



SORVEGLIANZE PASSI

PASSI D'ARGENTO: I RISULTATI DELLA PRIMA INDAGINE MULTIREGIONALE

Amedeo Baldi¹, Amalia De Luca², Marco Cristofori³, Giuliano Carrozzi⁴, Lilia Biscaglia⁵, Benedetta Contoli⁵, Alberto Perra⁵ e Arianna Dittami⁵

¹Società della Salute della Lunigiana, ASL 1 Massa e Carrara, Aulla (MS)

²UOC di Epidemiologia, Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

³Servizio di Epidemiologia, ASL 4 Terni

⁴Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena

⁵Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

PASSI d'Argento, promosso dal Ministero della Salute e dalle regioni con il supporto tecnico-scientifico del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, costituisce una sperimentazione di un modello di sorveglianza sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, allo scopo di mettere a disposizione informazioni utili per le scelte di politiche socio-sanitarie volte a migliorare la qualità di vita degli anziani (1). Più in particolare, l'obiettivo della sorveglianza è di valutare la capacità dell'anziano di essere risorsa e di partecipare alla vita sociale, di rimanere in buona salute, di usufruire di cure e tutele avendo un reddito adeguato, al fine di disegnare un profilo della popolazione ultra64enne centrato sui "tre pilastri" per l'invecchiamento attivo, individuati dalla strategia "Active ageing" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): partecipazione, salute e sicurezza (2). In questo articolo verranno illustrati sinteticamente i risultati della prima indagine multiregionale, svoltasi nel 2009 in sette regioni (Sicilia, Puglia, Umbria, Toscana, Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta), con particolare attenzione agli aspetti ritenuti più importanti per orientare l'azione dei servizi sociali e sanitari delle ASL e delle regioni.

L'indagine è stata effettuata su di un campione della popolazione ultra64enne, estratto dall'anagrafe sanitaria in maniera casuale tra le persone non istituzionalizzate, residenti nel territorio delle ASL e nelle regioni partecipanti allo studio. Sono stati considerati non eleggibili coloro che al momento dell'indagine risultavano ricoverati presso strutture residenziali (residenze sanitarie assistenziali e case protette) e ospedaliere, oppure domiciliati

altrove. Le informazioni sono state raccolte, nel rispetto delle norme in materia di privacy, mediante la somministrazione, da parte di operatori sociali e sanitari appositamente formati, di un questionario strutturato e standardizzato, messo a punto sulla base di indagini nazionali e internazionali di provata validità. Nei casi in cui l'individuo campionato non potesse rispondere direttamente all'intervista per ostacoli di natura fisica o psichica, le domande sono state rivolte ad un familiare o altra persona di fiducia prossima all'anziano (*proxy*), scelto in base alle caratteristiche definite nel protocollo. Un filtro, costituito da un breve test per saggiare le capacità di memoria e di orientamento temporale, ed un algoritmo hanno guidato l'operatore nella scelta della modalità dell'intervista: telefonica o faccia a faccia. Con il questionario sono state indagate le caratteristiche socio-demografiche ed economiche, la percezione dello stato di salute, gli stili di vita, eventuali cadute, problemi di vista, udito e masticazione, sintomi di depressione, segni di isolamento sociale (3, 4). Allo scopo di rendere l'indagine più funzionale alla programmazione e alla valutazione degli interventi messi in atto dalla società civile e dai servizi del settore sociale e sanitario, si è descritta la popolazione degli ultra64enni in 4 sottogruppi: anziani in buona salute e a basso rischio di malattia, in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità, con segni di fragilità e disabili, essenzialmente usando i criteri di capacità di svolgere le ADL (activities daily living) e le IADL (instrumental activities daily living). Sono state prese in considerazione le seguenti caratteristiche o condizioni: problemi di masticazione o vista o udito, stili di vita, sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale, percezione dello stato di salute, numero

di giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici o numero di giorni con limitazioni negli ultimi 30 giorni, perdita di peso (4,5 kg o 5% e oltre nell'ultimo anno) (5). Il termine fragilità è stato utilizzato per definire uno "stato di aumentata vulnerabilità a eventi stressanti" che richiede interventi mirati e tempestivi, senza i quali l'esito è, inesorabilmente, verso la disabilità (6).

Per l'inserimento dei dati e per la loro analisi è stato utilizzato il software Epi-Info versione 3.5.1.

