



Salute e Invecchiamento Attivo nella ASP di Cosenza

Risultati della sorveglianza della popolazione
con 65 anni e più “PASSI d’Argento”

Indagine 2012-2013

Per maggiori informazioni sulla sorveglianza PASSI d'Argento consultare:

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

<http://www.regione.calabria.it/>

<http://webserveraspcs.asp.cosenza.it/>

Questa pubblicazione è disponibile online all'indirizzo:

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

<http://www.regione.calabria.it/>

<http://webserveraspcs.asp.cosenza.it/>

Per informazioni sull'indagine PASSI d'Argento nel 2012 scrivere a:

[Amalia De luca gadel8@hotmail.com](mailto:Amalia_De_luca_gadel8@hotmail.com)

Rapporto a cura di: Amalia De Luca, Claudia Zingone, Daniela Guarascio, Paola Scarpelli, Vilmerio Gigli.

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine

- a livello nazionale:

Alberto Perra, Benedetta Contoli, Maria Chiara Antoniotti, Amedeo Baldi, Elvira Bianco, Lilia Biscaglia, Giuliano Carrozzi, Luciana Chiti, Marco Cristofori, Amalia De Luca, Teresa Di Fiandra, Arianna Dittami, Rita Ferrelli, Luana Penna, Stefania Salmaso (Gruppo Tecnico Operativo)

- a livello regionale:

Dirigente Settore LEA: Giacomo Brancati
Referente regionale Passi d'Argento: Caterina Azzarito
Coordinatore regionale Passi d'Argento: Amalia De Luca
Vice Coordinatore regionale: Beatrice Grasso
Coordinatore regionale PASSI: Francesco Sconza

- a livello aziendale:

Coordinatori aziendale: Amalia De Luca
Vice coordinatori aziendali: Claudia Zingone, Dario Castaldo, Vilmerio Gigli, Paolo Pizzino.
Referente per i servizi sociali: Carla Pancaro

Intervistatori:

Maria Carmen Ammirati, M. Francesca Bonadio, Miranda Cariatì, Natalia Cherubini, Erminia Cicirelli, Letizia Cimminelli, Anna Maria Coscarello, Maria Teresa Cuconato, Carla Curti, Iolanda De Rago, Angela Rosa De Zarlo, Paola Lidia Maria Del Giudice, Anna Maria Docimo, Mirella Filice, Angelo Lorenzo Filomia, Rosanna Graziano, Francesco Iaquina, Marisa Liguori, Adriana Lisco, Anna Mazzeo, Pierina Milanese, Macha Palermo, Angela Ponzetta, Pia Porcelli, Rosa Rotondaro, Teresa Scalise, Adriana Scarpelli, Carmela Sciarrotta, Clara Sicilia, Bianca Siciliano, Giuseppina Succurro, Adelaide Tocci, Anna Chiara Tomaselli, Giorgio Tripicchio, Teresa Zaffino.

Operatore Informatico: Giancarlo Andrieri

Un ringraziamento a tutte le persone con 65 anni e più che hanno partecipato all'indagine. Grazie a loro è stato possibile conoscere da vicino le esigenze di questa fascia di popolazione all'interno della nostra Azienda Sanitaria.

Si ringraziano anche tutte le persone che hanno fornito aiuto e supporto durante le interviste e i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

Indice

	Pag.
Prefazione	i
Premessa	ii
Destinatari, obiettivi e struttura del rapporto	iii
La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento	iv
L'indagine 2012-2013 nella ASP di Cosenza	vi
1 – BENESSERE E INDIPENDENZA	1
1.1 Caratteristiche socio-demografiche	2
1.1.1 Come è distribuito il campione per genere e classe d'età? Quanto è rappresentativo della popolazione con 65 anni e più?	2
1.1.2 Qual è lo stato civile?	3
1.1.3 Quale è il livello di istruzione?	3
1.1.4 Con chi vivono?	4
1.1.5 Come arrivano a fine mese?	4
1.1.6 Come si distribuiscono le difficoltà economiche?	4
1.1.7 Quanti percepiscono una pensione?	5
1.2 I sottogruppi della popolazione con 65 anni e più	6
1.2.1 Perché la popolazione con 65 anni e più è stata suddivisa in sottogruppi ?	6
1.2.2 Come sono stati individuati i sottogruppi di popolazione?	7
1.2.3 Cosa sono le ADL/IADL?	8
1.2.4 Nella ASP di Cosenza come è distribuita la popolazione con 65 anni e più rispetto ai sottogruppi?	9
1.2.5 Qual è la distribuzione dei sottogruppi in ciascuna classe di età?	9
1.2.6 Qual è la distribuzione dei sottogruppi nei due generi?	10
1.3 Autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana di base e strumentali	11
1.3.1 Quanti non sono autonomi nelle attività della vita quotidiana (IADL o ADL)?	11
1.3.2 Attività di base della vita quotidiana ADL	11
1.3.2.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle ADL nella popolazione?	11
1.3.2.2 Quale è la distribuzione per età e sesso delle persone con disabilità?	12
1.3.2.3 Quali sono le ADL più frequentemente compromesse?	12
1.3.3 Attività strumentali della vita quotidiana IADL	13
1.3.3.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle IADL?	13

1.3.3.2 Quale è la distribuzione per età e sesso delle persone con almeno 1 IADL non autonoma?	13
1.3.3.3 Quali sono le IADL più frequentemente compromesse?	14
1.4 Percezione dello stato di salute	15
1.4.1 Come percepiscono il proprio stato di salute le persone con 65 anni e più?	15
1.4.2 Come si sentono rispetto all'anno precedente?	16
1.4.3 In media quanti sono i giorni di cattiva salute (unhealthy days) percepita in un mese e in che misura limitano le attività di tutti i giorni?	17
1.4.4 Quante persone si sentono in cattiva salute o hanno limitazioni nelle attività abituali per più di 14 giorni negli ultimi 30 giorni ?	18
1.4.5 Quante persone hanno più di 20 “unhealthy days” per motivi fisici o psicologici	19
1.5 Soddisfazione per la propria vita	20
1.5.1 Le persone con 65 anni e più sono soddisfatte della vita che conducono?	20
1.6 Indicatori che descrivono il benessere e l'indipendenza: un confronto tra la ASL xx e i dati nazionali	21
2 – FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE	22
2.1 Stili di vita: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo	22
2.1.1 Attività fisica	22
2.1.1.1 Quante sono le persone con 65 anni e più attive fisicamente?	23
2.1.2 Stato nutrizionale e abitudini alimentari	26
2.1.2.1 Qual è lo stato nutrizionale delle persone con 65 anni e più?	26
2.1.2.2 Quante porzioni di frutta e verdura al giorno consumano le persone con 65 anni e più?	27
2.1.2.3 Quali sono le caratteristiche delle persone che consumano almeno tre porzioni di frutta e verdura al giorno?	27
2.1.3 Consumo di alcol	27
2.1.3.1 Distribuzione del consumo di alcol per età e sesso	28
2.1.3.2 Quante persone con 65 anni e più sono bevitori a rischio, ovvero consumano più di una unità alcolica al giorno ? E quali sono le loro caratteristiche?	28
2.1.3.3 Quante persone hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?	28
2.1.4 Abitudine al fumo	29
2.1.4.1 Come è distribuita l'abitudine al fumo?	29
2.1.4.2 Quanti fumatori hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario?	29

2.2 Ipertensione arteriosa	30
2.2.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che soffrono di ipertensione?	30
2.3 Prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili	31
2.3.1 Qual è la prevalenza di patologie croniche nella popolazione con 65 anni e più?	31
2.3.2 Quali sono le caratteristiche delle persone che riferiscono 3 o più patologie croniche?	31
2.4 Problemi di vista, udito e masticazione	32
2.4.1 Problemi di vista	32
2.4.1.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di vista?	32
2.4.2 Problemi di udito	33
2.4.2.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di udito?	33
2.4.3 Problemi di masticazione	34
2.4.3.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di masticazione?	34
2.4.3.2 Quante persone con 65 anni e più sono state dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno?	35
2.4.3.3 Perché le persone non si recano dal dentista?	35
2.5 Cadute	36
2.5.1 Quante persone con 65 anni e più sono cadute negli ultimi 30 giorni e quali sono le loro caratteristiche?	36
2.5.2 Quante persone con 65 anni e più sono cadute e nella loro abitazione non usano precauzioni anticaduta?	37
2.6 Sintomi di depressione	38
2.6.1 Quante sono le persone con sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?	38
2.6.2 Quante sono le persone con 65 anni e più che presentano sintomi di depressione che non fanno ricorso ad alcuno?	38
2.6.3 A chi ricorrono coloro che presentano sintomi di depressione?	38
2.7 Rischio di isolamento	39
2.7.1 Quante sono le persone a rischio di isolamento sociale e quali sono le loro caratteristiche?	39
2.8 Sicurezza nell'uso dei farmaci	40
2.8.1 Quante persone con 65 anni e più hanno fatto uso di farmaci negli ultimi 7 giorni?	40
2.8.2 Quanti tipi differenti di medicine prendono?	41
2.8.3 Quanti hanno rivisto la terapia farmacologica con il MMG negli ultimi 30 giorni?	41
2.9 Aiuto nelle attività della vita quotidiana	42
2.9.1 Quante persone ricevono aiuto tra quelle che hanno limitazioni nelle attività della vita quotidiana? Da chi lo ricevono?	42
2.9.2 Come viene giudicato l'aiuto ricevuto?	42
2.10 Vaccinazione antiinfluenzale	43

2.10.1	Quante persone con 65 anni e più NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale? E quali sono le loro caratteristiche?	43
2.10.2	Quanti hanno ricevuto il consiglio di fare la vaccinazione antinfluenzale?	44
2.11	Protezione dalle ondate di calore	45
2.11.1	Quante persone con 65 anni e più hanno ricevuto consigli per proteggersi dal caldo? E quali sono le loro caratteristiche?	45
2.11.2	Da chi sono state ricevute informazioni o consigli per proteggersi dal caldo?	46
2.12	Indicatori che descrivono fattori di rischio e condizioni di salute: un confronto tra la ASL xx e i dati nazionali	47
3	PARTECIPAZIONE	48
3.1	Formazione e apprendimento	50
3.2	Lavoro	50
3.2.1	Quante persone con 65 anni e più svolgono un lavoro retribuito?	50
3.3	Attività sociali e comunitarie	51
3.3.1	Quante persone con 65 anni e più partecipano ad attività sociali?	51
3.3.2	Quante persone con 65 anni e più partecipano a gite o soggiorni organizzati?	51
3.4	Essere una risorsa per famiglia, conoscenti e collettività	52
3.4.1	Quanti sono complessivamente gli anziani che rappresentano una risorsa per la società?	52
3.4.2	Per CHI i nostri anziani rappresentano una risorsa?	52
3.4.3	Quali sono le caratteristiche degli anziani che aiutano familiari e amici con cui condividono l'abitazione?	53
3.4.4	Quali sono le caratteristiche degli anziani che sono di supporto a persone che non convivono con loro?	53
3.4.5	Quali sono le caratteristiche degli anziani che sono di aiuto alla collettività?	53
3.4.6	Cosa possiamo fare perchè la persona con 65 anni e più possa rimanere una risorsa all'interno dei diversi ambiti di vita?	54
3.5	Indicatori che descrivono la partecipazione e l'essere risorsa: un confronto tra la ASL xx e i dati nazionali	55
4	AMBIENTE DI VITA	56
4.1	Accessibilità ai servizi	57
4.1.1	Quanti hanno difficoltà a raggiungere i servizi?	57
4.1.2	Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere i servizi sociosanitari?	58
4.1.3	Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere negozi di generi alimentari e/o supermercati?	58
4.2	Abitazione	59

4.2.1 Quanti vivono in un'abitazione propria e quanti in affitto?	59
4.2.2 Quali problemi hanno le abitazioni in cui vivono le persone con 65 anni e più?	59
4.2.3 Chi segnala maggiormente problemi dell'abitazione in cui vive?	60
4.2.4 La segnalazione di problemi dell'abitazione cambia in relazione alla sua proprietà?	60
4.3 Sicurezza dell'area di residenza	61
4.3.1 Quante persone si sentono sicure nell'area in cui vivono?	61
4.3.2 Quali persone si sentono maggiormente insicure nell'area in cui vivono?	61
4.4 Indicatori che descrivono l'ambiente di vita e l'accessibilità ai servizi: un confronto tra la ASL xx e i dati nazionali	62
 APPENDICE	 63
BIBLIOGRAFIA	67
SITOGRAFIA	70

Prefazione

PASSI d'Argento, indagine sulla qualità della vita nelle persone con 65 anni e più, 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, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, per definire un modello di sorveglianza nella popolazione ultra 64enne, da estendere alle altre regioni italiane.

La Calabria ha aderito alla sperimentazione nel 2010, intravedendo nel PASSI d'Argento uno strumento importante per la pianificazione, la progettazione e la valutazione degli interventi sociali e sanitari rivolti alla popolazione di questa fascia d'età; strumento ancora più indispensabile in una Regione come la nostra dove i flussi istituzionali, in fase di potenziamento, sono ancora insufficienti a fornire un quadro socio – sanitario e assistenziale completo.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 ha previsto la messa a regime di PASSI d'Argento in tutte le ASP della Calabria, insieme agli altri sistemi di Sorveglianza di popolazione già operanti: PASSI, OKio alla SALUTE e HBSC, rivolti rispettivamente all'età adulta, infantile e adolescenziale; questa scelta è stata dettata da un lato dalla necessità di disporre di uno strumento per la valutazione dei programmi e progetti presenti nel Piano, dall'altro dalla convinzione che le Sorveglianze possono fornire informazioni, non altrimenti reperibili, utili a dare risposte mirate ai bisogni di salute, consentendo di operare scelte basate su valutazioni di priorità di intervento, come impongono le misure di contenimento della spesa sanitaria, dettate dal Piano di Rientro.

Sull'intero territorio regionale sono state realizzate, mediante un questionario standardizzato, 1500 interviste, in parte telefoniche e in parte faccia a faccia, ad anziani con 65 anni e più, estratti in maniera casuale dall'anagrafe sanitaria. Nella ASP di Cosenza, 42 operatori sanitari e sociali hanno condotto 450 interviste; gli intervistatori, opportunamente formati, hanno operato con la guida del coordinatore e dei vice coordinatori aziendali.

Nelle pagine che seguono sono illustrati i risultati dell'indagine, che tracciano un interessante profilo di salute della popolazione anziana. Dal confronto con il pool di Asl nazionale emergono criticità peculiari della ASP di Cosenza, molte delle quali possono essere affrontate e risolte con interventi integrati sanitari e sociali.

Un ringraziamento particolare va a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione della Sorveglianza PASSI d'Argento e soprattutto agli intervistati, che hanno accettato di rispondere alle domande del questionario, consentendo così di raccogliere informazioni, che potranno essere utilizzate per migliorare l'assistenza e la qualità della vita di tutte le persone anziane della nostra Regione.

Dott.Giacomo Brancati

Dirigente Settore LEA Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

Premessa

L'invecchiamento di popolazione è un fenomeno globale, che riguarda da vicino il nostro Paese. Innovare ed agire è la duplice risposta del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento alle sfide poste dall'invecchiamento di popolazione. Innovare perché l'attuale transizione demografica – caratterizzata dall'allungamento della speranza di vita e dal calo delle nascite – richiede una nuova visione della società e dei rapporti tra cittadini. Non a caso, il 2012 è stato proclamato “Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni”. PASSI d'Argento - che dal 2009 fornisce informazioni tempestive e confrontabili tra le Regioni italiane sullo stato di salute e l'invecchiamento attivo delle persone con 65 anni e più - promuove uno sguardo nuovo al fenomeno, a partire dalla definizione di invecchiamento attivo voluta dall'OMS. Per la prima volta, PASSI d'Argento “misura” il contributo che le persone con 65 anni e più offrono alla società, fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità. Sono centrali aspetti come la partecipazione e il benessere psicologico e sociale della persona con 65 anni e più.

PASSI d'Argento permette anche di “misurare per agire”, sostenendo azioni concrete di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo. Il sistema PASSI d'Argento fornisce informazioni dettagliate su abitudini e stili di vita della popolazione con 65 anni e più, e completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI sulla popolazione con 18 - 69 anni. L'invecchiamento attivo è infatti, un processo che si costruisce ben prima dei 65 anni. In particolare, la sorveglianza di popolazione è un eccezionale strumento di *governance* per far fronte all'elevata e crescente diffusione delle malattie croniche. I piani d'azione della Regione Europa per le malattie croniche non trasmissibili 2008-2013 e 2012-2016, assegnano un ruolo fondamentale alla sorveglianza (Risoluzione OMS, settembre 2011, punto 2a) come strumento capace di seguire nel tempo e fornire dati affidabili e tempestivi sui problemi di salute, i loro determinanti, la percezione dei cittadini, la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute, in particolare con informazioni “disaggregate sui determinanti sociali”. Inoltre, PASSI d'Argento è uno strumento interno al sistema dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Le informazioni prodotte dalla sorveglianza PASSI d'Argento permettono di indirizzare in maniera più razionale ed efficace politiche e strategie di intervento a livello nazionale e delle singole Regioni. L'utilizzazione dei dati di sorveglianza diventa essenziale per i livelli operativi – ad esempio le ASL, i distretti o i grandi comuni – laddove si programmano e si realizzano gli interventi a favore della popolazione con 65 anni e più. Il sistema centrato sulle Regioni fin dalle fasi iniziali di sperimentazioni, ha contribuito al monitoraggio Piano Nazionale della Prevenzione 2010–2013 offrendo elementi importanti per la valutazione delle attività di prevenzione. Il sostegno fornito in questi anni dalle Regioni italiane e l'eccezionale partecipazione all'indagine 2012-2013 – che ha coinvolto 19 tra regioni e Province Autonome – testimoniano la rilevanza dei temi trattati e l'interesse per l'approccio innovativo proposto dalla sorveglianza PASSI d'Argento. L'auspicio per gli anni a venire è che la sorveglianza diventi, a tutti i livelli, parte integrante del Sistema. Solo in questo modo sarà possibile affrontare al meglio le opportunità offerte da una società che “progredisce in età”, prestando attenzione fin da ora al futuro delle generazioni più giovani.

Stefania Salmaso

Direttore del CNESPS

Responsabile scientifico del progetto di messa a regime della sorveglianza PASSI d'Argento

Destinatari, obiettivi e struttura del rapporto

Il rapporto aziendale “PASSI d’Argento” 2012-2013 presenta i risultati dell’indagine svolta nella ASP di Cosenza. I destinatari principali del rapporto sono gli operatori che, a vario livello, sono coinvolti nella messa a regime del sistema di sorveglianza.

Il rapporto ha l’obiettivo di:

- fornire una panoramica completa della sorveglianza di popolazione PASSI d’Argento, in modo da favorire la comprensione di obiettivi, metodi e principali aspetti innovativi del sistema.
- mettere a disposizione di tecnici e addetti ai lavori un documento di consultazione dei risultati dell’indagine PASSI d’Argento 2012-2013 condotta a livello regionale/locale.

Nelle pagine seguenti, i risultati della sorveglianza PASSI d’Argento sono presentati all’interno di 4 capitoli:

1. Benessere e indipendenza
2. Fattori di rischio, condizioni di salute e cure
3. Partecipazione ed essere risorsa
4. Ambiente di vita

La scelta di dare rilievo agli aspetti che riguardano la partecipazione e l’ambiente di vita è in linea con un approccio intersettoriale al fenomeno dell’invecchiamento. Il sistema PASSI d’Argento fa esplicito riferimento al modello dell’OMS (dal 2002 in poi) dell’ healthy and active ageing, che sollecita lo sviluppo di politiche e interventi nell’ambito dei tre pilastri dell’invecchiamento attivo: salute, partecipazione e sicurezza. Il riferimento al modello dell’OMS come chiave di lettura dei risultati PASSI d’Argento, risponde a un obiettivo specifico: sostenere la visione di invecchiamento attivo e fornire dati tempestivi e validi sui problemi oggetto di prevenzione e su alcuni indicatori che misurano la diffusione delle attività di prevenzione. Tuttavia, i fenomeni descritti in PASSI D’Argento non intendono essere esaustivi rispetto alle dimensioni definite dall’OMS.

Il rapporto, che ha una funzione di consultazione, sarà integrato da pubblicazioni specifiche per altri destinatari, quali decisori e amministratori del settore sanitario e famiglie e persone con 65 anni e più.

Le pubblicazioni - elaborate dagli operatori che a livello regionale gestiscono il sistema PASSI d’Argento - terranno conto di caratteristiche, bisogni informativi e ruolo dei destinatari. In questo modo, sarà possibile tradurre i dati di sorveglianza in messaggi efficaci per i potenziali utilizzatori. I risultati delle precedenti indagini PASSI d’Argento e i risultati dell’indagine 2012-2013 saranno disponibili online agli indirizzi: <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento>, <http://www.regione.calabria.it/> e <http://webserveraspcs.asp.cosenza.it/>

La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento

Perché una sorveglianza sulla popolazione con 65 anni e più?

L'invecchiamento è un processo che interessa tutti gli individui. Il modo in cui ciascuno di noi invecchia dipende da caratteristiche individuali e fattori genetici, ma è fortemente influenzato anche da fattori sociali, dagli stili di vita e più in generale dalle opportunità di salute offerte dal proprio contesto di vita. Le persone con 65 anni e più costituiscono quindi, un gruppo eterogeneo, ad esempio, per motivi di genere, origine etnica, disabilità, come anche per il modo in cui gli stessi interessati giudicano la propria età. Nei prossimi anni, aumenterà il numero di persone che necessitano di assistenza per rimanere autonome in età avanzata, ma anche di quelle in buona salute che svolgono attività lavorativa e partecipano ad attività nel contesto della loro famiglia e della comunità in cui vivono.

La sorveglianza epidemiologica di popolazione PASSI d'Argento si propone quale strumento per registrare i bisogni diversi di questa fascia di popolazione e tempestivamente indicarli a decisori e altri gruppi di interesse. Grazie all'uso di una metodologia standardizzata, è possibile, per la prima volta, confrontare lo stato di salute e l'invecchiamento attivo nelle diverse Regioni italiane con dati di qualità raccolti sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi, con il supporto tecnico e scientifico di un gruppo di lavoro composto da coordinatori regionali e ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Cosa è stato fatto ad oggi?

Nel biennio 2008-2010, il Progetto "PASSI d'Argento", affidato dal Ministero della Salute/CCM alla Regione Umbria e al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS, ha promosso la raccolta e l'utilizzazione di indicatori utili per stimare lo stato di salute della popolazione italiana con 65 anni e più e contribuire a valutare le politiche di invecchiamento attivo. Il progetto PASSI d'Argento si è articolato in due indagini sperimentali che hanno coinvolto complessivamente 16 regioni italiane. Sono state raccolte informazioni su un campione di oltre 8.000 persone. Nel 2011, il Ministero della Salute ha affidato al CNESPS il progetto di messa a regime del sistema di sorveglianza sulla popolazione anziana.

In seguito, tra marzo 2012 e gennaio 2013 sono state effettuate oltre 24.000 interviste in tutte le regioni italiane ad eccezione di Basilicata e della Provincia Autonoma di Bolzano che non hanno partecipato alla sorveglianza. La raccolta dati ha coinvolto circa 1.000 operatori opportunamente formati. La formazione, elemento centrale del sistema di sorveglianza, risponde all'esigenza primaria di standardizzare le procedure nei diversi contesti regionali e locali in modo da favorire:

- l'omogeneità e confrontabilità dei dati raccolti;
- l'interpretazione condivisa dei risultati;
- l'efficace diffusione ed utilizzazione delle informazioni di sorveglianza;
- la valutazione dei processi e degli esiti delle attività di sorveglianza.

Il percorso formativo si è articolato in incontri di formazione residenziale (a Roma, presso le sedi dell'ISS) e un percorso di formazione sul campo, all'interno del contesto professionale dei partecipanti. I coordinatori regionali, locali e gli intervistatori, inoltre hanno costituito una comunità di pratica grazie all'utilizzo di una piattaforma web (moodle) (www.passidargento.it/moodle) alla quale hanno un accesso protetto e che consente loro di coordinarsi e collaborare nell'elaborazione cooperativa di contenuti e nello svolgimento dell'indagine.

Come funziona il sistema PASSI d'Argento?

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

- descrivere i problemi e gli aspetti di salute della popolazione con 65 anni e più;
- monitorare gli interventi messi in atto e promuovere azioni e strategie d'intervento efficaci.

Gli strumenti e le procedure adottate sono semplici e utilizzabili da operatori sanitari e sociali e dai cittadini, sono sostenibili con le risorse dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Per la realizzazione dell'indagine PASSI d'Argento in diversi contesti si è rivelata essenziale la collaborazione tra enti e istituzioni del settore sanitario e sociale a tutti i livelli (nazionale, regionale e locale).

La popolazione in studio è costituita dalle persone con 65 anni e più che possiedono un telefono e che non hanno gravi problematiche psico-fisiche. Sono definite non eleggibili le persone che al momento della rilevazione erano domiciliate fuori del comune di residenza, ospitate in Strutture Sanitarie Assistite, ricoverate in ospedale o residenti in carcere.

In ogni regione partecipante è stato estratto un campione rappresentativo mediante campionamento casuale semplice, stratificato per classi di età e genere e mediante campionamento a cluster. Il campionamento viene effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL aderenti. Si formano 6 strati: per ciascuno dei due sessi vengono considerate le classi di età 65-74 anni, 75-84 e 85 e più anni.

La rappresentatività è sempre garantita a livello regionale, in alcuni casi anche a livello aziendale.

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato, diviso in 6 sezioni dove sono presenti circa 80 domande a risposta multipla.

