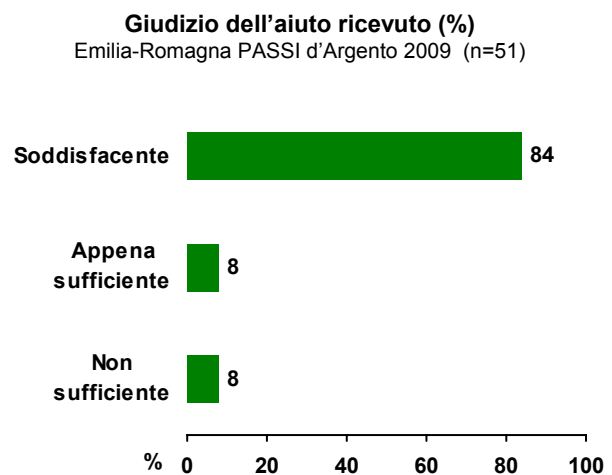
Quanti ricevono aiuto e da chi?

- Globalmente il 94% delle persone disabili ha riferito di poter disporre di un aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da soli; in particolare il 93% tra chi ha una disabilità parziale e il 100% tra chi ne ha una totale.
- Il 54% riceve aiuto da parte di familiari: tra questi il 39% dal coniuge, il 48% da un figlio e 13% da un altro parente.
- Il 43% ha una persona a pagamento che lo aiuta; tra questi il 32% usufruisce di un contribuuto.
- Solo il 3% riceve aiuto da personale dei servizi pubblici.



Come giudicano l'aiuto ricevuto le persone con disabilità?

- L'84% delle persone ultra 64enni con disabilità e che ha ricevuto aiuto ha giudicato l'aiuto ricevuto soddisfacente, l'8% appena sufficiente e l'8% non sufficiente.
- Nessuna persona ha giudicato l'aiuto ricevuto come gravemente insufficiente.



Reddito percepito e proprietà della casa

Vivere in una abitazione adeguata ai propri bisogni individuali, in un contesto sicuro, ricco di socialità, dove la libertà di movimento è assicurata, sia dentro le abitazioni che al di fuori è un bisogno e un diritto essenziale in ogni fase della vita. Con l'avanzare dell'età disporre di un alloggio sicuro e confortevole diventa poi, estremamente importante per una buona qualità della vita. E' per questo che le più recenti politiche abitative tengono sempre più conto delle esigenze delle persone più anziane, nell'intento di far fronte a bisogni emergenti che derivano dal generale invecchiamento della popolazione. Gli aspetti dell'abitare delle persone più anziane da considerare sono numerosi: dalla presenza di barriere architettoniche alla manutenzione e sicurezza degli alloggi.

In PASSI d'Argento è stata valutata la condizione di possesso dell'alloggio e tale informazione è stata incrociata con un altro aspetto importante costituito dalla percezione del reddito ovvero dalle difficoltà che le persone dichiarano nell'arrivare a fine mese con le risorse economiche a loro disposizione.

Difficoltà economiche percepite

- In Emilia-Romagna le persone intervistate hanno dichiarato di arrivare a fine mese:
 - molto facilmente il 10%
 - abbastanza facilmente il 44%
 - con qualche difficoltà il 34%
 - con molte difficoltà economiche il 12%.
- Complessivamente ha riferito difficoltà economiche il 46% degli ultra 64enni.
- Questa percentuale è più alta:
 - nelle donne
 - nelle persone con un basso livello d'istruzione
 - nelle persone che non hanno una casa di propria proprietà o del coniuge
 - nelle persone in buone condizioni e a rischio di malattia e fragilità, in quelle con segni di fragilità e nei disabili.
- Se si correggono i dati in un modello di *regressione logistica multivariata* per classi d'età, sesso e livello d'istruzione, le difficoltà economiche riferite sono maggiori nelle persone con un basso livello d'istruzione.
- Non sono emerse differenze tra le aree territoriali considerate.

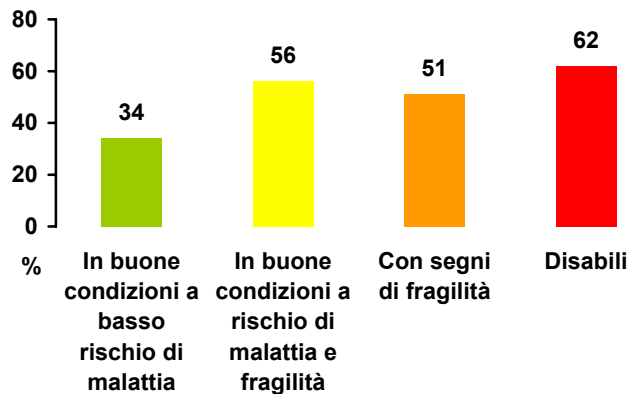
Difficoltà economiche percepite*		
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=613)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	46,4	42,4-50,5
Classi di età		
65-74	44,2	38,4-50,0
75 e oltre	48,7	43,1-54,2
Sesso		
uomini	42,3	36,2-48,5
donne	49,4	44,1-54,7
Istruzione		
bassa	54,1	49,2-59,0
alta	<u>30,6</u>	24,0-37,2
Proprietà alloggio		
propria o del coniuge	39,2	34,6-43,8
di persona di fiducia	52,7	39,5-65,8
usufrutto/comodato	<u>67,7</u>	51,7-83,6
affitto	<u>78,5</u>	68,6-88,3
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio di malattia	33,8	28,0-39,6
in buona salute ma a rischio di malattia	<u>56,4</u>	48,4-64,3
con segni di fragilità	<u>51,4</u>	42,0-60,8
disabili	<u>61,7</u>	50,0-73,4

* Persone ultra 64enni che dichiarano di arrivare a fine mese con qualche difficoltà o con molte difficoltà

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone con istruzione alta rispetto a quelle con istruzione bassa)

- Il 62% dei disabili, il 56% delle persone in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità e il 51% dei fragili hanno riferito difficoltà economiche.
- Il 34% delle persone in buona salute a basso rischio di malattia ha dichiarato il proprio reddito insufficiente ad arrivare a fine mese. Questo valore è significativamente inferiore sul piano statistico a quello degli altri tre sottogruppi.

Difficoltà economiche percepite* per sottogruppi di popolazione (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=605)

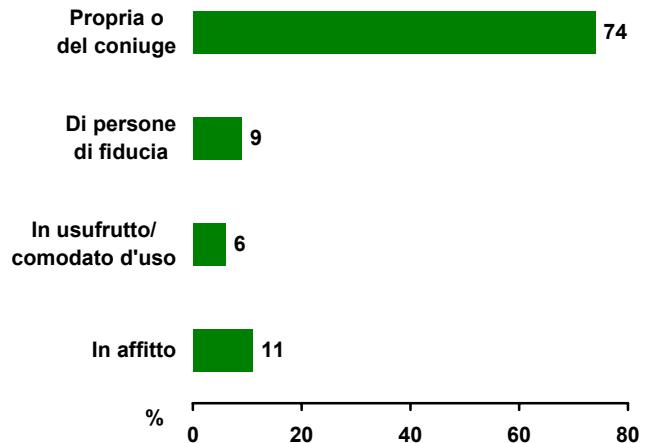


* Persone ultra 64enni che dichiarano di arrivare a fine mese con qualche difficoltà o con molte difficoltà

Proprietà della casa

- La casa in cui vivono gli intervistati ultra 64enni è:
 - di sua proprietà o del coniuge nel 74% dei casi
 - di persone di fiducia nel 9%
 - in usufrutto o comodato d'uso nel 6%.
- Le persone che pagano un affitto sono l'11%.

Proprietà della casa (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=612)

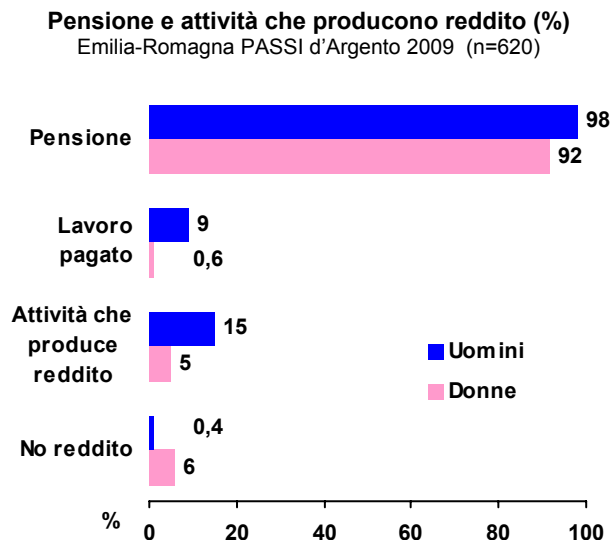


Pensione e attività che producono reddito

Il passaggio anagrafico all'età anziana non significa necessariamente ritiro dal mondo del lavoro: se è vero infatti che la principale fonte di reddito degli anziani deriva dalla pensione, non è da sottovalutare il fatto che alcuni di loro vivono grazie ad un reddito da lavoro autonomo o dipendente, particolarmente diffuso tra gli uomini e tra i giovani anziani. Inoltre alcuni pensionati hanno comunque redditi integrativi derivanti da attività lavorativa e rendite da locazione.

Quante persone ultra 64enni percepiscono una pensione, lavorano o hanno altre forme di reddito?

- Il 95% delle persone intervistate ha riferito di ricevere una pensione. Questa percentuale è del 92% nei 65-74enni e di 97% negli ultra 74enni.
- Il 4% ha dichiarato di avere un lavoro pagato: 8% nella classe 65-74 anni e 1% in quella 75 anni e oltre.
- Il 9% ha detto di avere una attività che produce reddito: 14% tra i 65-74enni e 5% tra gli ultra 74enni.
- Il 4% è risultato essere senza reddito: 5% nella classe 65-74 anni e 2% in quella 75 anni e oltre.
- Gli uomini hanno dichiarato in proporzione maggiore rispetto alle donne di ricevere una pensione, di avere un lavoro pagato o un'attività che produce reddito.



Conclusioni

Gli ultra 64enni sono un'importante risorsa sia per la famiglia che per la collettività. Questo essere risorsa, pur riducendosi, non cessa neppure tra i disabili. Sono quindi un serbatoio di risorse potenziali forse non sempre sufficientemente valorizzato dalla comunità.

I dati riferiti in PASSI d'Argento danno alcune indicazioni utili alla pianificazione degli interventi e dei programmi. I dati raccolti mostrano che in Emilia-Romagna la conoscenza dei centri e circoli o associazioni per anziani è abbastanza diffusa tra gli ultra 64enni ma non altrettanto la partecipazione a tali centri: infatti meno del 30% ha dichiarato di averli frequentati negli ultimi 12 mesi. Tra gli ultra 64enni è bassa anche la conoscenza dei punti unici di accesso e dei centri per l'adattamento dell'ambiente domestico, migliore quella dei servizi di telesoccorso e teleassistenza. Un ultra 64enne su tre ha riferito di avere avuto informazioni da un operatore socio-sanitario su come proteggersi dalle ondate di calore. Il 30% ha dichiarato di non aver fatto la vaccinazione antinfluenzale e il 9% di non averne mai ricevuto il consiglio. Il 6% delle persone con disabilità hanno riferito di non disporre di un aiuto per le attività di base che non sono in grado di svolgere da soli. Tra chi riceve aiuto il 16% lo ha ritenuto appena sufficiente o non sufficiente. Tra chi ha limitazioni nelle attività strumentali il 6% ha dichiarato di non ricevere alcun aiuto.

Dai dati di PASSI d'Argento anche la protezione economica sembra essere tra le necessità espresse dagli ultra 64enni intervistati: il 46% ha riferito difficoltà economiche.