Hanno partecipato alla prima indagine, svoltasi nel periodo marzo-giugno 2009, sette regioni, di cui capofila è stata l'Umbria. Sono stati intervistati 3.313 anziani, con il 22% di sostituzioni e l'11% di rifiuti. Nell'83% dei casi si è trattato di intervista telefonica, nel restante 17% è stata utilizzata la modalità faccia a faccia; il 20% delle interviste è stato realizzato con l'aiuto di un familiare o una persona convivente con l'anziano (*proxy*).

Il campione, per distribuzione di genere e classi di età, è risultato rappresentativo della popolazione residente nelle regioni e comprensori indagati (dati ISTAT al 1° gennaio 2009); il 57% è costituito da donne, la cui proporzione rispetto agli uomini è in aumento con l'aumentare dell'età, a causa della più lunga durata della vita media nel sesso femminile, evidenziando il già noto fenomeno della femminilizzazione della popolazione anziana nel nostro Paese.

Il 20% degli anziani ha dichiarato di vivere da solo; il 2% da solo, ma con la badante.

Per il 67% degli intervistati il livello di istruzione è risultato essere basso (diploma di scuola elementare o nessun titolo), maggiormente nelle donne.

L'analisi dei risultati è stata realizzata usando come chiavi di lettura un'ag- ▶

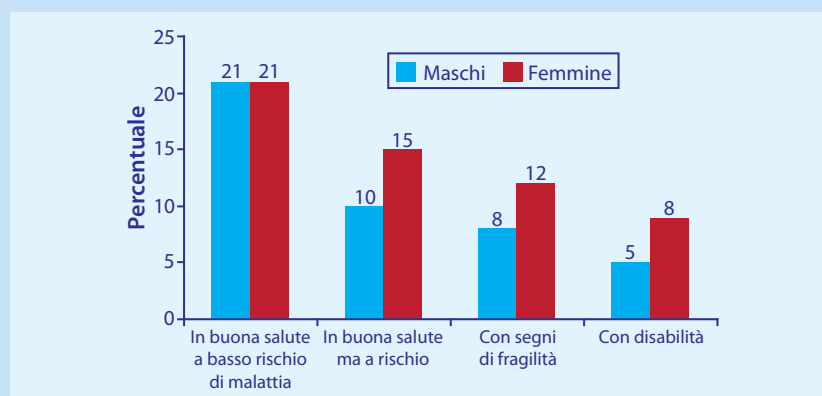


Figura - I sottogruppi della popolazione di ultra64enni

Tabella - Le caratteristiche rilevate per i 4 gruppi di ultra64enni - Indagine multiregionale PASSI d'Argento 2009 (n. 3.313)

Caratteristiche	In buona salute a basso rischio (%)	In buona salute ma a rischio (%)	Con segni di fragilità (%)	Con disabilità (%)
Svolgono insufficiente attività fisica	38	65	75	90
Consumatori di alcol fuori pasto	55	51	43	29
Fumatori	11	14	7	4
Non seguono il "five a day"	89	95	97	97
Eccesso ponderale	56	56	53	50
Sintomi depressione	2	33	27	25
Isolamento sociale	1	17	18	41
Paura di cadere	25	42	61	45
Cadute negli ultimi 30 gg	6	8	15	21
Problemi masticazione	5	52	46	60
Problemi udito	5	37	32	45
Problemi vista	2	18	26	46
No vaccinazione anti-influenzale	37	31	23	16

gregazione di alcune caratteristiche identificate nei "tre pilastri" precedentemente descritti che secondo l'OMS sono alla base e condizionano l'invecchiamento attivo.

In primo luogo, le attività sociali vedono coinvolti solo il 29% degli ultra64enni, mentre appena il 4%, in particolare le persone con alta istruzione e nessuna difficoltà economica, ha dichiarato di frequentare corsi di cultura o formazione. Al contrario ben il 13% degli anziani vive in condizioni di isolamento sociale.

L'essere risorsa per la propria famiglia e per la società è risultata essere una condizione trasversale a tutti i 4 sottogruppi, anche se in proporzioni diverse in rapporto alle condizioni di salute, passando dal 61% delle persone in buona salute al 55% di quelle a rischio di malattia e fragilità, al 27% di coloro che presentavano segni di fragilità e perfino al 13% dei disabili.

Riguardo alla percezione della qualità della propria salute, il 29% delle persone ha giudicato il proprio stato di salute positivamente, il 51% discretamente, il 20%

in modo negativo, in particolare le donne e le persone con età più avanzata. Per gli stili di vita ed i fattori di rischio comportamentali, il 60% ha dichiarato di svolgere un'attività fisica insufficiente, oltre la metà ha ammesso di consumare almeno un'unità alcolica al giorno, il 54% è stato classificato in eccesso ponderale, in base ai dati riferiti di peso e altezza, mentre solo il 7% ha affermato di consumare adeguate quantità di frutta e verdura.