La somministrazione del questionario poteva avvenire attraverso una duplice modalità: per intervista telefonica o faccia a faccia. In alcuni casi, come previsto dal protocollo dell'indagine, le interviste sono state realizzate grazie ad un familiare o persona di fiducia che ha sostenuto e aiutato la persona durante l'intervista. 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. 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). Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità degli intervistati. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per chiedere il consenso all'intervista e presentare gli obiettivi e i metodi dello studio. Prima dell'intervista, sia faccia a faccia sia telefonica, l'intervistatore ha indicato nuovamente gli obiettivi dello studio e le misure adottate per garantire la privacy. 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 rintracciabile nel supporto informatico della base di dati e quindi non è possibile in alcun modo risalire all'intervistato. L'intervistatore effettua l'intervista attraverso CATI (computer assisted telephone interview) o questionari cartacei con successiva immissione dei dati su un personal computer.

Tutti i record vengono trasmessi criptati ad un database centralizzato in cui vengono eseguiti i controlli di base di qualità dei dati disponibili presso il sito (www.passidargento.it/dati).

L'indagine PASSI d'Argento 2012-2013 nella ASP di Cosenza

Nella nostra Regione il sistema PASSI d'Argento è stato inserito all'interno del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012. La ASP di Cosenza ha aderito alla messa a regime del sistema partecipando alla realizzazione dell'indagine 2012-2013 con un campione rappresentativo di ASL. Per la realizzazione dell'indagine sono stati formati 42 operatori. Di questi 19 (45%) lavoravano presso i servizi socio-sanitari della ASL.

Quante persone sono state intervistate per l'indagine?

Nel corso dell'indagine sono state intervistate 450 persone con 65 anni e più individuate con campionamento casuale semplice stratificato e rappresentative della popolazione residente nell'ASP di Cosenza.

Le interviste sono state effettuate nel periodo compreso tra marzo e settembre 2012.

Il 12.7 % delle persone sono state escluse dal campione in quanto "non eleggibili", ovvero non rispondenti ai criteri di selezione per l'indagine perché:

- domiciliate fuori del comune di residenza (12 casi, 2.1%);
- decedute (32 casi, 5.6%);
- ricoverate in ospedale od ospitate in RSA al momento dell'indagine (6 casi, 1.1%);
- altro (22 casi, 3.9%).

Il tasso di risposta è stato pari al 91%. Le persone con 65 anni e più sostituite sono state pari al 9.1% del campione.

Il 7.5% delle sostituzioni era dovuto al rifiuto a sostenere l'intervista, un ulteriore 1.6% riguardava persone con le quali non è stato possibile mettersi in contatto perché non reperibili (vedi tasso di reperibilità sulla piattaforma dati).

Le interviste sono state effettuate mediante questionario cartaceo.

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

Nella prima sezione del questionario è previsto un test della memoria che permette di valutare l'orientamento spazio-temporale dell'anziano/a. Il test è costituito da 6 domande estratte dal Mini-Mental Test. Nel caso in cui l'anziano/a non supera il test della memoria o è impossibilitato fin dall'inizio a sostenere l'intervista per motivi psico-fisici la persona può essere intervistata con l'aiuto del "proxy", un familiare o una persona di fiducia dell'anziano che conosce le sue caratteristiche e abitudini. Ciò ha consentito di raccogliere informazioni su persone che altrimenti non avrebbero potuto sostenere l'intervista a causa delle condizioni di salute.

Nella ASP di Cosenza l'intervento del proxy si è verificato nel 25% dei casi (n=112), di cui nel 22% (n=99) fin dall'inizio dell'intervista e nel 3% (n=13) dopo il test della memoria e dell'orientamento previsto.

Quale era la modalità di intervista?

Le persone rintracciate sono state intervistate telefonicamente o faccia a faccia da 35 operatori specificamente formati. La modalità di intervista è scelta sulla base delle necessità o eventuali problematiche di comunicazione dell'intervistato. Le interviste telefoniche sono state l' 89% (n=402) mentre l'11% (48 casi) sono state realizzate con modalità faccia a faccia.

La durata dell'intervista è stata in media di 27 minuti se telefonica, 32 minuti se faccia a faccia.

Nel caso di intervista faccia a faccia, l'operatore ha svolto in media 17 km per raggiungere l'anziano.

1. Benessere e indipendenza

È ormai assodata l'utilità delle misure soggettive del benessere e della salute. Le percezioni e le valutazioni soggettive influenzano il modo in cui le persone affrontano la vita, e possiedono un elevato valore informativo. Al contrario, i parametri quantitativi tradizionalmente utilizzati come misura di outcome non sono sempre correlati con lo stato funzionale ed il benessere generale della persona.

In particolare, il concetto di “qualità della vita” è in linea con le indicazioni dell'OMS, che definisce la salute come “uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia”. La “qualità della vita collegata allo stato di salute” (Health Related Quality Of Life – HRQOL) è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale, e diversi fattori ad esso correlati tra cui: lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale. La qualità della vita dipende anche da aspetti difficili da rilevare oggettivamente, come per esempio le risorse psicologiche e fisiologiche di una persona o la sua capacità di reagire all'eventuale presenza di malattie. In Italia si assiste ad un costante aumento dell'attesa di vita degli uomini e delle donne con una quota importante tuttavia gravata da disabilità: in tal senso l'HRQOL può rivelarsi uno strumento di particolare importanza per contribuire alla misura “percepita” di questo scostamento.

A differenza di quanto avviene per le affezioni acute - dove indici come la mortalità, la letalità o il tasso di guarigione sono molto significativi - la misura della qualità della vita collegata allo stato di salute diventa fondamentale nel quadro delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) che interessano in maniera preponderante le persone con 65 anni e più.

A livello della comunità, le misure della qualità della vita forniscono inoltre indicazioni relative alle disuguaglianze nella salute perché tali misure non dipendono solo dalla presenza e dal tipo di malattia, ma anche dalle risorse economiche, sociali ed altre condizioni pratiche. Includere gli indicatori della qualità della vita all'interno di un sistema di sorveglianza consente di ottenere informazioni utili a descrivere la salute della popolazione secondo una prospettiva più ampia, che tiene conto anche degli interventi e delle politiche non strettamente socio-sanitarie, come quelle occupazionali, previdenziali, urbanistiche e abitative.

Per migliorare le condizioni strutturali che influenzano la qualità della vita collegata allo stato di salute, a livello europeo è stata messa a punto la strategia “Health in all policies (Hiap)” ovvero “Salute in tutte le politiche” che, attraverso un approccio intersettoriale, intende agire sui determinanti sociali della salute ovvero sulle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Ciò comporta il coinvolgimento e la responsabilizzazione di un'ampia gamma di settori, innanzitutto quelli dell'occupazione, dell'istruzione e della politica sociale ai diversi livelli di governo (europeo, nazionale, regionale e locale) con l'obiettivo di contrastare in maniera efficace le disuguaglianze di salute.

Essere indipendenti ha indubbie ricadute sul benessere della persona. Dal punto di vista fisico PASSI d'Argento ha preso in considerazione l'indipendenza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana valutate mediante strumenti validati e diffusi a livello nazionale ed internazionale.

- *Activities of Daily Living (ADL)*, più di base, come vestirsi e mangiare autonomamente, per valutare la capacità di svolgere attività di base;
- *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)*, più complesse, come andare a fare la spesa, per valutare la capacità di svolgere attività strumentali.

1.1 Caratteristiche socio-demografiche

Protezione, salubrità e dignità delle persone sono anche frutto delle politiche sanitarie, sociali, finanziarie oltre che di protezione fisica e ambientale.

La descrizione delle caratteristiche demografiche, sociali ed economiche della popolazione fornisce quindi non solo l'immagine della situazione esistente ma consente anche di cogliere l'entità di differenze che hanno ricadute sulla salute soggettiva ed oggettiva delle persone.

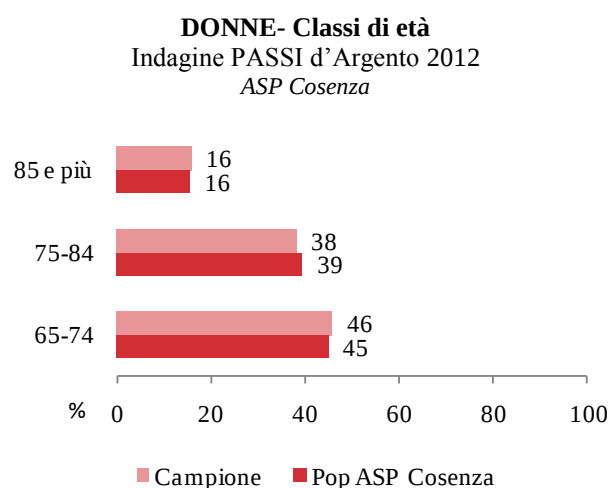
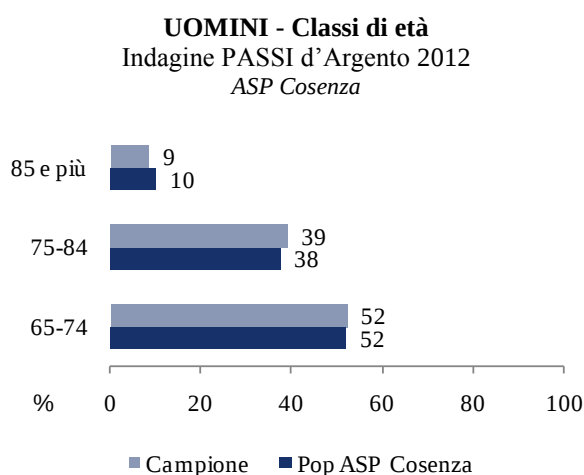
1.1.1 Come è distribuito il campione per genere e classe d'età? Quanto è rappresentativo della popolazione con 65 anni e più?

Il 48.7% del campione è costituito da persone con età compresa tra 65 e 74 anni (48.1% nella popolazione della ASP di Cosenza), il 38.7% da persone fra i 75 e gli 84 anni (38.7 nella popolazione) e il 12.7% ha 85 anni o più (13.3% nella popolazione).

Le donne rappresentano il 55.8% del campione, con proporzioni crescenti all'aumentare dell'età 52.5% nella classe di età 65-74 anni, 55.2% tra 75 e 84 anni, 70.2% con 85 anni e più. Il dato riflette il fenomeno di progressiva "femminilizzazione" della popolazione (nella ASP di Cosenza le donne sono il 55.8% della popolazione residente con più di 65 anni e, in particolare, il 52.1% tra 65 e 74 anni, il 57.0% di quella tra 75 e 84 anni e il 65.7% di quella con 85anni e più).

L'età media del campione è 75.6 anni: 74.9 quella degli uomini, 76.1 quella delle donne.

La composizione del campione intervistato per classi di età, analizzata separatamente per genere, conferma la diversa distribuzione per età dei 2 sessi (tra le persone con 65 anni e più, quelle con più di 85 anni sono 9 su 100 tra gli uomini e 16 su 100 tra le donne) e la sua buona rappresentatività della popolazione generale per questi aspetti.



1.1.2 Qual è lo stato civile?

Complessivamente le persone coniugate sono il 60,7% e quelle in stato di vedovanza il 30.6%; coloro che non si sono mai sposati (6.6%) o sono separati/divorziati (1.9%) rappresentano insieme meno di 9 persone su 100.

Lo stato civile presenta evidenti differenze in relazione all'età: tra i 65-74 anni le vedove rappresentano il 21.7% vs il 6.7% degli uomini; dopo i 74 anni questa proporzione sale rispettivamente al 63.2% vs il 20.0%; le coniugate invece diminuiscono con l'aumentare dell'età (tra i 65 – 74 anni 62.6% nelle donne vs 85.6; 29.4% vs 76.8% dopo i 74 anni).

In relazione a ciò e alla femminilizzazione della popolazione più anziana, tra le donne non vi è significativa differenza di prevalenza tra le coniugate (44.3%) e le vedove (44.6%), mentre tra gli uomini i coniugati oltre 6 volte più frequenti dei vedovi (81.4% vs 13.1%)

1.1.3 Qual' è il livello di istruzione?

Tra le persone con 65 anni e più:

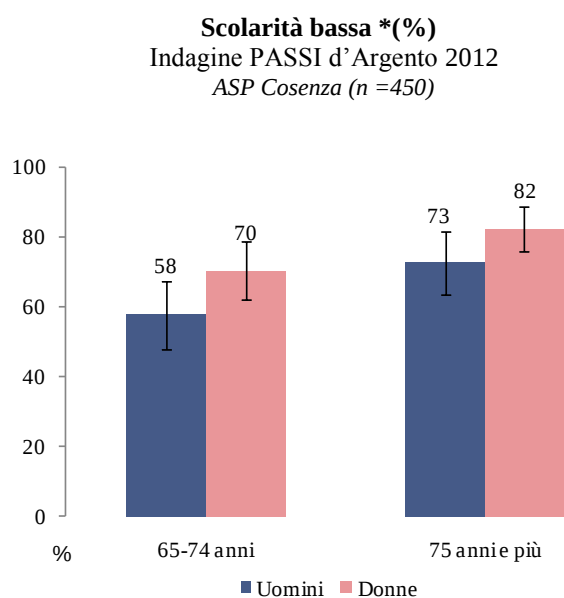
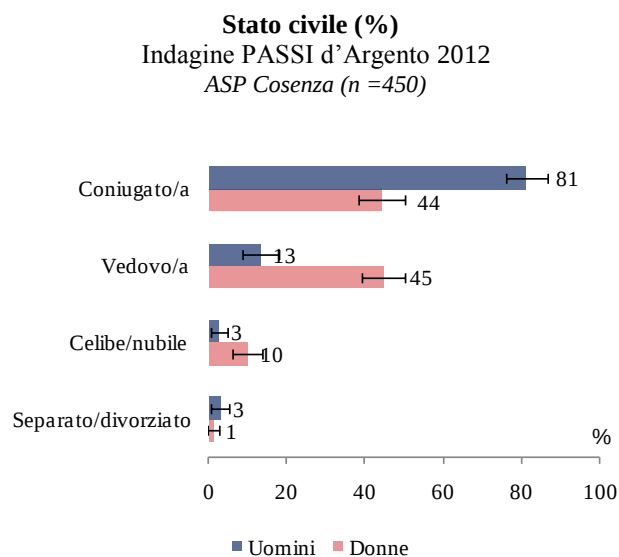
- 72 su 100 hanno un basso livello di scolarità: licenza elementare (47.5%) o nessun titolo di studio (24.1%).
- il 12.6% ha un diploma di scuola media inferiore;
- il 10.2% ha quello di scuola media superiore;
- il 5.5% è laureato.

La scolarità bassa è maggiormente diffusa:

- tra le persone più anziane: 64.3% nella classe di età 65-74 e 78.4% dopo i 75anni;
- tra le donne (76.9% vs 64.8% tra gli uomini).

La differenza di genere per un basso livello di scolarità si conferma in maniera indipendente dall'età:

- 65-74 anni: 70% uomini e 58% donne;
- 75anni e più: 73% uomini 82% donne.



* nessun titolo di studio o licenza elementare

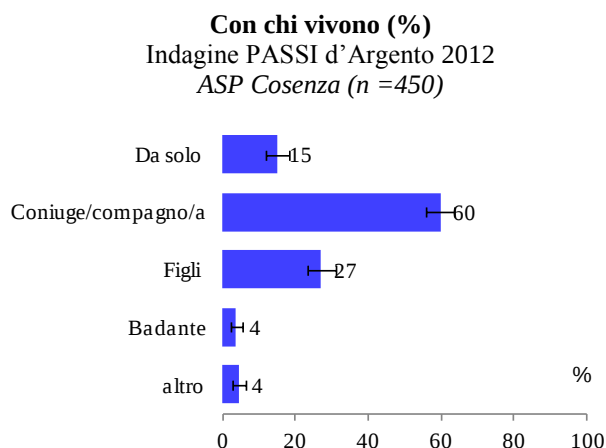
1.1.4 Con chi vivono?

Tra le persone con 65 anni e più:

- 15 su 100 (14.9%) vivono da soli;
- oltre la metà (59.7%) vive con il coniuge;
- il 27.2% vive con figli.

Risultano situazioni poco frequenti vivere con:

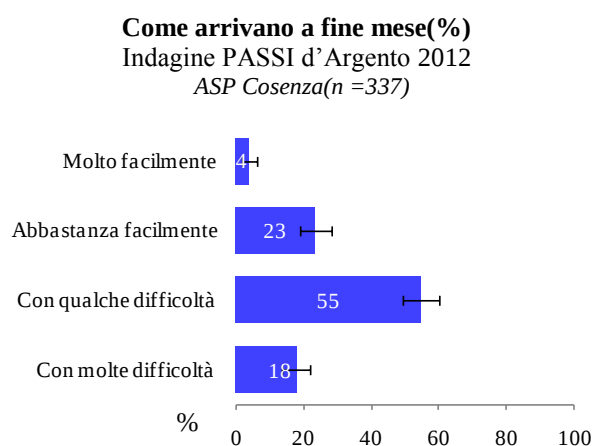
- una badante (3.8%);
- con altri (parenti: fratelli, genero/nuora, nipoti o persone diverse).



1.1.5 Come arrivano a fine mese?

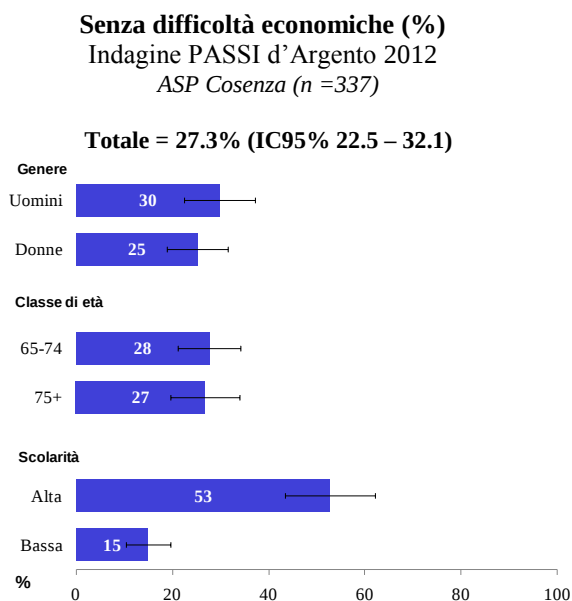
Nell'ASP di Cosenza le persone con 65 anni e più riferiscono di arrivare a fine mese, nel seguente modo:

- 27.3% senza difficoltà(3.9% molto facilmente, 23.4% abbastanza facilmente);
- 72.7% con difficoltà (54.9% con qualche difficoltà, 17.7% con molte difficoltà).



1.1.6 Come si distribuiscono le difficoltà economiche?

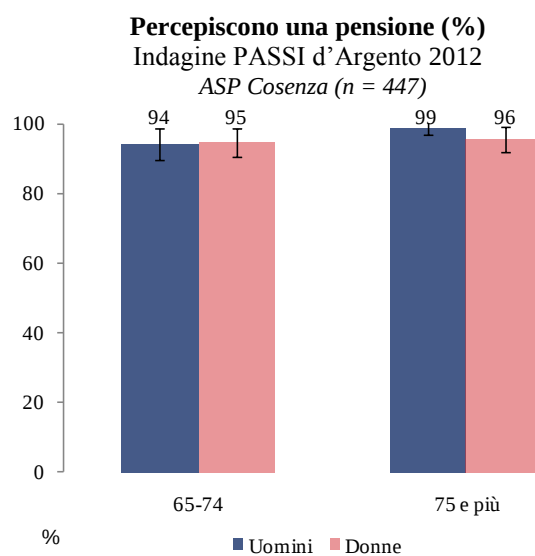
L'assenza di difficoltà economiche per arrivare a fine mese non cambia in maniera significativa in relazione a genere ed età, mentre viene riferita con maggiore frequenza da persone con scolarità alta (52.8%) rispetto a quelle con scolarità bassa (nessun titolo di studio o licenza elementare) (14.9%).



1.1.7 Quanti percepiscono una pensione?

Il 95.7% della popolazione con 65 anni e più riceve una pensione (96.5% negli uomini, 95.2% nelle donne)

La disponibilità di pensione non cambia con l'età sia tra gli uomini che tra le donne.



1.2 I sottogruppi della popolazione con 65 anni e più

Un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori personali, sociali, economici e ambientali (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 con 65 anni e più 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, per la prima volta, una nuova descrizione della popolazione con 65 anni e più con una suddivisione in quattro sottogruppi¹ di persone:

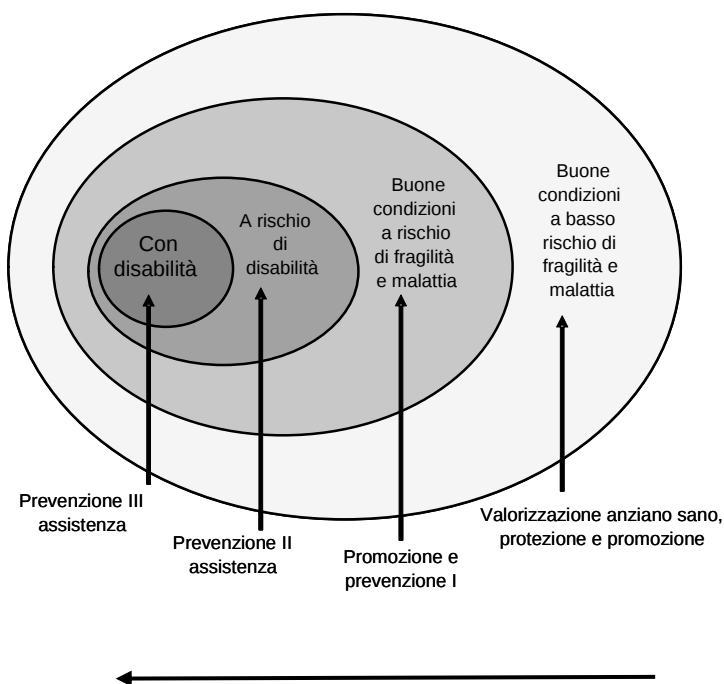
- in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa;
- in buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità;
- a rischio di disabilità;
- con disabilità.

1.2.1 Perché la popolazione con 65 anni e più è stata suddivisa in sottogruppi ?

L'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione con 65 anni e più è funzionale all'identificazione delle priorità di intervento ed è essenziale per la programmazione e valutazione delle strategie messe in atto dai servizi del settore sociale e sanitario e dall'intera società civile.

In un'ottica di orientamento all'azione, ciascun sottogruppo identifica target di interventi specifici che vanno dalle azioni di prevenzione terziaria per le persone con disabilità, alle azioni di prevenzione primaria per le persone a rischio di malattia e fragilità (vedi figura), alle azioni di valorizzazione e protezione sociali trasversali a tutti i sottogruppi.

I sottogruppi di popolazione PASSI d'Argento



¹ Le definizioni complete dei sottogruppi sono riportate in appendice

1.2.2 Come sono stati individuati i sottogruppi di popolazione?

Per l'identificazione dei sottogruppi si è partiti da una definizione di Salute come dimensione bio-psico-sociale, nella quale la dimensione soggettiva è fondamentale. La Salute è intesa quindi come benessere fisico, mentale e sociale di un individuo o gruppo che deve essere capace, da un lato, di identificare e realizzare aspirazioni e soddisfare bisogni e, dall'altro, di utilizzare le proprie risorse personali e sociali, così come le capacità fisiche per modificare l'ambiente circostante e farvi fronte. L'ambiente familiare e sociale ha un peso determinante nel favorire e mantenere il livello di salute delle persone con 65 anni e più. A fronte di questa definizione di Salute, la popolazione è stata suddivisa in sottogruppi valutando l'autonomia rispetto alle attività della vita quotidiana misurate con indici validati e diffusi a livello internazionale. In particolare è stata valutata l'autonomia che le persone hanno nelle:

- attività di base della vita quotidiana o *Activities of Daily Living* (ADL) come ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, (vedi riquadro più in basso);
- attività strumentali della vita quotidiana o *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) come, ad esempio usare il telefono, cucinare, prendere le medicine, (vedi riquadro più in basso);

Si sono così identificati 4 sottogruppi

1. In buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa

- sono indipendenti in tutte le ADL
- hanno bisogno di aiuto al massimo per una IADL
- presentano al massimo due delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
 - a. problemi di masticazione o vista o udito;
 - b. insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura;
 - c. molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale
 - d. almeno una patologia cronica;
 - e. ipertensione.

2. In buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità

- sono indipendenti in tutte le ADL
- hanno bisogno di aiuto al massimo in una IADL
- presentano tre o più delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
 - a. problemi di masticazione o vista o udito;
 - b. insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura;
 - c. molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale
 - d. almeno una patologia cronica;
 - e. ipertensione.

3. A rischio di disabilità

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

4. Con disabilità

- hanno bisogno di aiuto in una o più ADL.

1.2.3 Cosa sono le ADL/IADL?

Le **ADL** comprendono le attività di base 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 autonomia in queste attività è l'indice di Katz (1963) e comprende le seguenti attività/funzioni: muoversi da una stanza all'altra, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, essere continenti (per feci e urine), usare i servizi per fare i propri bisogni.

Le **IADL**, rispetto alle ADL, sono attività più complesse, 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 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.

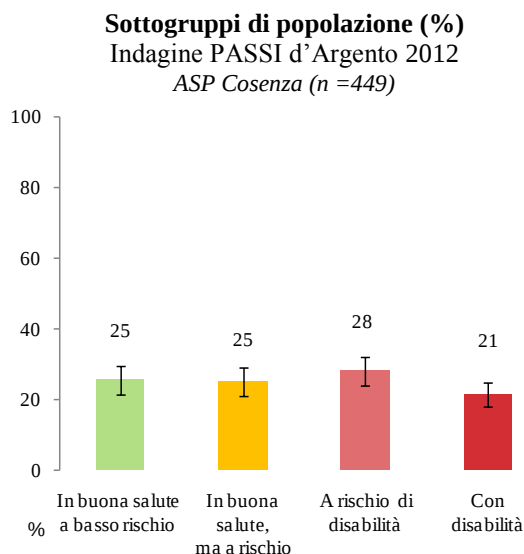
Per ciascuna attività, è stato chiesto alla persona intervistata se era in grado di svolgerla “da solo/a, anche se con problemi”, “solamente se aiutato/a”, oppure se non riusciva a svolgerla. Nell'indagine PASSI d'Argento, in una ottica bio-psico-sociale, per la quale le abilità sono il risultato dell'interazione dell'individuo con l'ambiente che lo circonda, la risposta “solamente se aiutato” non è stata considerata come una perdita di indipendenza per lo svolgimento di 3 delle 6 ADL (vestirsi, farsi il bagno o la doccia, essere continenti) e di 4 IADL su 8 (cucinare, fare il bucato, pagare conti o bollette, usare il telefono,).