I dati sottolineano la presenza di diversi problemi le cui soluzioni vanno accuratamente vagliate e realizzate a cura delle famiglie e del sistema socio-sanitario. In particolare va però notato che in molti casi, come le ondate di calore, si sono rilevati semplici deficit di informazione, da parte degli anziani, che potrebbero essere corretti con adeguate campagne di informazione

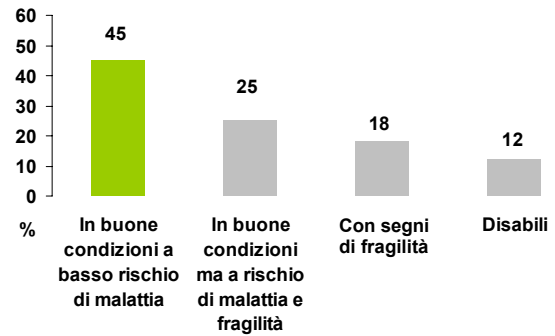


PARTE III

Profili dei sottogruppi di popolazione ultra 64enne

- In buone condizioni di salute e a basso rischio di malattia
- In buone condizioni di salute ma a rischio di malattia e fragilità
- Con segni di fragilità
- Disabili

Profilo degli ultra 64enni in buone condizioni e a basso rischio di malattia



Le persone ultra 64enni in buone condizioni, sulla base alle definizioni adottate nel presente studio, sono quelle che non presentano rischio di fragilità né condizioni di fragilità o disabilità. L'essere in buone condizioni non esclude tuttavia la presenza di patologie non rilevate da questa specifica indagine. Complessivamente questo sottogruppo di persone presenta comunque una migliore qualità della vita legata alla salute psico-fisica. La maggior parte costituisce inoltre una risorsa per la famiglia o la comunità, mentre una parte limitata presenta sintomi di depressione o è a rischio di isolamento sociale.

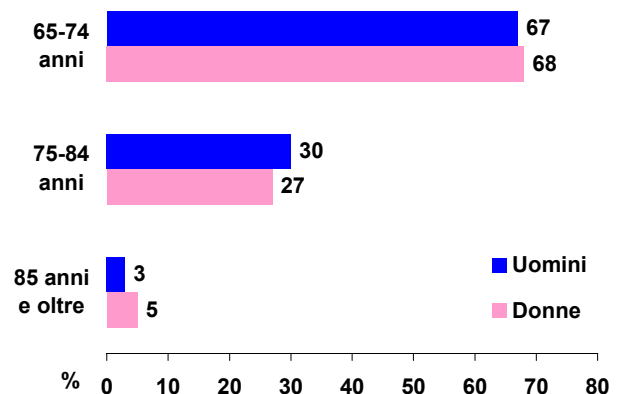
Le analisi seguenti hanno l'obiettivo di caratterizzare i bisogni di questo sottogruppo di persone che possono giovare primariamente di interventi di tipo sociale a valenza promozionale o preventiva (quali ad esempio promozione della socializzazione e del mantenimento delle funzioni cognitive, relazionali e motorie, interventi di tipo culturale ricreativo e interventi di promozione di attività socialmente utili).

Quante sono le persone ultra 64enni in buone condizioni e a basso rischio di malattia?

- Poco meno della metà degli intervistati (45%) è in buone condizioni e a basso rischio di malattia; questa stima corrisponde in Regione a oltre 435mila persone ultra 64enni.
- La maggior parte delle persone in buone condizioni e a basso rischio di malattia ha 65-74 anni (67%), il 29% ne ha 75-84, mentre il 4% ha più di 84.
- L'età media è di 72 anni in entrambi i sessi.
- Più frequente il sesso femminile (52% contro il 48%).

Persone in buone condizioni e a basso rischio di malattia per sesso e classi di età (%)

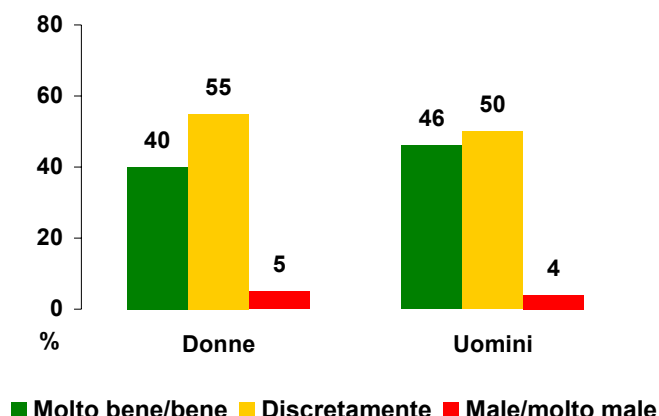
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=269)



Come percepiscono il proprio stato di salute?

- Il 43% delle persone in buone condizioni e a basso rischio di malattia ha percepito il proprio stato di salute positivamente, il 52% discretamente e il 5% negativamente.
- Non sono emerse differenze significative per sesso e per classi d'età.

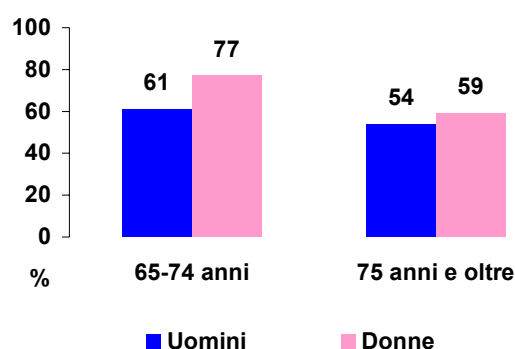
Percezione della propria salute per sesso (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=263)



Quanti sono risorsa?

- Il 65% risulta essere ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti e/o l'intera collettività in quanto:
 - accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti) il 60% degli intervistati in buone condizioni e a basso rischio di malattia
 - ha fatto attività di volontariato (risorsa per la collettività) il 17%.
- Questa proporzione è maggiore nelle persone di 65-74 anni (69% contro 57%) e nelle donne (71% contro 59%).

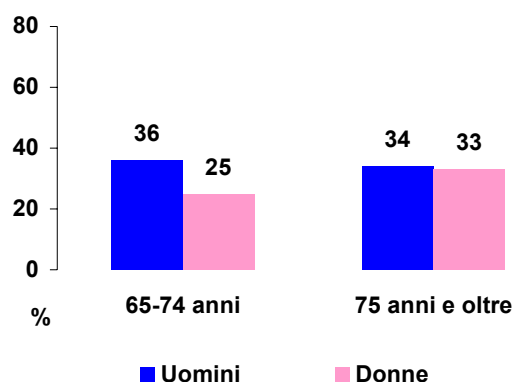
Essere risorsa
per sesso e classe di età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=269)



Quanti hanno sentito parlare del centro anziani e quanti vi si sono recati negli ultimi 12 mesi?

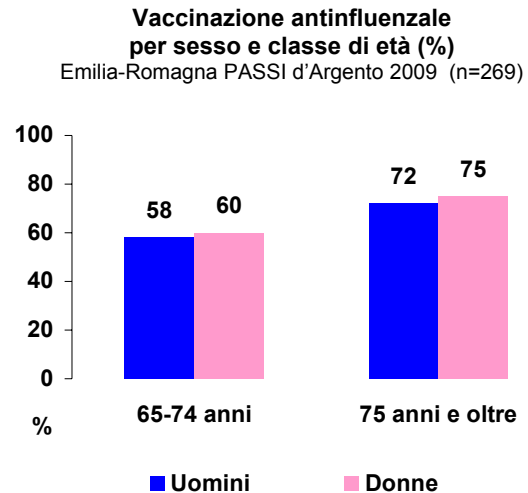
- La maggior parte (89%) delle persone in buone condizioni e a basso rischio di malattia ha riferito di aver sentito parlare del centro anziani o di circoli e associazioni per anziani. Questa percentuale è maggiore nelle donne (92% contro 86%) e negli ultra 74enni (92% contro 88%).
- Circa un terzo degli intervistati (31%) ha dichiarato di essersi recato in uno di questi centri; questa proporzione è maggiore tra gli uomini (35% contro 26%); non sono emerse differenze per classi d'età.

Partecipazione al centro anziani
o a circoli e associazioni per anziani
per sesso e classe di età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=240)



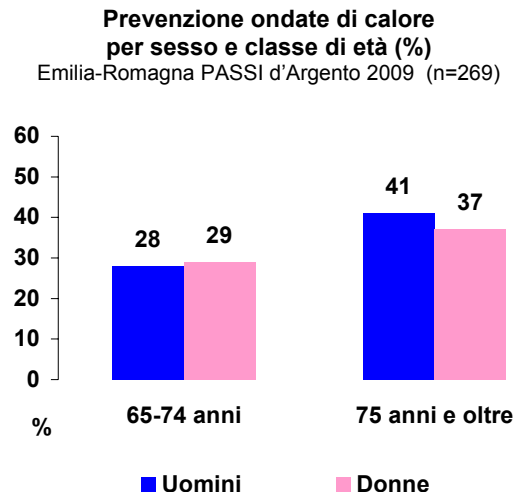
Quanti hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale?

- Il 91% degli intervistati ha ricevuto il consiglio di vaccinarsi contro l'influenza e il 64% l'ha fatta.
- La proporzione di persone vaccinate è maggiore negli ultra 74enni (74% contro il 59% degli 65-74enni); non sono emerse differenze per genere.
- Tra le persone che non hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale, il 77% ha ricevuto il consiglio.



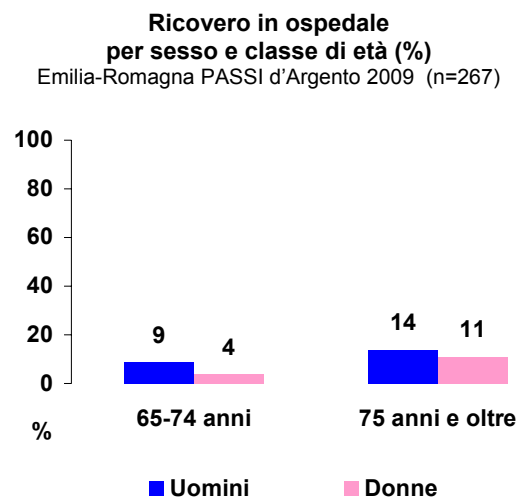
Quanti hanno sentito parlare di misure di prevenzione delle ondate di calore?

- Circa un terzo (32%) degli intervistati in buone condizioni e a basso rischio di malattia ha dichiarato che durante l'estate il suo medico o un altro operatore dei servizi pubblici gli ha fornito consigli per proteggersi dalle ondate di calore.
- Questo consiglio è stato dato con maggiore frequenza agli ultra 74enni (39% contro 29%); non si sono rilevate differenze per sesso.



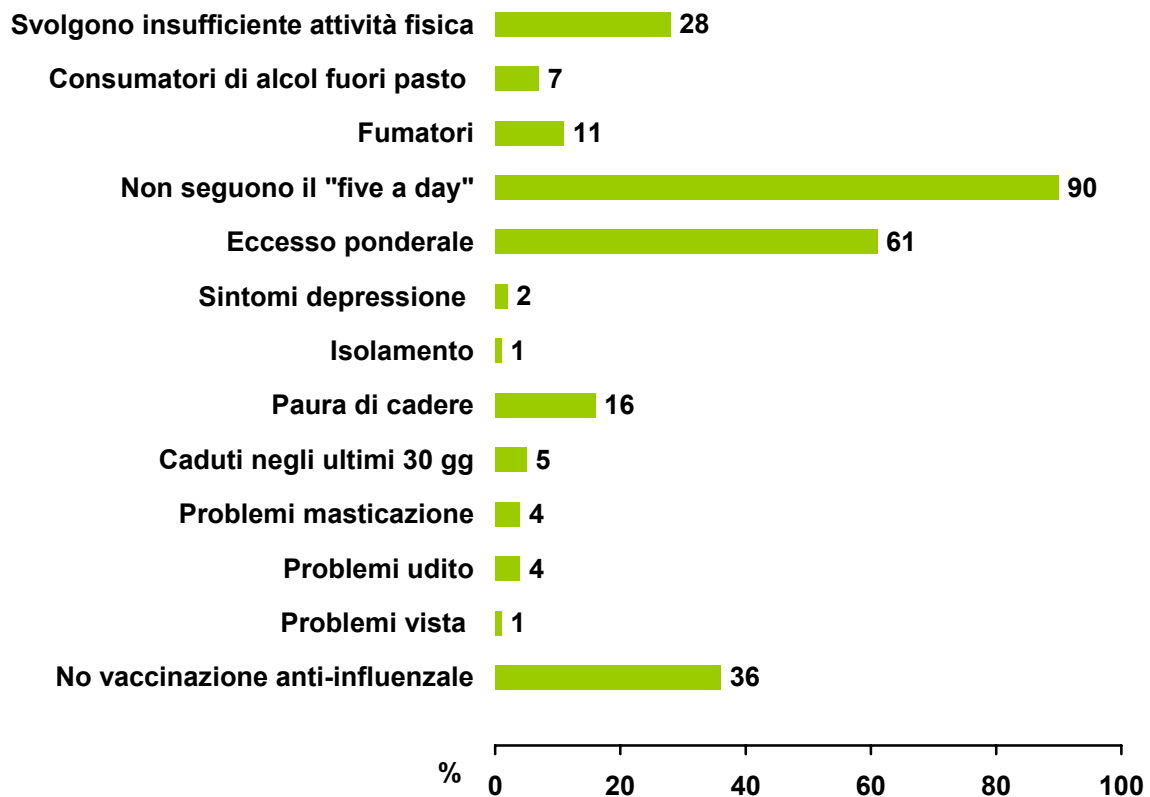
Quanti sono stati dal medico di famiglia e quanti sono stati ricoverati in ospedale?

