

L'invecchiamento attivo

Da oltre dieci anni, l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), considerava "l'invecchiamento della popolazione come uno dei più grandi trionfi dell'umanità, ma anche una delle nostre maggiori sfide".

Benché la qualità dell'invecchiamento dipenda dalle scelte di vita e di salute effettuate fin dall'infanzia e ben prima dei 65 anni, la letteratura scientifica mette oggi a disposizione crescenti evidenze sulle opportunità che gli individui, le famiglie, la società e il sistema socio-sanitario possono cogliere per promuovere l'invecchiamento attivo delle persone ultra64enni. Questo rappresenta una vera sfida per i prossimi decenni anche per il nostro Paese.

L'invecchiamento attivo fa riferimento alla dimensione bio-psico-sociale della persona ultra64enne e si può definire come "il processo per cui si ottimizzano le opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita" che ha come obiettivo la condizione di mantenimento dell'indipendenza e di una vita esente per quanto possibile da fragilità, dalle molte patologie cronico-degenerative e dalla disabilità.

Questo principio si può applicare al singolo come alla comunità, permette di disegnare attraverso la scelta di opportuni indicatori, le condizioni e l'invecchiamento di ogni singola persona ma anche la condizione complessiva delle persone di uno stesso gruppo di età di una particolare regione o dell'intero Paese.

La scelta del pool di indicatori che sinteticamente possono dare un'idea al cittadino, all'operatore sanitario o sociale e al decisore della misura in cui una certa realtà territoriale è in grado di promuovere l'invecchiamento attivo della sua popolazione, è ben lontano dall'essere definitiva e universalmente accettata.

Molti Paesi si sono ispirati all'OMS e alla sua citata strategia conosciuta con il nome "Active Ageing (A.A)" che mira a creare e rafforzare le condizioni per un invecchiamento cosiddetto attivo. Salute, Partecipazione e Sicurezza delle persone più anziane sono i "I tre pilastri dell'A.A" (vedi Tabella 1), gli indicatori utili per realizzare un monitoraggio snello e informativo della qualità dell'invecchiamento.

In Italia, per incarico del Ministero della Salute (CCM), la Regione Umbria e l'Istituto Superiore di Sanità (CNEPS) hanno sperimentato la raccolta e l'utilizzazione di tali indicatori attraverso un'indagine che ha interessato circa 10.000 ultra64enni in 18 regioni nelle 2 sperimentazioni del 2009 e del 2010. Benché non si possano definire rappresentativi dell'intera realtà italiana (non tutte le regioni hanno partecipato e, in alcune regioni, solo alcune ASL) i risultati di questa sperimentazione costituiscono un primo tentativo centrato sulle regioni di strutturare una sorveglianza delle condizioni di invecchiamento attivo della popolazione, capace di fornire informazioni tempestive e facilmente utilizzabili sulle condizioni di salute e sulle "risposte" dei servizi.

Tabella 1. L'invecchiamento attivo e i suoi pilastri	
Salute	Prevenire e ridurre l'eccesso di disabilità, malattie croniche e mortalità prematura
	Ridurre i fattori di rischio associati alle malattie principali e aumentare i fattori protettivi la salute
	Sviluppare in continuo i servizi socio-sanitari accessibili e fruibili per le persone che invecchiano
	Formare e educare i caregivers
Partecipazione	Creare opportunità di formazione e apprendimento durante tutta la vita
	Rendere possibile la partecipazione ad attività economiche e di volontariato assecondando preferenze e capacità delle persone
	Incoraggiare e rendere possibile la partecipazione ad attività sociali e comunitarie
Sicurezza	Assicurare la protezione, la sicurezza e la dignità dell persone che invecchiano, affrontando i problemi sociali ed economici
	Ridurre le diseguaglianze in fatto di sicurezza e di bisogni delle donne che invecchiano
Fonte: Organizzazione mondiale della Salute, 2002	

Seguendo le indicazioni del documento di strategia dell'OMS, all'interno del primo pilastro dell'invecchiamento attivo, la salute, si sono analizzati alcuni indicatori di determinanti di salute (per esempio quelli comportamentali), sintomi di malattia (esempio la depressione) ma anche semplici condizioni come l'abilità nella ADL o IADL (vedi tabella 2).