Sono state prese in considerazione le persone con situazioni di non autonomia nelle ADL (definite persone con disabilità) indipendentemente dalla presenza e dal numero di limitazioni nelle IADL e anche le persone con situazioni di non autonomia “solo” nelle IADL. E' stata anche valutata la diffusione della mancanza di autonomia nelle singole attività della vita quotidiana.

La limitazione in una attività della vita quotidiana comporta di per sé una condizione di bisogno; tuttavia, il livello di assistenza necessario cresce fortemente all'aumentare del tipo (IADL o ADL) e del numero di attività per le quali il soggetto non è autonomo, per cui sono state valute anche il numero di ADL e/o IADL presentate dalle persone con disabilità e da quelle con limitazioni solo nelle IADL.

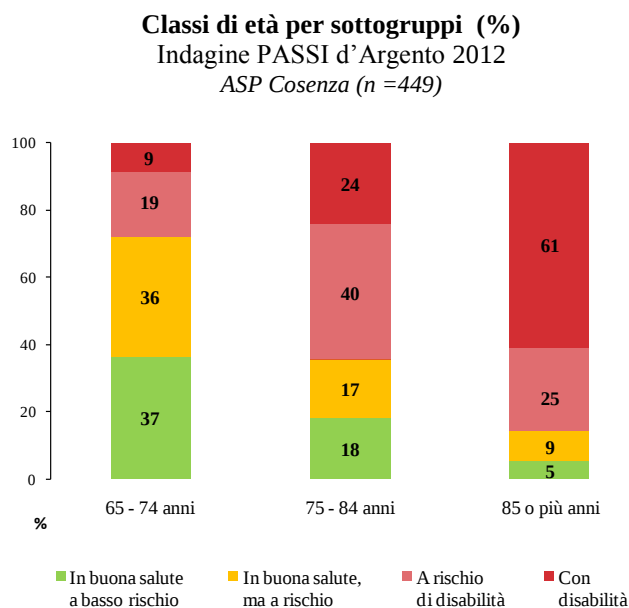
1.2.4 Nella ASP di Cosenza come è distribuita la popolazione con 65 anni e più rispetto ai sottogruppi?

- Il 25.4% delle persone risulta in buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa.
- Il 25.1% è in buona salute ma a più alto rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità.
- Il 28.2% è a rischio di disabilità.
- Il 21.3% risulta avere limitazioni in una o più attività di base della vita quotidiana ADL. In questo ultimo gruppo troviamo le persone che hanno particolare bisogno di assistenza.



1.2.5 Qual è la distribuzione dei sottogruppi in ciascuna classe di età?

- Tra le persone di età compresa tra i 65 ed i 74 anni il 36, 5 % è in buona salute e quelle con disabilità rappresentano solo il 8.6 %.
- Le persone in buona salute ma a rischio sono il 35.6 % tra i 65 ed i 74 anni, il 17.2 % tra i 75-84 anni e il 8.9% dagli 85 in avanti.
- Dopo gli 84 anni le persone a rischio di disabilità (24.9%) e con disabilità (60.8%) rappresentano la maggioranza.
- Le persone in buona salute e a basso rischio costituiscono il 18.3% nella fascia di età 75-84 anni e il 5.3% in quella con 85 anni e più.



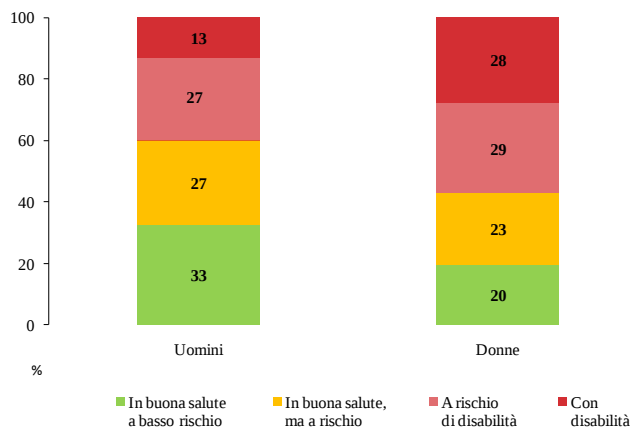
1.2.6 Qual è la distribuzione dei sottogruppi nei due generi?

La distribuzione per sottogruppi non è del tutto omogenea per genere.

Tra le donne, le persone in buona salute e a basso rischio rappresentano il 19.7% a fronte del 32.8 degli uomini; viceversa, il sottogruppo con disabilità costituisce il 27.8 vs il 13.2% degli uomini; tale dato è legato alla maggiore proporzione di donne nelle classi di età più avanzate.

Tale dato è legato alla maggiore proporzione di donne nelle classi di età più avanzate.

Generi per sottogruppi (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =449)



1.3 Autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, di base e strumentali

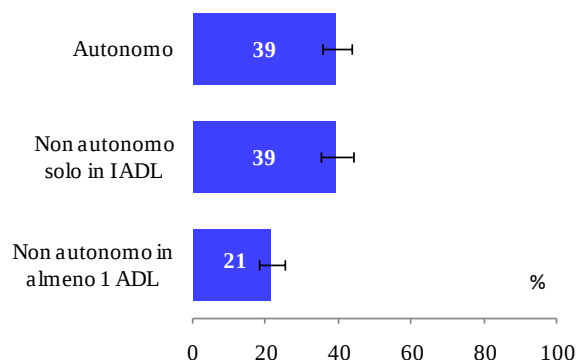
1.3.1 Quanti non sono autonomi nelle attività della vita quotidiana (IADL O ADL)?

Nella ASP di Cosenza tra le persone con 65 anni e più:

- quasi 4 su 10 (39.4%) non hanno problemi a svolgere attività della vita quotidiana;
- altrettanti 4 su 10 (39.2%) presentano problemi di autonomia nelle IADL, ma non nelle ADL;
- 2 persone su 10 (21.3%) non sono autonome in almeno una ADL, indipendentemente dalla presenza o meno di limitazioni nelle IADL. (Queste persone costituiscono il sottogruppo 4: persone con disabilità).

Limitazioni nelle attività della vita quotidiana (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =449)



1.3.2 Attività di base della vita quotidiana ADL

1.3.2.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle ADL?

Nella ASP di Cosenza le persone con 65 anni e più non autonome in 1 o più ADL, ovvero quelle con disabilità, sono il 21.3%.

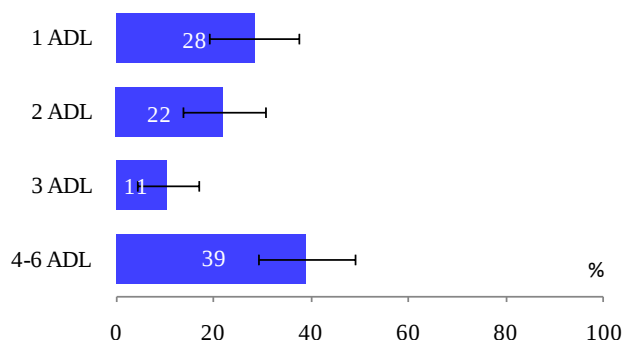
Tra queste persone:

- quasi 3 su 10 non sono autonomi in 1 ADL;
- 2 su 10 non sono autonomi in 2 ADL;
- 1 su 10 in 3 ADL;
- 4 su 10 non sono autonomo in 4 o più ADL.

Nella popolazione con 65 anni e più questa distribuzione corrisponde ad una prevalenza di circa il 6.0% per le persone con mancanza di autonomia in 1 ADL e di circa l'8.3 % per quelle non autonome in 4 o più ADL.

Numero di ADL non autonome nelle persone con disabilità (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =95)



1.3.2.2 Quale è la distribuzione per età e sesso delle persone con disabilità?

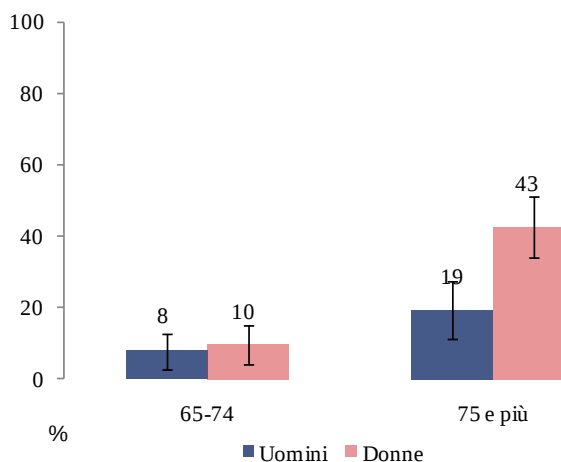
Le limitazioni nelle ADL aumentano con l'età (8.7% tra i 65-74 anni e 33.1% dai 75 anni in su).

Tra i 65 ed i 74 anni queste limitazioni si presentano nel 7.7 % degli uomini e nel 9.6 % delle donne.

Dopo i 74 anni vengono invece registrate nel 42.6% delle donne e nel 19.1% degli uomini; questa differenza è statisticamente significativa.

La differenza complessiva osservabile tra uomini e donne (13.2% vs 27.8%) nella ASP di Cosenza dipende principalmente dalla maggiore presenza femminile dopo i 75 anni.

Persone con disabilità per età e sesso (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n=95)

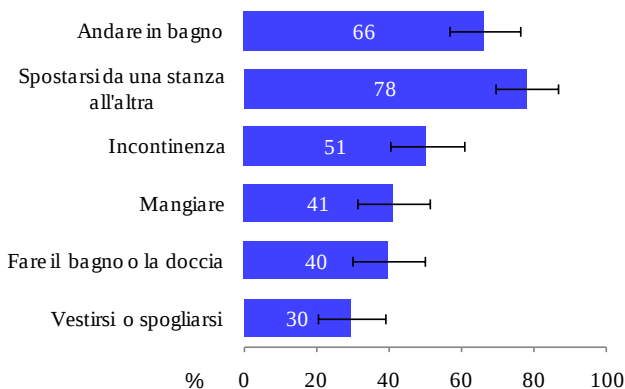


1.3.2.3 Quali sono le ADL più frequentemente compromesse?

Tra le persone con disabilità:

- Più di 7 su 10 (77.9 %) hanno problemi a spostarsi da una stanza all'altra;
- poco più di 6 su 10 (66.4%) non sono autonomi nell'andare in bagno;
- la metà (50.6%) ha problemi di incontinenza;
- 4 su 10 (41.1%) non si alimentano autonomamente;
- 4 su 10 (40.1%) non fanno autonomamente il bagno o la doccia;
- Circa 1 su 3 (29.5%) è totalmente dipendente nel vestirsi o spogliarsi.

Limitazioni per singole ADL tra le persone con disabilità (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =95)



1.3.3 Attività strumentali della vita quotidiana IADL

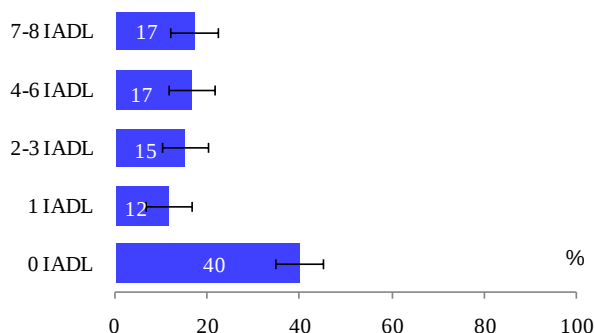
1.3.3.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle IADL?

Nell'ASP di Cosenza le persone con 65 anni o più non autonome in 1 o più IADL sono il 60%. In particolare

- L'11.5 % risulta non autonomo in 1 sola IADL;
- Il 14.9% ha limitazioni in 2 o 3 IADL ;
- Il 16.6 % non è autonomo in un numero di IADL variabile tra 4 e 6;
- un'analoga proporzione (17.0%) ha perso l'autonomia in 7-8 IADL.

Tra le persone che hanno problemi anche nelle ADL, ovvero tra quelle con disabilità, questa distribuzione di frequenza è molto diversa: coloro che sono autonomi in tutte le IADL sono una eccezione (2.1%), quelli che hanno problemi in 7-8 IADL sono la maggioranza (65.3%)

Numero IADL non autonome %
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =449)



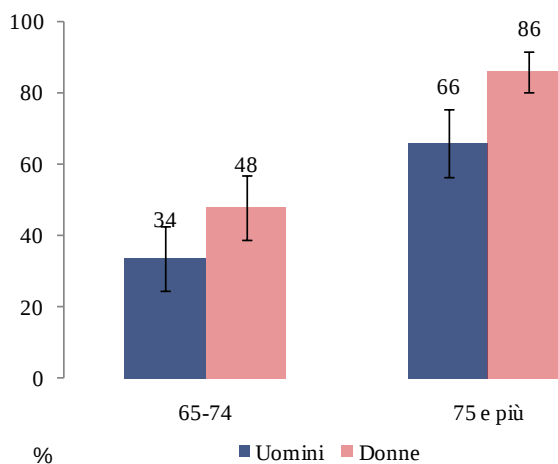
1.3.3.2 Quale è la distribuzione per età e sesso delle persone con almeno 1 IADL non autonoma?

Le persone non autonome in 1 o più IADL aumentano con l'età: rappresentano il 41.1% tra i 65-74 anni e oltre i due terzi (77.9%) dai 75 anni in su.

Se consideriamo il genere, tra i 65 ed i 74 anni, non è autonomo in almeno 1 IADL il 47.8% delle donne e il 33.7% degli uomini; dopo i 74 anni non lo è l'86.0% delle donne e il 65.9% degli uomini.

La differenza complessiva osservabile tra uomini e donne (49.0% vs 68.9%) nella ASP di Cosenza dipende quindi soprattutto dalla maggiore componente femminile dopo i 75 anni.

Persone con almeno 1 IADL non autonoma per età e sesso (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n=449)



1.3.3.3 Quali sono le IADL più frequentemente compromesse?

Tra coloro che presentano almeno una IADL non autonoma, le attività strumentali che più frequentemente presentano limitazioni risultano:

- spostarsi fuori casa (82.6%);
- prendersi cura della casa (76.2%);
- fare la spesa (71.2%).

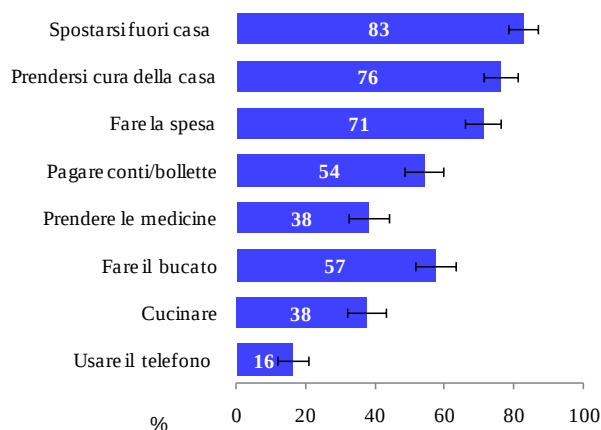
L'attività strumentale per la quale viene maggiormente mantenuta l'autonomia è l'uso del telefono: tra le persone con problemi di autonomia nelle IADL poco più di 1 persona su 9 non lo utilizza in maniera autonoma.

Tra le persone a rischio di disabilità e quelle con disabilità non cambiano le IADL più frequentemente compromesse ma, ovviamente, aumenta la loro diffusione.

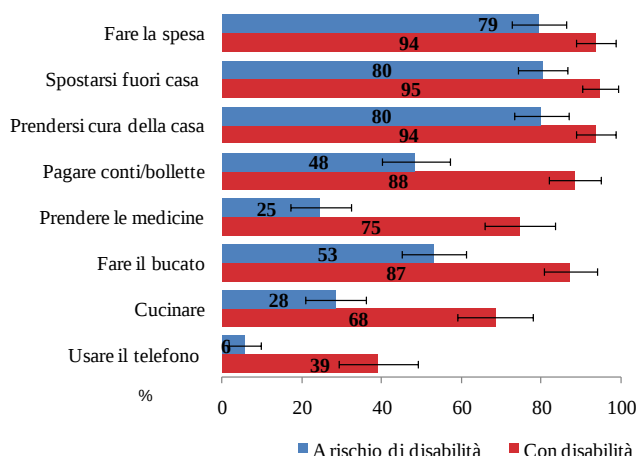
Spostarsi fuori casa, prendersi cura della casa e fare la spesa non vengono svolte autonomamente da oltre 9 persone su 10 tra quelle con disabilità e circa 8 su 10 tra quelle a rischio di disabilità.

L'attività che risulta meno limitata si conferma l'uso del telefono: coloro che non lo utilizzano in maniera autonoma sono 6 su 100 tra quelle a rischio di disabilità e 39 su 100 tra quelle con disabilità.

Limitazioni per singole IADL (%)
tra le persone con almeno 1 IADL non autonoma
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n = 269)



Limitazioni per singole IADL (%)
tra le persone a rischio di disabilità e con disabilità
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n= 221)



1.4 Percezione dello stato di salute

La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita.

Nelle persone con 65 anni e più, 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.

Nelle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento la salute percepita viene valutata col 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 psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali. Dagli anni '80 questo pacchetto di misure standard della “qualità della vita relativa alla salute” (Health Related Quality Of Life –HRQOL) è stato gradualmente inglobato in diversi sistemi di sorveglianza e di survey di popolazione grazie alla sua associazione con gli effetti della presenza negli individui di patologie croniche o degli stessi determinanti e fattori di rischio di malattia.

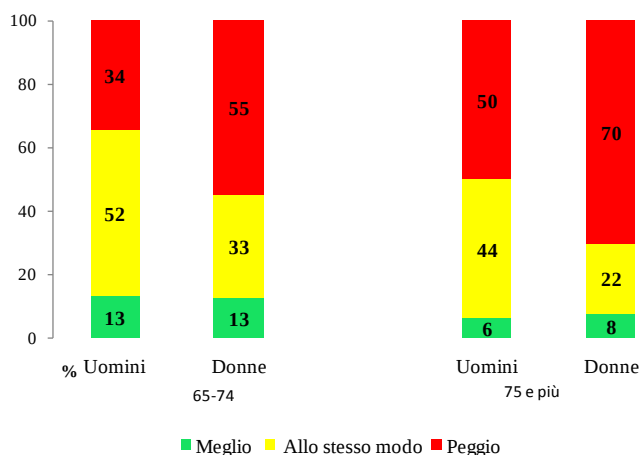
In tutta Europa, gli uomini hanno un migliore stato di salute percepito rispetto alle donne, i giovani migliore delle persone in età più avanzata, gli occupati uno stato di salute percepito migliore delle persone senza lavoro. Così pure un elevato livello di istruzione e di reddito influenzano positivamente in tutta Europa la percezione dello stato di salute.

PASSI d'Argento indaga anche la variazione della salute percepita rispetto all'anno precedente, informazione che assume particolare interesse nelle persone di età avanzata.

1.4.1 Come percepiscono il proprio stato di salute le persone con 65 anni e più?

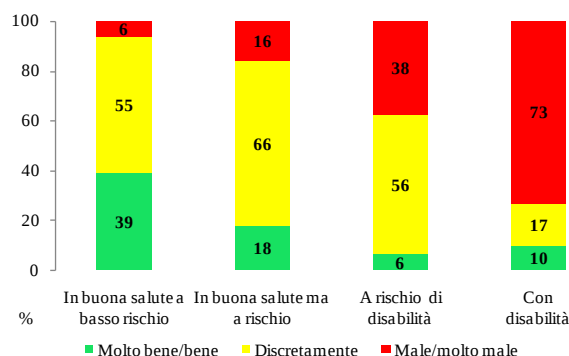
- Il 20.4% delle persone con 65 anni e più giudica il proprio stato di salute positivamente (2.5% molto bene, 17.9% bene), il 54.1% discretamente e il rimanente 25.5% in modo negativo (22.3% male, 3.2% molto male).
- La percezione peggiora con l'età: il 35.7% delle persone con 75 anni e più considera in modo negativo il proprio stato di salute, contro il 16,9 % con 65–74 anni; questa differenza è statisticamente significativa.
- Nella ASP di Cosenza differenze di genere si osservano in entrambe le fasce d'età: le donne si sentono meno in salute degli uomini sia fra i 65-74 anni (molto bene/bene 23.1% vs 31.1% degli uomini), sia dopo i 75 anni (9.9% vs 16.7%)

**Percezione della propria salute
per classi d'età e sesso (%)**
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =351)



- Riferiscono di avere uno stato di salute buono o molto buono il 39.1% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia, il 17.9% delle persone in buona salute ma a rischio di malattia, il 6.4% di quelle con segni di fragilità e il 9.8% dei soggetti con disabilità.
- Una percezione negativa della propria salute interessa solo il 6.3% dei soggetti in buone condizioni a basso rischio e più di 7 su 10 (73.1%) di quelli con disabilità.

Percezione della propria salute per sottogruppi (%)
Indagine PASSI d'Argento
ASP Cosenza (n =350)



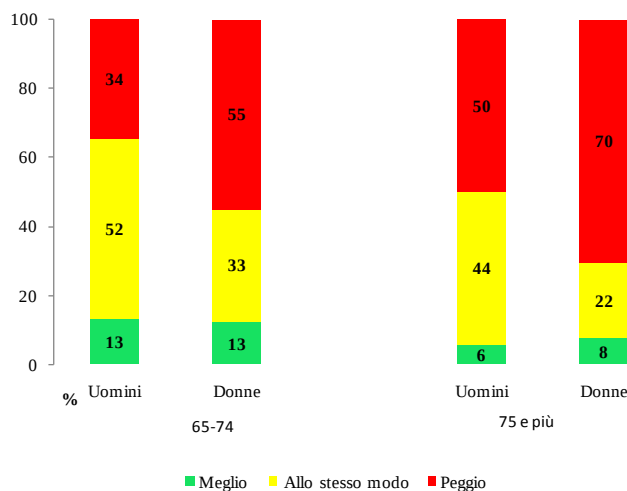
1.4.2 Come si sentono rispetto all'anno precedente?

Il 10.2% delle persone con 65 anni e più si sente meglio rispetto ad un anno prima (1.4% molto meglio, 8.8% meglio), il 36.9% si sente allo stesso modo, il rimanente 52.8% si sente peggio (39.3% leggermente, 13.5% molto peggio).

Come ci si sente rispetto all'anno precedente cambia in relazione all'età, ma anche al genere:

- si sentono peggio il 45.3% delle persone tra 65 e 74 anni e il 61.9% di quelle con 75 anni e più, ma con prevalenze maggiori nelle donne rispetto agli uomini.
- Dopo i 74 anni solo 7 persone su 100 dicono di sentirsi meglio rispetto all'anno precedente, con differenze di età e genere meno evidenti rispetto a chi dichiara un peggioramento .

Come si sentono rispetto all'anno precedente per classi d'età e sesso (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =351)

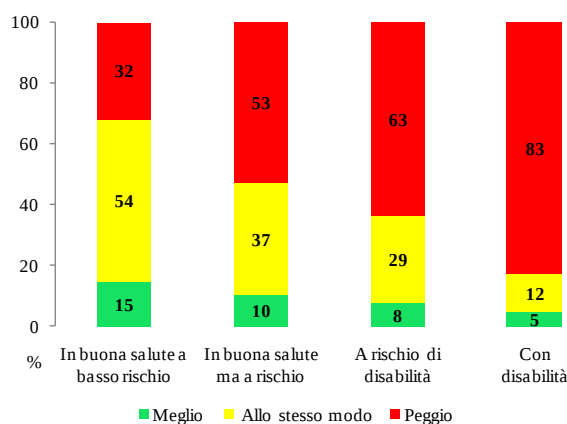


Ritiene peggiorata la propria salute rispetto all'anno precedente:

- circa un terzo (31.8%) delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia;
- più di 8 su 10 (83%) delle persone con disabilità.

Ritiene migliorata la propria condizione di salute rispetto all'anno precedente circa 1 persona su 6 nel sottogruppo in buona salute a basso rischio, 1 persona su 10 nel sottogruppo in buona salute ma a rischio, meno di 1 persona su 10 nel sottogruppo a rischio di disabilità e tra i disabili.

Come si sentono rispetto all'anno precedente per sottogruppi (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =351)

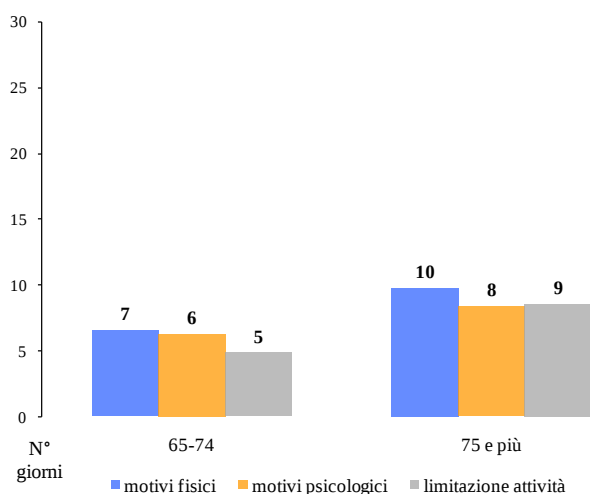


1.4.3 In media quanti sono i giorni di cattiva salute percepita in un mese e in che misura limitano le attività di tutti i giorni?

