

PASSI D'ARGENTO



Regione Umbria



Salute e Qualità della Vita, in Italia, nella Terza Età
*Costruzione del modello di indagine periodica nazionale nelle
persone con più di 64 anni*



STUDIO PILOTA NEL DISTRETTO DI ORVIETO – ASL 4 DI TERNI

A cura di:

Marco Cristofori - referente esecutivo del progetto

Con la collaborazione di:

Marcello Catanelli – Responsabile scientifico del progetto

Michaela Chiodini – Responsabile amministrativo del progetto

Alberto Perra – CNESPS Istituto Superiore di Sanità

Nancy Binkin – CNESPS Istituto Superiore di Sanità

Silvia Colitti – CCM Ministero della Salute

Gabriele Fontana - CNESPS Istituto Superiore di Sanità

Arianna Dittami - CNESPS Istituto Superiore di Sanità

Luciano Lorenzoni – Direttore Sanitario ASL 4 di Terni

Mario Sargenti – Resp. Distretto 3 di Orvieto

Carla Gambarini – U.O. Epidemiologia ASL 4 di Terni

Vincenzo Casaccia - U.O. Epidemiologia ASL 4 di Terni

Claudio Cupello - U.O. Epidemiologia ASL 4 di Terni

Chiara Marinetti – Borsista Ce.R.S.Al. - U.O. Epidemiologia ASL 4 di Terni

Anna Pettinelli– Distretto sanitario di Orvieto

Tamara Bellezza – Distretto sanitario di Orvieto

Il Gruppo dei corsisti di Epidemiologia in Azione

INDICE:

Introduzione	Pag.	4
Il Contesto	Pag.	5
Sez. 1 – Caratteristiche del campione intervistato	Pag.	6
Sez. 2 – Stato di salute, qualità della vita percepita, isolamento sociale e depressione	Pag.	7
Sez. 3 – Fragilità e fattori che la determinano	Pag.	10
Sez. 4 – Non autosufficienza e disabilità	Pag.	15
Sez. 5 – Conoscenza ed utilizzo dei servizi offerti	Pag.	17
Sez. 6 – Abitudini di vita e vaccinazione antinfluenzale	Pag.	18
Conclusioni e considerazioni	Pag.	20
Allegato 1 - Il Protocollo (bozza orvieta)	Pag.	22
Allegato 2 - Il Questionario	Pag.	34

Introduzione

Il Ministero della Salute ha incaricato la Regione Umbria di definire un modello di indagine periodica, da far diventare eventualmente nazionale in un secondo momento, sulla qualità della vita nelle persone con 65 o più anni. Il progetto ha la durata di due anni (2008-2010). Questa iniziativa si inquadra in una più ampia strategia del ministero della Salute e delle Regioni italiane che, tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), stanno promuovendo la sperimentazione e la messa a regime di una serie di sistemi di sorveglianza su fasce di popolazione a rischio per motivi diversi. La finalità è seguire nel tempo l'evoluzione dei problemi e dei loro determinanti ma anche degli interventi messi in atto per prevenirli.

Secondo i dati ONU sull'invecchiamento della popolazione, presentati in occasione della seconda Assemblea Mondiale, tenutasi a Madrid nel 2002 e confermate dalla conferenza di Lèon nel novembre 2007 riguardante l'area europea, l'Italia continua ad essere al primo posto per vecchiaia della popolazione. A un allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della mancata autosufficienza aggravata dalla presenza di pluri-patologie. L'invecchiamento della popolazione ha conseguenze anche economiche sull'assistenza sociale e sanitaria che spesso a livello locale confluiscono in un unico budget socio-sanitario. Dopo i 65 anni, progressivamente, all'aumentare dell'età aumenta il rischio di malattia, disabilità con perdita dell'autonomia e isolamento sociale.