La proporzione delle persone che hanno riferito sintomi riconducibili a depressione è stata pari al 17%, mentre ben il 32% ha lamentato problemi di masticazione, il 16% disturbi di vista e il 24% di udito, non compensati con l'uso di protesi. Le cadute, indagate con riferimento agli ultimi 30 giorni, hanno riguardato in media il 10% degli intervistati.

Relativamente al "terzo pilastro", definito come sicurezza, è stata studiata la capacità di usufruire di cure e tutele e di avere un reddito adeguato. La conoscenza dei programmi di intervento dei servizi so-

ciali (centro anziani, circoli, ecc.) è risultata abbastanza diffusa anche se tali strutture erano utilizzate solo da meno del 30% del campione; accanto al dato confortante secondo cui l'85% delle persone disabili può contare su un sostegno nelle attività della vita quotidiana, è comunque da sottolineare che il restante 15% ha detto di non ricevere alcun aiuto e che 1 persona disabile su 10 ha dichiarato di vivere da sola.

Per quel che riguarda la capacità di reddito, sebbene il 92% degli anziani intervistati ha affermato di ricevere una pensione e l'8% di avere un lavoro retribuito, la maggioranza delle persone (55%) ha sostenuto di percepire il proprio reddito come insufficiente.

Utilizzando i criteri definiti nel protocollo per identificare i 4 sottogruppi (Figura), la popolazione ultra64enne è risultata essere per il 42% in buona salute e a basso rischio di malattia; per il 25% in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità; per il 20% con segni di fragilità e per il 13% con disabilità. Per ciascuna di queste sotto-popolazioni è possibile fare una descrizione comparativa delle variabili descritte finora (Tabella).

La rapida crescita del fenomeno invecchiamento impone un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politiche socio-sanitarie tese a valorizzare gli anziani come risorsa ma anche rivolte in modo specifico al fenomeno della fragilità e all'individuazione e prevenzione dei fattori che possono determinarla. In tal modo, è possibile migliorare la qualità della vita degli anziani ed interrompere allo stesso tempo una spirale di decadimento, drammaticamente rapida, verso la disabilità.

Le informazioni messe a disposizione dalla sperimentazione della sorveglianza PASSI d'Argento si sono rivelate utili al monitoraggio degli interventi e alla pianificazione di programmi efficaci per la tutela e la promozione della qualità della vita delle persone ultra64enni. Le regioni che hanno partecipato a questa prima sperimentazione hanno mostrato un interesse per i benefici potenziali di una messa a regime nel Paese di tale sorveglianza. ■

Riferimenti bibliografici

1. Biscaglia L, Baldi A, Carrozzi G, et al. PASSI d'Argento: la sperimentazione di un sistema di sorveglianza della salute delle persone con 65 o più anni. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2009;22(7-8):i-iii.
2. World Health Organization. *Active ageing. A policy framework*. 2002. Disponibile all'indirizzo: www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html

3. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psych Scand* 2006;113(5):372-87.
4. Birren JE. Psychological implications of productive ageing. In: Morrow-Ho-well N, Hinterlong J, Rozario PA (Ed). *Productive ageing: concepts and challenges*. Baltimore: The John Hopkins University Press. p. 102-19.
5. Cristofori M, Catanelli M, Casaccia V. PASSI d'Argento: dall'Umbria una sperimentazione della sorveglianza della popolazione di 65 o più anni. *Not Ist Super Sanità - Insero BEN* 2010;23(4):ii-iv.
6. Topinková E. Aging, disability and frailty. *Ann Nut Metab* 2008;52(Suppl. 1):6-11.

L'ANZIANO: RISORSA IN EMILIA-ROMAGNA. PASSI D'ARGENTO, 2009

Giuliano Carrozzì¹, Letizia Sampaolo¹, Lara Bolognesi¹, Mauro Mirri², Raffaele Fabrizio², Nicoletta Bertozzi³, Alba Carola Finarelli⁴, Anna Rita Sacchi⁵, Alma Nieddu⁶, Anna Maria Ferrari⁷, Paolo Pandolfi⁸, Ivana Stefanelli⁹, Aldo De Togni¹⁰, Giuliano Silvi¹¹, Oscar Mingozzi¹², Diego Sangiorgi³ e Fausto Fabbri¹³

¹Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena

²Servizio Governo dell'Integrazione Socio-Sanitaria e delle Politiche per la non Autosufficienza, Regione Emilia-Romagna, Bologna

³Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Cesena

⁴Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna, Bologna

⁵Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Piacenza

⁶Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Parma

⁷Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Reggio Emilia

⁸Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Bologna

⁹Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Imola

¹⁰Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Ferrara

¹¹Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Ravenna

¹²Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Forlì

¹³Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Rimini

Nel nostro Paese, la salute della popolazione anziana viene frequentemente presa in considerazione in chiave prevalentemente di carico socio-assistenziale, mentre non vengono ancora sufficientemente valorizzati il patrimonio e la ricchezza apportate alla società in termini sia di tesoro di esperienze umane, sia di supporto essenziale per la famiglia e la comunità (1).