Il numero medio di giorni in cattiva salute percepita sugli ultimi 30 aumenta con il progredire dell'età:

- il numero medio di giorni in cattiva salute fisica è 6.6 tra le persone nella fascia di età 65-74 anni, 9.3 tra coloro con 75 anni e più;
- mediamente i giorni in cattiva salute psicologica sono 6.3 tra le persone nella fascia di età 65-74 anni, 8.4 tra coloro con 75 anni e più;
- per quanto riguarda i giorni con limitazioni di attività per cattiva salute fisica o psicologica, il numero medio è 4.9 tra le persone con 65-74 anni e 8.5 dopo i 74 anni.

Media dei giorni in cattiva salute percepita (negli ultimi 30 giorni) per classi di età (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n=336)



1.4.4 Quante persone si sentono in cattiva salute o hanno limitazioni nelle attività abituali per più di 14 giorni negli ultimi 30 giorni ?

Tra le persone con 65 anni e più più di 2 su 10 non si sono sentite bene per almeno 14 giorni sugli ultimi 30 giorni per motivi fisici (22.6%) o psicologici (21.6%); per questi motivi il 18.8% non è riuscito a fare le cose di tutti i giorni.

La proporzione di persone con cattiva salute o limitazione delle attività abituali per oltre 14 giorni è maggiore nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e , in maniera anche significativa, tra le persone con difficoltà economiche

Persone con 14 o più giorni di cattiva salute o con limitazione delle attività abituali
(negli ultimi 30 giorni) (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n= 337)

	Cattiva salute fisica	Cattiva salute psicologica	Limitazione di attività abituali
Popolazione con 65 anni e più	22.6	21.6	18.8
Genere			
uomini	14.5	13.9	11.3
donne	29.2	27.8	24.9
Classi di età			
65-74	18.0	18.6	13.2
75 e	28.2	25.4	25.9
Istruzione			
bassa	27.5	24.7	22.7
alta	12.6	15.3	10.9
Difficoltà economiche			
molte	37.0	45.6	39.3
alcune	20.1	16.9	15.8
nessuna	17.1	14.3	10.2

1.4.5 Quante persone hanno più di 20 “unhealthy days” per motivi fisici o psicologici ?

- Sommando i giorni di cattiva salute fisica e quelli di cattiva salute psicologica, il 24.9% della popolazione con 65 anni e più risulta avere più di 20 giorni dell'ultimo mese passati in cattiva salute.
- Questa proporzione è maggiore tra le donne, tra le persone con bassa scolarità e tra quelle con difficoltà economiche (molte difficoltà: 46.4%)

20 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012

ASP Cosenza (n= 334)

	%		IC 95 %
Popolazione con 65 anni e più	24.9	20.3	29.5
Genere			
uomini	18.1	11.9	24.2
donne	30.5	23.7	37.2
Classi di età			
65-74	21.5	15.6	27.3
75 e oltre	29.1	21.7	36.5
Istruzione			
bassa	29.5	23.5	35.5
alta	15.4	8.7	22.2
Difficoltà economiche			
molte	46.4	33.3	59.6
alcune	20.3	14.4	26.2
nessuna	18.2	10.1	26.3

1.5 Soddisfazione per la propria vita

Così come la qualità della vita, anche la felicità, intesa come soddisfazione complessiva della propria vita, può essere misurata unicamente su dati riferiti dai singoli individui.

Negli ultimi anni, è stata attribuita grande importanza alle misure soggettive di felicità e soddisfazione per la propria vita. Le percezioni e le valutazioni soggettive influenzano, infatti, il modo in cui le persone affrontano la vita e per questo motivo possiedono un elevato valore informativo. La felicità nell'accezione originale è intesa e misurata, da alcuni decenni, come "soddisfazione della vita". PASSI d'Argento l'ha rilevata come soddisfazione complessiva della vita condotta da un individuo ricorrendo ad una sola domanda con 4 possibili risposte su un intervallo temporale non specificato.

1.5.1 Le persone con 65 anni e più sono soddisfatte della vita che conducono?

Il 64.1% delle persone con 65 anni e più sono soddisfatte della vita che conducono (7.1% molto, 57.0% abbastanza soddisfatte).

Il rimanente 35.9% non è soddisfatto (30.4% poco, 5.5% per nulla soddisfatto).

Il 71.6% delle persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni si dichiara molto o abbastanza soddisfatte della vita che conduce. Tra le persone con 75 anni e più questo valore diminuisce ma rimangono 1 su 2 (55.1%) le persone soddisfatte della propria vita.

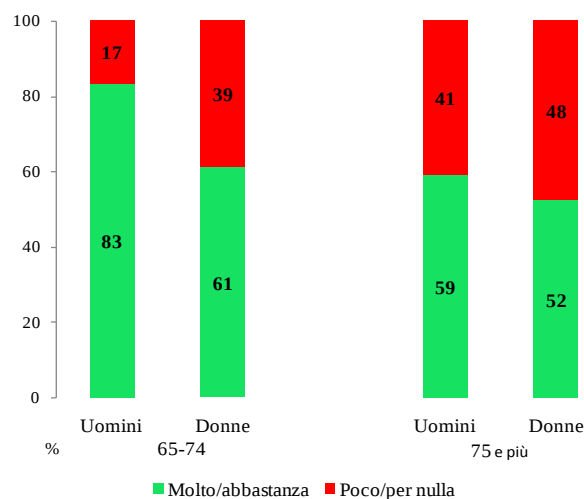
La percentuale di persone poco o per nulla soddisfatte della vita che conducono è maggiore tra le donne (43.1% contro 27.0%) e aumenta con il crescere dell'età in entrambi i sessi.

Nel grafico sono descritte le differenze per fasce d'età e genere.

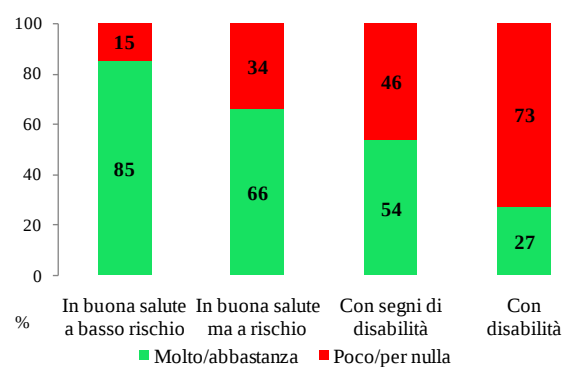
Si ritiene soddisfatto della propria vita:

- Più di due terzi (85.4%) delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia;
- Il 66.0 % delle persone in buona salute ma a rischio;
- Il 53.8% delle persone con segni di disabilità;
- Più di una persona su quattro (27.4 %) delle persone con disabilità.

**Soddisfazione della vita
per classi d'età e sesso (%)**
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =349)



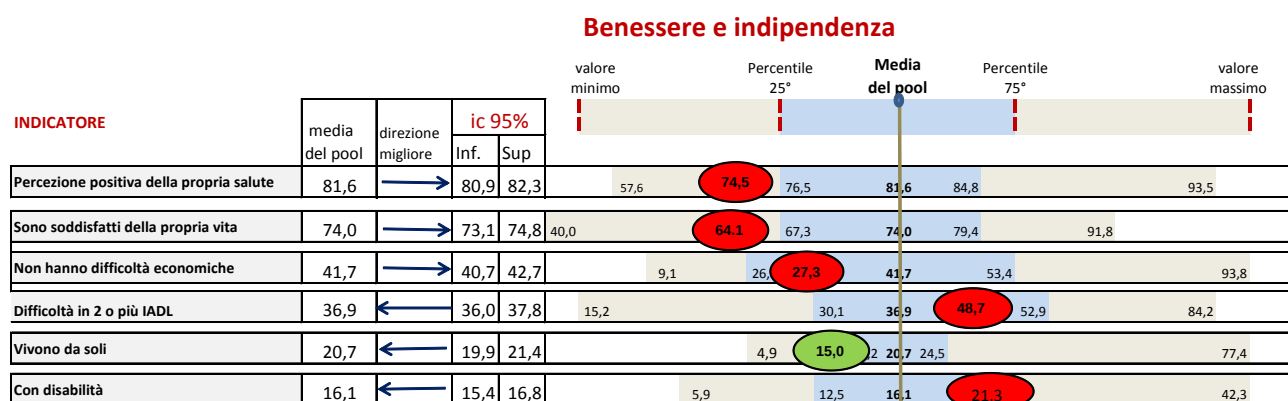
**Soddisfazione della vita
per sottogruppi (%)**
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =348)



1.6 Indicatori che descrivono il benessere e l'indipendenza: un confronto tra la ASP di Cosenza e i dati nazionali

In salute pubblica e' sempre più frequente il ricorso ai profili di salute per rappresentare a colpo d'occhio lo stato di salute di un'intera popolazione o di una sua componente. per quanto non esista un profilo di salute universalmente condiviso per le persone con 65 e più anni, abbiamo usato i risultati di passi d'argento per riassumere con pochi indicatori la condizione per ognuno dei capitoli (4) in cui abbiamo ripartito l'informazione raccolta. Nel contesto della sorveglianza questo approccio, oltre a dare un'idea su alcuni aspetti qualificanti di salute di un gruppo di popolazione, permette anche, in maniera semplice e scientificamente solida, di confrontare il valore degli indicatori prescelti con quello di altre unità territoriali (per esempio, le asl fra di loro all'interno di una regione o le regioni i fra di loro).

Per realizzare questo approccio abbiamo scelto di utilizzare le spine-chart, un grafico particolare che permette di confrontare il valore di un certo indicatore, misurato localmente, con un valore di riferimento "nazionale" e di testare, in modo, semplice se la differenza rilevata (in meglio o in peggio) sia statisticamente significativa.



LEGENDA

- Valore significativamente peggiore della media del pool nazionale (pallino rosso)
- Valore significativamente migliore della media del pool nazionale (pallino verde)
- Valore non significativamente differente della media del pool nazionale (pallino giallo)
- ← Valore bassi=migliore indicatore
- Valore alti=migliore indicatore

Con la "spine chart" come questa si rappresentano in un'unica immagine diversi indicatori. Per ogni indicatore viene riportato il valore della media del pool nazionale (con la linea centrale verticale), i valori del 25° e del 75° percentile (ai limiti della banda azzurra), il valore minimo e massimo (ai limiti della banda beige) riscontrati fra le 115 aziende sanitarie che nel 2012-2013 hanno partecipato alla rilevazione dei dati. Il valore dell'indicatore per l'ASL o la regione cui si riferisce il rapporto viene indicato con un pallino di 3 diversi colori: VERDE, ROSSO o GIALLO a seconda che il valore sia significativamente migliore, peggiore o NON significativamente differente rispetto al valore medio del pool nazionale. La significatività della differenza si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza (indicati) del valore medio del pool nazionale e quelli del valore locale (regionale o aziendale). Se non vi è sovrapposizione di valori, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è. Attenzione: non basta, per una certa regione o azienda, avere un pallino verde per escludere che l'aspetto indicato NON sia un problema di salute pubblica.

Nella ASP di Cosenza circa 15 anziani su 100 hanno dichiarato di vivere da soli; questo valore è l'unico ad essere significativamente migliore rispetto a quello osservato nel pool di ASL (21 anziani su 100). Altri indicatori, come la percezione positiva della propria salute e la soddisfazione della propria vita, oltre ad avere un valore significativamente peggiore, cadono anche al di fuori del 25° percentile (banda azzurra), ossia al di sotto del 50% delle osservazioni. Per quanto riguarda invece la percezione delle difficoltà economiche, le difficoltà in 2 o più IADL e la percentuale di persone con disabilità, i corrispondenti valori, seppure peggiori in maniera statisticamente significativa rispetto al pool di ASL, rientrano comunque nell'ambito del 50% delle osservazioni.

2. Fattori di rischio, condizioni di salute e cure

Un invecchiamento attivo e in buona salute è frutto di diversi fattori che agiscono durante tutto il corso della 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 i settori della società civile, oggi più che mai, chiamati a costruire un ambiente sicuro e “salutare” in una società realmente “*age-friendly*”.

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

Promuovere stili di vita salutari è una sfida importante per il sistema socio-sanitario, soprattutto se si considera l'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dall'alta prevalenza delle malattie cronico-degenerative. Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica che, insieme a fattori non modificabili (ereditarietà, sesso, età), danno origine a fattori di rischio intermedi (l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità). Per questo motivo, la promozione di stili di vita salutari, a tutte le età, è importante per prevenire e migliorare il trattamento e la gestione delle principali patologie croniche.

2.1.1 Attività fisica

Negli ultimi 10 anni, è notevolmente aumentata la conoscenza sugli effetti dell'attività fisica e dell'esercizio tra gli uomini e le donne con 65 anni e più.

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. Nelle persone con 65 anni e più 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 generali di salute e dell'età. Nell'indagine PASSI d'Argento si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica (Physical Activity Score in Elderly: PASE) che tiene conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana e considera le attività sportive, quelle ricreative (ginnastica e ballo) e i lavori di casa pesanti o il giardinaggio. Per ciascuna attività viene calcolato uno punteggio che tiene conto del tempo (h/d) dedicato all'attività o della sola partecipazione (yes/no) e del tipo di attività, più o meno intensa. Il punteggio PASE totale è

ottenuto sommando i punteggi delle singole attività pesate.

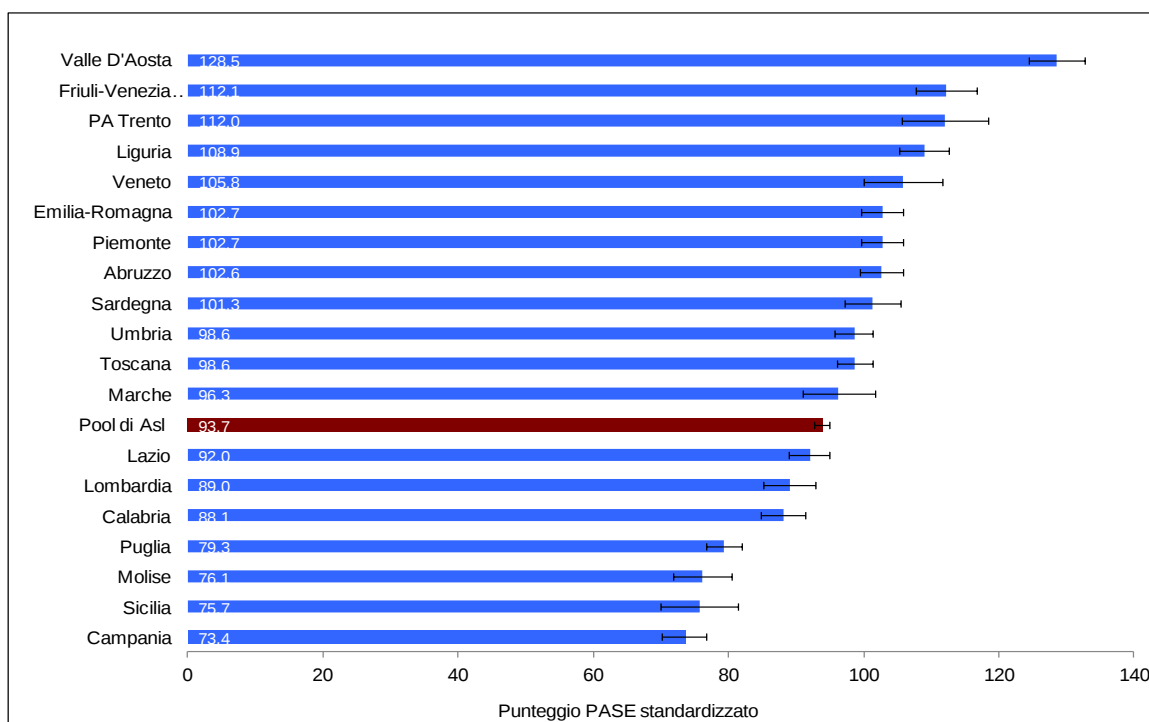
Sono stati definiti non eleggibili per l'analisi sull'attività fisica le persone con 65 e più anni campionate che presentavano difficoltà nel deambulare in maniera autonoma e quelli che avevano avuto bisogno dell'aiuto del proxy (un familiare o un'altra persona di fiducia regolarmente a contatto con il soggetto) per effettuare l'intervista.

I dati raccolti nell'indagine 2012 del PDA ci hanno permesso di utilizzare le curve di percentili come metodo per la valutazione e descrizione del livello di attività fisica nella popolazione anziana.

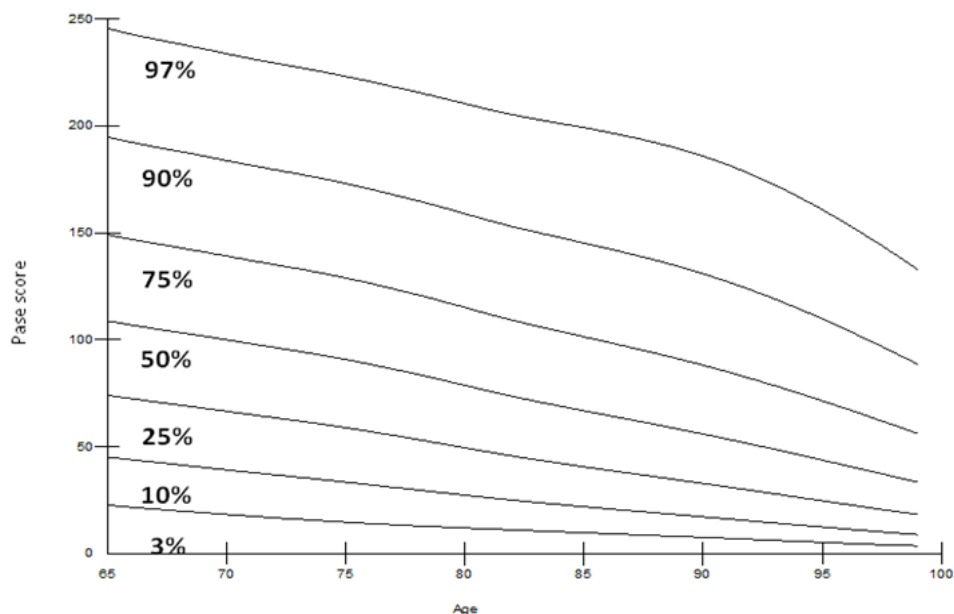
Il valore mediano è pari a 93.3 con range (1.4-397). Il punteggio PASE decresce con l'aumentare dell'età e i valori medi della popolazione calcolati per uomini e donne sono statisticamente differenti (99 vs 90). La popolazione con 65 anni e più è molto eterogenea ed è importante tener conto delle note differenze tra uomini e donne e delle caratteristiche che si assumono con l'avanzare dell'età.

2.1.1.1 Quante sono le persone con 65 o più anni attive fisicamente?

Non esistono degli standard universalmente accettati per l'attività fisica degli persone con 65 anni e più misurabili con il punteggio PASE, vista anche la grande variabilità delle loro condizioni di salute. Standardizzando i valori per genere ed età per le regioni/aziende che hanno partecipato al Passi d'Argento, si ottiene un diagramma a barre che illustra il valore della media e il relativo intervallo di confidenza.



Al fine di utilizzare per l'azione i valori del PASE, si sono costruite, su tutta la base di dati del pool nazionale, delle curve percentili, per genere (2) e gruppi di età (3). A titolo di esempio, viene mostrata la curva dei percentili principali per l'intera popolazione ultra64enne del pool di PASSI d'Argento.



In mancanza di cutoff (valori soglia) validi universalmente, per la comprensione del livello di attività fisica delle persone si forniscono delle informazioni che, per essere usate dal punto di vista operativo, devono essere integrate con altre. Per esempio, nella ASP di Cosenza il 10 % delle donne fra 65 e 74 anni ha un livello di attività fisica inferiore al 10° percentile (rispetto ai valori del pool nazionale). Il livello di AF è certamente basso. E' necessario tuttavia avere altre fonti di informazione che permettano di stimare se si tratta di inattività fisica modificabile e in quale misura. La tabella seguente mostra la percentuale di persone della nostra ASP, eleggibili alle analisi sull'attività fisica, che hanno un punteggio PASE al di sotto di alcuni valori percentili selezionati (50°, 25°, 10°) rilevati sul pool nazionale.

Gruppi di età	Campione di persone in ASL eleggibili* alle analisi sull'attività fisica n(%)	% di persone al di sotto della mediana del pool** (50° percentile)	% di persone al di sotto del 25° percentile del pool**	% di persone al di sotto del 10° percentile del pool**
Uomini 65-74	84 (29%)	52%	23%	10%
Uomini 75-84	41 (14%)	46%	22%	10%
Uomini 85 e più	4 (1%)	25%	0%	0%
Donne 65-74	93 (32%)	45%	25%	10%
Donne 75-84	54 (19%)	70%	31%	2%
Donne 85 e più	12 (4%)	67%	0%	0%
Totale persone con 65 anni e più	288 (100%)	53%	24%	8%

*gli eleggibili sono le persone autonome nella deambulazione e che non hanno usufruito dell'aiuto del proxy per sostenere l'intervista

** totale dati raccolti nell'indagine PDA 2012/2013

È possibile stimare il numero di anziani sui quali intervenire con programmi di prevenzione specifici per stimolare la pratica dell'attività fisica e quindi avere la dimensione reale del problema.

La stima è stata fatta su tutta la popolazione, nella quale è compresa anche la quota di persone con 65 anni e più che hanno difficoltà alla deambulazione e/o problemi cognitivi, alle quali bisogna comunque offrire un programma che stimoli l'attività fisica, anche intesa come mobilitazione passiva.

Stima inattivi su tutta la popolazione > 64 anni			
fasce età	stima inattivi < 50° percentile	stima inattivi < 25° percentile	stima inattivi < 10° percentile
Uomini 65-74	16.930	7.310	3.078
Uomini 75-84	10.808	5.119	2.275
Uomini 85 e più	1.596	-	-
Donne 65-74	15.894	8.704	3.406
Donne 75-84	21.793	9.749	574
Donne 85 e più	8.163	-	-
tutte le età	75.183	30.883	9.333

Quindi se vogliamo intervenire sul gruppo di anziani con età tra i 65 e i 74 anni con valori di punteggio PASE inferiori al 10° percentile e quindi con una situazione di sedentarietà sappiamo che il nostro lavoro interesserà circa 3.078 uomini e 3.406 donne.

2.1.2 Stato nutrizionale e abitudini alimentari

In ogni fase della vita lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute. Nelle persone con 65 anni e più, possono manifestarsi problemi nutrizionali secondari tanto agli eccessi quanto alle carenze alimentari, entrambi in grado di provocare la comparsa di processi patologici a carico di vari organi e di favorire l'invecchiamento. In particolare, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona. La perdita di peso non intenzionale rappresenta, invece, un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

Lo stato nutrizionale si misura comunemente attraverso l'indice di massa corporea (IMC), dato dal rapporto del peso (in Kg) ed il quadrato dell'altezza (in metri); le persone vengono classificate sottopeso (IMC < 18,5), normopeso (IMC: fra 18,5-24,9), sovrappeso (IMC: fra 25-29,9), obeso (IMC $\geq$ 30). In PASSI d'Argento poiché questo indice viene calcolato sui dati riferiti dall'intervistato e non misurati direttamente, non si può assegnare un valore assoluto alla distribuzione dello stato nutrizionale nella popolazione in studio.

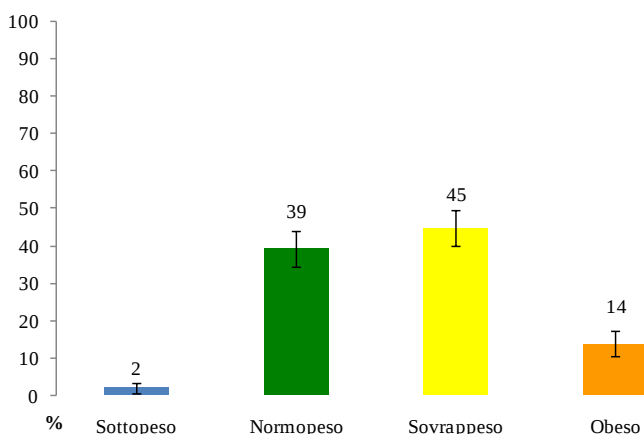
Adeguate quantità di frutta e verdura assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, vitamine, minerali, acidi organici, sostanze antiossidanti e di fibre che oltre a proteggere da malattie cardiovascolari e neoplastiche, migliorano la funzionalità intestinale e contribuiscono a prevenire o migliorare la gestione del diabete mellito non insulino-dipendente. Secondo stime dell'OMS complessivamente lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile di circa un terzo degli eventi coronarici e di circa il 10% di ictus cerebrale. La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata per proteggersi da queste ed altre patologie e assicurare un rilevante apporto di nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici) e sostanze protettive antiossidanti. Per questo motivo, in accordo con le linee guida, che raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno (five-a-day) di frutta o verdura, insalata o ortaggi, PDA misura il consumo di questi alimenti.

2.1.2.1 Qual è lo stato nutrizionale delle persone con 65 anni e più?

Il 39.1% risulta normopeso, il 44.8% in sovrappeso, il 13.9% obeso. Il 2.1% è sottopeso.

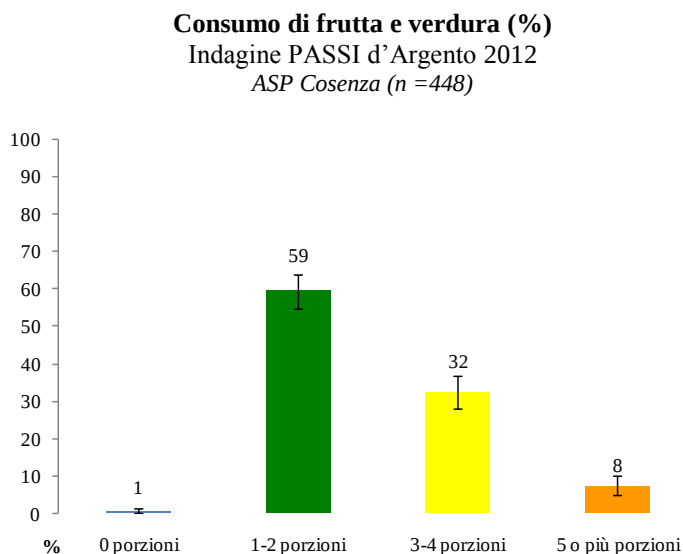
Le persone in eccesso ponderale, cioè in sovrappeso e obeso, sono il 58.7%.