E' stato realizzato nel corso di "Epidemiologia in Azione" **il primo studio pilota del "PASSI d'Argento"**. L'indagine si è svolta nel mese di maggio 2007, sul Distretto n. 3 della ASL 4 di Terni. Il distretto comprende 13 Comuni, la metodica dell'indagine ha cercato di ricalcare quanto previsto dalla prima bozza di protocollo. Sono state campionate 200 persone e altrettanti sostituiti, dall'anagrafe sanitaria della ASL. L'indagine è stata svolta per metà dai corsisti e per metà da operatori della ASL (assistenti sanitarie e assistenti sociali).

Il tasso di rifiuto è stato molto ridotto, non superiore al 3% con un tasso di sostituzione del 15% circa.

Lo studio ha portato alla realizzazione di:

- Protocollo operativo
- Questionario
- Risultati
- Conclusioni e considerazioni

Il Contesto

L'area di Orvieto presenta alcune caratteristiche particolari: in questo ambito territoriale, infatti, gli anziani rappresentano una parte rilevante della popolazione, essendo il tasso di invecchiamento tra i più alti della Regione Umbria e dell'Italia (circa il 27% della popolazione over 65 nel 2007, con una tendenza al 33% nel 2030, secondo l'ISTAT) Tale situazione trova maggior riscontro in quei soggetti che vivono soli (coppie di anziani o anziani singoli, soprattutto donne, senza relazioni parentali).

Il Comune intende attuare un diverso approccio culturale al tema degli anziani, da intendersi come una risorsa e non come un problema. Ne risulta un programma di azioni socio-assistenziali da attuare con gradualità, anche in collaborazione con organizzazioni ed associazioni di volontariato sociale, rivolto soprattutto all'assistenza domiciliare integrata, in modo da eliminare per quanto possibile l'emarginazione e l'inserimento in strutture residenziali e mantenere invece gli anziani nel loro tessuto e contesto socio-familiare, per garantire una migliore qualità della vita e un maggior benessere.

Il "Piano Anziani" è lo strumento attraverso cui il Comune (Ufficio di Cittadinanza) e la ASL, partendo dall'analisi del bisogno e delle risorse esistenti, si propongono di riorganizzare le attività rivolte agli anziani per valorizzare le opportunità e i servizi offerti alla popolazione anziana, in collaborazione con le Associazioni di Volontariato, i Centri Sociali Anziani e le altre forme organizzate della società civile.

Tra gli obiettivi:

- Ruolo attivo degli anziani (impegno in attività di volontariato e lavori socialmente utili)
- Prevenzione dell'isolamento e del disagio (TELEASSISTENZA)
- Tutela dell'anziano fragile (interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali)
- Progetto "Anziani Soli" (socializzazione come contrasto all'isolamento e al disagio della terza età)
- "Attivare per Prevenire", a cura della ASL, con la collaborazione dell'ufficio di Cittadinanza, per promuovere una cultura della salute e prevenire alcune patologie cronico - degenerative della terza età.

Come sono stati raccolti i dati:

- Questionario con 73 domande
- Proposto direttamente dai corsisti e da operatori sanitari e sociali della ASL 4
- Con domande basate su studi nazionali (studio Argento dell'ISS - Vetus) e internazionali
- Le persone sono state contattate e informate precedentemente per telefono
- I dati sono completamente anonimi

Quindi:

- Sono state intervistate 201 persone
- Hanno rifiutato l'intervista 4 persone
- Sono state sostituite 21 persone (Tasso 15%)
- Hanno risposto al questionario direttamente 177 anziani (88%)
- Hanno risposto per loro (Proxy) 23 familiari e 1 badante (12%) di cui:
 - 3 per motivi fisici
 - 3 per motivi psichici
 - 16 per punteggio inferiore a 3 (disturbi cognitivi)

Sez. 1 - Caratteristiche del campione intervistato:

<i>Età</i>	M	F
65 - 74 anni	51 - 54%	43 - 46%
oltre 75 anni	45 - 42%	62 - 58%

Stato civile:

- Coniugato con coniuge vivente 64%
- Non coniugato o vedovo/a 46%

Titolo di studio:

- Nessuno 14%
- Elementare 61%
- Oltre 25%

Con chi vivono:

- con coniuge o fratello/sorella 68%
- Assistiti 16%
- Da soli 16%

Dove vivono:

- Casa ind. su un piano 25%
- Casa ind. su due piani 40%
- Condominio o altro 35%

Cosa fanno:

- Lavora regolarmente lo 0,5%
- Sono pensionati il 94,5%
- Fanno volontariato il 3,5%

Come affrontano le spese correnti:

- Difficilmente 52%
- Piuttosto bene 48%

Sez. 2 - Stato di salute, qualità della vita percepita, isolamento sociale e depressione

Obiettivi della sezione:

1. Descrivere lo stato di salute e la qualità di vita percepiti e oggettivi della popolazione di 65 anni o più, per condizione anagrafica e socio-economica, residente nel Distretto di Orvieto della ASL di Terni;
2. Stimare la proporzione di persone con sentimento di isolamento e sintomi di depressione, per condizione anagrafica e socio-economica, residente nel Distretto di Orvieto della ASL di Terni;

Salute percepita

La salute è benessere psicofisico; non è data solo dall'assenza di malattia ma anche dalla percezione positiva del proprio stato di salute

Lo stato di salute percepito dalla persona anziana è risultato essere un indicatore di salute più significativo rispetto a mortalità e morbosità. Valutata misurando:

- lo stato di salute riferito dall'intervistato
- quanti giorni la persona anziana non si è sentita bene per motivi fisici e psicologici nell'ultimo mese

Come va in generale la sua salute?

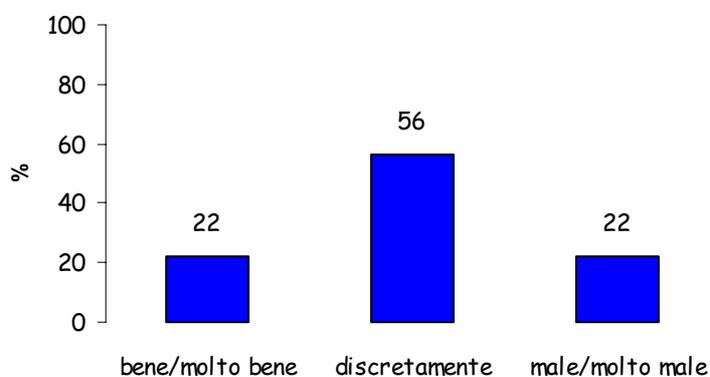
2 persone su 10 hanno dichiarato di sentirsi bene, la metà circa si sente discretamente bene e 2 su 10 hanno dichiarato di non sentirsi bene

Non ci sono differenze significative fra uomini e donne

1 persona su 2 ritiene che il proprio stato di salute sia peggiorato nell'ultimo anno e 1 su 5 pensa che le proprie condizioni di salute siano peggiori rispetto a quelle dei coetanei

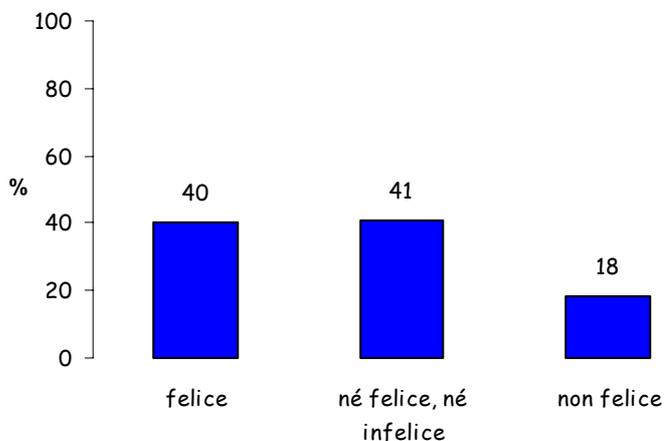
Nell'ultimo mese:

1 persona su 4 ha dovuto rinunciare alle proprie attività per più di 10 giorni a causa di problemi fisici e 1 su 5 ha dovuto rinunciare alle proprie attività per più di 10 giorni a causa di problemi psicologici.