- Quasi tutti gli intervistati (94%) in buone condizioni e a basso rischio di malattia hanno riferito di essere stati dal medico di famiglia negli ultimi 12 mesi.
- Questa percentuale è più alta tra le donne (98% contro 90%); non sono emerse differenze per classi d'età.
- L'8% delle persone in buone condizioni e a basso rischio di malattia è stato ricoverato in ospedale per almeno due giorni di seguito nell'ultimo anno.
- La proporzione di ricoveri è maggiore nelle persone con più di 75 anni (12% contro 6%) e negli uomini (10% contro 6%).



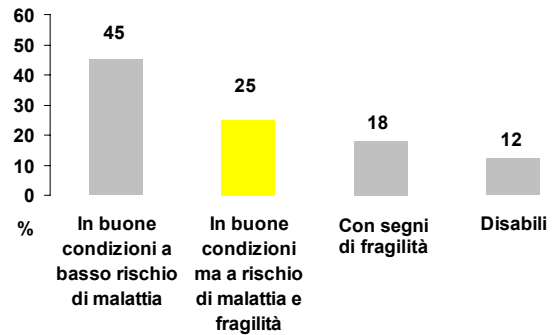
Il «barometro»: pochi indicatori per l'azione

Ultra 64enni in buone condizioni e a basso rischio di malattia



Il barometro conferma che in questo gruppo di popolazione le aree di maggior interesse per l'azione gravitano attorno alla prevenzione e alla promozione della salute, in particolare sugli "stili di vita"; come in tutti i sottogruppi considerati rimangono inoltre essenziali le iniziative miranti a valorizzare le persone come risorsa.

Profilo degli ultra 64enni in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità



Negli ultimi anni, la letteratura scientifica ha ben sottolineato la relazione delle patologie più frequenti negli ultra 64enni con diversi fattori comportamentali, alcune situazioni di rischio fisico o biomedico (es. la cattiva masticazione) o condizioni di natura psico-sociale (es. l'isolamento sociale). In generale, la *sindrome di fragilità* fa riferimento ad uno stato di "aumentata vulnerabilità a eventi stressanti che deriva da una ridotta riserva funzionale e cattiva regolazione multi-sistemica"⁶. Tutto ciò conduce ad una spirale di decadimento drammaticamente rapido della persona, che può portare ad una condizione di disabilità o alla morte nel giro di poco tempo.

La fragilità non è un processo inevitabile, ma una condizione che può essere prevenuta o trattata⁷. E' ormai accettata l'idea di un processo dinamico che conduce alla fragilità col passaggio da uno stato di "robustezza" ad uno di pre-fragilità, che può condurre o meno alla fragilità⁸.

Questa concezione dinamica apre un'importante finestra di intervento per rallentare o rendere reversibile sia la pre-fragilità sia la fragilità, identificando ed agendo sui fattori di rischio "modificabili" della fragilità.

A oggi, sono stati sviluppati interventi di prevenzione efficaci che agiscono non solo sulle condizioni di salute fisica, ma anche sul benessere psicologico e sociale della persona ultra 64enne. Per questo identificare le persone a maggior rischio offre quindi un'opportunità unica per gli operatori sanitari e sociali per effettuare azioni più mirate ed efficaci di prevenzione della fragilità.

Nello studio PASSI d'Argento, per definire le condizioni di "rischio di fragilità" sono stati considerati contemporaneamente diversi fattori fisici, psicologici e sociali, in linea con una definizione bio-psicosociale della salute e del benessere della persona, che spinge ad andare oltre la semplice identificazione del "fenotipo fisico" della fragilità. La definizione adottata in questa indagine è riportata a pag. 24.

⁶ Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G (2004). Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*; 59: 255-263

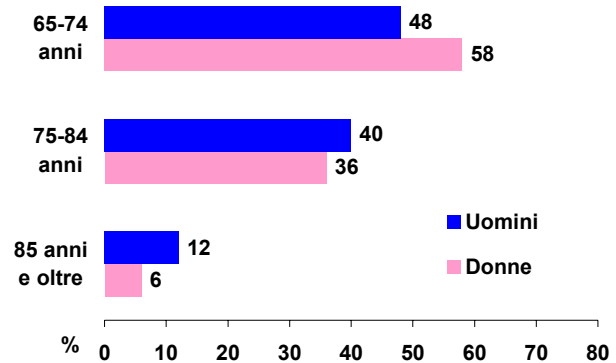
⁷ Harris T, Kovar MG, Suzman R, et al. Longitudinal study *The American Journal of Medicine*; 120, Volume 9, 748-753

⁸ Topinková E. (2008). Aging, Disability and Frailty. *Ann Nutr Metab*;52 Suppl 1:6-11

Quante sono le persone ultra 64enni in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità?

- Circa un quarto degli intervistati (25%) risulta essere in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità; questa stima corrisponde in Regione a poco meno di 240mila persone ultra64enni.
- Tra le persone a rischio di fragilità il 54% ha 65-74 anni, il 37% 75-84 anni, mentre il 9% ha 85 anni e oltre.
- L'età media è di 76 anni negli uomini e di 74 nelle donne.
- Il 39% è di sesso maschile e il 61% di sesso femminile.

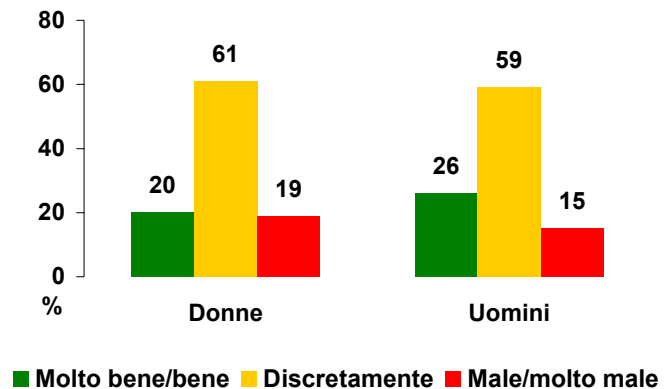
Persone in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità per sesso e classi di età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=153)



Come percepiscono il proprio stato di salute?

- Il 23% delle persone in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità ha percepito il proprio stato di salute positivamente, il 60% discretamente e il 17% negativamente.
- Non sono emerse differenze significative per sesso e per classi d'età.

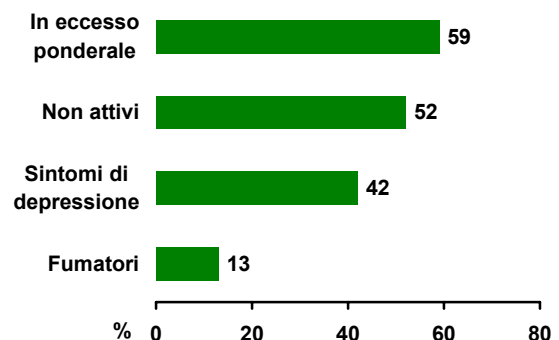
Percezione della propria salute per sesso (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=151)



Quanti hanno uno stile di vita sedentario e altre condizioni di rischio?

- Tra le persone in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità il 59% è in eccesso ponderale (in sovrappeso o obeso); la percentuale maggiore è negli uomini (70% contro 52%).
- Il 52% non è attivo; sono più sedentarie le donne (66% contro 29%) e le persone ultra 74enni (59% contro 49%).
- Il 42% ha riferito sintomi di depressione; le donne ne soffrono più degli uomini (46% contro 36%).
- Il 13% fuma; la proporzione di fumatori è maggiore negli uomini (17% contro 11%).

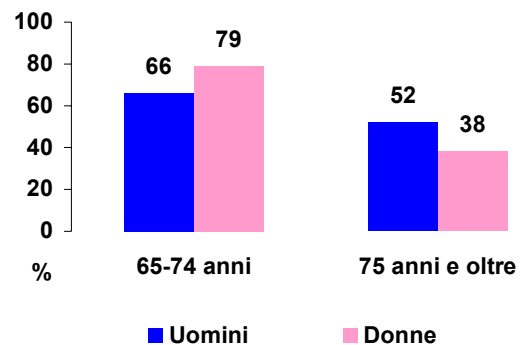
Alcuni fattori di rischio nelle persone in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=153)



Quanti sono risorsa?

- Il 61% risulta essere ancora una risorsa per la famiglia o i conoscenti e/o per l'intera collettività in quanto:
 - accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti) il 60% degli intervistati in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità
 - ha fatto attività di volontariato (risorsa per la collettività) l'8%.
- Questa proporzione è maggiore nelle persone di 65-74 anni (74% contro 44%) e nelle donne (62% contro 59%).

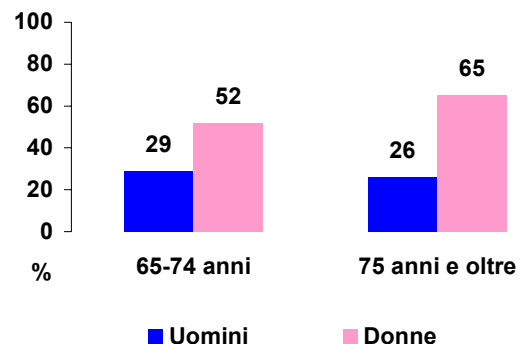
Essere risorsa per sesso e classe di età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=153)



Quanti hanno paura di cadere?

- Il 46% ha riferito di avere paura di cadere.
- Il 5% ha riferito di essere effettivamente caduto negli ultimi 30 giorni.
- La paura di cadere è risultata essere più diffusa nelle donne (58% contro 27%); non si sono rilevate differenze significative tra le classi d'età.

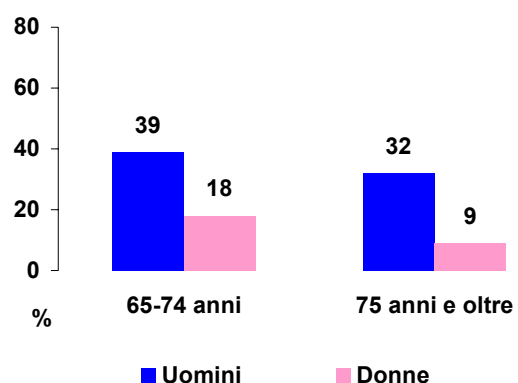
Paura di cadere per sesso e classe di età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=150)



Quanti hanno sentito parlare del centro anziani e quanti vi si sono recati negli ultimi 12 mesi?

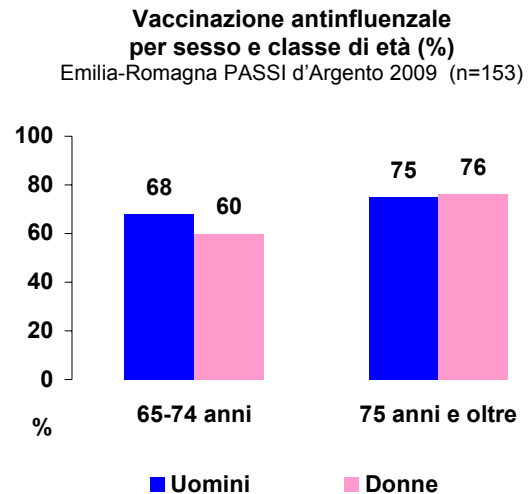
- La maggior parte degli intervistati (87%) in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità ha riferito di aver sentito parlare del centro anziani o di circoli e associazioni per anziani. Questa percentuale è maggiore tra gli uomini (93% contro 83%); non sono emerse differenze per classi d'età.
- Circa un quarto degli intervistati (23%) ha dichiarato di essersi recato in uno di questi centri; questa proporzione è maggiore tra gli uomini (36% contro 14%); non sono emerse differenze per classi d'età.