Stato nutrizionale (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =381)



2.1.2.2 Quante porzioni di frutta e verdura al giorno consumano le persone con 65 anni e più?

- Le persone con 65 anni e più che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura (“five a day”) raccomandate al giorno sono solo il 7.6 %;
- Più della metà (59.5 % consuma solo 1-2 porzioni.



2.1.2.3 Quali sono le caratteristiche delle persone che consumano almeno tre porzioni di frutta e verdura al giorno?

- Il consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno è più frequente tra gli uomini (poco meno di un uomo su 2 vs poco più di una donna su 3) e tra le persone con 65-74 anni e più rispetto agli ultra 74 anni (rispettivamente poco meno di uno su 2 vs poco più di uno su 3).
- Consumare almeno tre porzioni di frutta e verdura è più frequente tra:
 - le persone con livello di istruzione alta
 - le persone che hanno poche o nessuna difficoltà economica
 - le persone in buone condizioni di salute.

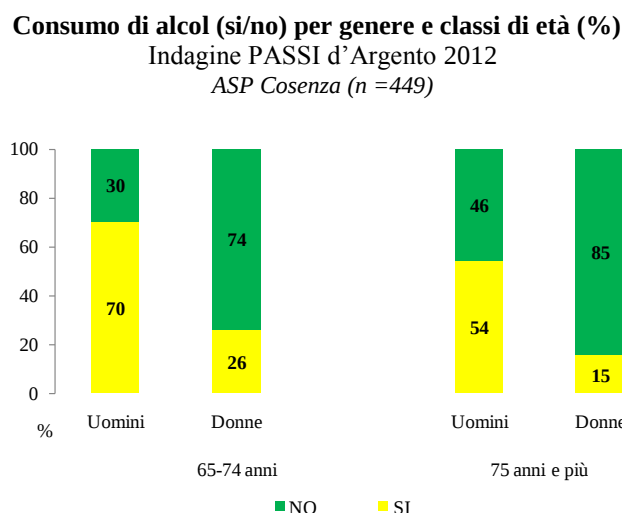
2.1.3 Consumo di alcol

Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età. La fascia di popolazione con 65 anni e più è ad elevata vulnerabilità rispetto all'alcol: con l'età, infatti, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo. A partire dai 50 anni circa la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce e l'alcol viene dunque diluito in una quantità minore di liquido. Questo significa che, a parità di alcol ingerito, il tasso alcolemico risulta più elevato e gli effetti sono più marcati. A questo fenomeno si aggiunge il ridotto funzionamento di alcuni organi come il fegato ed i reni, che non riescono più a svolgere pienamente la funzione di inattivare l'azione tossica dell'alcol e permetterne l'eliminazione dall'organismo. Si deve anche considerare che le persone anziane soffrono spesso di problemi di equilibrio, dovuti all'indebolimento della muscolatura, nonché di una ridotta mobilità. Il consumo di alcol può quindi aggravare la situazione, facilitando le cadute e le fratture. A tutto ciò si deve aggiungere che l'alcol interferisce con l'uso dei farmaci che le persone anziane, molto spesso, assumono quotidianamente. Pertanto, in età avanzata, anche un consumo moderato di alcol può causare problemi di salute. Le Linee Guida dell'INRAN (Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli anziani di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 Unità Alcolica (330 ml di birra, 125 ml di vino o 40 ml di un superalcolico) senza distinzioni tra uomini e donne.

Nell'indagine PASSI d'Argento è stata stimata la prevalenza dei consumatori di alcol e in particolare il numero di persone che bevono più di un'unità alcolica, corrispondente a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno. Infine è stato stimato il numero di persone che hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

2.1.3.1 Distribuzione del consumo di alcol per età e sesso

- Il 38.9% delle persone consumano alcolici.
- Il consumo è maggiore negli uomini rispetto alle donne (62.6% vs 20.2%)
- Considerando l'età, la percentuale dei consumatori passa da 47.2% nella classe di età 65-74 anni a 31.2% in quella delle persone con 75 anni e più.



2.1.3.2 Quante persone con 65 anni e più sono bevitori a rischio, ovvero consumano più di una unità alcolica al giorno? E quali sono le loro caratteristiche?

- Poco più di una persona su 10 è un bevitore a rischio, ovvero consuma più di una unità alcolica al giorno.
- Si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (20 su 100 vs 3 su 100 donne) e tra le persone con 65-74 anni (14 su 100 vs 8 su 100 con 75 anni e più).
- Essere bevitori a rischio è più frequente tra coloro che hanno un grado di istruzione più alto (16 su 100 vs 9 su 100)
- Circa 17 persone su 100 in buone condizioni a basso rischio consumano alcol in quantità superiore a quella consentita

2.1.3.3 Quante persone hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione della ASP di Cosenza si può stimare che:

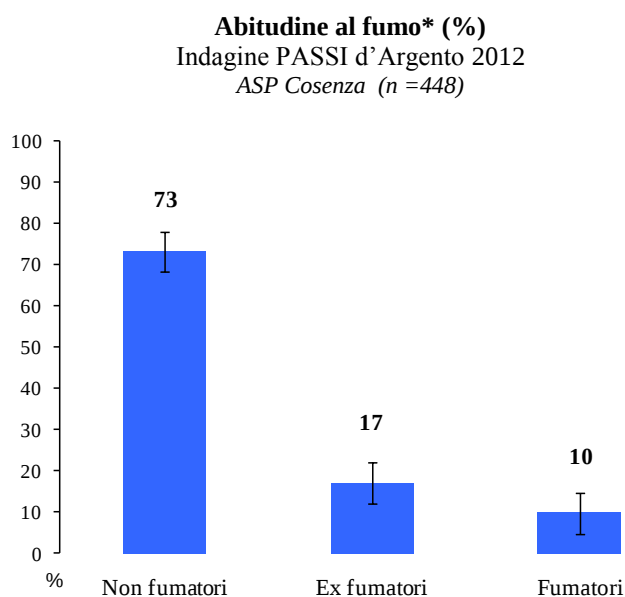
- Il totale delle persone con 65 anni e più che consumano alcol è di 54.598 persone (38.9% degli intervistati).
- Sono consumatori a rischio, ossia consumano più di una unità alcolica al giorno circa 15.293 persone (10.9% di tutti gli intervistati)
- Tra questi, solo 1 su 10 ha ricevuto il consiglio di smettere di bere da parte di un medico o di un operatore sanitario

2.1.4 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 - disability-adjusted life year). Il fumo fa male a tutte le età, ma le conseguenze negative del fumo aumentano con l'aumentare dell'età; le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con 60 anni e più sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva.

2.1.4.1 Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Le persone con 65 anni e più che fumano sono il 9.8%. Di questi circa il 57.1% sono considerati forti fumatori, ovvero fumano più di 10 sigarette al giorno.
- Il 16.9% ha fumato almeno cento sigarette, ma al momento ha smesso.
- Le persone con 65 anni e più che non hanno mai fumato sono il 73.3%.
- Si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (18 su 100 vs 4 donne su 100) e tra le persone con 65-74 anni e più (13 su 100 vs 7 su 100).



* 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

2.1.4.2 Quanti fumatori hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione della ASP di Cosenza possiamo stimare che:

- Il totale delle persone con 65 anni e più che fumano è di 13.767 (pari al 9.8% degli intervistati).
- Tra coloro che fumano, circa 7 su 10 hanno ricevuto il consiglio di smettere da parte del proprio medico curante

2.2 Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologia cardio- e cerebrovascolare e, di conseguenza, è associata ad elevati tassi di mortalità, morbidità e disabilità. Il rischio aumenta progressivamente al crescere dell'età. Particolarmente frequente nelle persone con 65 anni e più, ed anzi caratteristica di questa fascia di età, è l'ipertensione sistolica isolata, che tradizionalmente è definita dall'associazione di una pressione arteriosa sistolica superiore a 159 mmHg con diastolica inferiore a 90 mmHg. La sua prevalenza cresce all'aumentare dell'età, dallo 0,8% a 50 anni fino al 23,6% all'età di 80 anni. È ormai definitivamente accertato che anche l'ipertensione sistolica isolata, non meno di quella sisto-diastolica, aumenta il rischio cardiovascolare. Per entrambe le forme, studi clinici randomizzati hanno dimostrato l'efficacia del trattamento antipertensivo nel ridurre la mortalità e la morbidità attribuibili all'ipertensione. Il trattamento non farmacologico dell'ipertensione arteriosa si basa sull'adozione di misure comportamentali, quali la dieta, l'esercizio fisico moderato, l'eventuale cessazione dell'abitudine al fumo e la riduzione del consumo di alcolici.

2.2.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che soffrono di ipertensione?

- Il 70.2 % riferisce di soffrire di ipertensione.
- L'ipertensione arteriosa è più frequente, anche se non in maniera statisticamente significativa tra:
 - le persone con 65-74 anni
 - le donne
 - le persone con livello di istruzione basso
 - le persone con molte difficoltà economiche

Persone con ipertensione (%)

Indagine PASSI d'Argento
ASP Cosenza (n =449)

Totale = 70.2% (IC95% 66.0 – 74.4)

Genere



Classi di età



Istruzione



Difficoltà economiche



% 0 20 40 60 80 100

2.3 Prevalenza della malattie croniche non trasmissibili

L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento del carico delle malattie cronico degenerative, come quelle cerebro-cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici. Con l'avanzare dell'età è sempre più frequente la presenza di comorbidità ovvero la coesistenza nello stesso individuo di 2 o più patologie croniche. Nella maggior parte dei casi si tratta di malattie croniche, per le quali tuttavia esistono misure di prevenzione efficaci in grado di prevenirle o ridurre la disabilità ad esse associata. La sostenibilità del sistema assistenziale socio-sanitario richiede, pertanto, che vengano implementate misure di prevenzione e promozione della salute, volte a contenere, per quanto possibile, l'insorgenza delle patologie croniche legata all'invecchiamento o, quantomeno, gli esiti disabilitanti.

2.3.1 Qual è la prevalenza di patologie croniche nella popolazione con 65 anni e più?

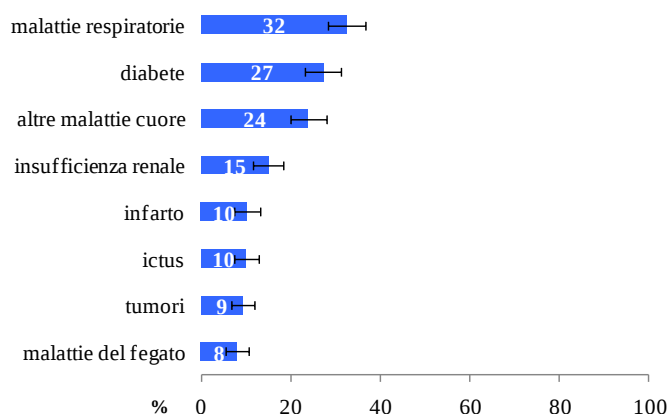
- Il 68.4% delle persone con 65 anni e più ha almeno 1 patologia cronica.

Distribuzione delle patologie croniche (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012

ASP Cosenza (n = 448)

- Il 32.5% soffre di malattie respiratorie, il 27.2% di diabete e il 23.9% di altre malattie del cuore (eccetto infarto o malattie delle coronarie)



2.3.2 Quali sono le caratteristiche delle persone che riferiscono 3 o più patologie croniche?

- Hanno riferito di soffrire di 3 o più patologie croniche il 18.8 % delle persone intervistate
- Questa percentuale è più elevata tra le donne (21 donne su 100 vs 16 uomini su 100) e tra le persone con 75 anni e più (26 ogni 100 vs 11 ogni 100 con meno di 75 anni).
- Avere tre o più patologie croniche è più frequente maggiore tra:
 - le persone con livello di istruzione basso
 - le persone che hanno molte difficoltà economiche
 - le persone a rischio di disabilità e con disabilità.
- La totalità delle persone con 3 o più patologie croniche fa uso di farmaci

2.4 Problemi di vista, udito e masticazione

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione della persone con 65 anni e più, peggiorando notevolmente la qualità di vita ed inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione. I problemi di vista costituiscono, inoltre, un importante fattore di rischio per le cadute. Per quanto riguarda la salute orale, questa costituisce, in ogni fase della vita, un aspetto importante per la salute complessiva della persona. Con il progredire dell'età, le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali e perdita non intenzionale del peso con effetti particolarmente gravi specie tra le persone fragili e con disabilità. I problemi masticatori influenzano inoltre la qualità della vita della persona con 65 anni e più, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico.

2.4.1 Problemi di vista

L'OMS stima che a livello mondiale circa il 65% delle persone affette da patologie oculari siano ultracinquantenni e la percentuale è destinata ad aumentare con l'invecchiamento della popolazione (WHO 2011), pregiudicando l'autonomia delle persone più anziane ed esponendole a un maggior rischio di cadute accidentali. Glaucoma, degenerazione maculare senile, retinopatia diabetica e cataratta costituiscono, secondo il *National Eye Institute*, le principali patologie oculari correlate all'età (NIH, 2004). La maggior parte di queste patologie sono prevenibili, ma per questo e per potenziare i servizi di riabilitazione in favore di chi è affetto da deficit visivo, è di fondamentale importanza una strategia di salute pubblica che contempli la sorveglianza, l'educazione sanitaria della popolazione, il coordinamento degli screening, la diagnosi e la terapia. Il sistema PASSI d'Argento permette di stimare la proporzione di anziani con problemi di vista e di fare confronti a livello nazionale e soprattutto locale (Asl e Regioni).

2.4.1.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di vista?

- Il 23.3% delle persone con 65 anni e più (IC 95% 19,5% - 27,1%) riferisce di avere problemi di vista*. Questa percentuale è più elevata tra le donne (29 donne su 100 vs 16 uomini su 100) e tra le persone con 75 anni e più (33 ogni 100 vs 13 ogni 100 con meno di 75 anni).
- Avere problemi di vista è più frequente tra:
 - le persone con livello di istruzione basso
 - le persone che hanno molte difficoltà economiche
 - le persone a rischio di disabilità e con disabilità.
- Tra coloro che hanno riferito di essere caduti negli ultimi 30 giorni, il 42.0% ha dichiarato di avere problemi di vista rispetto al 20.3% di coloro che non sono caduti.

* Le persone con 65 anni e più che dichiarano di vedere male (con l'esclusione di coloro che vedono bene solo con gli occhiali).

2.4.2 Problemi di udito

La riduzione della capacità uditiva è un fenomeno comune nell'invecchiamento e viene definita presbiacusia. Si stima che circa il 30-35 % della popolazione compresa nella fascia di età 65-75 anni è affetta da presbiacusia e la percentuale sale al 50% per le persone con 75 anni e più.

La presbiacusia è un fenomeno progressivo, bilaterale e il più delle volte silente, del quale gli individui non sono spesso consapevoli, mentre il problema non sfugge a conviventi e conoscenti. Numerose classi di farmaci, tra cui diuretici, antibiotici e anti-infiammatori, sono responsabili di danni a carico dell'apparato uditivo, specie in presenza di una ridotta funzionalità renale, come è frequente nelle persone più anziane. La riduzione dell'udito e le conseguenti difficoltà a comunicare con gli altri si ripercuotono negativamente sulla vita fisica, emotiva e sociale della persona, che presenta con maggior frequenza segni di depressione, insoddisfazione della vita e un minore coinvolgimento nelle attività sociali. La presbiacusia si associa anche a un aumentato rischio di cadute, con la possibile conseguente frattura del femore, una delle principali cause di disabilità nell'anziano. La diagnosi della presbiacusia, semplice e poco dispendiosa, ed il suo trattamento rappresentano, quindi, una importante priorità di salute pubblica. In particolare risulta di grande rilevanza per l'anziano l'accesso ai servizi diagnostici audiologici, ai fini della prevenzione delle complicanze che questo deficit sensoriale può comportare.

2.4.2.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di udito?

- Il 26.9% delle persone con 65 anni e più (IC 95% 22.9% - 30.9%) riferisce di avere problemi di udito.
- Ad avere i problemi di udito sono maggiormente:
 - le persone con 75 e più anni (36 su 100 vs 17 su 100 con 65-74 anni)
 - le persone con livello di istruzione basso
 - le persone che hanno molte difficoltà economiche
 - le persone con disabilità.
- I problemi di udito sono più frequenti tra le persone che si trovano in una condizione di isolamento sociale rispetto a chi invece è più integrato e partecipa alla vita sociale (53 su 100 vs 17 su 100).

* Le persone con 65 anni e più che dichiarano di sentire male (con l'esclusione di coloro che sentono bene solo con apparecchi acustici).

2.4.3 Problemi di masticazione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nei paesi a Sviluppo Avanzato, i problemi di salute orale sono il quarto disturbo più costoso. Le persone più anziane molto spesso non ricevono adeguati trattamenti per mancanza di consapevolezza, difficoltà di accesso ai servizi, ma anche per l'idea sbagliata che gli anziani non possano giovare di misure preventive e di interventi di educazione alla salute orale. I problemi di salute orale delle persone con 65 anni e più non sono solo legati alla cattiva masticazione e alla perdita dei denti, includono anche problematiche quali la xerostomia, nota anche come secchezza delle fauci, molto spesso collegata all'assunzione prolungata di farmaci o a patologie tumorali del cavo orale, riconducibili all'abitudine al fumo e al consumo eccessivo di alcol. Le difficoltà di masticazione possono limitare l'assunzione di importanti alimenti più difficili da masticare, determinando talvolta problemi di malnutrizione e anche perdita di peso. Infine, la mancanza di denti o comunque una dentatura compromessa può determinare anche forme di disagio psicologico con fenomeni di isolamento sociale e perdita di stima. Esistono cure efficaci per i problemi di salute orale. Inoltre, è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia di interventi di promozione della salute orale. La prevenzione dei problemi di masticazione favorisce il miglioramento della qualità della vita ed è particolarmente importante per gli anziani più fragili o disabili in quanto previene problemi di salute collegati alla malnutrizione e alla perdita di peso. Alcuni fattori di rischio comportamentali come l'abitudine al fumo e il consumo di alcol sono associate a gravi patologie come il cancro del cavo orale.

2.4.3.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di masticazione?

- Riferisce di avere problemi di masticazione il 27.9 % delle persone con 65 anni e più (IC 95% 23.8% - 32.0%).
- I problemi di masticazione sono più frequenti tra:
 - le persone con 75 e più anni (36 su 100 vs 20 su 100 di 65-74 anni)
 - le persone con livello di istruzione basso (33 su 100 vs 15 su 100)
 - le persone che hanno molte difficoltà economiche
 - le persone con disabilità.

I problemi di masticazione ricorrono più frequentemente tra le persone che hanno dichiarato di aver perso peso negli ultimi 12 mesi (38 su 100 vs 23 su 100 di coloro che non hanno perso peso).

* Le persone con 65 anni e più che dichiarano di masticare male (con l'esclusione di coloro che masticano bene solo se usano la dentiera).

2.4.3.2 Quante persone con 65 anni e più sono state dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione della ASP di Cosenza, si può stimare che:

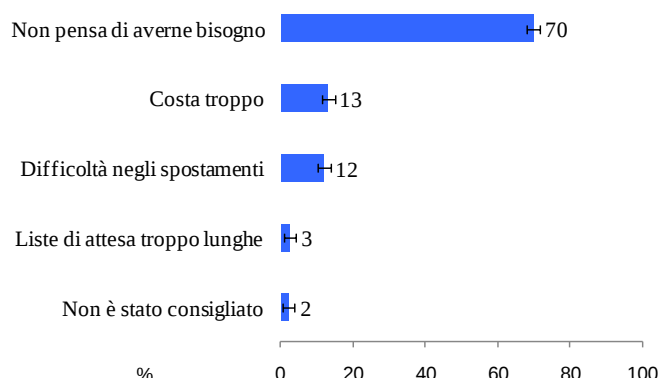
- Il totale delle persone con 65 anni e più che hanno problemi di masticazione è di 39.236 (27.9 % degli intervistati).
- Tra questi solo 16 su 100 hanno riferito di essere stati visitati dal dentista nell'ultimo anno

2.4.3.3 Perché le persone non si recano dal dentista?

Tra coloro che non si sono recati dal dentista negli ultimi 12 mesi:

- ben il 69.9 % riferisce di non averne bisogno;
- il 13.2 % non si reca dal dentista perché costa troppo;
- il 12.1 % perché ha difficoltà negli spostamenti;
- solo il 2.6 % invoca le lunghe liste di attesa.

Motivo del non recarsi dal dentista
Indagine PASSI d'Argento 2012-2013
ASP Cosenza (n =310)



Tra le persone con disabilità il 33.0 % dichiara di non essersi recato dal dentista per difficoltà negli spostamenti.

2.5 Cadute

Ogni anno si verificano in Italia fra i tre e i quattro milioni di incidenti domestici. Si tratta di un fenomeno che colpisce prevalentemente le persone con 65 anni e più, con conseguenze rilevanti in termini di ricoveri, disabilità e mortalità. Tra gli incidenti domestici, le cadute rappresentano la voce più importante. Il problema è particolarmente rilevante non solo per la frequenza e per le conseguenze di ordine traumatico, ma anche per le ripercussioni sul benessere psicologico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadute può determinare una riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali con progressivo isolamento sociale.

Rispetto alle cause delle cadute, occorre considerare fattori di rischio intrinseci ed estrinseci. I primo comprendono diverse patologie predisponenti, come alcune patologie neurologiche. Fra i secondi rientrano i rischi connessi all'ambiente domestico come pavimenti e scalini sdruciolevoli, scarsa illuminazione, presenza di tappeti, ecc. Altro aspetto importante legato alle cadute è l'assunzione di alcune categorie di farmaci, come gli antipertensivi, gli antidepressivi e gli ipnotici/sedativi.

Per prevenire le cadute sono necessari programmi di intervento mirati a ridurre i principali fattori di rischio per le cadute, a creare le condizioni per un ambiente sicuro e favorevole e a promuovere l'attività fisica.

2.5.1 Quante persone con 65 anni e più sono cadute negli ultimi 30 giorni e quali sono le loro caratteristiche?

- Il 13.8% degli intervistati è caduto/a negli ultimi 30 giorni.
- La prevalenza delle cadute è maggiore nelle donne (20 ogni 100 vs 10 su 100 uomini) e in coloro che hanno molte difficoltà economiche (circa 1 su 3)
- E' caduto negli ultimi 30 giorni circa 1 su 4 dei disabili e 1 su 4 delle persone con problemi di vista vs 1 su 10 delle persone che non li riferiscono.
- La maggior parte delle cadute sono avvenute in casa (più di 6 cadute su 10), mentre 2 cadute su 10 si sono verificate in strada.
- Tra le persone cadute, circa 2 su 10 sono state ricoverate per più di un giorno a seguito della caduta.
- Hanno paura di cadere maggiormente le donne (quasi 7 su 10 vs 4 uomini su 10), le persone più anziane (circa 7 ultra74enni su 10 vs 1 su due con 65-74 anni), 6 persone su 10 con basso livello di istruzione vs 4 su 10 con livello alto, 3 su 4 disabili vs 4 persone su 10 in buona salute; queste differenze sono statisticamente significative.
- Hanno paura di cadere 9 su 10 delle persone cadute con 75 anni e più vs 7 su 10 delle persone di età 65-74 anni

2.5.2 Quante persone con 65 anni e più sono cadute e nella loro abitazione non usano precauzioni anticaduta?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione della ASP di Cosenza si può stimare che:

- Le persone con 65 anni e più che sono cadute negli ultimi 30 giorni sono 19.406 (13.8 % degli intervistati).
- Tra le persone cadute poco più di 1 su 10 non usa misure anticaduta in casa.
- Negli ultimi 12 mesi, circa 1 anziano su 3 ha ricevuto consigli da parte di medico o di un altro operatore su come evitare di cadere

2.6 Sintomi di depressione

La depressione è una patologia psichiatrica che può determinare elevati livelli di disabilità, con notevoli costi diretti e indiretti per l'intera società. Essa è caratterizzata da sentimenti di tristezza, sensazione di vuoto interiore e perdita di interesse e piacere. In molti casi, questi sintomi si accompagnano anche a difficoltà nella cura di sé, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali con tendenza all'isolamento, sensi di colpa e auto-svalutazione, disturbi del sonno e dell'appetito, astenia e difficoltà di concentrazione.

Con il progredire dell'età la presenza di una sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave: essa determina un peggioramento della qualità della vita, ed è collegata ad una maggiore morbidità e ad un aumento del rischio suicidario. Al contrario, in molti casi si riscontra una sottostima della necessità di curarsi sia da parte delle persone più anziane, che considerano il loro stato psicologico una necessaria conseguenza della loro storia di vita, sia da parte di familiari e conoscenti che l'interpretano come una condizione tipica dell'età avanzata.

Analogamente alla sorveglianza PASSI, il sistema PASSI d'Argento valuta la presenza dei sintomi fondamentali della depressione (umore depresso e perdita di interesse o piacere per le attività che si è soliti svolgere) utilizzando il Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2): un test validato e molto utilizzato a livello internazionale e nazionale, che è caratterizzato da elevata sensibilità. Esso rappresenta un valido strumento per lo screening dei sintomi di depressione anche tra le persone con 65 anni e più.

2.6.1 Quante sono le persone con sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

Il 24,8% (IC95% 20.3 – 29.4) degli intervistati presenta sintomi di depressione*.