Nel distretto di Terni solo 4 persone anziane su 10 si sentono felici.
 Il sentimento di felicità è più diffuso tra gli uomini e tra le persone senza difficoltà economiche.
 Le persone con meno di 75 anni si sentono più felici.
 Le differenze descritte sono statisticamente significative

Come definirebbe il suo stato di felicità?



Isolamento sociale

La qualità della vita dipende anche dalle relazioni sociali che la persona anziana riesce a mantenere o è aiutata a mantenere. Viene definito isolato socialmente chi:

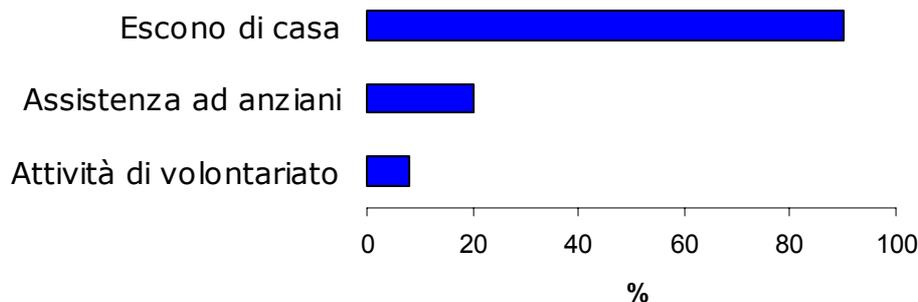
Nell'ultima settimana:

1. non è uscito di casa
2. non ha avuto contatti, neanche telefonici, con amici, vicini e familiari non conviventi
3. non ha partecipato ad incontri collettivi (chiesa, circolo, ecc.)

1 persona anziana su 20 ha vissuto in condizioni di isolamento sociale negli ultimi 7 giorni e solamente in 1 caso su 3 l'isolamento era riconducibile a grave disabilità

I mezzi di comunicazione sono il "ponte" con il mondo

- Guardano la TV o ascoltano la radio 9 persone su 10
- Leggono un quotidiano 5 persone su 10

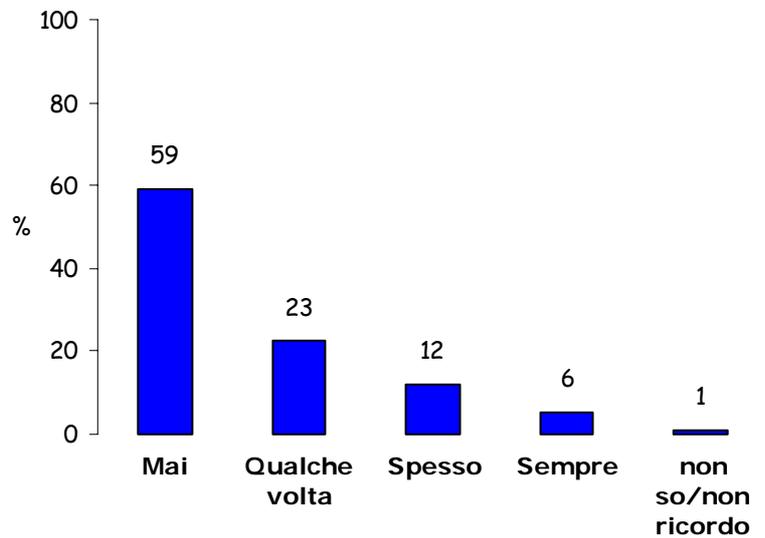


La solitudine

4 anziani su 10 hanno sofferto di solitudine.

Il sentimento di solitudine è più diffuso tra le donne e tra le persone con difficoltà economiche.

solitudine nelle ultime 2 settimane



La depressione

1 anziano su 5 è risultato depresso.