Più in sintonia con i tempi che viviamo, la popolazione anziana comincia a essere considerata una risorsa, ancora in continuo sviluppo, capace di partecipare attivamente alla vita sociale anche dopo l'uscita dall'età produttiva. L'essere risorsa e partecipare alla vita sociale rappresenta uno dei tre pilastri fondamentali per un invecchiamento attivo, insieme al rimanere in buona salute e all'aver cure e reddito adeguati.

Compito essenziale della società civile e delle istituzioni è riconoscere e valorizzare questo nuovo ruolo della persona anziana in ogni contesto, dall'ambito familiare ed amicale a quello sociale.

In questo articolo si riportano i risultati di PASSI d'Argento in Emilia-Romagna, indagine sulla qualità della vita percepita dalle persone anziane (2) che, fra i tanti aspetti socio-sanitari della popolazione anziana, ha studiato in che misura le persone ultra64enni siano considerate risorsa, in termini di supporto alla famiglia, ai conoscenti e alla collettività.

Nell'ambito della sfera familiare e amicale, si è considerato risorsa l'anziano intervistato che quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni accudisce nipoti con meno di 14 anni e/o fornisce aiuto a familiari (congiunto, figli, fratelli, sorelle, conoscenti).

Il supporto alla comunità è stato definito sulla base della partecipazione ad attività di volontariato nei 12 mesi precedenti l'intervista; per volontariato si sono intese le attività prestate gratuitamente a favore di altri, come bambini, disabili, ospedali, scuole.

L'indagine PASSI d'Argento è stata effettuata in Emilia-Romagna nella primavera del 2009 (3). La popolazione in studio è costituita da persone di età maggiore ai 64 anni non istituzionalizzate (circa 935mila). Il campione regionale è risultato costituito da 620 persone con 64 anni e più, rappresentativo della popolazione regionale, selezionato attraverso un campionamento a grappoli a due stadi: con il primo, a cluster, sono stati selezionati i Comuni su cui condurre l'indagine (50), con il secondo sono state estratte le persone da intervistare in modo casuale stratificato (per sesso e per classi d'età quinquennali) dalle liste delle anagrafi sanitarie delle AUSL emiliano-romagnole. Il 63% delle interviste è stato condotto telefonicamente e il 37% faccia a faccia. Il tasso di risposta è risultato dell'85,5%, quello di rifiu-

to del 13% e quello di non reperibilità dell'1,5%. Nel 13% dei casi l'ultra64enne campionato non è stato in grado di rispondere all'intervista per problemi di comprensione, eloquio o udito; in questi casi è stato intervistato un proxy, cioè un familiare o un'altra persona di fiducia, che nelle ultime due settimane è stato in contatto per qualche ora per almeno 8 giorni.

In PASSI d'Argento la popolazione ultra64enne viene suddivisa in quattro sottogruppi (4), come visto nel precedente articolo, in rapporto all'autonomia nelle IADL (instrumental activities of daily living): persone in buone condizioni di salute e a basso rischio di malattia; persone in buone condizioni di salute ma a rischio di malattia o fragilità; persone con segni di fragilità; persone con disabilità.

Questa suddivisione è funzionale all'identificazione delle priorità di intervento ed è indispensabile nella programmazione delle attività e nella valutazione dei programmi e delle azioni messe in campo dai servizi del settore sociale e sanitario.

In Emilia-Romagna circa la metà (52%) degli ultra64enni intervistati rappresenta ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività. La percentuale dell'essere risorsa diminuisce in maniera statisticamente significativa all'avanzare dell'età: scende dal 68% ►

dei 65-74enni al 37% degli ultra75enni; è maggiore negli anziani con un alto livello d'istruzione (59% rispetto al 49% di chi ha una bassa istruzione) e senza difficoltà economiche percepite (58% rispetto al 39% di chi ne riferisce molte; differenza statisticamente significativa) (Tabella).

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 si conferma statisticamente più diffusa tra i 65-74enni e tra gli anziani senza difficoltà economiche.