Tabella 2. Salute (pilastro 1): fattori associati all'invecchiamento attivo, per gruppi di età e sesso

	65-74 anni		75 anni e più	
	uomini	donne	uomini	donne
Fattori di rischio comportamentali				
Fumatori	16,0	9,7	10,2	3,4
Consumatori di alcol a rischio*	39,5	8,5	29,1	5,8
Insufficiente consumo di frutta e verdura°	50,8	49,5	58,1	59,7
Attività fisica limitata^	18,5	14,9	30,4	33,3
Fattori fisici e sensoriali				
Cattiva masticazione	9,9	10,7	18,9	21,8
Udito insufficiente	8,9	5,7	21,1	17,9
Vista insufficiente	10	17	23,8	29,6
Percezione di sintomi di depressione	16,5	26,5	28,5	40,5
Cadute negli ultimi 30 giorni	5,9	9,9	11	14,9
Non effettuazione vaccinazione anti-influenzale	39,3	42,6	20,4	25
Inabilità per 1 o più IADL	29,4	29,8	59	69,2
Disabilità per 1 o più ADL	5,7	7	19,2	24,4
*più di una unità alcolica/die		Fonte: PASSI d'Argento, ISS, 2010		
° meno di 3-4 porzioni/die				
^ il cutoff statistico utilizzato è il 25imo percentile della distribuzione dello studio				

In merito ai fattori di rischio comportamentali, per il fumo e per l'alcol si rileva una generale diminuzione con l'avanzare dell'età, con differenze fra uomini e donne che rimangono importanti per il fumo (in media 7 punti percentuali di differenza) o molto importanti per il consumo di alcol a rischio (25-30 punti percentuali di differenza). Per il basso consumo di frutta e verdura o per l'attività fisica limitata, pur non evidenziandosi significative differenze di genere, si nota un complessivo peggioramento con l'avanzare dell'età.

Relativamente ai fattori fisici e sensoriali studiati (masticazione, udito e vista), non si sono rilevate differenze importanti di genere, piuttosto un peggioramento con l'età, dove nel gruppo degli ultra75enni in media 1 persona su 4 mostra uno o più limitazioni. In particolare si considera che la cattiva masticazione in questa fascia di età diventa un fattore di rischio di disabilità importante per le sue implicazioni nella corretta nutrizione e nel mantenimento di un peso corporeo e di una massa muscolare adeguata.

Con l'avanzare dell'età crescono anche altri 2 importanti problemi per la salute e la qualità di vita degli ultra64enni: la depressione e la frequenza della cadute, entrambe considerate assieme all'incontinenza e ai disturbi cognitivi delle condizioni "disastrose", sono più frequenti nelle donne e aumentano di frequenza con l'età. Per quanto attiene alle cadute, è ragione di preoccupazione che il 15% delle donne ultra75enni sia caduta nell'ultimo mese: questo fatto conferma altresì la raccomandazione dell'OMS per una particolare attenzione alle donne di questa fascia di età in quanto oggetto di diseguaglianze.

Dal punto di vista delle ADL e IADL, come prevedibile, si rileva un aumento con l'avanzare dell'età, con limitazioni lievemente più a carico del sesso femminile nel quale la disabilità (misurata con l'indice di Katz) si avvicina al 25%.

Il secondo pilastro, indicato dall'OMS come necessario per sostenere un invecchiamento attivo, riguarda la partecipazione dell'ultra64enne in tutte le forme di espressione sociale, in famiglia come in comunità.

In questo contesto PASSI d'Argento promosso dal CCM e dal Ministero della Salute si configura come importante attività di sorveglianza della popolazione ultra 64 enne e di monitoraggio degli interventi messi in atto primariamente dalle reti dei servizi sociali e sanitari e dall'intera società civile, in linea con le indicazioni dell'OMS. Nell'indagine, ad esempio, l'espressione "persona ultra 64enne" è preferita al termine "anziano". In questo modo si vuole evidenziare come l'inizio della cosiddetta terza età sia principalmente legata all'età personale, cioè a quell'età che un individuo si auto attribuisce in base alle proprie personali percezioni. La persona ultra 64enne può essere una preziosa "risorsa per la famiglia, la collettività e l'economia"

Il concetto di "ultra 64enne-risorsa" 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. Inoltre, si riconosce l'importanza di 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 innalzare la qualità della propria vita

Già nel 1996 l'OMS definiva la persona anziana come una risorsa per la famiglia, la comunità e l'economia. Oggi è sempre più riconosciuto il valore sociale ed economico di alcune attività effettuate anche dalle persone più anziane quali, ad esempio, attività lavorative retribuite, attività di volontariato non retribuito, attività svolte per membri del proprio nucleo familiare o amicale, come prendersi cura dei propri nipoti, assistere persone care, aiutare altri anziani.