La depressione è più diffusa:

- tra le donne (23% vs 11%)
- tra le persone con difficoltà economiche (25% vs 8%)

Le differenze sono statisticamente significative.

Sez. 3 – Fragilità e fattori che la determinano

Per anziano "fragile" si intende la persona che a causa di alcune condizioni di salute o dell'ambiente in cui vive, è più a rischio di perdere la propria autonomia, con la conseguenza del peggioramento della qualità della vita.

Occuparsi dell'anziano fragile è quindi un dovere:

- perché è possibile **mantenere** una buona qualità della vita
- per **prevenire** la disabilità e le malattie invalidanti
- per capire quante persone ricevono attenzioni adeguate alla loro situazione di rischio

Come?

Promuovendo sani stili di vita e prevenendo i fattori di rischio

Per conoscere i problemi legati alla fragilità , abbiamo rivolto alle persone al di sopra dei 65 anni alcune domande specifiche su:

- i disturbi della memoria e di orientamento
- i problemi di vista, di udito e di masticazione
- la perdita di appetito e di peso
- la diminuzione dell'attività fisica e della mobilità
- la condizione della propria salute che viene sentita come più invalidante

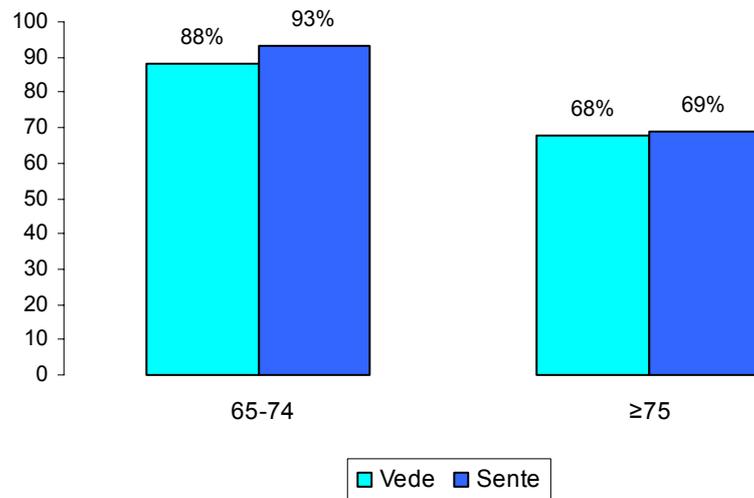
Disturbi della memoria e dell'orientamento

Le demenze rappresentano un importante problema sanitario e sociale, che, considerato il progressivo invecchiamento della popolazione, è destinato ad avere un peso sempre maggiore.

- La maggior parte degli intervistati (81%) non ha evidenziato problemi e ha risposto da sola/o al questionario proposto
- Solamente 1 persona su 10 ha mostrato disturbi legati alla memoria e/o all'orientamento

Vista udito e masticazione:

La situazione per quanto riguarda la vista e l'udito si aggrava rapidamente oltre i 75 anni, i problemi di udito sono maggiori rispetto a quelli della vista, molte persone vedono bene ma con gli occhiali.



8 persone su 10 masticano bene, anche se la metà porta la protesi dentaria

tra chi mastica male:

- 1 su 3 va dal dentista
- gli altri non ne percepiscono il bisogno
- pochi dicono che costa troppo

Il ricorso alle cure specialistiche è ancora troppo basso, bisognerebbe sicuramente aumentare la percezione del bisogno.