- Questi sintomi sono più diffusi tra:
 - le donne (1 donna su tre vs 1 uomo su 6)
 - le persone con 75 anni e più (circa 1 su 3 vs 1 su 5 con 65-74 anni)
 - le persone con disabilità (6 persone su 10)
- il 48.9% delle persone con 3 o più patologie croniche presenta sintomi di depressione (vs il 19.8% delle persone che non riferiscono patologie croniche).

* Persone 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.

2.6.2 Quante sono le persone con 65 anni e più che presentano sintomi di depressione che non fanno ricorso ad alcuno?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione della ASP di Cosenza si può stimare che:

- Le persone con 65 anni e più che presentano sintomi di depressione sono 34.889 (24.8 % degli intervistati).

2.6.3 A chi ricorrono coloro che presentano sintomi di depressione?

- Circa 9 persone su 10 con sintomi di depressione si rivolgono a qualcuno.
- In particolare: a familiari/amici (1 su 4), a medici/operatori sanitari (1 su 4), a entrambi (4 su 10).
- Poco più di 1 anziano su 10 depresso non si rivolge a nessuno

2.7 Rischio di isolamento

L'isolamento sociale è un concetto multidimensionale che comprende sia aspetti di natura “strutturale” quali ad esempio il vivere soli e la scarsità di relazioni, sia aspetti di natura “funzionale” come il supporto materiale ed emozionale veicolato dai rapporti in essere. L'assenza di relazioni sociali o la sua relativa scarsità, costituisce, ad ogni età, un importante fattore di rischio per la salute e per il benessere complessivo della persona. Con il progredire dell'età l'isolamento sociale risulta in relazione anche con il declino delle capacità cognitive e, più in generale, con un aumento della mortalità. Inoltre, la solitudine e l'isolamento sociale sono associati ad un maggior ricorso e una maggiore durata delle ospedalizzazioni nonché ad una miriade di altre conseguenze sulla salute, incluse la malnutrizione e l'abuso alcolico o il rischio di caduta. 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.

2.7.1 Quante sono le persone a rischio di isolamento sociale e quali sono le loro caratteristiche?

- Il 26.2 % (IC al 95% 22.2 – 30.2) degli anziani intervistati è a rischio di isolamento sociale*.
- Questa condizione è più frequente:
 - tra le donne (1 su 3)
 - tra le persone con 75 anni e più (4 su 10);
 - tra coloro che hanno livello di istruzione basso (1 persona su 3 vs 1 su 10 di quelle con istruzione superiore)
 - tra i disabili (6 persone su 10)

* Persone che nel corso di una settimana normale NON partecipano a incontri collettivi o telefonano o incontrano altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere.

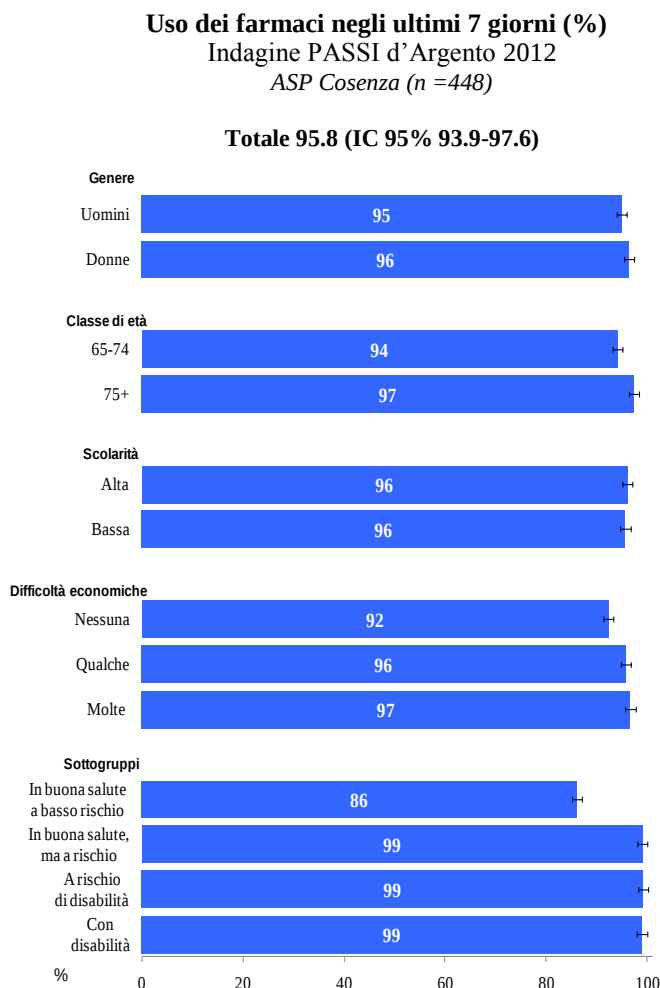
2.8 Sicurezza nell'uso dei farmaci

Con il progredire dell'età, in corrispondenza di una maggiore prevalenza delle patologie croniche, aumentano i livelli di uso e di esposizione ai farmaci. Sono più frequenti i casi di comorbidità e di polifarmacoterapia, con l'assunzione contemporanea di diversi farmaci nell'arco della stessa giornata. La polifarmacoterapia aumenta il rischio di prescrizioni inappropriate e reazioni avverse. Essa, inoltre, può determinare una ridotta efficacia dei farmaci a causa della minore *compliance*.

La revisione regolare dei farmaci è indicata in letteratura come uno degli interventi più efficaci per ridurre le prescrizioni inappropriate di farmaci alle persone con 65 anni e più. La periodica verifica da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) della corretta assunzione della terapia, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, può contribuire a limitare eventuali effetti collaterali e interazioni non volute. Nella sorveglianza PASSI d'Argento sono state raccolte informazioni sui farmaci assunti e sull'eventuale controllo dell'uso dei farmaci da parte del medico di medicina generale.

2.8.1 Quante persone con 65 anni e più hanno fatto uso di farmaci negli ultimi 7 giorni?

- Il 95.8% delle persone con 65 anni e più ha assunto farmaci negli ultimi 7 giorni.
- Questa percentuale è maggiore tra:
 - le persone con 75 anni e più
 - le persone che hanno qualche o molte difficoltà economiche
 - le persone in buona salute a rischio di malattie, le persone a rischio di disabilità e con disabilità.

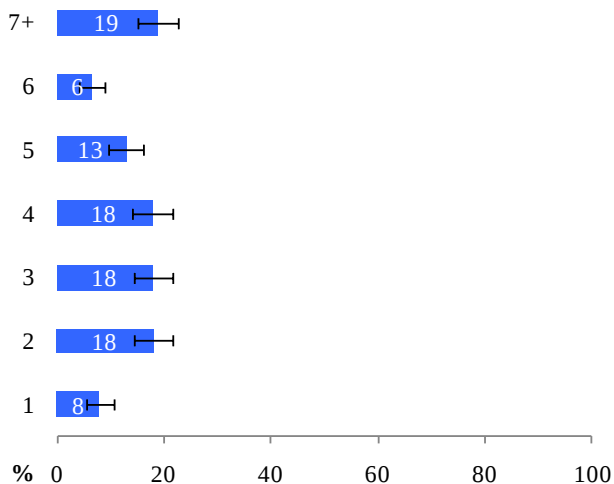


2.8.2 Quanti tipi differenti di medicine prendono?

- Fra coloro che assumono farmaci, il 55.9% ha dichiarato di avere assunto 4 o più farmaci negli ultimi 7 giorni.

Numero di farmaci diversi assunti per giorno (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =421)

- Il 23.7% ha riferito di avere bisogno di aiuto nel prendere le medicine.



2.8.3 Quanti hanno rivisto la terapia farmacologica con il MMG negli ultimi 30 giorni?

- La corretta assunzione della terapia farmacologica (farmaci giusti, orari, quantità) è stata verificata dal medico di fiducia negli ultimi 30 giorni per il 64.9% degli intervistati. Il 17.9 % ha riferito che questo controllo è avvenuto da 1 a 3 mesi prima, il 5.9% da 3 a 6 mesi prima, il 3.0 % più di 6 mesi prima.
- Riferendo la nostra osservazione alla popolazione della ASP di Cosenza, si può stimare che coloro che assumono 4 o più farmaci sono 78.582 persone; più della metà ha effettuato il controllo con il MMG negli ultimi 30 giorni.
- La percentuale di coloro che controllano i farmaci con il MMG è leggermente più alta nelle donne rispetto agli uomini.

2.9 Aiuto nelle attività della vita quotidiana

2.9.1 Quante persone ricevono aiuto tra quelle che hanno limitazioni nelle attività della vita quotidiana? Da chi lo ricevono?

Quasi tutte le persone con 65 anni e più della ASP di Cosenza, che si trovano in situazione di non autonomia nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana (ADL) o in almeno 2 delle attività strumentali (IADL), riferiscono di ricevere aiuto (99.5%); in più di 9 casi su 10 a fornire l'aiuto sono i familiari.

Tra le persone disabili (ossia coloro a cui manca almeno 1 ADL), più di un terzo (33.7%) è assistito da badanti (ovvero persone individuate e pagate in proprio); questa percentuale scende al 16.7% se consideriamo coloro che non sono autonomi nelle sole IADL.

I conoscenti supportano più o meno la stessa percentuale sia di disabili che di persone non autonome nelle sole IADL (rispettivamente 14.2 % e 13.7%).

Meno di 1 persona su 10 tra i disabili (9.4%) e addirittura poco più di 1 su 100 tra coloro che non sono autonomi in 2 o più IADL dichiara di ricevere aiuto da operatori del servizio pubblico (es ASL o Comune), mentre nessuno riferisce di essere assistito presso un centro diurno.

Circa 1 su 3 delle persone con disabilità e meno di 1 su 10 di quelle con difficoltà nelle sole IADL riferiscono di percepire contributi economici.

2.9.2 Come viene giudicato l'aiuto ricevuto?

La domanda sulla valutazione dell'aiuto ricevuto è stata rivolta solo agli anziani che hanno risposto in prima persona al questionario, escludendo cioè coloro che erano assistiti per l'intervista dal proxy; il giudizio è stato prevalentemente positivo (sufficiente/buono); in particolare:

- il 96.8% tra quelli con limitazioni nelle ADL
- il 97.7% tra quelli con limitazioni solo nelle IADL

2.10 Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica, in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio come le persone con 65 anni e più. La vaccinazione è particolarmente importante in presenza di alcune patologie croniche molto frequenti in età anziana, come le patologie dell'apparato respiratorio, cardio-vascolare, il diabete, l'insufficienza renale e i tumori.

Nei paesi industrializzati si stima che l'influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi. La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mira a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale), così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali. Nel nostro Paese, la vaccinazione contro l'influenza per i gruppi a rischio è stata prevista nel Piano Sanitario Nazionale fin dal 1998-2000, e nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccini fin dal 1999-2000.

Il Ministero della Salute raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio. Per le persone con 65 anni e più sono previsti programmi di immunizzazione universale. L'aumento dei livelli di copertura vaccinale nella popolazione con 65 anni e più, richiede la messa in atto di strategie finalizzate a migliorare l'adesione (chiamata attiva, allargamento delle fasce orarie dedicate, vaccinazione a domicilio, etc.).

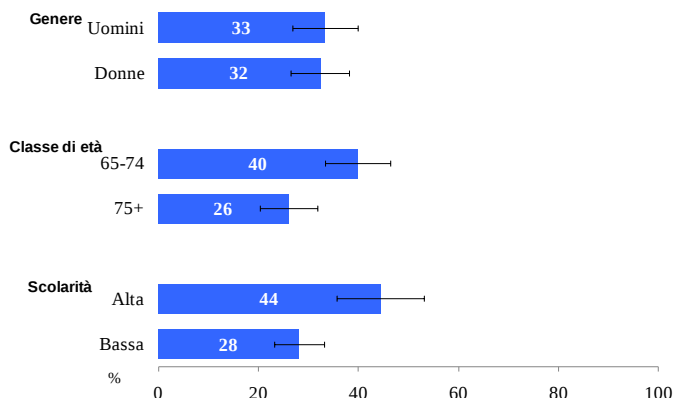
2.10.1 Quante persone con 65 anni e più NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale? E quali sono le loro caratteristiche?

- La percentuale di persone che non si sono sottoposte alla vaccinazione è pari a 32.7%. Tale percentuale è più alta tra:
 - le persone con 65-74 anni
 - le persone con livello di istruzione alto
- Tra le persone che non hanno effettuato la vaccinazione, ha ricevuto il consiglio di vaccinarsi dal proprio MMG solo il 21.6 %

Persone che NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n =445)

Totale = 32.7% (IC95% 28.4 – 37.1)



2.10.2 Quanti hanno ricevuto il consiglio di fare la vaccinazione antinfluenzale?

- Riferendo la nostra osservazione alla popolazione della ASP di Cosenza possiamo stimare che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale circa 94.445 persone con 65 anni e più (67.2%).
- Tra coloro che si sono vaccinati, quasi 8 su 10 lo hanno fatto su consiglio del medico; ciò conferma quanto sia determinante l'intervento di quest'ultimo nel favorire il ricorso alle misure di prevenzione.
- Tra coloro che non hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale, stimabili in circa 45.988 persone, solo 2 su 10 hanno ricevuto il consiglio.

2.11 Protezione dalle ondate di calore

Negli ultimi anni si sono accentuati fenomeni climatici estremi che, soprattutto in estate, sono caratterizzati da ondate di caldo con umidità elevata. Se non vengono prese le dovute precauzioni questi fenomeni possono rivelarsi molto pericolosi per la salute delle persone più anziane e con patologie croniche. E' compito dei servizi socio-sanitari favorire la messa in atto di misure preventive e, soprattutto, comportamentali anche attraverso la diffusione di informazioni e consigli su questo argomento.

2.11.1 Quante persone con 65 anni e più hanno ricevuto consigli per proteggersi dal caldo? E quali sono le loro caratteristiche?

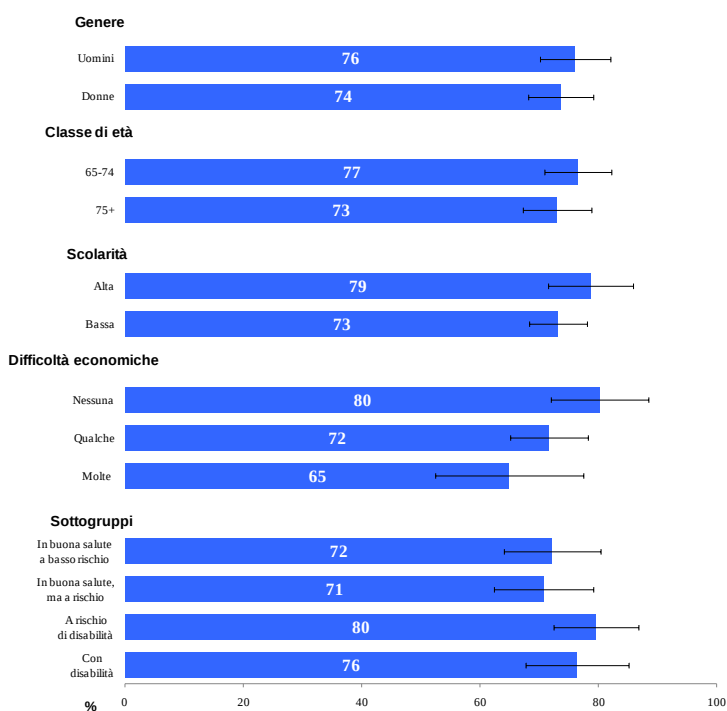
- La percentuale di persone che hanno ricevuto consigli per proteggersi dal caldo è del 74.8%.
- Non si osservano differenze statisticamente significative per genere, classe di età, livello di istruzione e per sottogruppi.

Ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dal caldo (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012

ASP Cosenza (n =444)

Totale = 74.8% (IC95% 70.7 – 78.8)



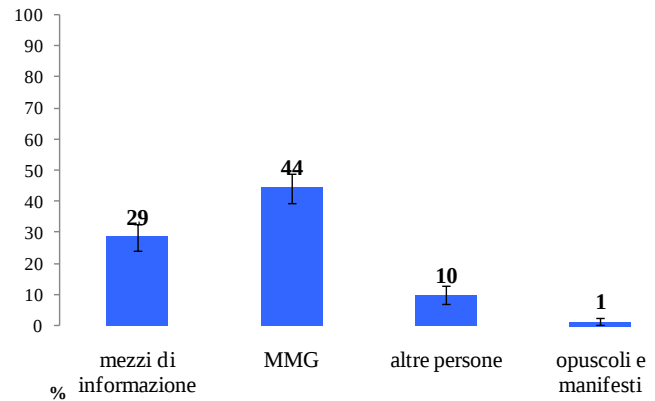
2.11.2 Da chi sono state ricevute informazioni o consigli per proteggersi dal caldo?

-
- Il 25.2 % delle persone con 65 anni e più non ha ricevuto nell'ultima estate informazioni o consigli per proteggersi dal caldo.
- Il medico di medicina generale è risultato il principale mezzo attraverso cui gli anziani hanno ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dalle ondate di calore (44,4%).
- Il 29.5% ha ricevuto informazioni o consigli attraverso i mezzi di informazione di massa (radio/TV, giornali, internet).
- Il 9.9 % ha ricevuto informazioni o consigli da altre persone, diverse dal MMG.
- Solo l'1.3% ha ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dal caldo attraverso opuscoli e manifesti.

Da chi sono state ricevute informazioni o consigli per proteggersi dal caldo (%)

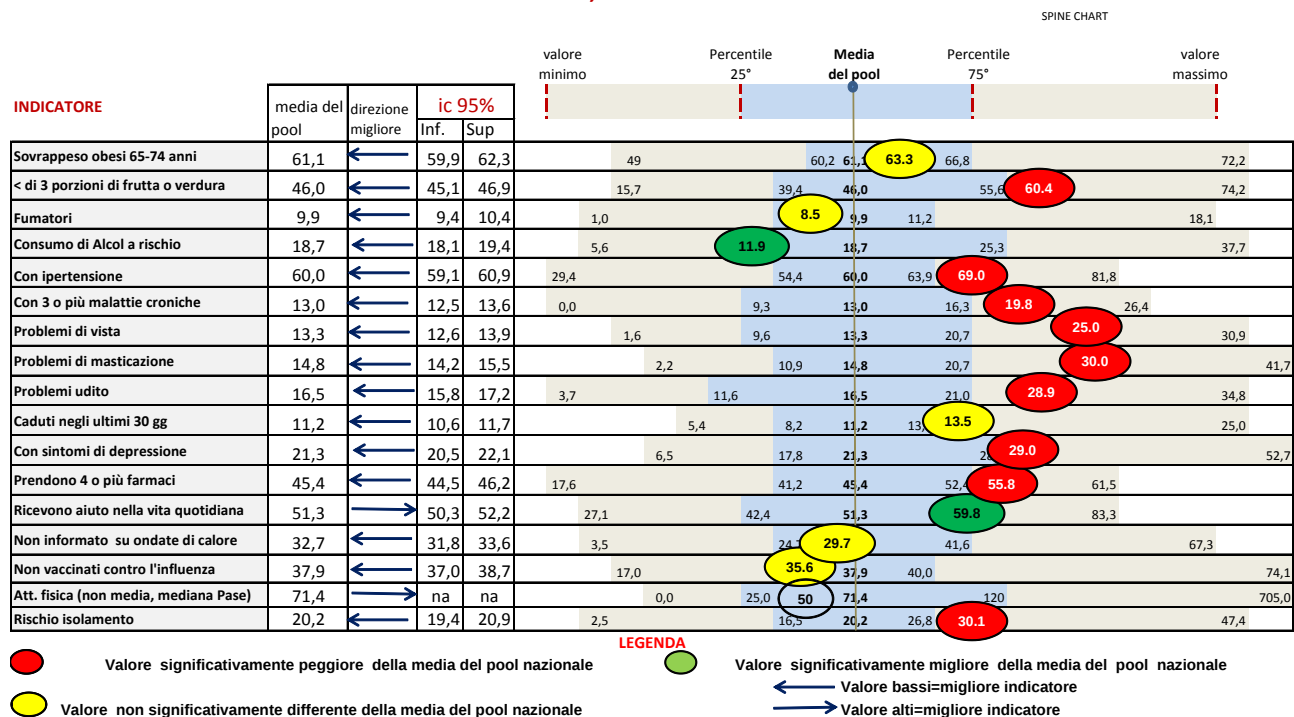
Indagine PASSI d'Argento 2012

ASP Cosenza (n = 444)



2.12 Indicatori che descrivono fattori di rischio e condizioni di salute: un confronto tra la ASP di Cosenza e i dati nazionali

Fattori di rischio, condizioni di salute e cure



Con la "spine chart" come questa si rappresentano in un'unica immagine diversi indicatori. Per ogni indicatore viene riportato il valore della media del pool nazionale (con la linea centrale verticale), i valori del 25° e del 75° percentile (ai limiti della banda azzurra), il valore minimo e massimo (ai limiti della banda beige) riscontrati fra le 115 aziende sanitarie che nel 2012-2013 hanno partecipato alla rilevazione dei dati. Il valore dell'indicatore per l'ASL o la regione cui si riferisce il rapporto viene indicato con un pallino di 3 diversi colori: VERDE, ROSSO o GIALLO a seconda che il valore sia significativamente migliore, peggiore o NON significativamente differente rispetto al valore medio del pool nazionale. La significatività della differenza si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza (indicati) del valore medio del pool nazionale e quelli del valore locale (regionale o aziendale). Se non vi è sovrapposizione di valori, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è. Attenzione: non basta, per una certa regione o azienda, avere un pallino verde per escludere che l'aspetto indicato NON sia un problema di salute pubblica.

Nella ASP di Cosenza la proporzione di persone che consumano alcol a rischio, che non sono informate sulle ondate di calore, che non sono vaccinate contro l'influenza è minore rispetto a quella registrata nel pool di ASL, così come è maggiore la proporzione di persone che ricevono aiuto nelle attività della vita quotidiana. Accanto a questi indicatori di valore significativamente migliore, se ne evidenziano altri, contrassegnati dal pallino giallo, che non si discostano dalla media del pool. Anche se per le condizioni segnalate da entrambi i gruppi di indicatori non si può escludere, comunque, un intervento di sanità pubblica, considerando che per molti di essi il valore atteso dovrebbe essere zero, certamente meritano particolare attenzione gli indicatori etichettati con pallino rosso (pari quasi al 50% di quelli presi in esame), come ad esempio la maggiore proporzione di persone con ipertensione, con 3 o più patologie croniche, con problemi di vista, udito e masticazione ecc., condizioni queste che incidono negativamente sulla qualità di vita dei nostri ultra64enni e che sono suscettibili di interventi di prevenzione e/o di cura.

3. Partecipazione

Insieme all'aumento del numero di persone con 65 e più anni, previsto nei prossimi decenni in Italia e nel resto del mondo, cresce anche l'interesse per il contributo che questa fascia di popolazione può dare a tutta la società. Non a caso l'anno 2012 è stato proclamato Anno Europeo per l'Invecchiamento Attivo (1), con l'intento di incoraggiare i responsabili politici e tutti i gruppi di interesse ad agire con l'obiettivo di creare migliori opportunità per l'invecchiamento attivo e rafforzare la solidarietà tra le generazioni. In questo quadro è stato concepito dalla Commissione europea delle Nazioni Unite per Europa (UNECE)², l'indice di invecchiamento attivo (Active Ageing Index) (2), strumento che permette di misurare e promuovere nell'ambito degli Stati membri dell'UE il potenziale inutilizzato della popolazione anziana. L'indice misura la performance di invecchiamento attivo in quattro distinti ambiti:

- (1) Occupazione;
- (2) Attività sociali e partecipazione;
- (3) Indipendenza e autonomia;
- (4) Capacità e ambiente favorevole per l'invecchiamento attivo.

Ciascun ambito viene indagato attraverso una serie di indicatori, che concorrono a determinare il valore complessivo dell'indice. L'AAI è uno strumento comparativo, che permette ai decisori politici nazionali di valutare la loro performance in tema di invecchiamento attivo rispetto agli altri Stati membri dell'UE e di monitorare i progressi nel tempo; inoltre, calcolato separatamente per uomini e donne fornisce ulteriori approfondimenti sulle azioni politiche necessarie a ridurre le disparità di genere.

La classifica tra gli Stati membri dell'Unione europea per l'indice di invecchiamento attivo vede ai primi posti tre paesi nordici (Svezia, Finlandia e Danimarca), mentre la maggioranza dei paesi dell'Europa centrale e orientale sono in fondo alla classifica; l'Italia si colloca in posizione medio bassa.

E' stata osservata un'elevata correlazione dell'AAI con il PIL pro capite: gli Stati membri dell'UE con maggiore ricchezza e migliore tenore di vita sono più inclini a favorire e sviluppare esperienze di invecchiamento attivo.

Nel 2012 la Commissione europea ha lanciato il Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (EIP-AHA): un'iniziativa pilota che mira a coinvolgere Regioni, città, ospedali e organizzazioni per affrontare la sfida rappresentata dall'invecchiamento demografico, con l'obiettivo di accrescere di due anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini europei entro il 2020, attraverso un approccio globale, innovativo e integrato all'assistenza, cura e uso di tecnologie per l'invecchiamento sano e attivo.

