

FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI NELLE MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE, ITALIA (2007-09)

Paolo D'Argenio¹, Giovanna Laurendi², Valentina Minardi¹, Elisa Quarchioni¹, Stefania Vasselli² e Sandro Baldissera¹

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

²Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

SUMMARY (*Behavioral risk factors in chronic respiratory diseases - Italy 2007-09*) - According to PASSI, the Italian behavioral risk factors surveillance, in 2007-09, 8% of Italian adults (18-69 years) reported having received a diagnosis of chronic respiratory disease. Among these, the prevalence of aggravating factors was high (33% smoked, 35% were sedentary, 55% were overweight or obese); only 29% had been vaccinated against influenza. A great potential for improvement exists.

Key words: chronic respiratory diseases; behavioral risk factors; surveillance

sandro.baldissera@iss.it

Introduzione

Le malattie respiratorie croniche (MRC) rappresentano in Italia, con più di 16.000 decessi all'anno, la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e neoplastiche e sono una delle quattro priorità del Piano di Azione 2008-13 per le malattie non trasmissibili dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Le principali MRC, di cui le più frequenti sono l'asma e la bronchite cronica, pur avendo differenti meccanismi fisiopatologici, possono associarsi e provocare uno stato funzionale di ostruzione cronica delle vie respiratorie, non pienamente reversibile e generalmente evolutivo, denominato broncopneumopatia cronica ostruttiva (1).

Le MRC riconoscono fattori di rischio e di aggravamento comuni, tra cui hanno grande rilevanza quelli eliminabili come il fumo di tabacco, diversi tipi di esposizioni occupazionali, inquinamento *indoor* e *outdoor*, basso peso alla nascita. Per il controllo di queste patologie sono raccomandati la cessazione del fumo, se presente, la terapia farmacologica specifica, l'esercizio fisico e la vaccinazione antinfluenzale (1).

Al fine di ridurre il peso delle sofferenze causate dalle MRC, nel 2004 è stata creata la Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD), un'alleanza internazionale affiliata all'OMS e comprendente vari partner istituzionali e non, che ha sviluppato una strategia integrata, tesa a migliorare la salute respiratoria globale: l'obiettivo prioritario è prevenire e contrastare precocemente le MRC, riducendo l'esposizione ai fattori

di rischio, rendendo la diagnosi più tempestiva e utilizzando i trattamenti più efficaci (2).

Per sostenere le azioni di prevenzione primaria e secondaria è necessario disporre di dati sulla frequenza con cui i fattori di rischio e di aggravamento e i fattori protettivi ricorrono tra le persone affette da tali condizioni.

Il sistema di sorveglianza PASSI, attivo dal 2007 (3), rileva molte di queste informazioni e consente di descrivere un quadro articolato della situazione. Vengono qui presentati i risultati relativi agli anni 2007-09.

Metodi

PASSI è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta, che monitora i fattori di rischio per le malattie croniche, legati ai comportamenti individuali, e l'adesione alle misure di prevenzione. Alla raccolta dati, effettuata dalle ASL tramite interviste telefoniche, partecipano tutte le 21 regioni/province autonome italiane (4).

Nel corso dell'intervista viene richiesto ai rispondenti se hanno ricevuto diagnosi di bronchite cronica, asma bronchiale, enfisema polmonare o insufficienza respiratoria.

È stata stimata la prevalenza di rispondenti che hanno riferito tali condizioni, le loro caratteristiche sociodemografiche, la qualità della vita connessa alla salute attraverso il metodo degli *healthy days* (5) e la presenza di sintomi di depressione tramite il modulo dedicato del *patient health questionnaire-2* (6).

Per le persone che hanno riferito una diagnosi di MRC, è stata stimata la prevalenza dei fattori aggravanti: fumo di sigarette, esposizione a fumo ambientale nei locali pubblici, sul lavoro, in casa, sovrappeso e obesità, sedentarietà. Per quanto riguarda i fattori protettivi, sono state stimati: la prevalenza dei tentativi di smettere di fumare, l'attenzione degli operatori sanitari (*minimal advice* per favorire la cessazione), la copertura della vaccinazione antinfluenzale.