Partecipazione al centro anziani o a circoli e associazioni per anziani per sesso e classe di età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=135)



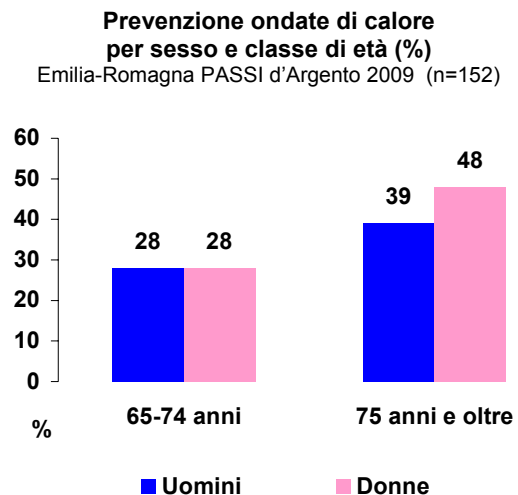
Quanti hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale?

- L'89% ha ricevuto il consiglio di vaccinarsi contro l'influenza e il 68% l'ha effettuata.
- La proporzione di vaccinati è maggiore negli ultra 74enni (75% contro il 63%) e negli uomini (71% contro 67%).
- Tra le persone che non hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale, il 74% ha ricevuto il consiglio di farla.



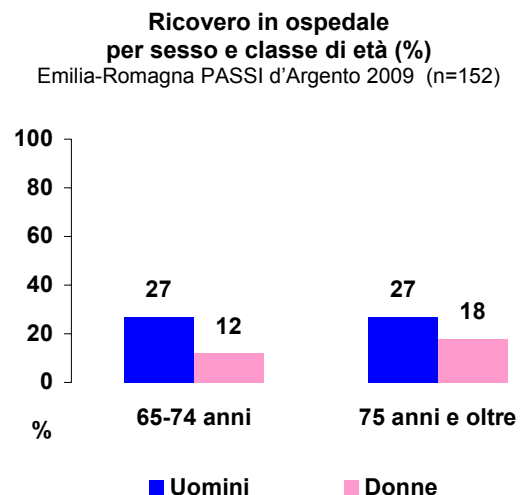
Quanti hanno sentito parlare di misure di prevenzione delle ondate di calore?

- Circa un terzo (36%) degli intervistati in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità ha dichiarato che durante l'estate il suo medico o un altro operatore dei servizi pubblici gli ha fornito consigli per proteggersi dalle ondate di calore.
- Questo consiglio è stato dato con maggiore frequenza agli ultra 74enni (44% contro 29%). Non sono emerse differenze per sesso.



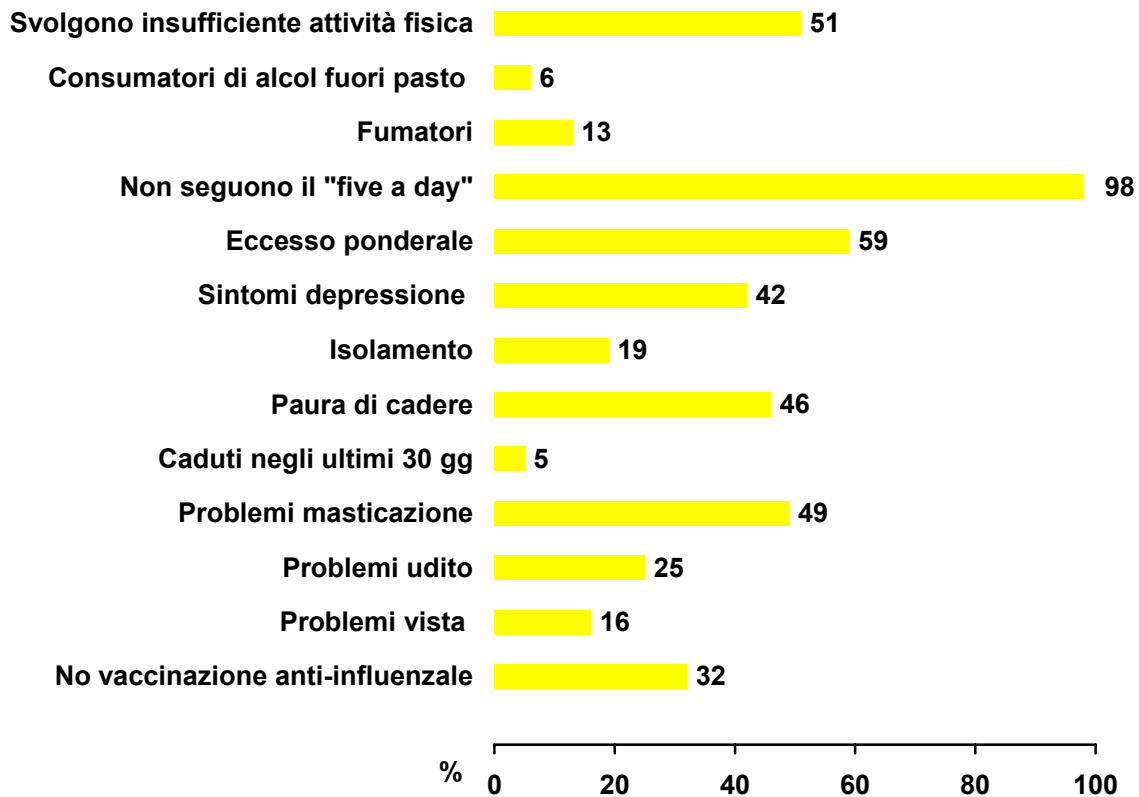
Quanti sono stati dal medico di famiglia e quanti sono stati ricoverati in ospedale?

- Il 92% ha riferito di essere stato dal medico di famiglia negli ultimi 12 mesi. Non sono emerse differenze per classi d'età e per sesso.
- Circa un quinto (19%) è stato ricoverato in ospedale per almeno due giorni di seguito nell'ultimo anno.
- La proporzioni di ricoveri è maggiore nelle persone con più di 75 anni (22% contro 17%) e negli uomini (27% contro 15%).



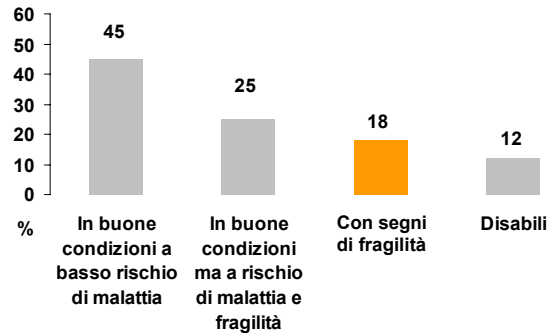
Il «barometro»: pochi indicatori per l'azione

Ultra 64enni in buone condizioni ma a rischio di malattia e fragilità



Il barometro conferma che in questo gruppo di popolazione le aree di maggior interesse per l'azione gravitano attorno alla prevenzione e alla promozione della salute, in particolare sugli "stili di vita" e verso azioni di miglioramento di alcune condizioni, quali problemi di masticazione e sensoriali che possono fragilizzare l'anziano predisponendolo alla disabilità; come in tutti i sottogruppi considerati rimangono inoltre essenziali le iniziative miranti a valorizzare le persone come risorsa.

Profilo degli ultra 64enni con segni di fragilità



La fragilità è uno “stato di aumentata vulnerabilità a eventi stressanti che deriva da una ridotta riserva funzionale e cattiva regolazione multi-sistemica”. La fragilità è una sindrome definita da un gruppo di sintomi e segni che vanno a costruire il “fenotipo clinico della fragilità”; anche se la fragilità da un punto di vista fisico è maggiormente indagata, è ormai accettata una più ampia definizione di fragilità che include il dominio cognitivo, funzionale e sociale.

Attualmente si riconoscono due approcci principali per la misura della fragilità⁹: il primo è basato sulla misura dei deficit che la persona ha accumulato (indice di fragilità) e il secondo su uno specifico “fenotipo” con la presenza di almeno 3 dei seguenti 5 segni:

- involontaria perdita di peso (10 libbre nell’ultimo anno pari a 4,5 kg)
- prestazioni rallentate (riduzione della velocità del cammino)
- affaticamento o scarsa resistenza
- riduzione della forza muscolare (in particolare della presa della mano)
- ridotta attività fisica.

La fragilità, strettamente collegata anche se distinta dalla disabilità, è pertanto la conseguenza di un declino più o meno lento delle funzioni di organi ed apparati con risultati negativi sulle prestazioni funzionali che possono essere misurate anche mediante la valutazione periodica delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL).

La salute percepita è un altro indicatore usato per l’individuazione di soggetti fragili.

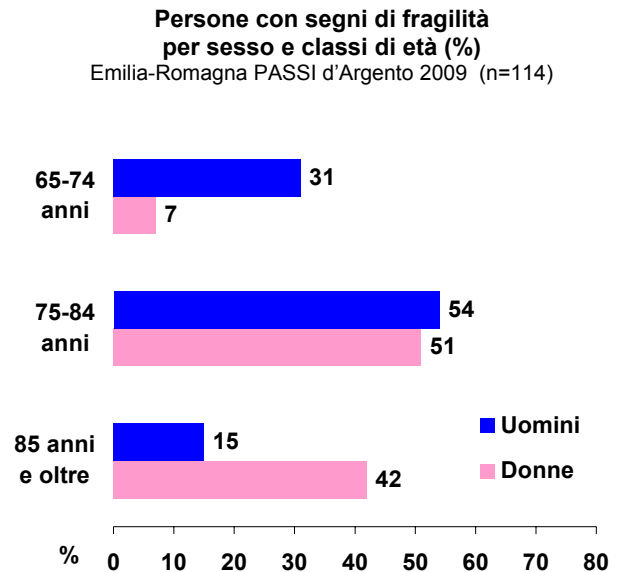
Nel PASSI d'Argento non si è adottata una definizione particolare di fragilità, ma, basandosi sulle evidenze disponibili in diversi studi, si sono identificati alcuni segni che, pur non configurando interamente la sindrome di fragilità, tuttavia ne segnalano la sua presenza con una certa probabilità.

Le persone con segni di fragilità sono stati divisi in due gruppi: quelli con bassi segni di fragilità e quelli con marcati segni di fragilità. La definizione adottata in questa indagine è riportata a pag. 24.

⁹ Rockwood K. et al. A Comparison of Two Approaches to Measuring Frailty in Elderly People Journal of Gerontology 2007, Vol. 62A, No. 7, 738–743

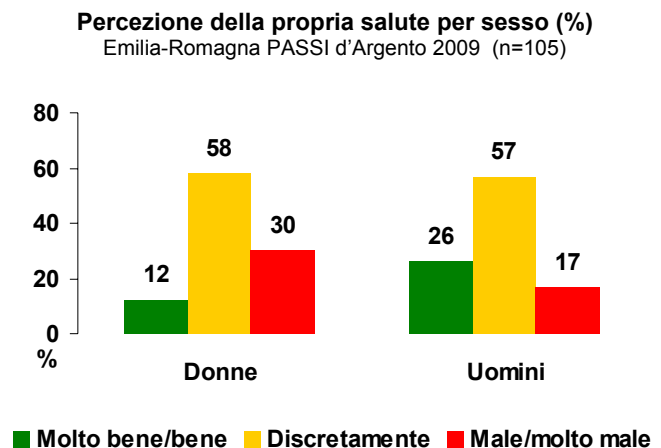
Quante sono le persone ultra 64enni con segni di fragilità?

- Il 18% degli intervistati presenta segni di fragilità (10% bassi segni di fragilità e 8% marcati segni di fragilità). Questa stima corrisponde in Regione a circa di 174mila persone ultra 64enni (rispettivamente 97mila e a 77mila).
- Tra le persone con segni di fragilità il 16% ha 65-74 anni, il 52% ha 75-84 anni, mentre il 32% ne ha 85 e oltre.
- L'età media è di 77 anni negli uomini e di 83 anni nelle donne.
- Il 36% è di sesso maschile e il 64% di sesso femminile.