Nell'indagine PASSI d'Argento è stato considerato l'essere risorsa per la famiglia e i conoscenti e l'essere risorsa per la collettività attraverso la partecipazione ad attività di volontariato. Inoltre, è stata valutata la partecipazione ad attività sociali e a corsi di cultura e formazione. Questi ultimi due aspetti, pur non rientrando nella definizione adottata di "ultra 64enne risorsa", permettono di valutare indirettamente alcune delle azioni messe in atto dalla società per valorizzare gli ultra 64enni.

La tabella 3 riassume alcuni indicatori che misurano, anche se non in maniera esaustiva e sempre condivisa, una condizione in cui l'ultra64enne e il suo ambiente familiare e sociale interagiscono fattivamente rendendolo "risorsa".

Tabella 3. Partecipazione (pilastro 2): fattori associati all'invecchiamento attivo, per gruppi di età e sesso

	65-74 anni		75 anni e più	
	uomini	donne	uomini	donne
Essere risorsa per famiglia e collettività (complessivamente)*	41,9	52,4	25,9	24,2
Risorsa per famiglia	34,8	45,3	21,6	20,6
Risorsa per anziani della famiglia	15,8	21,6	11,5	10
Risorsa per anziani amici	8	9,5	4,2	3,1
Attività di volontariato in collettività	14	14,5	7,2	5,4
Partecipazione ad attività sociali	35,8	26,8	28,3	17,1
Partecipazione a corsi di cultura o di formazione	5,3	3,9	2,3	1,7

Fonte: PASSI d'Argento, ISS, 2010

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

L'indagine dimostra che, senza differenze di genere apprezzabili, 1 ultr64enne su 2 è "risorsa", questa proporzione si dimezza (1 su 4) per gli ultra75enni, ma costituisce in ogni caso un fattore caratterizzante la nostra cultura e il nostro sistema sociale, essenziale per la cura dei nipoti ma anche per l'attenzione di anziani non solo della stessa famiglia (1 su 5 degli ultra64enni e 1 su 10 degli ultra75enni) ma anche di anziani amici o conoscenti non appartenenti alla famiglia.

Oltre a queste attività, prestare volontariato in collettività coinvolge in proporzioni simili donne e uomini (circa 15% nel primo gruppo di anziani e 5% nel secondo gruppo), ma in percentuali che possono essere migliorate con azioni promosse prevalentemente da amministratori e organizzazioni della società civile.

Infine la partecipazione a iniziative culturali o di formazione rimangono molto basse a prescindere al genere e dalla fascia d'età.

Il terzo e ultimo pilastro dell'azione per un invecchiamento attivo riguarda la sicurezza. La tabella 4 riassume alcuni indicatori che possono fornire un'idea incompleta ma stimolante delle condizioni di sicurezza in cui versano gli ultra64enni.

Tabella 4. Sicurezza (pilastro 3): fattori associati all'invecchiamento attivo, per gruppi di età e sesso

	65-74 anni		75 anni e più	
	uomini	donne	uomini	donne
Conoscenza misure ondata di calore	34,4	38,3	40,9	41,5
Consiglio a vaccinarsi per influenza	81,9	82,6	89,5	89,3
Controllo medico uso farmaci*	41,6	40,9	46,4	45,4
"Come si arriva economicamente a fine mese"				
molto facilmente	7,6	4,9	4,6	3,6
abbastanza facilmente	38,6	33,7	34	33,4
con qualche difficoltà	39,3	44,1	45	43,6
con molte difficoltà	14,5	17,3	16,5	19,4
Proprietà della casa (propria o del coniuge)	81,9	80,3	78,4	67,1
*limitatamente a coloro che ne assumono	Fonte: PASSI d'Argento, ISS, 2010			

La sicurezza è spiegata da variabili molto diverse fra loro. La conoscenza delle misure necessarie a proteggersi dalle ondate di calore e la consapevolezza delle necessità della vaccinazione anti-influenzale annuale esprimono una forma di empowerment: senza importanti differenze di genere e con lievi differenze nelle due fasce d'età, poco più di 1 persona su 3 ha le competenze per difendersi dal calore mentre 8-9 su 10 sono consapevoli dell'importanza della vaccinazione.

La sicurezza può declinarsi anche in termini di assunzione di farmaci corretta (nello studio sono l'88% gli ultra64enni che ne fanno uso e oltre il 40% che ne prende più di 4 al giorno), ma anche per questo aspetto, senza differenze di età o genere, 1 persona su 2 probabilmente non è sufficientemente accompagnato o supervisionato da parte degli operatori sanitari.