Risultati

Nel triennio 2007-09, nel pool di ASL partecipanti, sono stati intervistati 98.242 soggetti di 18-69 anni. Tra questi, l'8,0% (IC al 95%: 7,7-8,2%) ha riferito di aver avuto una diagnosi di bronchite cronica, asma bronchiale, enfisema o insufficienza respiratoria. La prevalenza è quasi uguale negli uomini (8,0%) e nelle donne (7,9%), mentre aumenta con l'età, dal 4,8% dei giovani tra 18 e 34 anni, fino al 12,2% delle persone di 50 anni e più.

La prevalenza è risultata relativamente bassa tra le persone con istruzione superiore (5,8% tra i laureati) e tra le persone senza difficoltà economiche (6,2%), mentre è più elevata tra le persone con minore istruzione (14,9% tra coloro che hanno la licenza elementare o nessun titolo di studio) e con grandi difficoltà economiche (13,2%).

Il 14% delle persone con MRC ha dichiarato che la propria salute va male o molto male e, tra loro, è stata stimata una media di 11 giorni (sugli ultimi 30) in cattiva salute per problemi fisici o ▶

psicologici. Entrambi questi valori sono significativamente più elevati di quelli stimati per le persone senza MRC: 3% di prevalenza e 6 giorni in cattiva salute.

Le persone con una condizione respiratoria morbosa cronica hanno riferito sintomi depressivi nel 17% dei casi, contro il 7% delle persone che non hanno diagnosi di MRC.

Osservando la Figura 1, si può rilevare che nel periodo 2007-09 un terzo delle persone con MRC ha dichiarato di continuare a fumare, il 32% che nella propria casa è consentito fumare, mentre il 16% di coloro che lavorano in ambienti chiusi ha riferito che sul posto di lavoro si fuma sempre o quasi sempre.

Inoltre, la percentuale di persone, con una delle condizioni respiratorie rilevate, che possono essere classificate in eccesso di peso, è risultata pari al 55%, e la percentuale di sedentari pari al 35%.

Nel triennio 2007-09 (Figura 2), l'81% delle persone di età 18-69 anni con MRC, che fumavano, ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare e il 42% ha fatto almeno un tentativo di smettere.

Tra le persone affette da MRC di età 18-64 anni (quindi comprese nelle categorie che sono oggetto di attiva offerta vac-

cinale), solo il 29% ha effettuato la vaccinazione contro l'influenza stagionale, in occasione delle campagne autunnali di immunizzazione.

Conclusioni

La prevalenza dei fattori di aggravamento nelle persone con MRC è elevata, sia per quanto riguarda gli stili di vita (fumo, eccesso di peso, sedentarietà) sia per l'esposizione al fumo passivo sul luogo di lavoro e in casa.

I medici pongono attenzione all'abitudine al fumo delle persone con MRC, che frequentemente ricevono il consiglio di smettere di fumare; la copertura della vaccinazione antinfluenzale è invece ancora inadeguata e dovrebbe essere migliorata.

Le persone affette da MRC hanno una qualità della vita connessa alla salute decisamente peggiore rispetto alle persone senza MRC.

Per interpretare questi risultati bisogna comunque considerare i limiti di PASSI: le patologie rilevate non rappresentano tutte le MRC. Inoltre, l'intervistato potrebbe non essere consapevole di essere affetto da una di tali condizioni; in effetti, è stato riconosciuto che la diagnosi di MRC in Italia è in genere tardiva (7). Infine, l'inter-

vistato potrebbe non riferire un'eventuale diagnosi per motivi legati al ricordo e alla comprensione della domanda.

Va tenuto presente, inoltre, che PASSI non indaga fattori di aggravamento importanti, quali l'inquinamento atmosferico e i rischi occupazionali; perciò questi risultati devono essere integrati con quelli provenienti da altre fonti informative.

Nonostante l'incompletezza del quadro delineato in base a queste informazioni, la popolazione con MRC individuata da PASSI assume una certa rilevanza per gli interventi di sanità pubblica, essendo verosimilmente costituita da persone più attente alla prevenzione secondaria.