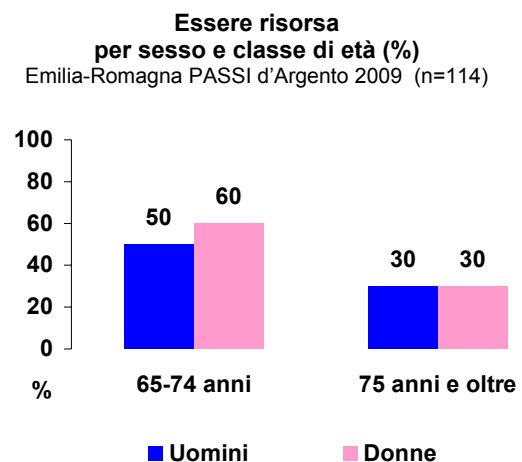
Come percepiscono il proprio stato di salute?

- Il 17% delle persone con segni di fragilità ha percepito il proprio stato di salute positivamente, il 58% discretamente e il 25% negativamente.
- Non sono emerse differenze significative per sesso e per classi d'età.



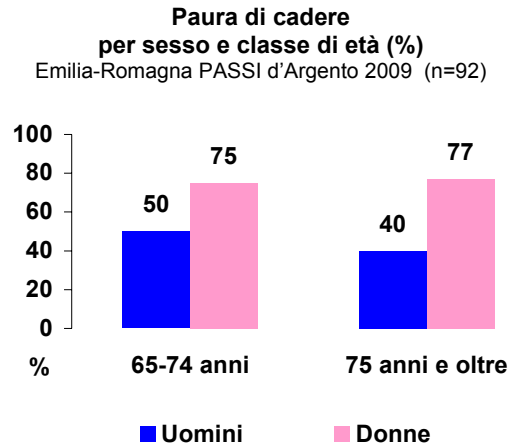
Quanti sono risorsa?

- Il 34% risulta essere ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti e/o per l'intera collettività in quanto:
 - accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti) il 32% degli intervistati con segni di fragilità
 - ha fatto attività di volontariato (risorsa per la collettività) il 9%.
- L'essere risorsa è una caratteristica maggiore nelle persone di 65-74 anni (53% contro 30%); non ci sono differenze per genere.



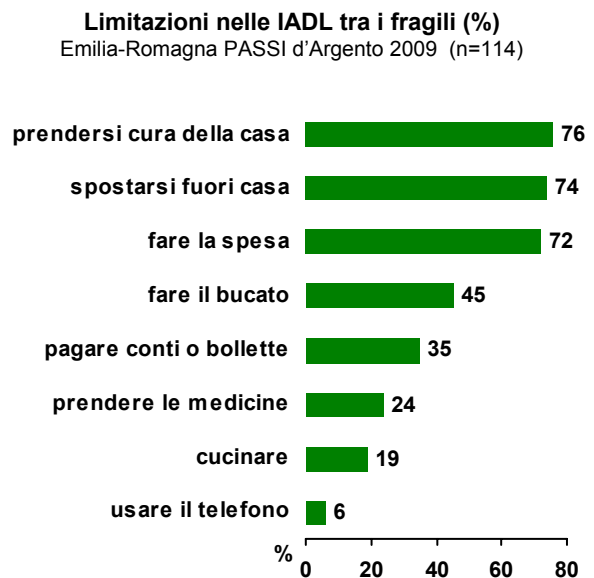
Quanti hanno paura di cadere?

- Il 64% ha riferito di avere paura di cadere.
- L'11% ha riferito di essere effettivamente caduto negli ultimi 30 giorni.
- La paura di cadere è risultata essere più diffusa nelle donne (77% contro 40%) e nelle persone con più di 75 anni (65% contro 56%).



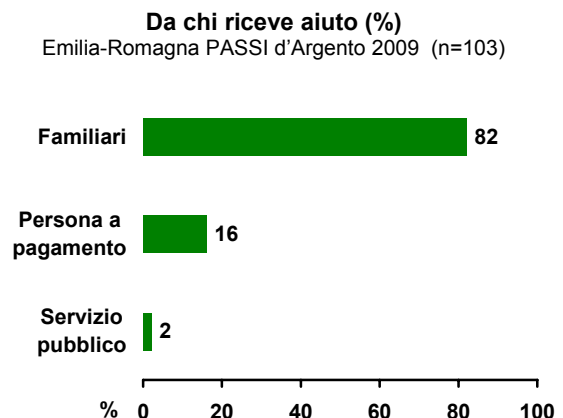
Come sono distribuite le limitazioni nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL)?

- Per definizione le persone con segni di fragilità sono quelle con limitazioni in due o più attività strumentali (IADL) ma in nessuna delle attività di base (ADL).
- Il 61% delle persone con segni di fragilità non riesce a svolgere autonomamente due o tre IADL e il 39% più di quattro.
- Risultano avere maggiori limitazioni le donne e gli ultra 75enni.
- Le persone con segni di fragilità più spesso hanno limitazioni nel prendersi cura della casa (76%), nello spostarsi fuori casa (74%) e nel far la spesa (72%).



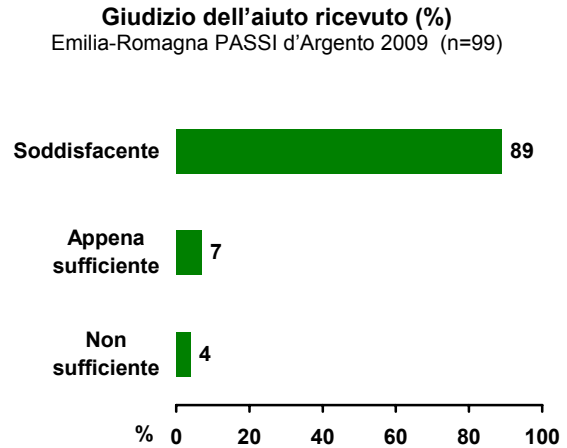
Quanti ricevono aiuto e da chi?

- Il 97% tra i fragili riceve aiuto nelle attività che non riesce a fare autonomamente.
- L'82% riceve aiuto da familiari, il 16% da persone a pagamento e il 2% da personale dei servizi pubblici.



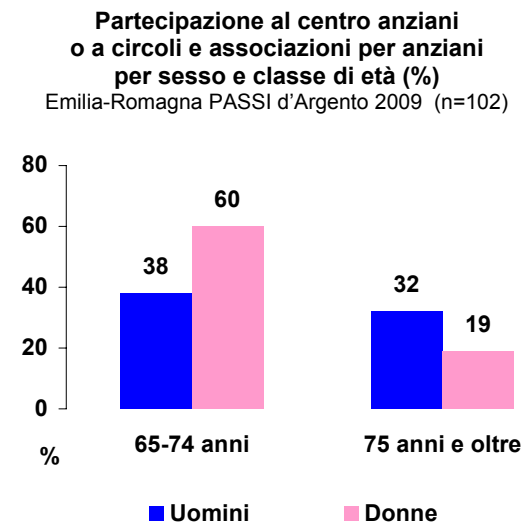
Come giudicano l'aiuto ricevuto le persone con limitazioni nelle IADL?

- L'89% delle persone ultra 64enni con segni di fragilità ha giudicato l'aiuto ricevuto soddisfacente, il 7% appena sufficiente e il 4% non sufficiente; nessuno lo giudica gravemente insufficiente.



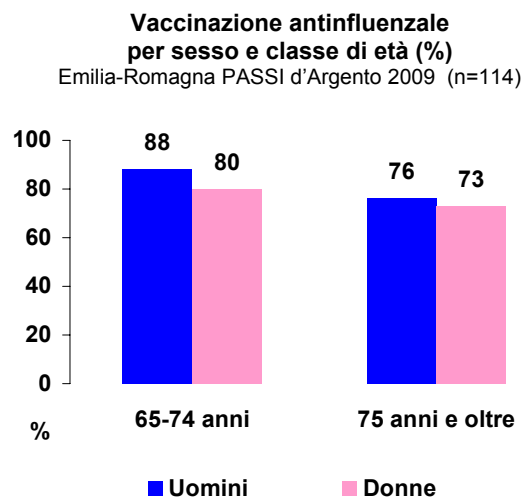
Quanti hanno sentito parlare del centro anziani e quanti vi si sono recati negli ultimi 12 mesi?

- La maggior parte (88%) degli intervistati fragili ha riferito di aver sentito parlare del centro anziani o di circoli e associazioni per anziani. Questa percentuale è maggiore nei 65-74enni (100% contro 86%); non sono emerse differenze per genere.
- Il 27% ha dichiarato di essere andato a uno di questi centri negli ultimi 12 mesi; questa proporzione è maggiore negli uomini (34% contro 23%) e nelle persone di 65-74 anni (44% contro 23%).



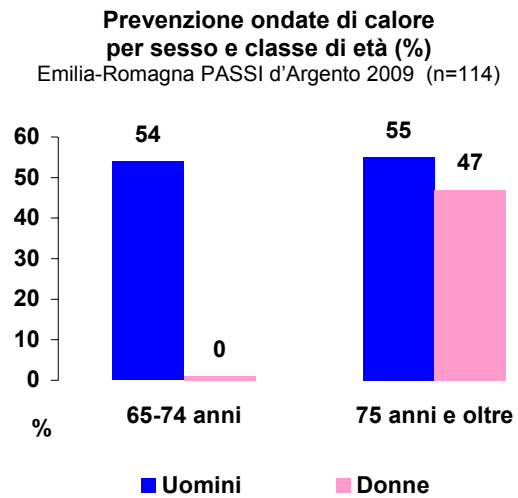
Quanti hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale?

- L'89% ha ricevuto il consiglio di vaccinarsi contro l'influenza e il 76% l'ha effettuata.
- La proporzione di vaccinati è maggiore nei 65-74enni (84% contro il 74%); non sono emerse differenze per genere.
- Tra le persone che non hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale, il 66% ha ricevuto il consiglio di farla.



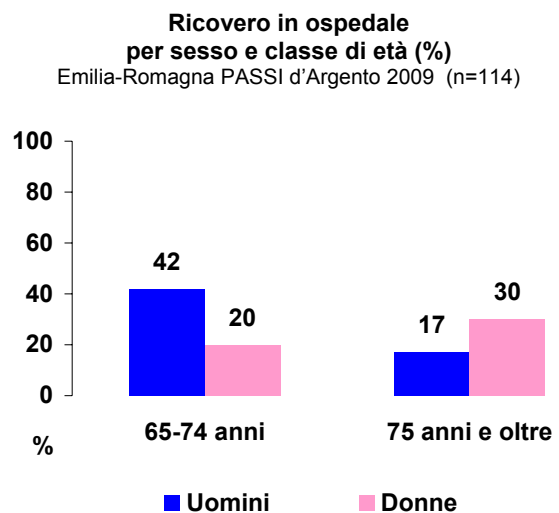
Quanti hanno sentito parlare di misure di prevenzione delle ondate di calore?

- Il 47% delle persone con segni di fragilità ha dichiarato che durante l'estate il suo medico o un altro operatore dei servizi pubblici gli ha fornito consigli per proteggersi dalle ondate di calore.
- Il consiglio è stato dato con maggiore frequenza agli ultra 74enni (49% contro 38%) e agli uomini (55% contro 43%).