La partecipazione attiva delle persone anziane può essere promossa attraverso una serie di iniziative, come ad esempio: incoraggiare i pensionati a lavorare part-time, coinvolgerli in iniziative comunitarie e di volontariato, o adattare i sistemi

²L'Invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale, come è stato riconosciuto dal Piano di Azione Internazionale sull'Invecchiamento (MIPAA) delle Nazioni Unite, adottato dalla Seconda Assemblea Mondiale sull'invecchiamento di Madrid nel 2002. L'MIPAA rappresenta il quadro politico di riferimento globale per indirizzare le risposte dei vari Paesi nei confronti dell'invecchiamento della popolazione. L'UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) è responsabile per l'attuazione di MIPAA in Europa; nel 2012 ha adottato la dichiarazione di Vienna che descrive quattro obiettivi prioritari per i paesi UNECE, da raggiungere entro la fine del terzo ciclo (2017): (i) incoraggiare e mantenere una più lunga attività lavorativa; (ii) promuovere la partecipazione, la non discriminazione e l'inclusione sociale delle persone anziane; (iii) promuovere e salvaguardare la dignità, la salute e l'indipendenza nella maggiore età e (iv) mantenere e rafforzare la solidarietà intergenerazionale. L'AAI è uno strumento importante per essere utilizzato per valutare e controllare l'attuazione delle MIPAA.

fiscali in modo che venga riconosciuta l'assistenza informale fornita dalle persone anziane (es. baby-sitter).

Tutto questo crea le condizioni ottimali affinché le persone più avanti in età rappresentino una risorsa per la collettività, contribuisce a ridurre il loro livello di dipendenza dagli altri e ad innalzare la qualità della loro vita. Il concetto di “anziano-risorsa” parte da una visione positiva della persona, che è in continuo sviluppo ed è in grado di contribuire, in ogni fase della vita, sia alla propria crescita individuale che collettiva. Già nel 1997 con la dichiarazione di Brasilia, l'OMS definiva la persona anziana come una risorsa per la famiglia, la comunità e l'economia (3). Oggi è sempre più riconosciuto il valore sociale ed economico di alcune attività svolte dalle persone più anziane quali, ad esempio, attività lavorative retribuite, attività di volontariato, attività in favore di membri del proprio nucleo familiare o amicale. Nell'indagine PASSI d'Argento sono stati misurati alcuni aspetti della partecipazione e dell'essere risorsa. In particolare, è stata valutata la frequenza a corsi di cultura e formazione, l'eventuale attività lavorativa retribuita o di volontariato, attività sociali e comunitarie, supporto e cura offerti a familiari e conoscenti.

3.1 Formazione e apprendimento

Partecipare ad attività culturali ed educative favorisce la crescita individuale e rende attivi nello scambio di conoscenze, di competenze e di memoria, contribuendo così a migliorare i rapporti inter ed intra-generazionali. La sorveglianza PASSI d'Argento ha indagato la partecipazione, negli ultimi 12 mesi, a corsi di formazione per adulti, come corsi di inglese, di computer o università della terza età; l'informazione raccolta può essere considerata anche una misura indiretta delle azioni messe in atto dalla società per valorizzare le persone con 65 e più anni.

Solo l'1,5 % del nostro campione ha dichiarato di avere frequentato corsi di formazione;

si tratta soprattutto di:

- donne
- persone appartenenti alla classe di età più giovane
- con livello di istruzione più alto
- con nessuna o poche difficoltà economiche
- in buona salute a basso rischio.

3.2 Lavoro

Con l'aspettativa di vita in aumento in tutta Europa, anche l'età di pensionamento è procrastinata, come dimostrano le recenti riforme apportate al sistema pensionistico anche nel nostro Paese.

Il coinvolgimento degli anziani in attività lavorative retribuite, oltre ad influenzare positivamente la loro salute e il loro benessere, aiuta a promuovere la loro partecipazione attiva nella comunità di appartenenza, contribuendo così alla costituzione di un vero e proprio capitale sociale.

3.2.1 Quante persone con 65 anni e più svolgono un lavoro retribuito?

Il 3.3 % del campione ha dichiarato di svolgere un lavoro retribuito.

Sono in maggior misura:

- uomini (6 ogni 100 vs 1 ogni 100 donne)
- persone appartenenti alla classe di età più giovane (6 ogni 100 vs meno di 1 ogni 100 con 75 anni e più)
- con livello di istruzione più alto (6 ogni 100 vs 2 ogni 100 con livello di istruzione basso)
- con nessuna difficoltà economiche
- in buona salute e a basso rischio
- persone che non percepiscono una pensione (circa 20 su 100 vs .3 su 100 che la percepiscono)

3.3 Attività sociali e comunitarie

I contatti sociali e le relazioni con altre persone hanno una influenza positiva sulla salute e sul benessere degli individui in generale e degli anziani in particolare, i quali possono essere più facilmente esposti al rischio di isolamento sociale e, di conseguenza, di depressione.

3.3.1 Quante persone con 65 anni e più partecipano ad attività sociali?

In una settimana tipo, il 26.0% degli intervistati ha riferito di frequentare il centro anziani o i circoli o la parrocchia o le sedi di partiti politici e di associazioni.

La partecipazione è maggiore tra le persone:

- di genere maschile
- con meno di 75 anni
- con un alto livello di istruzione

Partecipazione ad attività sociali

Indagine PASSI d'Argento 2012

ASP Cosenza (n=448)

Totale = 26.0% (IC95% 22.1 – 29.9)

Genere



Classe di età



Scolarità



% 0 20 40 60 80 100

3.3.2 Quante persone con 65 anni e più partecipano a gite o soggiorni organizzati ?

Negli ultimi 12 mesi, il 16.2% degli intervistati, ha partecipato, con altre persone, a gite o soggiorni organizzati.

Si tratta soprattutto di :

- persone di età 65-74 anni (più di 1 su 4 vs meno di 1 su 10 con 75 anni e più)
- con livello di istruzione più alto (circa 3 su 10 vs 1 su 10 con livello basso)

Non si osservano differenze di genere.

3.4 Essere una risorsa per famiglia, conoscenti e collettività

Nell'indagine PASSI d'Argento 2012 è stato valutato il supporto fornito dalla persona ultra 64enne, in termini di accudimento e aiuto a congiunti, figli, fratelli/sorelle, genitori, nipoti o amici, attraverso due domande, una riferita a persone conviventi e una a persone non conviventi.

Per documentare il supporto fornito alla collettività è stato chiesto agli anziani se nei 12 mesi precedenti avessero svolto attività di volontariato, ossia attività prestate gratuitamente a favore di anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro.

3.4.1 Quanti sono complessivamente gli anziani che rappresentano una risorsa per la società?

Il 27.1 % (IC95% 23.2 – 30.9) delle persone intervistate rappresenta una risorsa per conviventi, non conviventi o per la collettività.

Si tratta soprattutto di persone :

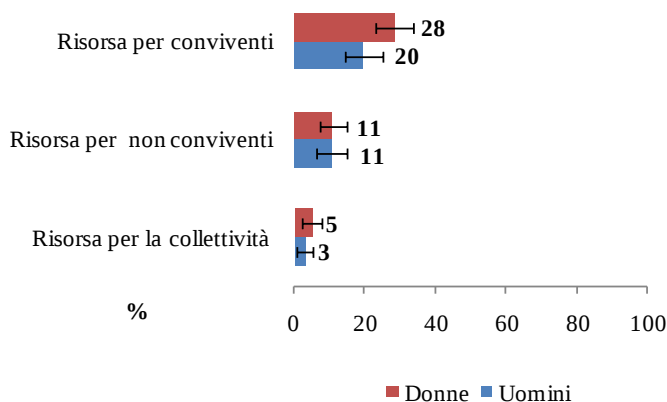
- persone con meno di 75 anni (3 su 10 vs 1 su 10)
- con livello d'istruzione alto (4 su 10 vs 2 su 10)

Non si osservano differenze, statisticamente significative, di genere.

3.4.2 Per CHI i nostri anziani rappresentano una risorsa?

- Il 24.6% (IC95% 20.7 – 28.4) del campione intervistato è una risorsa per le persone che vivono sotto lo stesso tetto.
- Il 10.8% è di supporto e aiuto per figli, fratelli/sorelle, nipoti o amici non conviventi.
- Il 4.2 % svolge attività di volontariato in favore di altri anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro.

Distribuzione per tipo di risorsa
Indagine PASSI d'Argento 2012
ASP Cosenza (n=448)



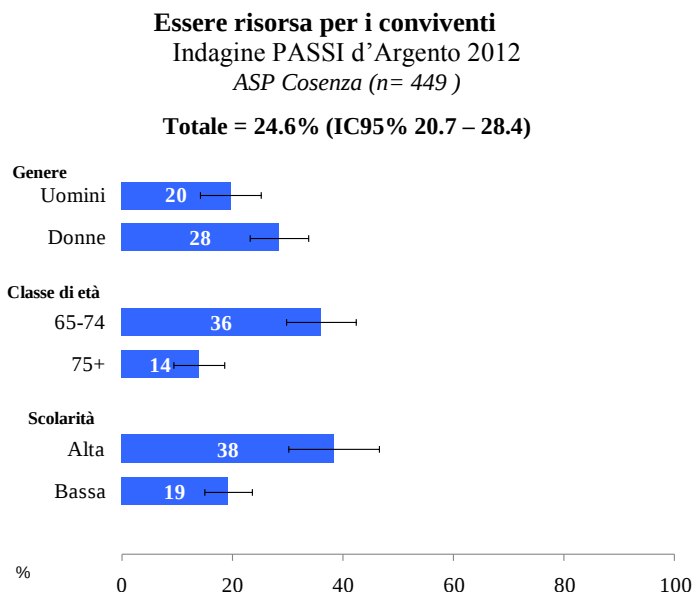
3.4.3 Quali sono le caratteristiche degli anziani che aiutano familiari e amici con cui condividono l'abitazione?

Più di 1 anziano su 4 è una risorsa per i conviventi
La proporzione più alta si registra tra coloro che hanno le seguenti caratteristiche:

- età inferiore ai 75 anni
- livello d'istruzione alto

Le differenze di genere non sono statisticamente significative.

Si stima che circa 25.500 persone con 65 e più anni, residenti nella nostra ASP, rappresentino una risorsa per i conviventi.



3.4.4 Quali sono le caratteristiche degli anziani che sono di supporto a persone che non convivono con loro?

Il 10.8% degli anziani intervistati rappresenta una risorsa per i non conviventi.

La proporzione più alta si registra tra coloro che hanno le seguenti caratteristiche:

- età inferiore ai 75 anni (17 su 100 vs 5 su 100 con 75 anni e più)
- livello d'istruzione alto (14 su 100 vs 10 su 100 con livello basso)

Non esistono differenze statisticamente significative per genere.

Si stima che circa 15.250 persone con 65 e più anni, residenti nella nostra ASL, rappresentino una risorsa per i non conviventi.

3.4.5 Quali sono le caratteristiche degli anziani che sono di aiuto alla collettività?

Solo il 4.2 % degli anziani intervistati rappresenta una risorsa per la collettività.

La proporzione più alta si registra in coloro che hanno le seguenti caratteristiche:

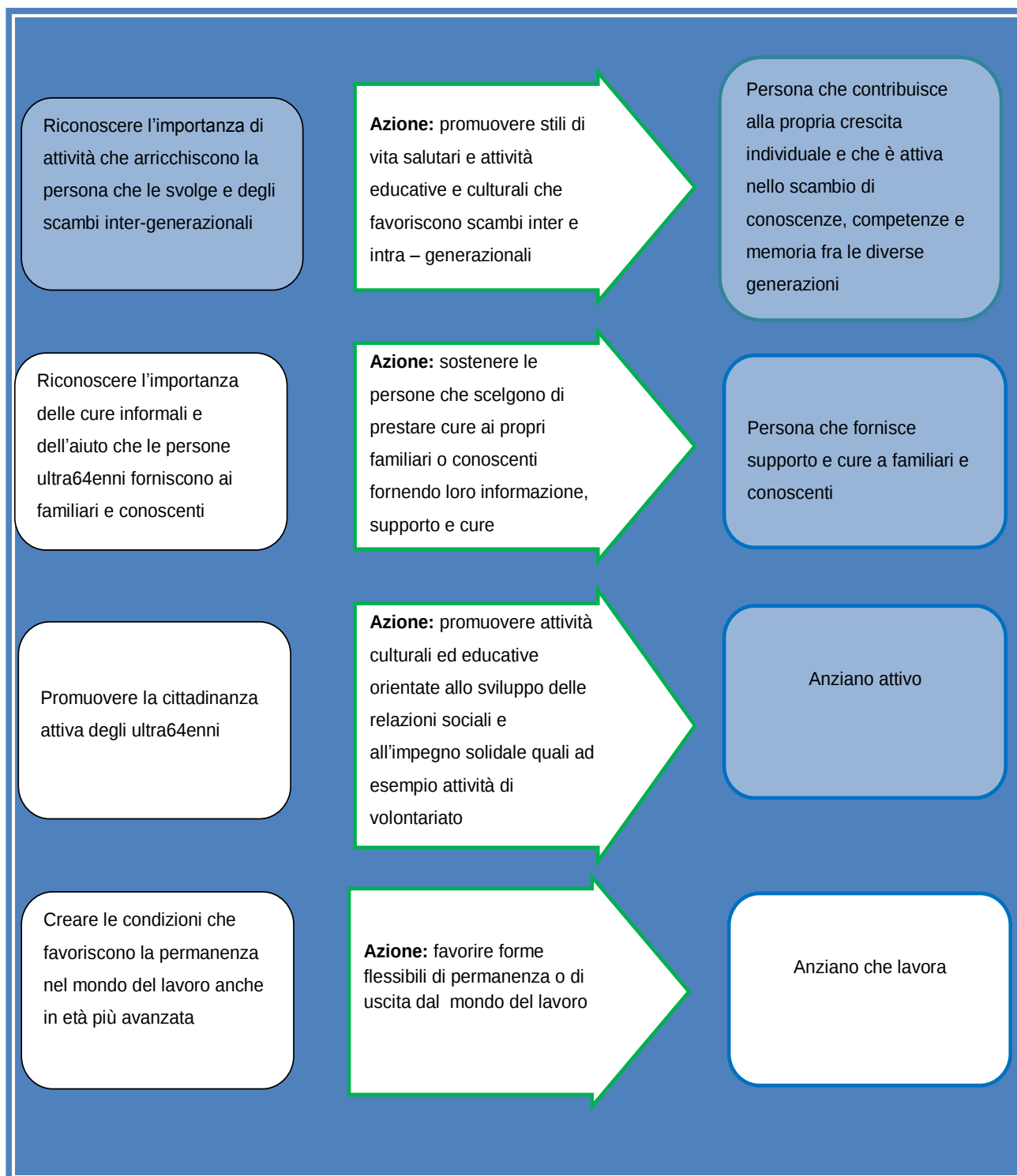
- età inferiore ai 75 anni
- livello d'istruzione alto

Non esistono differenze statisticamente significative per genere.

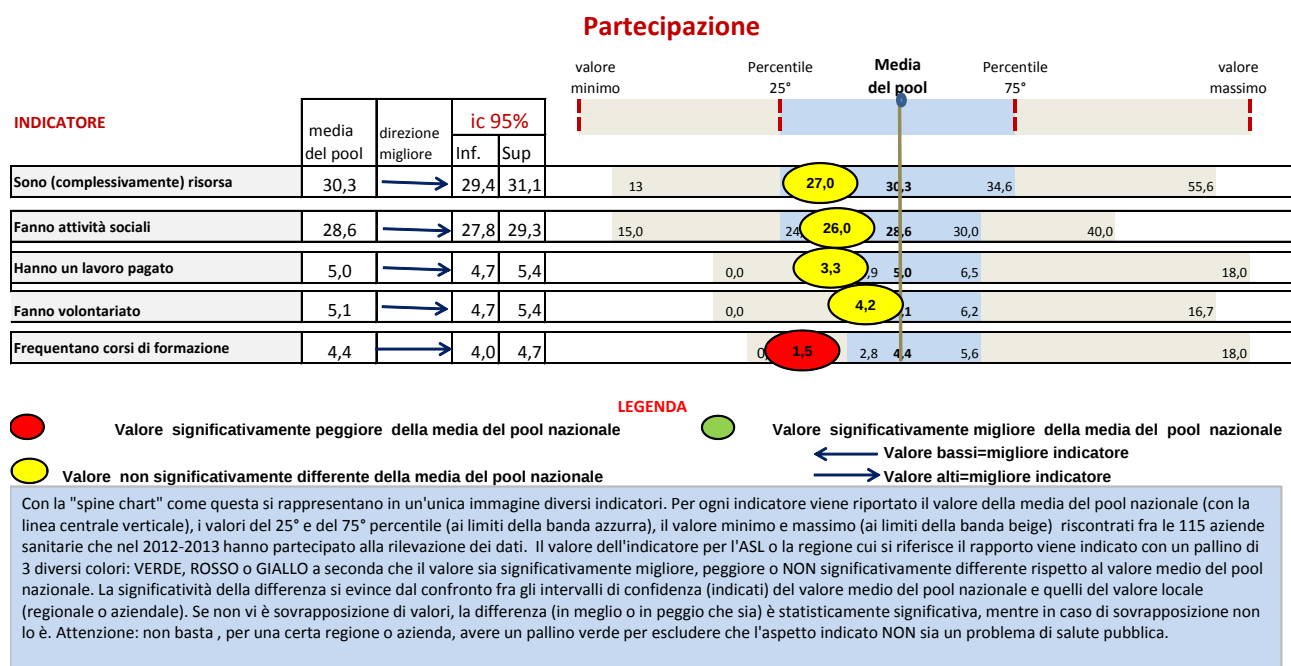
Si stima che circa 6.000 persone con 65 e più anni, residenti nella nostra ASP, siano una risorsa per la collettività, cioè svolgano attività di volontariato in favore di altri anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro.

3.4.6 Cosa possiamo fare perchè la persona con 65 anni e più possa rimanere una risorsa all'interno dei diversi ambiti di vita ?

Il modello rappresenta una sintesi delle azioni che possono essere intraprese da parte della società civile per favorire l'essere risorsa dei propri anziani:



3.5 Indicatori che descrivono la partecipazione e l'essere risorsa: un confronto tra la ASP di Cosenza e i dati nazionali



Nella ASP di Cosenza la proporzione di anziani che frequentano corsi di formazione è significativamente inferiore rispetto al pool delle ASL partecipanti all'indagine PASSI d'Argento 2012. Anche se non conosciamo l'entità dell'offerta formativa da parte delle Istituzioni preposte, che sicuramente influenza la domanda, si tratta, in ogni caso, di un dato degno di riflessione. Gli altri indicatori scelti per valutare l'invecchiamento attivo, quali partecipare ad attività sociali, l'essere risorsa, svolgere un lavoro pagato e fare volontariato, mostrano valori non significativamente differenti dalla media del pool nazionale.

4. Ambiente di vita

La predisposizione di ambienti sani e favorevoli alla salute e al benessere per tutte le età corrisponde all'area prioritaria 4 della politica OMS *Salute 2020* ("Creare comunità in grado di rispondere alle sfide e ambienti favorevoli alla salute"). In questo contesto, anche il Piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa 2012-2020 inserisce tra le aree strategiche prioritarie per l'azione gli "Ambienti favorevoli alla salute".

Dal momento che importanti decisioni che influenzano l'ambiente di vita vengono spesso assunte a livello locale, l'obiettivo del Piano Europeo è quello di portare un numero sempre maggiore di comunità a impegnarsi nel processo di elaborazione di strategie che coinvolgano maggiormente l'anziano e lo pongano al centro dell'attenzione.

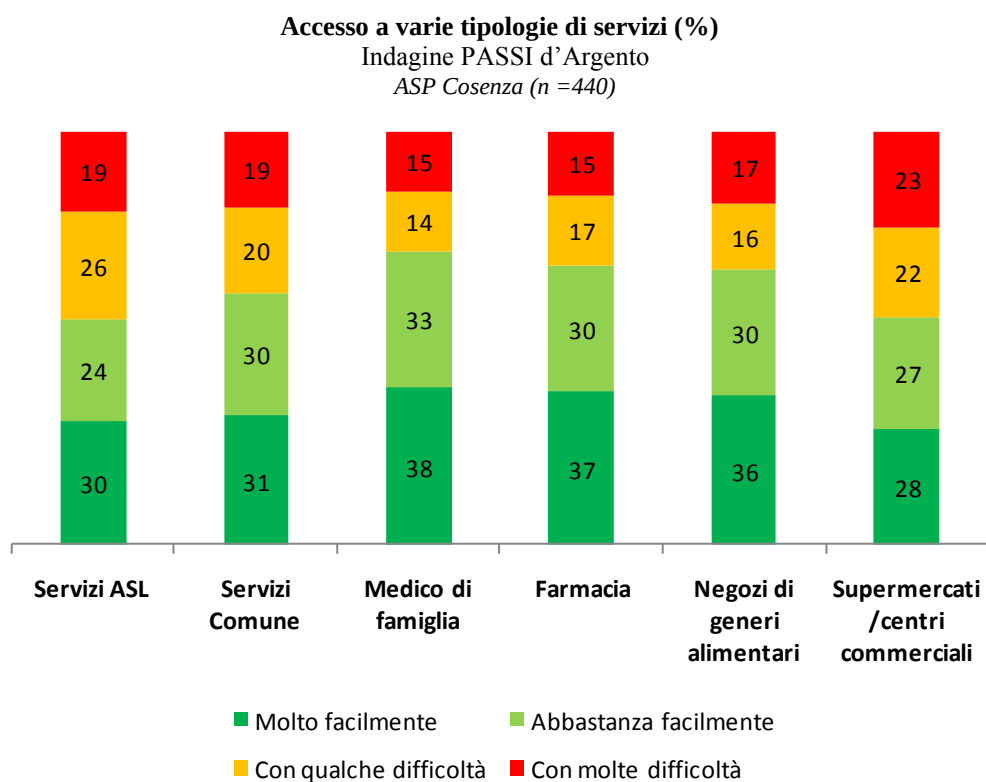
L'accessibilità dei servizi sociosanitari è un elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione ultra 64enne e, più in generale, per contrastare le disuguaglianze. PASSI d'Argento ha esplorato la fruibilità dei servizi sanitari (Servizi della ASL, Medico di famiglia, Farmacia), sociali (Servizi del Comune) e di quelli utili alle necessità della vita quotidiana (negozi di generi alimentari, supermercati o centri commerciali); ha, inoltre, raccolto informazioni sulle difficoltà incontrate per raggiungere i suddetti servizi.

Vivere in una abitazione adeguata ai propri bisogni individuali e in un contesto sicuro, ricco di socialità, dove la libertà di movimento e la sicurezza sono garantite 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 ancora più importante per una buona qualità della vita, dal momento che è maggiore il tempo che si trascorre in casa.

Per la realizzazione di un ambiente favorevole alla salute, oltre alla partecipazione sociale, sono di fondamentale importanza i fattori ambientali legati all'edilizia e alla sicurezza. Non a caso la "sicurezza fisica" è uno degli indicatori utilizzati nel 2012 dall'Unione Europea per la creazione dell'indice di invecchiamento attivo. PASSI d'Argento ha raccolto informazioni riguardanti l'alloggio di residenza e l'area ad esso circostante. In particolare sono state indagate le condizioni di godimento dell'alloggio (es: proprietà, affitto), possibili fonti di preoccupazione legate alle condizioni abitative e la sensazione di sicurezza nell'area di residenza.

4.1 Accessibilità ai servizi

4.1.1 Quanti hanno difficoltà a raggiungere i servizi?



Le persone con 65 anni e più che esprimono difficoltà a raggiungere i servizi risultano essere:

- il 46% per i servizi della ASL
- il 39% per i servizi del Comune
- il 29% per il Medico di famiglia
- il 32% per la farmacia
- il 34% per i negozi di generi alimentari
- il 45% per i supermercati e i centri commerciali

Quindi anche se almeno 4 persone su 10 raggiungono facilmente i servizi più importanti, almeno 3 su 10 hanno difficoltà di accesso ad uno di essi.

Le difficoltà a raggiungere medico e farmacia sono un po' meno frequenti di quelle segnalate per raggiungere i servizi della ASL e del Comune.

Nell'ambito dei servizi commerciali, la difficoltà a raggiungere i negozi di generi alimentari è un po' meno diffusa di quella per raggiungere supermercati e centri commerciali.

Quasi 4 persone su 10 (38.1%) dichiarano di raggiungere "molto facilmente" il medico di famiglia, mentre per i supermercati e i servizi commerciali a esprimere il giudizio "molto facilmente" sono meno di 3 persone su 10 (28.2%).

4.1.2 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere i servizi sociosanitari?

Indipendentemente dal tipo di servizio preso in considerazione, le difficoltà di accesso sono segnalate con frequenza significativamente maggiore:

- dalle donne rispetto agli uomini;
- dalle persone con 75 anni e più rispetto a quelle tra 65 e 74 anni;
- dalle persone senza titolo di studio o con scolarità elementare rispetto agli altri titoli di studio;
- dalle persone con difficoltà economiche rispetto a quelle che non ne riferiscono;
- dalle persone a “rischio di” o “con” disabilità”, rispetto a quelle in buona salute.

4.1.3 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere negozi di generi alimentari e/o supermercati?

Il 45.0% della popolazione con 65 anni e più riferisce difficoltà a raggiungere negozi di genere alimentari e/o supermercati.

La difficoltà di accesso ai servizi commerciali considerati nell'indagine riguarda in particolar modo:

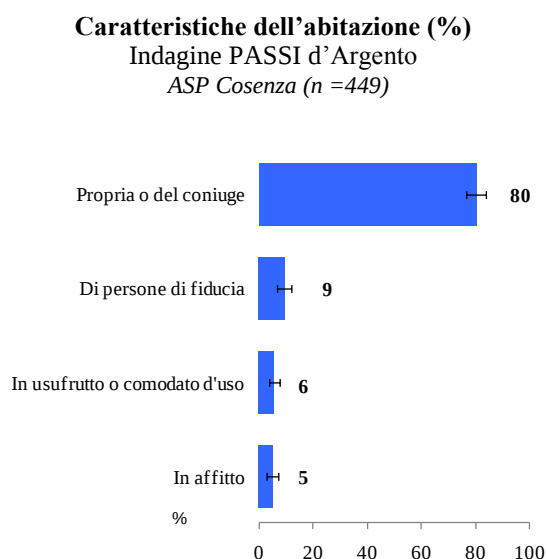
- le donne (5 su 10 vs 3 su 10);
- i più “anziani” (5 su 10 vs 3 su 10);
- le persone con scolarità bassa (5 su 10 vs 3 su 10);
- le persone con difficoltà economiche (qualche difficoltà 4 su 10, molte difficoltà 5 su 10);
- le persone a “rischio di” o “con” disabilità (rispettivamente 6 su 10 e quasi 8 su 10).