In conclusione, la vita delle persone affette da MRC è suscettibile di grandi miglioramenti, agendo sui fattori presi in considerazione. I programmi di prevenzione, come quelli proposti dalla GARD, dovrebbero perciò essere fortemente sostenuti. A tal fine, PASSI è in grado di fornire, in modo sistematico, anno dopo anno, diverse informazioni rilevanti, contribuendo così all'attuazione delle strategie preventive. ■

Riferimenti bibliografici

1. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) 2011 (www.goldcopd.org/).
2. Bousquet J, Khaltaev N. (Ed.). World Health Organization. *Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach* (www.who.int/gard/publications/GARD_Manual/en/index.html).
3. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". *Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/30).
4. www.epicentro.iss.it/passi
5. Moriarty DG, Zack MM, Kobau R. The centers for disease control and prevention's healthy days measures - population tracking of perceived physical and mental health over time. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:37.
6. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The patient health questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-92.
7. Scognamiglio A, Mattelli G, Pistelli F, et al. L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva. *Ann Ist Super Sanità* 2003;39(4):467-84.

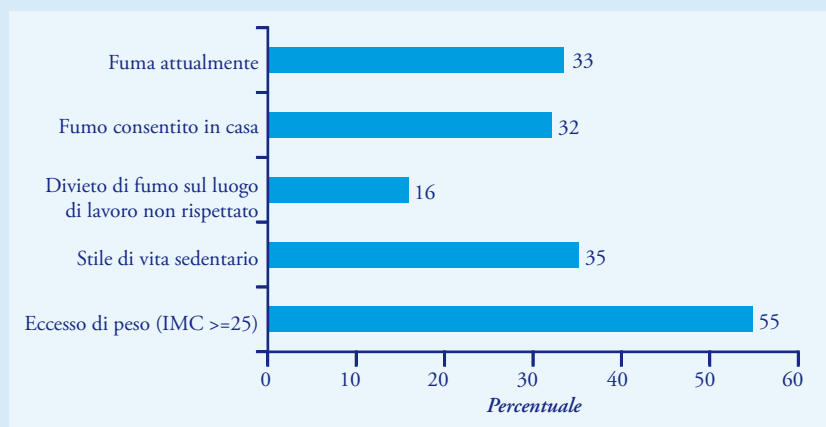


Figura 1 - Fattori di aggravamento nelle persone con malattie respiratorie croniche (MRC)

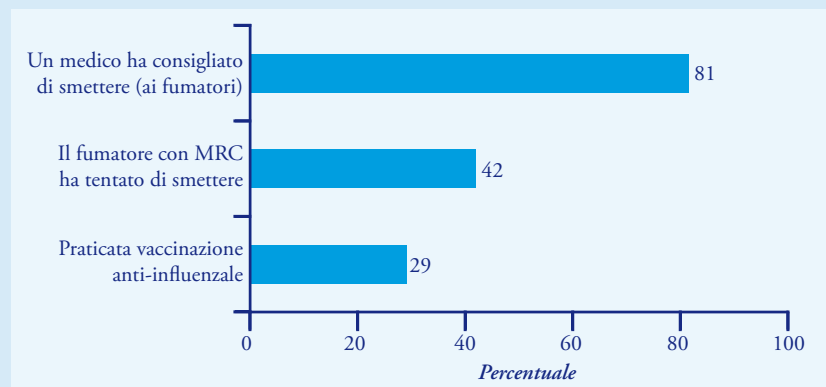


Figura 2 - Prevenzione e consigli per le persone con malattie respiratorie croniche (MRC)

L'ANZIANO "RISORSA" NEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO, 2010

Benedetta Contoli, Rita Maria Ferrelli, Maria Chiara Antonioti, Amedeo Baldi, Elvira Bianco, Lilia Biscaglia, Giuliano Carrozzi,
Luciana Chiti, Marco Cristofori, Amalia Maria Carmela De Luca, Teresa Di Fiandra, Arianna Dittami, Luana Penna,
Valentina Possenti, Paola Scardetta e Alberto Perra
Gruppo tecnico operativo PASSI d'Argento