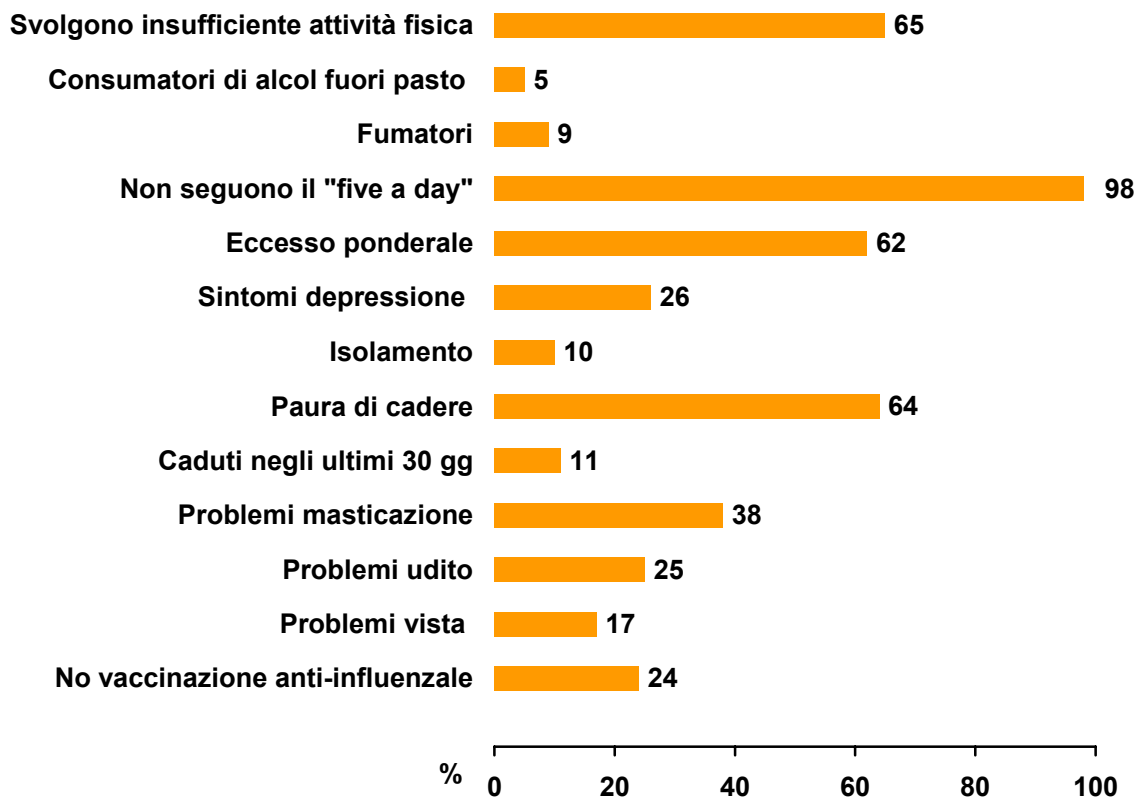
Quanti sono stati dal medico di famiglia e quanti sono stati ricoverati in ospedale?

- Il 97% dei fragili ha riferito di essere stato dal medico di famiglia negli ultimi 12 mesi. Non sono emerse differenze per classi d'età e per sesso.
- Il 28% è stato ricoverato in ospedale per almeno due giorni di seguito nell'ultimo anno.
- La proporzione di ricoveri è maggiore tra i 65-74enni (36% contro 26%); non sono emerse differenze per sesso.



Il «barometro»: pochi indicatori per l'azione

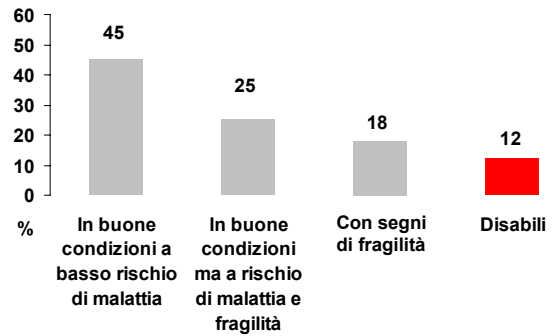
Ultra 64enni con segni di fragilità



Il barometro conferma che questo gruppo di popolazione necessita di un'attenzione particolare in quanto, versando in una generica condizione di fragilità, i diversi fattori presi in considerazione possono favorire una rapida evoluzione verso la disabilità.

Le aree di interesse per l'azione devono essere attentamente vagliate e tutte prese in uguale considerazione, dalla vaccinazione antinfluenzale ai problemi di masticazione o ai fattori di rischio comportamentali, tra cui in particolare la sedentarietà.

Profilo degli ultra 64enni disabili

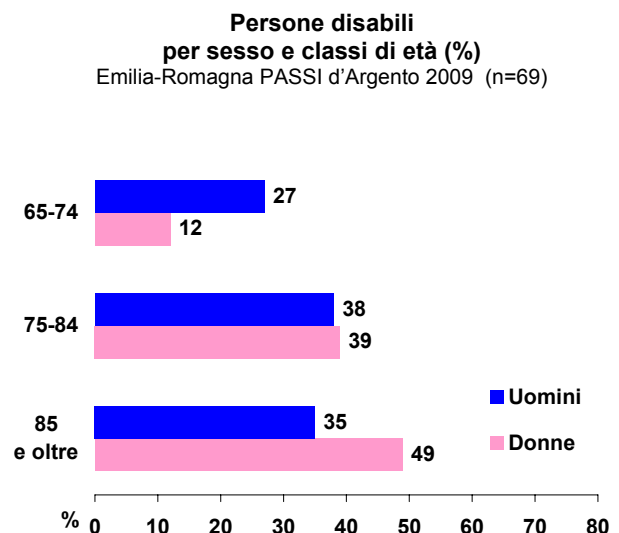


Le persone ultra 64enni con disabilità richiedono un maggiore carico assistenziale sia sanitario che sociale. In PASSI d'Argento sono stati definiti come disabili le persone che hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di almeno una delle attività di base della vita quotidiana indagate con lo strumento ADL (*Activities of Daily Living*).

La disabilità è stata modulata su due livelli d'intensità a seconda del numero di ADL: disabilità parziale e totale. La definizione adottata in questa indagine è riportata a pag. 24. Poiché la popolazione in studio di PASSI d'Argento è quella non istituzionalizzata, le informazioni sui disabili non si riferiscono agli ultra 64enni che al momento del contatto telefonico o per i trenta giorni successivi si trovavano all'ospedale, in casa protetta, in residenza sanitaria assistenziale o in altra struttura residenziale.

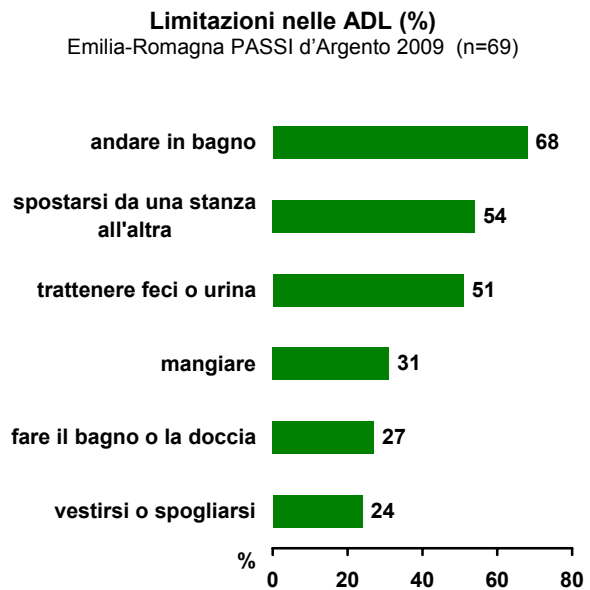
Quante sono le persone ultra 64enni disabili?

- Il 12% degli intervistati è risultato essere in condizioni di disabilità in quanto non riesce a svolgere autonomamente almeno un'attività di base della vita quotidiana (10% parzialmente disabili e 2% totalmente disabili).
- Questa stima corrisponde in Regione a circa 116mila persone ultra 64enni disabili (97mila parzialmente disabili e 19mila totalmente disabili).
- Tra le persone con disabilità il 17% ha 65-74 anni, il 39% ha 75-84 anni, mentre il 44% ha 85 anni e più.
- L'età media è di 81 anni per gli uomini e di 84 per le donne.
- Il 38% è di sesso maschile e il 62% di sesso femminile.



Come sono distribuite le limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana (ADL)

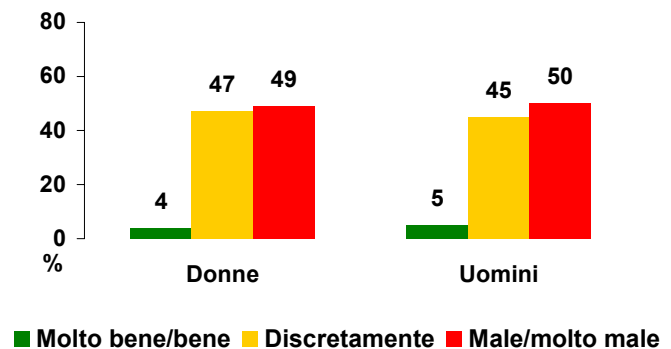
- Le attività in cui le persone disabili hanno dichiarato di avere maggiori problemi sono il recarsi in bagno (68%), lo spostarsi da una stanza all'altra (54%) e il trattenere urine e feci (51%).



Come percepiscono il proprio stato di salute?

- Solo il 5% dei disabili ha percepito il proprio stato di salute positivamente, il 46% discretamente e il 49% negativamente.
- Non sono emerse differenze significative per sesso e per classi d'età.

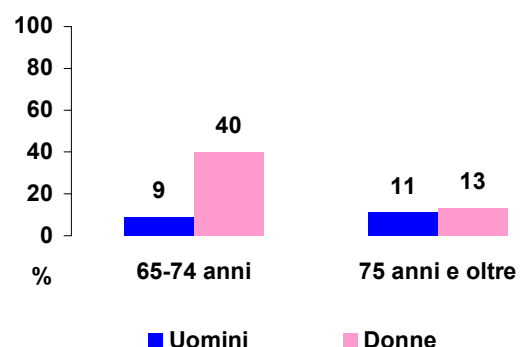
Percezione della propria salute per sesso (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=36)



Quanti sono risorsa?

- Il 14% delle persone disabili risulta ancora essere ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti e/o per l'intera collettività in quanto:
 - accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti) il 12% degli intervistati disabili
 - ha fatto attività di volontariato (risorsa per la collettività) il 4%.
- Questa proporzione è maggiore nelle persone di 65-74 anni (23% contro 12%); non sono emerse differenze per genere.

Essere risorsa per sesso e classe di età (%)
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=69)

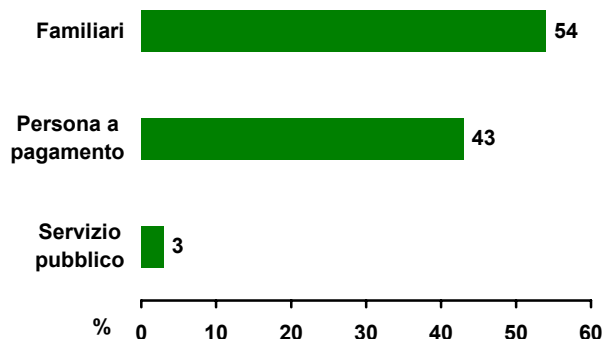


Quanti ricevono aiuto e da chi?

- Il 94% delle persone disabili ha riferito di poter disporre di un aiuto nelle attività che non è in grado di svolgere da solo (93% nei parzialmente disabili e il 100% nei totalmente disabili).
- Il 54% riceve aiuto da familiari: tra questi il 39% dal coniuge, il 48% da un figlio e 13% da un altro tipo di parente.
- Il 43% ha una persona a pagamento che lo aiuta; tra questi il 32% usufruisce di un contributo.
- Solo il 3% riceve aiuto da personale dei servizi pubblici.

Da chi riceve aiuto chi non è autosufficiente in almeno una ADL (%)

Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=59)

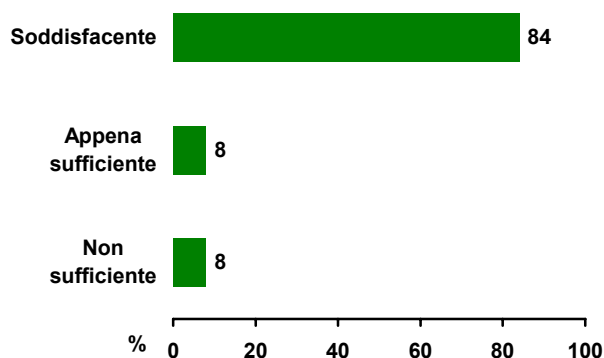


Come giudicano l'aiuto ricevuto le persone con disabilità?

- L'84% delle persone disabili che ha ricevuto aiuto ha giudicato l'aiuto ricevuto soddisfacente, l'8% appena sufficiente e l'8% non sufficiente; nessuno lo giudica gravemente insufficiente.