Infine, la sicurezza passa anche per il possesso dell'abitazione e certamente è espressa dalla percezione che le persone hanno della facilità di arrivare con le proprie risorse economiche alla fine del mese.

Nello studio effettuato, 8 ultra64enni su 10 possiedono la casa in cui abitano, senza differenze di genere, mentre fra gli ultra74enni questa percentuale si riduce e in maniera più evidente per le donne (78.4% per gli uomini vs 67.1% per le donne).

Una grave situazione si riscontra anche per la percezione di arrivare a fine mese con le risorse economiche a disposizione che complessivamente si realizza con qualche/molte difficoltà per il 54% degli ultra64enni, senza evidenti differenze per gruppi di età e per genere.

Attualmente, la percezione del proprio stato di salute è considerata una dimensione importante della qualità della vita. In particolare, negli ultra64enni una percezione negativa del proprio stato di salute si correla ad un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente

dalla severità delle patologie presenti. Valutata con il metodo dei “giorni in salute” (Healthy Days), le persone esprimono la loro percezione 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 psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali. Nella sperimentazione di PASSI d’Argento, si aggiunge una domanda sullo stato di salute rispetto all’anno precedente, informazione rilevante in particolare nelle persone di età avanzata.

Percezione dello stato di salute	65-74 anni		75 anni e più	
	uomini	donne	uomini	donne
Molto bene/bene	39,2	32,9	26,6	17,5
Discretamente	49,7	49,6	54,2	53
Male/molto male	11,2	17,4	19,2	29,5
Condizioni di salute rispetto a un anno prima				
Migliori	12,2	9,9	11,3	10,7
Uguale	61,2	50,3	49,2	38,9
Peggiori	26,6	39,8	39,5	50,4
Giorni con limitazione attività per cattiva salute fisica o psichica sugli ultimi 30				
fra 0 e 5 giorni	77,2	67,8	60,9	49,3
fra 6 e 14 giorni	9,9	11,8	12,5	13,9
per 15 o più giorni	12,9	20,4	26,5	36,8
	Fonte: PASSI d'Argento, ISS, 2010			

La percezione dello stato di salute degli ultra64enni è positiva per 1 persona su 3, ma se si considera anche la risposta “discreta” come sostanzialmente positiva, la proporzione sale a 4 su 5. Nella classe di età fra 65 e 74 anni, tale percezione è in genere migliore per gli uomini (88.4% vs 82.5% per le donne), nella classe degli oltre 75 questa differenza è più accentuata (80.8% per gli uomini vs 70.5% per le donne). Questa percezione è avvertita come peggiore rispetto all’anno precedente dal 26.6% degli uomini contro il 39.8% delle donne nella primo gruppo di età, mentre nel secondo gruppo i valori crescono proporzionalmente per entrambi i sessi (39.5% per gli uomini vs 50.4% per le donne).

L’indagine raccoglie l’informazione sulla natura delle cause, fisica o psichica, di cattiva salute. In ogni caso queste cause provocano oltre alla percezione negativa del proprio stato di salute anche una limitazione delle attività che le persone considerano normali. Tale limitazione, riferita sul periodo degli ultimi 30 giorni, vede complessivamente dal 10 al 15% della popolazione ultra64enne

limitata per 6 fino a 14 giorni, seppure con piccole variazioni fra uomini e donne e gruppi di età differenti; questa percentuale è più alta e con variazioni più ampie per genere e classe di età, per limitazioni superiori ai 15 giorni toccando il limite di 36,8% delle donne nella classe di età più avanzata.

Riferimenti bibliografici

World Health Organization. **Active ageing. A policy framework.** 2002.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf (15 marzo 2011)

Baldi A, De Luca A, Cristofori M, Carrozzi G et al. **PASSI d'Argento: i risultati della prima indagine multi regionale**, Not Ist Super Sanità 2010;23(5):i-iii

Ministero della Salute, **Criteri di Appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano**, Quaderni del Ministero della Salute, n.6, nov-dic 2010

Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012,

<http://www.salute.gov.it/prevenzione/paginaMenuPrevenzione.jsp?lingua=italiano&menu=piano>
(15 marzo 2011)

ISTAT, La vita quotidiana nel 2009,

http://www.istat.it/dati/catalogo/20110121_00/inf_10_05_la_vita_quotidiana_nel_2009.pdf (15 marzo 2011)