Tra gli intervistati in buona salute, la maggior parte (65%) rappresenta un supporto per famiglia, conoscenti e collettività; è importante però sottolineare che questo supporto offerto si riduce, ma non si perde mai completamente anche negli anziani con segni di fragilità (34%) o disabilità (14%) (Tabella e Figura).

Considerando tre aree del territorio emiliano-romagnolo (Comuni capoluoghi di ASL, Comuni montani e rimanenti), l'essere risorsa è una caratteristica meno diffusa negli anziani dei Comuni di montagna (46% rispetto al 54% dei Comuni capoluoghi e al 52% dei rimanenti, differenze non significative sul piano statistico).

Il 49% degli anziani intervistati è risorsa per l'ambito familiare e amicale e il 12% per la collettività; il 9% è risorsa in entrambi gli ambiti. In particolare, l'essere risorsa per la collettività diminuisce in maniera più rilevante al crescere dei problemi di salute: si passa dal 17% degli anziani in buona salute, all'8% di quelli in buona salute ma a rischio, al 9% di quelli con segni di fragilità e al 4% di quelli con disabilità.

I dati riportati mostrano come anche in Emilia-Romagna le persone ultra64-

enni rappresentano un importante patrimonio per la società, sia per le attività prestate all'interno della famiglia sia per quelle rivolte alla comunità, patrimonio ancora troppo spesso non pienamente valorizzato.

Un altro aspetto da sottolineare è come questo ruolo di risorsa sia inoltre un fenomeno trasversale rispetto alle condizioni di salute dell'anziano: rimangono una risorsa importante (seppure in misura minore) negli anziani con segni di fragilità e in quelli in condizioni di disabilità.

Per questo, le azioni di valorizzazione e tutela dell'essere risorsa della persona ultra64enne sono essenziali e devono essere condotte a diversi livelli: dall'ambito sociale (ad esempio, con la promozione di attività culturali ed educative volte a favorire la trasmissione della memoria storica, lo sviluppo di relazioni sociali e l'impegno sociale) a quello familiare (ad esempio, con un sostegno attivo delle persone che scelgono di prestare cura ai propri familiari).

Queste azioni di valorizzazione richiedono una forte integrazione degli aspetti sociali e sanitari, con una strategia per eliminare i fattori ostacolanti l'autotutela della salute. ■

Tabella - Caratteristiche dell'essere risorsa - Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2009

Totale	Essere risorsa (n. 605 ^a)	
	52,4 (%)	48,6-56,3 (IC 95%)
Classi di età		
65-74	67,6	62,2-73,0
75 e oltre	37,4 ^b	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	57,6 ^b	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	33,7 ^b	24,9-42,6
Disabili	14,4 ^b	6,0-22,9

(a) Quindici casi hanno dei dati mancanti su una o più variabili di analisi

(b) Significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (ad esempio, persone di 75 anni e oltre rispetto a quelle di 65-74 anni)

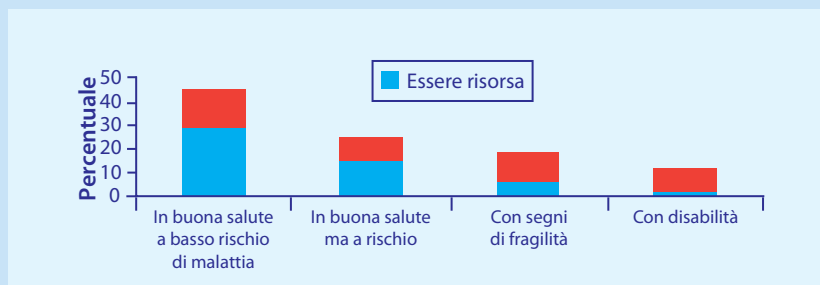


Figura - Essere risorsa per sottogruppi di popolazione - Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2009 (n. 605)

Riferimenti bibliografici

1. Perra A, Biscaglia L. È partito il progetto PASSI d'Argento: un occhio attento alla salute e al ruolo della terza età nella società italiana. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2009;22(3):iv.
2. World Health Organization. Active Ageing. A policy framework. 2002. Disponibile all'indirizzo: www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html
3. Carrozzini G, Bertozzi N, Mirri M (Ed). *PASSI d'Argento. La qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più. Emilia Romagna, Indagine 2009*. Bologna: Zucchini; 2009.
4. Cristofori M, Catanelli M, Casaccia V. PASSI d'Argento: dall'Umbria una sperimentazione della sorveglianza della popolazione di 65 anni o più anni. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2010;23(4):iii-iv.

Comitato editoriale BEN

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