Giudizio dell'aiuto ricevuto (%)

Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=51)

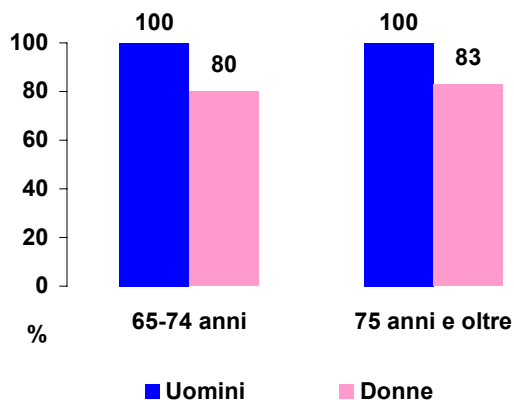


Quanti hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale?

- Il 97% ha ricevuto il consiglio di vaccinarsi contro l'influenza e l'89% l'ha fatta.
- La proporzione di vaccinati è maggiore nei 65-74enni (91% contro l'88%) e negli uomini (100% contro 83%).
- Tra le persone che non hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale, il 65% ha ricevuto il consiglio.

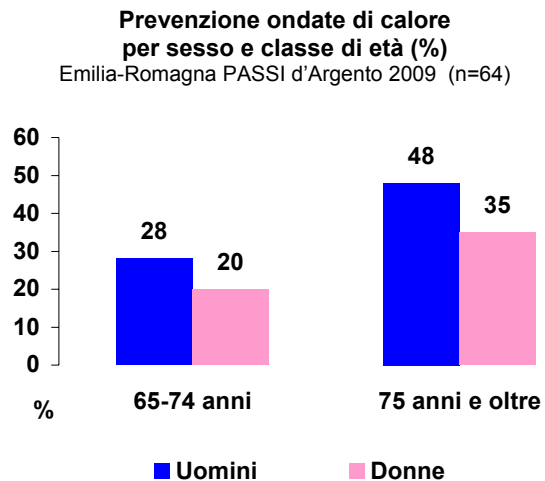
Vaccinazione antinfluenzale per sesso e classe di età (%)

Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2009 (n=69)



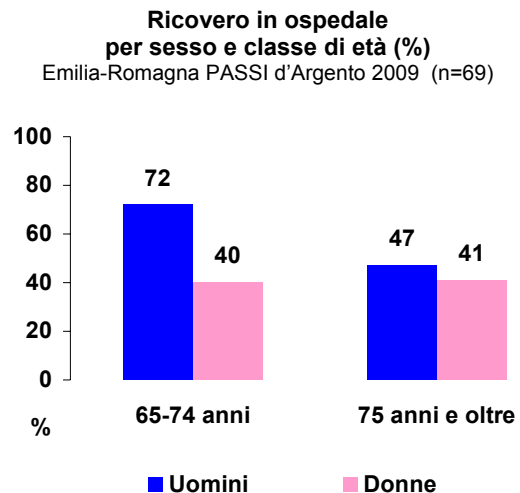
Quanti hanno sentito parlare di misure di prevenzione delle ondate di calore?

- Il 37% ha dichiarato che durante l'estate il suo medico o un altro operatore dei servizi pubblici gli ha fornito consigli per proteggersi dalle ondate di calore.
- Questo consiglio è stato dato con maggiore frequenza agli ultra 74enni (39% contro 24%) e agli uomini (43% contro 33%).



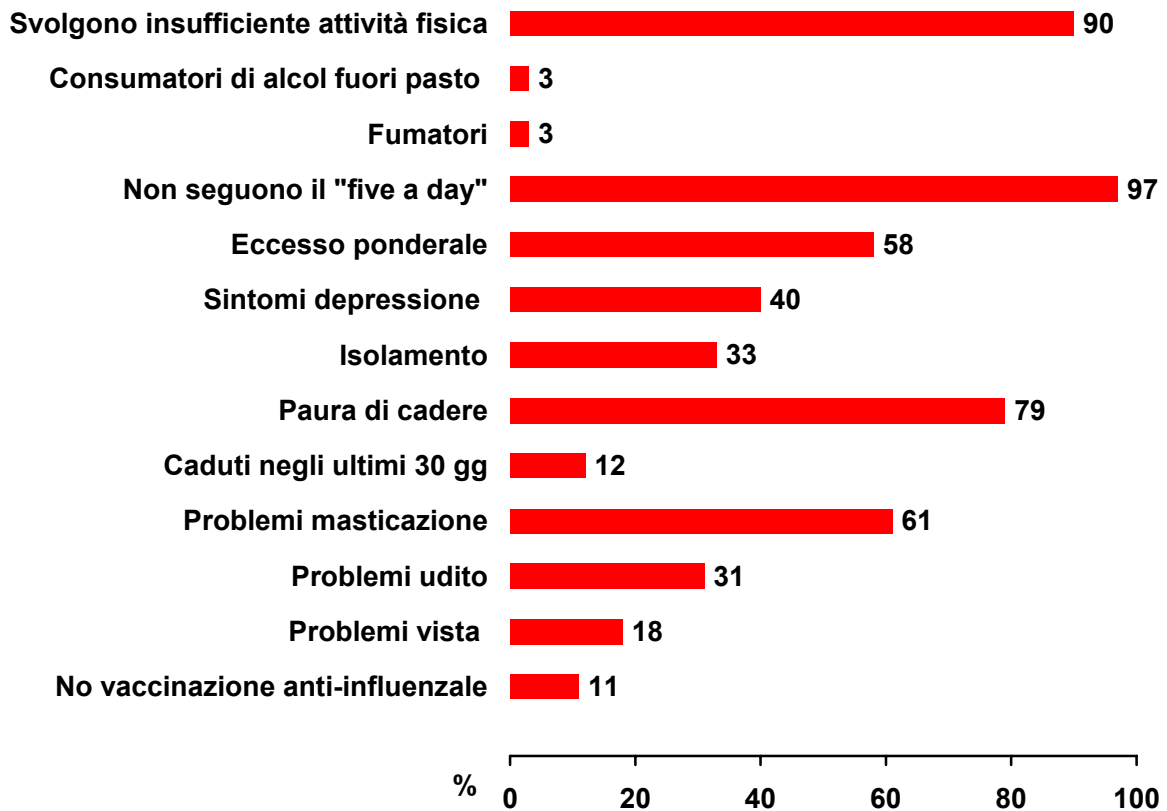
Quanti sono stati dal medico di famiglia e quanti sono stati ricoverati in ospedale?

- Il 92% delle persone con disabilità ha riferito di essere stato dal medico di famiglia negli ultimi 12 mesi.
- La percentuale è più alta negli uomini (96% contro 89%) e nelle persone con 65-74 anni (100% contro 90%).
- Il 45% è stato ricoverato in ospedale per almeno due giorni di seguito nell'ultimo anno.
- La proporzioni di ricoveri è maggiore nei 65-74enni (57% contro 43%) e negli uomini (53% contro 41%).



Il «barometro»: pochi indicatori per l'azione

Ultra 64enni disabili



Il barometro conferma che questo gruppo di popolazione necessita di attenzioni e assistenza particolari, come testimoniato ad esempio da un'alta frequenza di cadute (un disabile su dieci è caduto durante gli ultimi 30 giorni). La scarsa mobilità e la paura di cadere possono essere dei fattori aggravanti una situazione già difficile. I problemi di masticazione e sensoriali possono compromettere ulteriormente le condizioni delle persone con 65 anni o più.



Appendice

- Monitoraggio
- Campionamento
- Utilizzo della pesatura

Appendice

Monitoraggio

Per la valutazione della qualità dell'indagine si utilizzano alcuni indicatori di monitoraggio:

- Tasso di risposta
- Tasso di sostituzione
- Tasso di rifiuto
- Tasso di non reperibilità
- Tasso di eleggibilità "e"
- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità
- Modalità di reperimento del numero telefonico
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La tabella seguente mostra i valori dei principali indicatori di controllo della Regione Emilia-Romagna:

	valore (%)
Tasso di risposta	85,5
Tasso di sostituzione	14,5
Tasso di rifiuto	13,0
Tasso di non reperibilità	1,5
Tasso di eleggibilità	96,5

Per meglio comprendere il significato dei dati sopra indicati, si riportano alcune definizioni importanti e le descrizioni degli indicatori utilizzati:

- Popolazione indagata: persone ultra 64enni residenti in Emilia-Romagna registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nei mesi di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano.
- Eleggibilità: si considerano eleggibili tutti gli individui ultra 64enni campionati residenti in Emilia-Romagna in grado di sostenere una intervista telefonica.
- Non eleggibilità: le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana da parte dell'intervistato o del suo proxy.
- Non reperibilità: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto.
- Rifiuto: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata o il suo proxy non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- Senza telefono rintracciabile: le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
- Sostituzione: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso comune e strato genere-età specifico.

• **Tasso di risposta**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non).

Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$\frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine.

• **Tasso di sostituzione**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili, così indicato:

$$\frac{\text{non reperibili} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Pur avendo i sostituti lo stesso sesso e la stessa classe di età dei titolari, un numero troppo elevato di sostituzioni potrebbe ugualmente alterare la rappresentatività del campione.

• **Tasso di rifiuto**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili:

$$\frac{\text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto viene raccomandato di verificare:

- la percentuale di lettere ricevute (se è bassa si può tentare di ridurre i rifiuti attraverso una maggiore diffusione delle lettere);
- il grado di coinvolgimento del medico di medicina generale (se risulta poco interpellato si potrebbe tentare di ridurre i rifiuti coinvolgendo maggiormente il medico per convincere la persona a partecipare).

Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che non ci siano realtà, quali comuni, intervistatori, con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

• **Tasso di non reperibilità**

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente su tutte le persone eleggibili:

$$\frac{\text{non reperibili}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Nel caso in cui il tasso risulti troppo alto viene raccomandato di verificare che i non reperibili si distribuiscano uniformemente e che non ci siano realtà (comuni, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili o con grosse differenza tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

. Tasso di eleggibilità “e”

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il numero di individui classificati in queste due categorie. Queste stime sono importanti per il calcolo di indicatori più complessi:

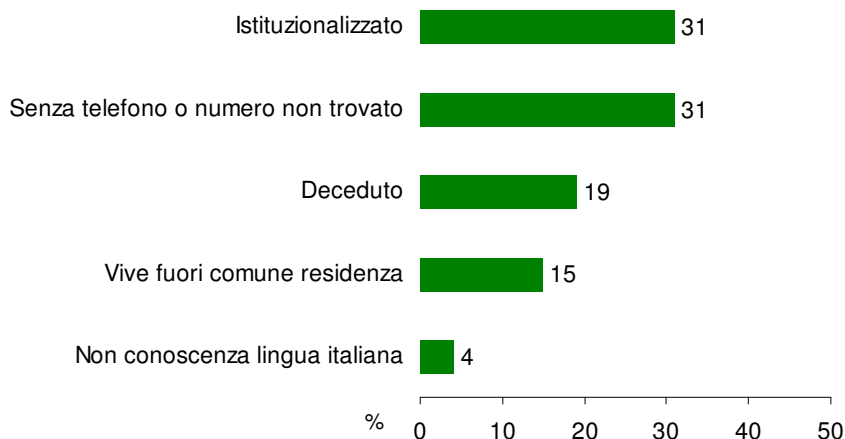
$$e = \frac{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ int.} + \text{rif.} + \text{residenti altrove} + \text{istituz.} + \text{deceduti} + \text{non conoscenza italiano}} * 100$$

. Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato all'esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

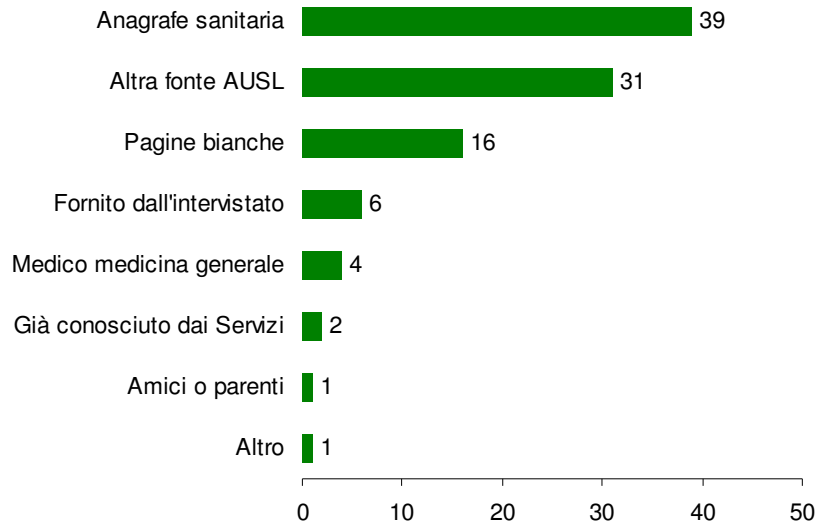
E' un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); la proporzione di persone che risulta "senza telefono rintracciabile", cioè che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.