SUMMARY (*The over65s as "resource" for their family and community, from the national surveillance system, Italy 2010*) - Findings from the new national surveillance system show that among the over65 people, 36% (CI 95%: 34,7-37,5) are considered as "resource" for their family and community, significantly associated to earlier ages, to female gender, higher school level but not to difficulties in making ends meet. The proportion of over65s "resource" is suggested as indicator of effective community wide active ageing policies.
Key words: elderly; population surveillance; active ageing
alberto.perra@iss.it

Introduzione

Nel nostro Paese, gli ultra64enni costituiscono oggi il 21% della popolazione totale e si stima che tra 20 anni raggiungeranno il 30% (1). L'invecchiamento della popolazione, marcato in particolare in Italia, solleva nuove sfide per la società e per il sistema socio-sanitario, che di tale fenomeno devono cogliere gli aspetti che si profilano come opportunità e non solo l'aumento del carico socio-assistenziale (2). In tal senso, la società civile ha sempre più necessità di accogliere e valorizzare tale gruppo di popolazione come risorsa dal punto di vista economico e sociale. In Europa, il tasso di impiego per i gruppi di popolazione dai 50 anni in su è cresciuto notevolmente negli ultimi 10 anni, anche in Italia (dal 36,5 al 52,7% fra i 50 e 59 anni, dal 18 al 20,5% fra i 60 e 65 anni, costante al 3,1% per gli ultra 65enni) (3). La recente decisione di molti governi europei di innalzare l'età pensionabile fa presagire un aumento della quota di persone che saranno impiegate al di là dei 65 anni. Le strategie per vincere questa sfida sono note e in diversi Paesi sono già in atto, attraverso un adeguato supporto a tutti i livelli, legislativi e governativi, centrali e periferici, come ad esempio nella messa in atto dell'integrazione e dell'equità nell'assistenza e nell'accesso ai servizi socio-sanitari, nel supporto ai *care givers* e alle associazioni di volontariato, ma anche nella lotta alla povertà e nella promozione del ruolo sociale e delle competenze degli stessi ultra64enni (4). Dopo una sperimentazione di 2 anni, il nostro Paese si è dotato di un sistema di sorveglianza della popolazione ultra64enne che, fra i suoi obiettivi, comprende anche la valutazione nel tempo della misura in cui tale popolazione possa considerarsi "risorsa". Tale sperimentazione, affidata alla regione Umbria e svoltasi dal 2008 al 2010 con il coinvolgimento di 18 regioni e la realizzazione di oltre 10.000 interviste a ultra64enni (5), ha dato avvio alla messa a regime di una sorveglianza PASSI d'Argento (PDA), il cui funzionamento è previsto anche nei Piani Regionali di Prevenzione

delle varie regioni. L'area di studio e di sorveglianza della PDA è improntata alla strategia dell'invecchiamento attivo (*healthy ageing*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (6), che identifica nella partecipazione, nella salute e nella sicurezza delle persone ultra64enni i tre pilastri per un invecchiamento il più possibile esente da patologie, invertendo l'ottica che vede nell'anziano unicamente un onere per la società e non una risorsa, come invece accade quando viene fornita la possibilità di invecchiare in buona salute.

Metodi

Il concetto di "ultra64enne-risorsa", che l'OMS definisce già nel 1996, parte da una visione positiva della persona, che è in continuo sviluppo ed è in grado di contribuire, in ogni fase della vita, alla propria crescita individuale e collettiva. L'anziano "risorsa" partecipa ad attività che migliorano la salute fisica e mentale e accrescono la qualità delle relazioni interpersonali, contribuendo a ridurre il livello di dipendenza dagli altri e a innalzare la qualità della propria vita.

La sorveglianza PDA ha studiato in che misura le persone ultra64enni sono una risorsa per la società, in termini di supporto alla famiglia, ai conoscenti e alla collettività. Per la definizione di risorsa all'interno della famiglia si è studiata la frequenza con cui, nei 12 mesi precedenti, l'intervistato forniva aiuto o accudiva familiari come il congiunto, figli, fratelli e/o sorelle, nipoti con meno di 14 anni o conoscenti anziani. Usando lo stesso intervallo temporale, l'essere risorsa per la collettività, escludendo quindi parenti o amici conviventi o non conviventi, si è definito come un'attività di volontariato, cioè prestata gratuitamente a favore di altri, come bambini, persone con disabilità, ospedali, scuole (7).