Questi gruppi di popolazione appaiono svantaggiati nell'accesso ai negozi di generi alimentari e ai supermercati/centri commerciali, anche quando considerati separatamente

4.2 Abitazione

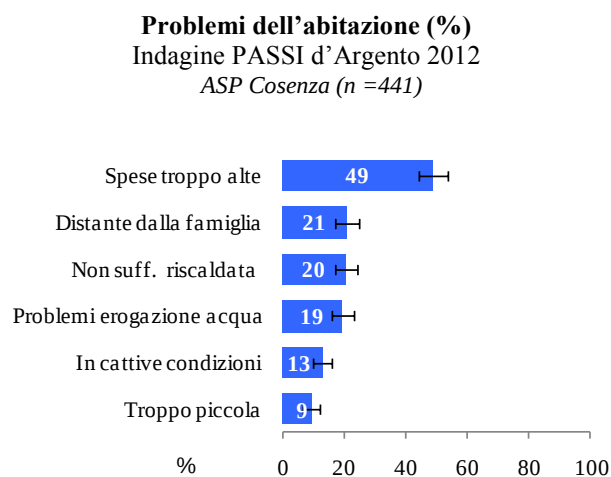
4.2.1 Quanti vivono in un'abitazione propria e quanti in affitto?

- Più di 8 persone su 10 (80.3%) con 65 anni e più vivono in casa propria o del coniuge; questa condizione è più comune, in maniera statisticamente significativa, tra gli uomini e tra le persone più giovani.
- Il 4.9% paga un affitto, situazione che arriva a coinvolgere quasi due persone su 10 tra coloro che riferiscono molte difficoltà economiche.
- Poco numerose sono le persone con 65 anni e più che vivono in case di persona di fiducia (9.2%) o in abitazioni in usufrutto o comodato d'uso (5.6%).
- La quota di queste 2 categorie di persone però raddoppia (31.8% complessivamente) dopo gli 85 anni.



4.2.2 Quali problemi hanno le abitazioni in cui vivono le persone con 65 anni e più?

- Tra i problemi dell'abitazione, le spese troppo alte rappresentano quello più diffuso, essendo riferito da quasi la metà (48.7%) delle persone con 65 anni e più.
- Il 20.7% lamenta eccessiva distanza dalla famiglia.
- Gli altri problemi abitativi indagati vengono così riferiti:
 - riscaldamento insufficiente (20.5%)
 - cattive condizioni (12.9%)
 - dimensione insufficiente (9.3%)
 - problemi di erogazione dell'acqua (19.4%)



4.2.3 Chi segnala maggiormente problemi dell'abitazione in cui vive?

- Complessivamente 7 persone su 10 riferiscono problemi nell'abitazione: il 35.1% un problema e il 34.2% almeno due.
- I problemi nell'abitazione vengono segnalati con frequenza non significativamente differente per genere, età, scolarità e sottogruppi di popolazione; l'unica differenza statisticamente significativa si osserva per le persone con molte difficoltà economiche.
- Quando non viene presa in considerazione la segnalazione di spese troppo alte, le persone con 65 anni e più che riferiscono problemi nell'abitazione risultano circa la metà (48.4%).

Anche in questo caso si osserva una frequenza di segnalazione significativamente maggiore solo per le persone con difficoltà economiche

4.2.4 La segnalazione di problemi dell'abitazione cambia in relazione alla sua proprietà?

- Lo status di proprietario/a dell'abitazione comporta la minore segnalazione complessiva di problemi dell'abitazione.
- Anche considerando separatamente i problemi di tipo economico ("spese troppo alte") e gli altri (non economici), per questi ultimi si registra una frequenza di segnalazione significativamente superiore da parte delle persone che vivono in affitto:

4.3 Sicurezza nell'area di residenza

4.3.1 Quante persone si sentono sicure nell'area in cui vivono?

Nella ASP di Cosenza il 90.5% delle persone con 65 e più anni si sente sicura nell'area in cui vive:

- il 33.9% molto sicura
- il 56.6% abbastanza sicura

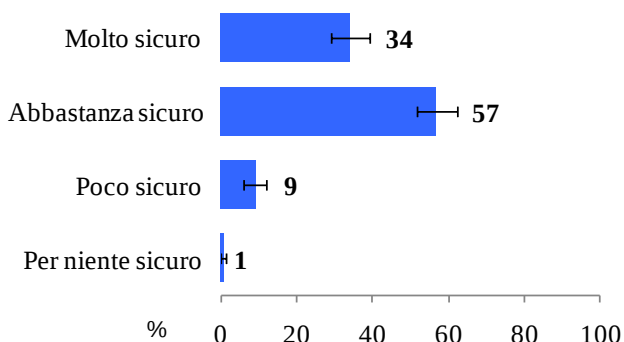
Sono quindi poco più di 9 persone su 100 quelle che invece non si sentono sicure:

- l' 8.9% poco sicure
- lo 0.6 % per niente sicure

Quanto si sentono sicuri nell'area di abitazione (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012

ASP Cosenza (n =337)



4.3.2 Quali persone si sentono maggiormente insicure nell'area in cui vivono?

La mancanza di sicurezza* nell'area in cui si vive è stata riferita da poco più di 9 persone su 100 del campione intervistato.

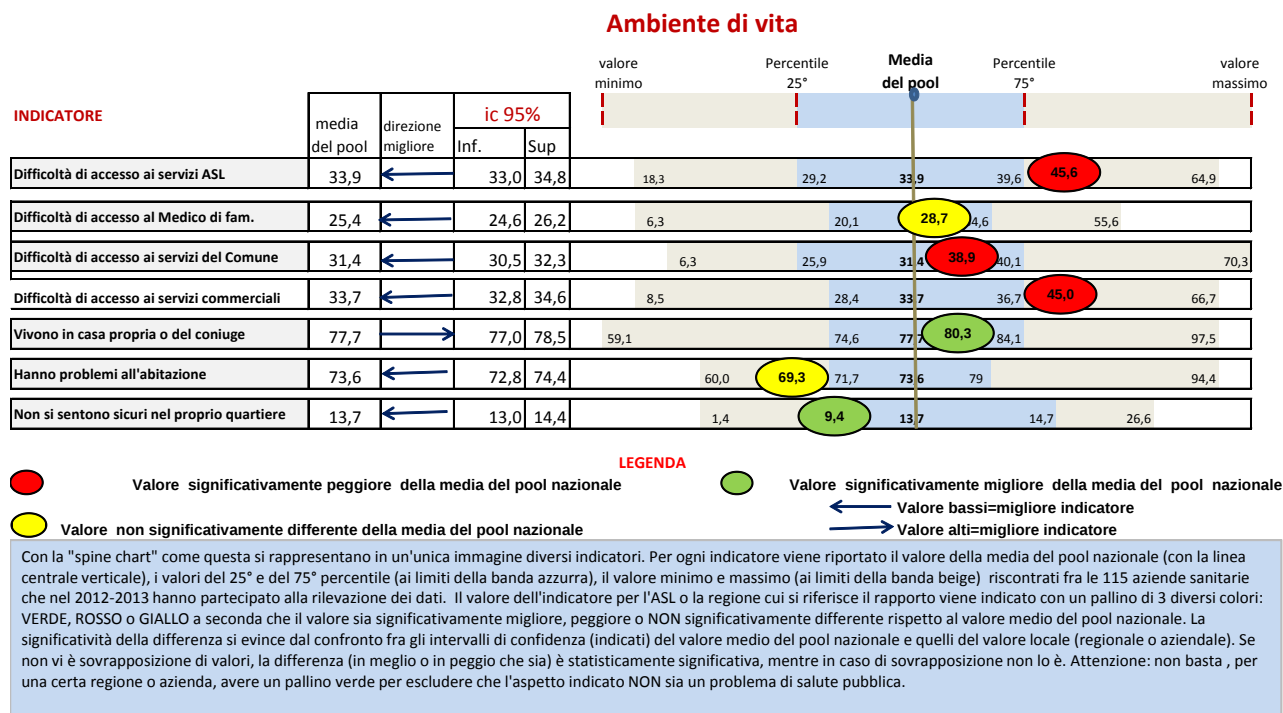
A comunicare questa sensazione di insicurezza sono:

- 7 uomini su 100 vs 11 donne su 100
- 12 persone su 100 con 65-74 anni vs 7 su 100 con 75 e più anni;
- 13 su 100 con scolarità alta vs 8 su 100 con scolarità bassa;
- 14 su 100 con molte difficoltà economiche vs poco più di 8 su 100 con qualche/nessuna difficoltà economica.

La sensazione di sicurezza dell'area in cui si vive cambia in relazione all'abitare in casa di proprietà o in affitto (rispettivamente 9 su 100 vs 18 su 100).

*= si sentono "poco" o "per niente" sicure

4.4 Indicatori che descrivono l'ambiente di vita e l'accessibilità ai servizi: un confronto tra la ASP di Cosenza e i dati nazionali



Nella ASP di Cosenza la proporzione di anziani che riferiscono difficoltà di accesso ai servizi della ASL, ai servizi del Comune e ai servizi commerciali è significativamente maggiore rispetto alla media del pool nazionale. Si tratta di servizi essenziali e pertanto occorre tenere in considerazione questo dato. Per quanto riguarda gli indicatori: difficoltà di accesso al medico di famiglia, vivere in casa propria o del coniuge e avere problemi nella abitazione si osservano valori sostanzialmente sovrapponibili alla media del pool di ASL.

La proporzione di persone che riferisce di sentirsi sicura nel proprio quartiere è significativamente maggiore rispetto al pool di ASL.

Appendice

Andamento dell'indagine

Per la valutazione della qualità dell'indagine Passi d'Argento 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.

La tabella seguente mostra i valori dei principali indicatori di controllo dell'indagine svolta nella ASP di Cosenza:

	valore (%)
Tasso di risposta	90.9
Tasso di sostituzione	9.1
Tasso di rifiuto	7.5
Tasso di non reperibilità	1.6
Tasso di eleggibilità "e"	90.7

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

- Popolazione indagata: persone di età uguale o maggiore a 64 anni residenti nella ASP di Cosenza 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 nella ASP di Cosenza, che dispongano di un recapito telefonico, in grado di sostenere una intervista telefonica o faccia a faccia.
- Non eleggibilità: le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma successivamente escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residenti altrove, senza telefono, istituzionalizzate, decedute, non conoscenza della lingua italiana da parte dell'intervistato o del suo proxy. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.
- 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, nonostante i 6 tentativi in giorni e orari della settimana diversi, come previsto dal protocollo.
- 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.

- 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.
- 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 (*RR1*) 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:

$$\frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuto anziano} + \text{rifiuto proxy} + \text{anziano non reperibile} + \text{proxy non reperibile}} \times 100$$

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. È così indicato:

$$\frac{\text{anziano non reperibile} + \text{proxy non reperibile} + \text{rifiuto anziano} + \text{rifiuto proxy}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuto anziano} + \text{rifiuto proxy} + \text{anziano non reperibile} + \text{proxy non reperibile}} \times 100$$

Pur avendo i sostituti lo stesso genere 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 (*REF1*), che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili:

$$\frac{\text{rifiuto anziano} + \text{rifiuto proxy}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuto anziano} + \text{rifiuto proxy} + \text{anziano non reperibile} + \text{proxy non reperibile}} \times 100$$

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto si raccomanda 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).

Tasso di non reperibilità

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

$$\frac{\text{anziano non reperibile} + \text{proxy non reperibile}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuto anziano} + \text{rifiuto proxy} + \text{anziano non reperibile} + \text{proxy non reperibile}} \times 100$$

Nel caso in cui il tasso risulti troppo alto si raccomanda di verificare che i non reperibili si distribuiscano uniformemente e che non ci siano realtà (zone, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili o con grosse differenze 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.

$$\frac{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuto anziano} + \text{rifiuto proxy}}{n^{\circ} \text{ inter} + \text{rif anziano} + \text{rif proxy} + \text{resid altrove} + \text{ric ospedale} + \text{ospite casa p.} + \text{no conosc ita} + \text{carcere} + \text{deced} + \text{età inf 65}} \times 100$$

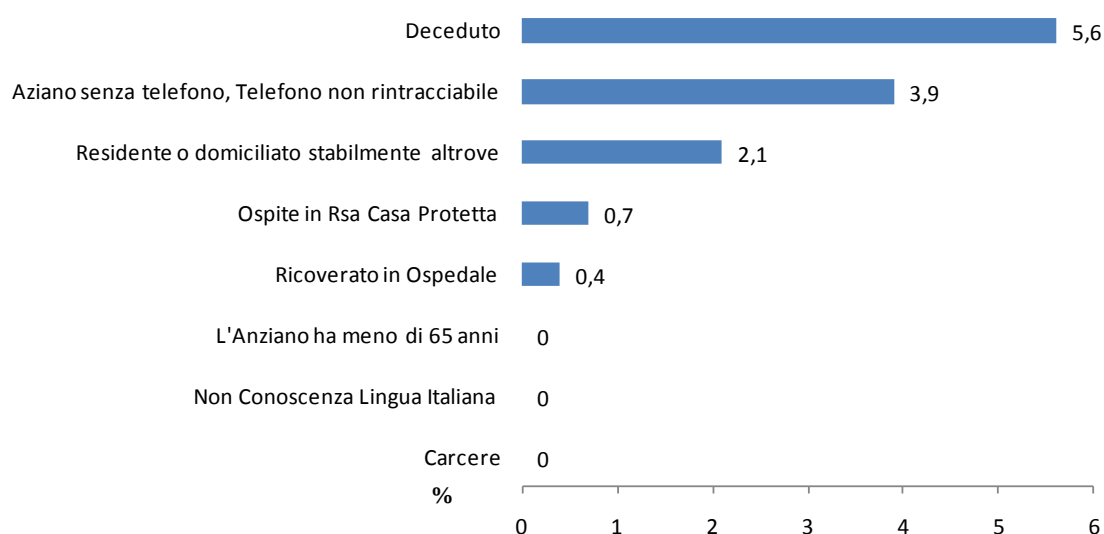
Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

È 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.

È un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento della lista anagrafica da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); misura, inoltre, 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.

Il grafico mostra la distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità riferita alle 19 persone escluse e poi sostituite.

Motivi di non eleggibilità (%)



SOTTOGRUPPI DI PERSONE ULTRA 64ENNI: LE DEFINIZIONI

Per l'identificazione dei sottogruppi si è partiti da una definizione di Salute come dimensione bio-psico-sociale, nella quale la dimensione soggettiva è fondamentale. La Salute è intesa quindi come benessere fisico, mentale e sociale di un individuo o gruppo che deve essere capace, da un lato, di identificare e realizzare aspirazioni e soddisfare bisogni e, dall'altro, di utilizzare le proprie risorse personali e sociali, così come le capacità fisiche per modificare l'ambiente circostante e farvi fronte. L'ambiente familiare e sociale ha un peso determinante nel favorire e mantenere il livello di salute delle persone con 65 anni e più. A fronte di questa definizione di Salute, la popolazione è stata suddivisa in sottogruppi valutando l'autonomia rispetto alle attività della vita quotidiana misurate con indici validati e diffusi a livello internazionale. In particolare è stata valutata l'autonomia che le persone hanno nelle:

- attività di base della vita quotidiana o *Activities of Daily Living* (ADL) come ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, (vedi riquadro più in basso);
- attività strumentali della vita quotidiana o *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) come, ad esempio usare il telefono, cucinare, prendere le medicine, (vedi riquadro più in basso);

Si sono così identificati 4 sottogruppi

5. In buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa

- sono indipendenti in tutte le ADL
- hanno bisogno di aiuto al massimo per una IADL
- presentano al massimo due delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
 - a. problemi di masticazione o vista o udito;
 - b. insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura;
 - c. molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale
 - d. almeno una patologia cronica;
 - e. ipertensione.

6. In buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità

- sono indipendenti in tutte le ADL
- hanno bisogno di aiuto al massimo in una IADL
- presentano tre o più delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
 - a. problemi di masticazione o vista o udito;
 - b. insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura;
 - c. molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale
 - d. almeno una patologia cronica;
 - e. ipertensione.

7. A rischio di disabilità

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

8. Con disabilità

- hanno bisogno di aiuto in una o più ADL.

Bibliografia

Cap. 1 – BENESSERE E INDIPENDENZA

- Istituto Nazionale di Statistica. *Annuario statistico italiano 2012*. Roma: ISTAT; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www3.istat.it/dati/catalogo/20121218_00/PDF/Cap2.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10: 20-30.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-185.
- Istituto Nazionale di Statistica. *La disabilità in Italia: il quadro della statistica ufficiale*. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
- Network Non Autosufficienza (Ed.). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore. Disponibile all'indirizzo: http://www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf ; ultima consultazione 24/09/13.
- Bertozzi N, Vitali P, Binkin N, Perra A, D'argenio P, ed il Gruppo di Lavoro "Studio Argento". La "Qualità di vita" nella popolazione anziana: indagine sulla percezione dello stato di salute in 11 regioni italiane (Studio Argento, 2002). *Igiene e Sanità Pubblica* 2005; 61:545-559.
- Ôunpuu S, Chambers LW, Patterson C, Chan D, Yusuf S. Validity of the United States Behavioral Risk Factor Surveillance System's health-related quality of life survey tool in a group of older Canadians. *Chronic Diseases in Canada* 2001;22(3-4):93-101.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring Healthy Days*. Atlanta, Georgia: CDC; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>; ultima consultazione 24/09/2013.
- Helm DT. The measurement of happiness *American Journal on Mental Retardation*. 2000 Sep;105(5):326-35.

Cap. 2 – FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE

- Klavestrand J, Vingard E. The relationship between physical activity and health-related quality of life: a systematic review of current evidence. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2009;19(3):300-312.
- Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev Med* 2007;45(6):401-15.
- Washburn RA, McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Boileau RA. The physical activity scale for the elderly (PASE): evidence for validity. *Journal of Clinical Epidemiology* 1999;52(7):643-51.

- Hagiwara A, Ito N, Sawai K, Kazuma K. Validity and reliability of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) in Japanese elderly people. *Geriatrics and Gerontology International* 2008;8(3):143- 51.
- Scafato E. Alcohol and the elderly: the time to act is now!. *European Journal of Public Health* 2010; 20(6):617-618.
- Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. *American Journal of Health Promotion* 2000;14(6):357-61.
- World Health Organization. *Report on the global Tobacco epidemic, 2013*. Geneva: WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/ ; ultima consultazione 24/09/13.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. *Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016*. Baku, Azerbaijan: WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf ; ultima consultazione 24/09/13.
- Kocur I, Resnikoff S. Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *British Journal of Ophthalmology* 2002;86:716–722.
- Bernabei V, Morinia V, Moretti F et al. Vision and hearing impairments are associated with depressive--anxiety syndrome in Italian elderly. *Aging Mental Health*. 2011;15(4):467-74.
- Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008 56(4):711–7. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18284537>; ultima consultazione 24/09/13.
- Programma Nazionale Linee Guida. *Linea guida Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*. PNLG, redazione 2007, aggiornamento 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_incidenti_domestici.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
- Blazer, D. G. Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 2009; VII(1):118-136.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care* 2003; 41:1284-1292.
- Nicholson NR. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(6):1342-52.
- Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging* 2011;28:509–518.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf; ultima consultazione 24/09/13.

Cap. 3 – PARTECIPAZIONE

- World Health Organization. *Active ageing: a policy framework*, Geneva: WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf; ultima consultazione 31/08/13.
- Futurage. National Consultations Ageing Research Priorities in Europe until 2025 ITALY. Disponibile all'indirizzo <http://futurage.group.shef.ac.uk/assets/files/Consultations%20public/Italy%20national%20consultations%20summary.pdf> ; ultima consultazione 31/08/13.

Cap. 4 – AMBIENTE DI VITA

- Oswald F, Wahl HW. Housing and health in later life. *Rev Environ Health* 2004;19(3-4):223-52.
- van Kamp I, van Loon J, Droomers M, de Hollander A. Residential environment and health: a review of methodological and conceptual issues. *Rev Environ Health* 2004 Jul-Dec;19(3-4):381-401.

Sitografia

SITI NAZIONALI

L'Istituto nazionale di statistica è un ente di ricerca pubblico. Presente nel Paese dal 1926, è il principale produttore di statistica ufficiale a supporto dei cittadini e dei decisori pubblici. Opera in piena autonomia e in continua interazione con il mondo accademico e scientifico

Istituto Nazionale di Statistica ISTAT

- Previsioni della Popolazione Anni 2011-2065. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev2011/index.html?lingua=ita>, ultima consultazione 02/10/2013.
- Disabilità in cifre. 2011. Consultato il 31 agosto 2012. Disponibile all'indirizzo: www.disabilitaincifre.it/descrizioni/lista_met.asp?cod_met=2 ; ultima consultazione 02/10/2013.
- Previsioni della popolazione: anni 2007-2051. Popolazione per età. Roma: ISTAT. 1999-2008. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev/index.html?lingua=ita>; ultima consultazione 02/10/2013.
- Indicatori socio-sanitari regionali: speranza di vita, speranza di vita in buona salute, speranza di vita libera da disabilità. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione 02/10/2013.
- Previsioni della popolazione: anni 2007-2051. Indicatori. Roma: ISTAT. 1999-2008. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev/index.html?lingua=ita>; ultima consultazione 02/10/2013.
- La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.

Ministero della Salute Disponibile all'indirizzo <http://www.salute.gov.it/> ultima consultazione 02/10/2013

In particolare vedere il “Quaderno” del Ministero della Salute sull’appropriatezza dell’assistenza all’anziano che affronta temi complementari a quelli affrontati dal PASSI d’Argento

<http://www.quadernidellasalute.it/archivio-quaderni/6-novembre-dicembre-2010.php>

Guadagnare Salute. Il sito del programma nazionale: comunicazione e formazione secondo una nuova cultura della prevenzione. In particolare si segnala la sezione sorveglianze: Disponibile all'indirizzo <http://www.guadagnaresalute.it/> ultima consultazione 02/10/2013.

PASSI Sorveglianza sullo stato di salute della popolazione adulta italiana: abitudini, stili di vita, percezioni, dall'attività fisica ai vaccini. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/passi/> ultima consultazione 02/10/2013.

SNLG Valutazione dell'assistenza e dei percorsi diagnostico-terapeutici: linee guida, documenti d'indirizzo e consensus conference. Disponibile all'indirizzo <http://www.snlg-iss.it/> ultima consultazione 02/10/2013.

OKkio alla Salute Sistema di indagini sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni). Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp> ultima consultazione 02/10/2013.

Progetto Cuore: Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari: carte del rischio, indicatori di malattia, fattori di rischio. Disponibile all'indirizzo <http://www.cuore.iss.it/> ultima consultazione 02/10/2013.

BEN Bollettino Epidemiologico Nazionale. Uno strumento di comunicazione per raccontare esperienze locali, ma di interesse generale per la sanità pubblica. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/ben/> ultima consultazione 02/10/2013

PASSI d'Argento. Salute e qualità della vita nella terza età in Italia: sistema di indagini sugli stili di vita delle persone con 65 anni e più. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/default.asp> ultima consultazione 02/10/2013

Istituto Superiore di Sanità (ISS) sezione Pubblicazioni Disponibile all'indirizzo www.iss.it ultima consultazione 02/10/2013.

Italia. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.
<http://www.lavoro.gov.it/Pages/default.aspx>

La vita buona nella società attiva. Libro verde sul futuro del modello sociale. Roma: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.lavoro.gov.it/>

SITI INTERNAZIONALI

World Health Organization. WHO.

- *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- *Active ageing: a policy frame work*. Geneva: WHO; 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8). Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- World Health Organization. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non communicable diseases. Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- World Health Organization - Regional Office for Europe. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016.
- Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011. (EUR/RC61/12). Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- European Commission Active Ageing Index (AAI). Disponibile all'indirizzo: <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>; ultima consultazione 02/10/2013.

Eurostat. EU integration seen through statistics. Luxembourg: Publications of the European Union; 2006; Disponibile all'indirizzo: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-71-05-691/EN/KS-71-05-691-EN.PDF; ultima consultazione 02/10/2013.

L'Ufficio Statistico dell'Unione Europea (Eurostat) è una Direzione Generale della Commissione Europea; raccoglie ed elabora dati dagli Stati membri dell'Unione Europea a fini statistici, promuovendo il processo di armonizzazione della metodologia statistica tra gli Stati membri.

European Union. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/ey2012/> ultima consultazione 19/07/2013

European Commission: European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing

European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing. Disponibile all'indirizzo: <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>; ultima consultazione 02/10/2013.

World Economic Forum (2012). *Global Population Ageing: Peril or Promise?* World Economic Forum: Ginevra. Disponibile all'indirizzo:

<http://www.globalaging.org/agingwatch/World%20Economic%20Forum%20-%20peril%20or%20promise.pdf>; ultima consultazione 02/10/2013.

Global Age Watch Index

Per 91 paesi al mondo è ora disponibile un quadro di indicatori simile all'active ageing index dell'EU/UNECE. Possibile fare dei confronti fra Paesi e distinguere l'andamento per i diversi aspetti che caratterizzano l'active ageing

<http://www.helppage.org/global-agewatch/>

SITI DI APPROFONDIMENTO

Moodle.org è il sito di comunità dove si discute e si realizza Moodle. Si tratta di una applicazione web libera (open source) che i formatori possono utilizzare per creare siti di formazione efficaci Disponibile all'indirizzo www.moodle.org ultima consultazione 02/10/2013.

CCM Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) è un organismo di coordinamento tra il ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze Disponibile all'indirizzo <http://www.ccm-network.it/> ultima consultazione 02/10/2013