Nel grafico è mostrata la distribuzione dei motivi di non eleggibilità riferita alle 26 persone risultate non eleggibili.



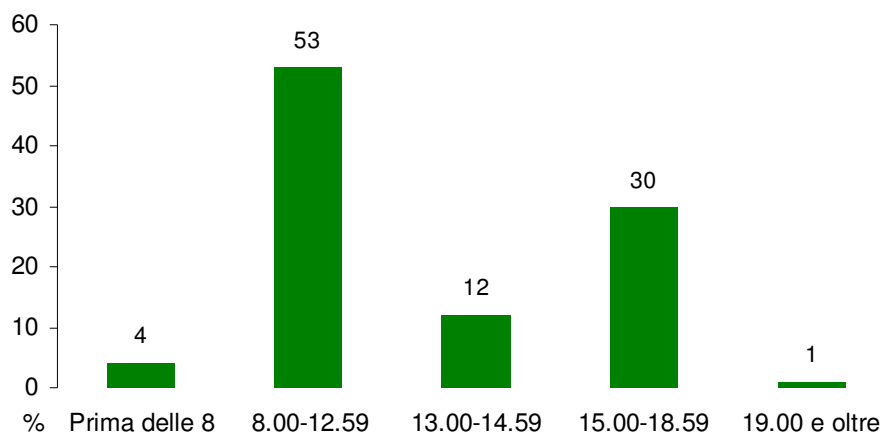
• **Modalità di reperimento del numero telefonico**

Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.



• **Distribuzione delle interviste per orari**

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore.



Il 96% delle interviste è stata fatta dal lunedì al venerdì e il restante 4% il sabato o la domenica.

Campionamento

Il disegno di campionamento adottato in Emilia-Romagna è a grappoli a due stadi.

Nel primo stadio si sono estratti i comuni in cui effettuare l'indagine. Preliminarmente all'estrazione vera e propria è stata definita la numerosità campionaria minima fissata in 60 unità elementari di 10 interviste ognuna. L'individuazione dei comuni è stata effettuata mediante un'estrazione da un'unica anagrafe sanitaria regionale virtuale di 60 persone ultra 64enni rappresentati di strato attraverso un campionamento proporzionale stratificato su tre aree: comuni capoluoghi di AUSL, comuni montani e comuni rimanenti. In questo modo sono stati estratti 43 comuni, come atteso infatti più unità sono state estratte dai comuni più grossi. Ai comuni campionati se ne sono aggiunti volontariamente altri 7. Per rispettare la distribuzione della popolazione regionale per area, è stato necessario un riproporzionamento delle interviste, aggiungendo alcune unità elementari, cioè pacchetti di 10 interviste, ad alcuni comuni capoluoghi.

Nel secondo stadio di campionamento per ogni comune sono state estratte le persone da intervistare mediante un campionamento proporzionale stratificato particolarmente accurato che ha tenuto conto del genere e delle classi d'età quinquennali della popolazione ultra 64enne residente primariamente per ognuna delle tre aree regionali e secondariamente per ogni AUSL. In questo modo per ognuno dei 50 comuni sono state definite le numerosità genere-età specifiche da estrarre casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria di AUSL.

Utilizzo della pesatura

Le analisi sono state fatte utilizzando dei pesi che avevano lo scopo di controllare la proporzionalità tra le interviste effettuate e la popolazione ultra 64enne residente in Emilia-Romagna per ognuna delle tre aree (comuni capoluoghi di AUSL, comuni montani e comuni rimanenti), per classi d'età e genere. In questo modo vengono corrette eventuali differenze che si vengono a creare tra campione effettivamente intervistato e quello inizialmente selezionato.

Anche la pesatura dei dati è richiesta anche dal disegno campionario che necessita di modelli complessi di analisi in cui l'impiego di pesi è indispensabile.

La pesatura migliora l'affidabilità delle stime, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità tra le aree; la procedura di pesatura influenza inoltre l'ampiezza degli intervalli di confidenza (garantisce la correttezza delle stime pur accettando, di solito, una minor precisione).

Poiché i pesi sono strato-dipendenti, quindi calcolati uno per ogni singolo strato, perciò ogni area avrà quattro valori di peso: nella pesatura si è fatto riferimento al genere e a due classi d'età (65-74 anni e 75 e oltre).

La variabile peso rappresenta quanto il singolo strato di area "pesa" sul campione aggregato di regione. Ad ogni intervista andrà associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato.

Il peso utilizzato è l'inverso della frazione campionaria, dato dal rapporto tra la popolazione ISTAT della *i*-esima zona dello strato *k* e il numero di interviste della *i*-esima zona dello strato *k*, formalmente:

$${}_i \text{Peso}_k = \frac{\text{pop strato}_k \text{ zona}_i}{\text{numero int strato}_k \text{ zona}_i}$$

La pesatura utilizzata è risultata essere poco "invasiva" come mostrato dai valori assunti dall'indicatore *design effect* che, in tutte le elaborazioni statistiche, ha sempre avuto valori prossimi all'unità. Ciò conferma, indirettamente, anche la bontà delle metodologie campionarie utilizzate.



Bibliografia

Bibliografia

Sorveglianze, progetti e indagini sulle persone in Italia

- 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*. Istituto Superiore di Sanità (2009). Rapporti ISTISAN 09/31.
- Gruppo Tecnico PASSI Regione Emilia-Romagna. *PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. I risultati del Sistema di Sorveglianza nel 2008*. Collana Contributi n.57 (2009). http://www.saluter.it/wcm/saluter/pubblicazioni/tutte_le_pubblicazioni/contributi/contributi.htm
- Bertozzi N, Vitali P, Binkin N, Perra A, D'Argenio P, Gruppo di lavoro Studio Argento. *La "qualità della vita" nella popolazione anziana: indagine sulla percezione dello stato di salute in 11 regioni Italiane (Studio Argento, 2002)*. Igiene e sanità pubblica. (2005);61(6):545-559. [PubMed Abstract](#)
- Centro Nazionale di Ricerca: *Relazione Conclusiva Progetto Finalizzato Invecchiamento* (vol. 1: L'attività, i risultati) Roma, 25 Novembre 1998.
- Colitti S, Cristofori M, Casaccia V, Bella A, Perra A, Binkin N. *Vetus a Orvieto un'indagine sulla qualità della vita delle persone con più di 64 anni nel comune di Orvieto*. BEN Notiziario ISS (2006) <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/novembre/Novembre.pdf>
- *Anziani: quali bisogni da soddisfare?* (Consultato: Dicembre 2009). <http://www.epicentro.iss.it/focus/anziani/anziani-bisogni.asp>
- *Anziani: studi a confronto*. (Consultato: Dicembre 2009). <http://www.epicentro.iss.it/focus/anziani/scafato-farchi.pdf>
- Servizio Controllo Strategico e Statistica Regione Emilia-Romagna. *Rapporto sociale Ambito Anziani*. Ottobre 2008. www.regione.emilia-romagna.it/par/

Politiche di indirizzo per un invecchiamento attivo

- World Health Organization. *Active Ageing. A policy framework*. 2002. (Consultato: Dicembre 2009). http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html

Situazione demografica

- ISTAT. *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione. Anni 2001- 2051* (Consultato: Dicembre 2009). http://www.istat.it/dati/catalogo/20030326_01/
- ISTAT. *14° censimento generale della popolazione e delle abitazioni 2001*. (Consultato: Dicembre 2009). http://www.istat.it/dati/catalogo/20080618_01/
- Regione Emilia-Romagna. *Le famiglie emiliano-romagnole fra passato e futuro. Un'analisi dei dati censuari al 2001 e una proiezione al 2024*. (Consultato: Dicembre 2009). http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/statistica/pubblicazioni/pubblicazioni/pop/pubblicazioni/rer/famiglie/rapporto_famiglie_libro.pdf
- Regione Emilia-Romagna. *Previsioni demografiche ISTAT 1.1.2007 - 1.1.2051: una prima analisi dei risultati relativi alla regione Emilia-Romagna*. (Consultato: Dicembre 2009). http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/statistica/pubblicazioni/pubblicazioni/pop/rer/Altro/commento_previsioni_istat_ER.pdf

Fragilità nelle persone ultra 64enni

- Fried L. P. et al. *Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype*. Journal of Gerontology (2001); 56: 146-156. (Consultato: Dicembre 2009). <http://biomed.gerontologyjournals.org/cgi/content/full/56/3/M146>.
- Nourhashémi F. et al. *Instrumental Activities of Daily Living as a Potential Marker of Frailty: A Study of 7364 Community-Dwelling Elderly Women (the EPIDOS Study)*. Journal of Gerontology (2001); 56A: 448-453. (Consultato: Dicembre 2009). <http://biomed.gerontologyjournals.org/cgi/reprint/56/7/M448.pdf>

- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G: *Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care*. J Gerontol Biol Sci Med Sci 2004; 59: 255-263.
- Topinková E. Aging, Disability and Frailty. Annals of Nutrition & Metabolism (2008); 52, Suppl 1:6-11. (Consultato: Dicembre 2009).
<http://www.online.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=Ausgabe&Ausgabe=235742&ProduktNr=223977>
- Rockwood K. et al. *A Comparison of Two Approaches to Measuring Frailty in Elderly People* Journal of Gerontology 2007, Vol. 62A, No. 7, 738-743
- Rockwood K, Mitnitski A. *Frailty in relation to the accumulation of deficits*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007 Jul;62(7):722-7.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G: *Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care*. J Gerontol Biol Sci Med Sci 2004; 59: 255-263.

Disabilità nelle persone ultra 64enni

- Katz S. et al. *Studies of illness in the aged. the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA (1963); 21,185:914-9.
- Katz S. et al. *Progress in development of the index of ADL*. Gerontologist (1970); 10:20-30.
- Lawton M.P. et al. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist (1969), 9: 179-186.
- Daniel R. et al. *Interventions to prevent disability in frail community-dwelling, elderly: a systematic review*. BMC Health Services Research (2008); 8:278. (Consultato: Dicembre 2009).
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/278>
- Binkin N. et al. *Il grado di dipendenza come indice della vulnerabilità degli anziani in occasione delle ondate di calore: qualche indicazione provenienti dallo Studio Argento BEN – Notiziario ISS (2006); 19(7-8):iii-iv. (Consultato: Dicembre 2009).*
<http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/lu-ago/lu-ago.pdf>

Cadute

- Rubenstein L.Z. *Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention*. Age and Ageing (2006); 35-S2: ii37-ii41.
- Gates S, Fisher JD, Cooke MW et al. *Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis*. BMJ (2008); 19:130-3.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC et al. *Interventions for preventing falls in elderly people*. Cochrane Database Syst Rev. (2003) (4).

Depressione

- Djernes. *Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review*. Acta Psychiatrica Scandinavica (2006); 113 (5), 372 – 387.

Vaccinazioni

- Pregliasco F, Sodano L, Mensi C, et al. *Influenza vaccination among the elderly in Italy*. Bull WHO (1999); 77: 127-131.
- D'Argenio P et al. *Antinfluenza vaccination among the aged in three southern Italian towns*. Igiene Moderna (1995); 103: 209-222.

Stili di vita

- Gardner MM, Robertson MC, Campbell AJ. *Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials*. Br J Sports Med. (2000); 34(1):7-17.
- 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); 48:883-93.
- Progetto Guadagnare Salute. (Consultato dicembre 2009)
http://www.ccm-network.it/GS_intro