La sorveglianza PDA si è realizzata attraverso un'indagine su un campione random di popolazione ultra64enne stratificato per sesso e classi d'età, scelto casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria aziendale e a rappresentatività aziendale e/o regio-

nale. La raccolta di dati si è effettuata tramite un questionario standardizzato, con interviste realizzate in modalità telefonica o faccia a faccia, grazie a operatori formati per l'implementazione della sorveglianza.

Le informazioni raccolte dalla PDA permettono una descrizione della popolazione ultra64enne in 4 sottogruppi (Tabella 1), costruiti su base bio-psicosociale attraverso dei criteri che identificano la capacità di svolgere le attività della vita quotidiana semplici (activity of daily living - ADL) e strumentali (instrumental activity of daily living - IADL) (8).

Le analisi effettuate sulla base di dati rilevati fra marzo e giugno 2010 con Epi Info e Stata, hanno rilevato la frequenza della distribuzione dell'essere risorsa nei vari generi, gruppi di età e nei 4 sottogruppi di popolazione. Sulla scorta di un'analisi bivariata si è studiato un modello di analisi multivariata allo scopo di identificare quali fattori fossero associati all'essere risorsa per la popolazione ultra64enne studiata.

Risultati

Nel 2010 si è svolta la seconda indagine sperimentale in cui sono state raccolte 5.047 interviste in 9 regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Veneto). Il campione, di età mediana di 75 anni, con range fra 65 e 101, è costituito nel 57% da donne. Senza differenze di genere apprezzabili, il 36% (IC95%: 34,7-37,5) risulta una risorsa per la famiglia o per la collettività, costituendo un capitale importante per il nostro sistema sociale. Questa proporzione decresce con l'aumentare dell'età (47% nei 65-74enni, 30% nei 75-84enni, 9% negli 85enni e più). Gli intervistati sono impegnati anche nella cura di altri anziani, 19% nel gruppo degli ultra64enni e 11% in quello degli ultra75enni. La Tabella 2 sintetizza le frequenze e le caratteristiche dell'essere risorsa in rapporto a genere ed età.

L'attività di volontariato presenta frequenze simili in uomini e donne; impegna il 6% del gruppo dei 65-74enni e il 3% del gruppo dei 75 anni e più. L'essere ►

Tabella 1 - Criteri per la suddivisione dei 4 sottogruppi di anziani

Gli ultra 64enni in buona salute con limitati fattori di rischio

sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL (activity of daily living) non sono autonomi al massimo in 1 IADL (instrumental activity of daily living) presentano al massimo una delle dieci caratteristiche o condizioni*:

- problemi di masticazione [1] o vista [2] o udito [3]
- insufficiente attività fisica [4] o abitudine al fumo [5]
 - o consumo di alcol a rischio [6] o scarso consumo di frutta o verdura [7]
- sintomi di depressione [8] o di isolamento [9]
- percezione di difficoltà economiche [10]

Gli ultra 64enni in buona salute con molteplici fattori di rischio

sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL non sono autonomi al massimo in 1 IADL

in più presentano almeno due delle seguenti caratteristiche o condizioni*:

- problemi di masticazione [1] o vista [2] o udito [3]
- insufficiente attività fisica [4] o abitudine al fumo [5]
 - o consumo di alcol a rischio [6] o scarso consumo di frutta o verdura [7]
- sintomi di depressione [8] o di isolamento [9]
- percezione di difficoltà economiche [10]

Gli ultra 64enni con rischio di disabilità

sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL non sono autonomi in almeno 2 IADL

All'interno di questo sottogruppo si distinguono le persone con 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*
- perdita di appetito e peso (4,5 kg o 5% o più) nell'ultimo anno

Gli ultra 64enni con disabilità

non sono autonomi in una o più ADL

All'interno di questo sottogruppo si distinguono le persone:

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

(*) Caratteristiche e condizioni sono identificate da una numerazione progressiva tra parentesi quadre [1-10]

Tabella 2 - Distribuzione di frequenza dell'essere risorsa, per età e sesso, PASSI d'Argento 2010

	65-74 anni		75 anni e più	
	Uomini %	Donne %	Uomini %	Donne %
Per famiglia e collettività (complessivamente)	41,9	52,4	25,9	24,2
Per famiglia	34,8	45,3	21,6	20,6
Per anziani della famiglia	15,8	21,6	11,5	10
Per anziani amici	8	9,5	4,2	3,1
Attività di volontariato in collettività	14	14,5	7,2	5,4

risorsa è un fenomeno trasversale, presente anche nei 4 sottogruppi, seppure in maniera decrescente: 48% nel gruppo in buona salute con limitati fattori di rischio, 47% nel gruppo in buona salute con molteplici fattori di rischio, 20% nel gruppo con rischio di disabilità e 7% nel gruppo delle persone con disabilità.

L'analisi multivariata ha preso in considerazione fattori che sono associati all'*active ageing* e all'essere risorsa (problemi alla vista, problemi all'udito, problemi alla masticazione, fumo, consumo di alcol, consumo di frutta e verdura, isolamento, livello di istruzione, genere, età categorizzata in 3 classi). Nella PDA 2010, tuttavia, i fattori che risultano associati all'essere risorsa sono l'appartenenza alle fasce di età più

giovani (OR aggiustato 6,79 per età 65-74 e OR aggiustato 3,44 per età 75-84, valore riferito a "85 e più"), al genere femminile (OR aggiustato 1,32, riferito al genere maschile), l'alto grado di istruzione, laurea o licenza superiore (OR aggiustato 1,29, riferito al basso grado istruzione, nessuna scolarità, licenza elementare o media), il non riferire problemi alla vista (OR aggiustato 1,67, riferito a "con problemi alla vista"), il non vivere in condizioni di isolamento sociale (OR aggiustato 2,72, riferito a "in situazione di isolamento sociale").

Conclusioni

I risultati della PDA 2010 confermano come gli ultra64enni siano un'importante risorsa per il nostro Paese, seppure la loro

valorizzazione avvenga in ambito per lo più familiare e nel loro *entourage* sociale. L'opportunità di solidarietà e di apporto transgenerazionale degli ultra64enni rimane da sviluppare. Per rinforzare il loro ruolo di "risorsa" è necessario mettere in atto interventi di contrasto a problemi sensoriali (ad esempio della vista) o favorire la socializzazione. Se la proporzione degli ultra-64enni "risorsa" costituisce un indicatore dell'efficacia con cui una società produce le condizioni per un effettivo "invecchiamento attivo", in tal senso la sorveglianza PDA, che segue il fenomeno nel tempo e in diverse unità territoriali (regioni e ASL), può costituire un valido strumento di monitoraggio degli interventi. ■

Riferimenti bibliografici

1. Istituto Nazionale di Statistica. Previsioni della popolazione: anni 2007-2051. Popolazione per età (<http://demo.istat.it/uniprev/index.html?lingua=ita>).
2. Myers N. *Europe's population decline: problem or opportunity?* 2004.
3. EUROSTAT. Active ageing and solidarity between generations - a statistical portrait of the European Union 2012 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-EP-11-001).
4. Special Senate. Committee on Aging. Final report. Canada's aging population: seizing the opportunity, 2009 (www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/rep/AgingFinalReport-e.pdf) (8 giugno 2010).
5. De Luca AMC, et al. *PASSI d'Argento: i risultati della sperimentazione nazionale di un sistema di sorveglianza della popolazione ultra64enne*. Atti Congresso Nazionale di Gerontologia. Firenze: dicembre 2011.
6. WHO. Active ageing: a policy framework. WHO/NMH/NPH/02.8.
7. Carrozzi G, Sampaolo L, Bolognesi L et al. L'anziano: risorsa in Emilia-Romagna. Passi d'Argento, 2009. *Not Ist Super Sanità* - Insetto BEN 2010;23(5):iii-iv.
8. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86.

Comitato scientifico

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Arianna Dittami
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

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