Appetito e peso

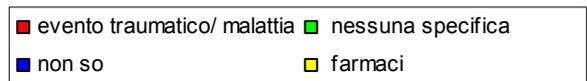
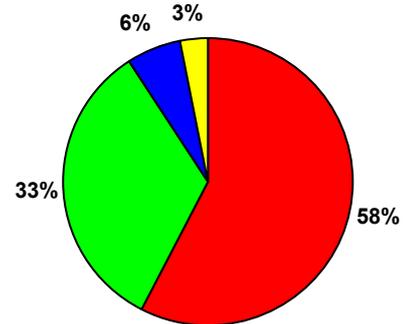
Nei soggetti in età avanzata la perdita di appetito e di peso può essere indice di problemi di salute fisica o psicologica. Quindi Abbiamo chiesto informazioni su :

- appetito
- variazioni di appetito
- cause
- perdita del peso

L'appetito negli anziani del Distretto 3 di Orvieto

- Più di 1 persona su 10 ha scarso appetito
- 2 anziani su 10 riferiscono una diminuzione di appetito
- La diminuzione di appetito è avvenuta da più di 1 anno ed interessa prevalentemente anziani di età superiore ai 75 anni

Cause della perdita di appetito



La perdita di peso negli anziani del Distretto 3 di Orvieto

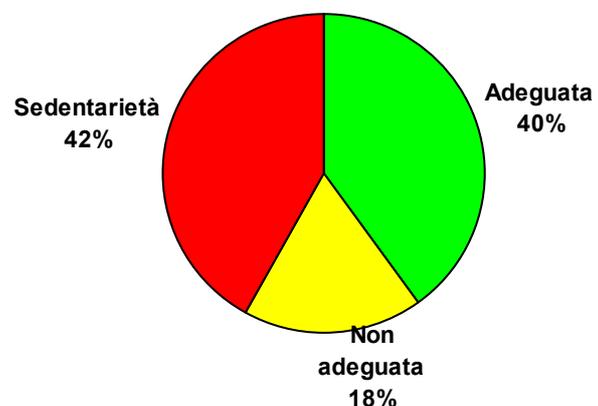
- Circa 1/3 degli anziani intervistati riferisce di aver perso peso negli ultimi 12 mesi
- La media del peso perduto è di 4 Kg

L'attività fisica degli anziani del Distretto 3 di Orvieto

è stato evidenziato come una buona attività fisica modifichi i rischi di morbidità e mortalità e giochi un ruolo importante nella prevenzione delle cadute. Pur essendo stati messi a punto questionari per valutare il livello di attività fisica in diversi gruppi di età, non sono stati messi a fuoco ancora in modo inequivocabile i tipi e i livelli di attività fisica appropriati per la popolazione anziana.

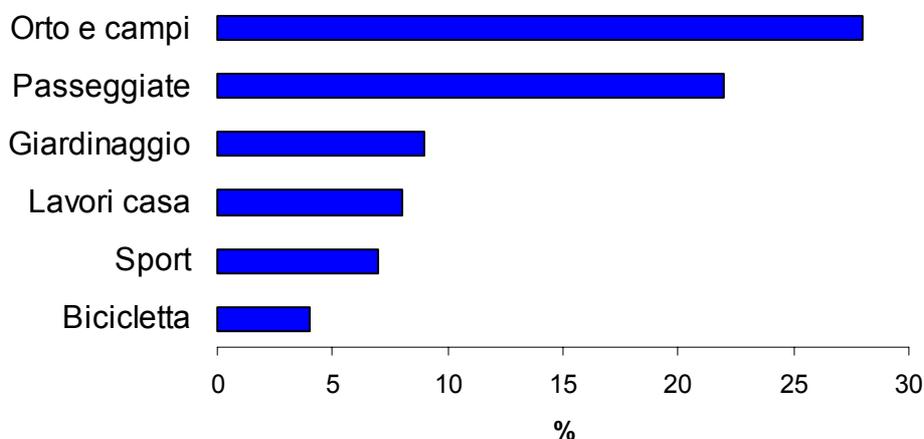
E' comunque dimostrato che muoversi e rimanere in attività per almeno 30 minuti al giorno per 3 giorni a settimana previene e riduce la disabilità.

Attività fisica



Solamente il 40% degli anziani fa una attività fisica adeguata, spesso questa non è strutturata ma sono lavori domestici o dei campi.

Come si muovono gli anziani



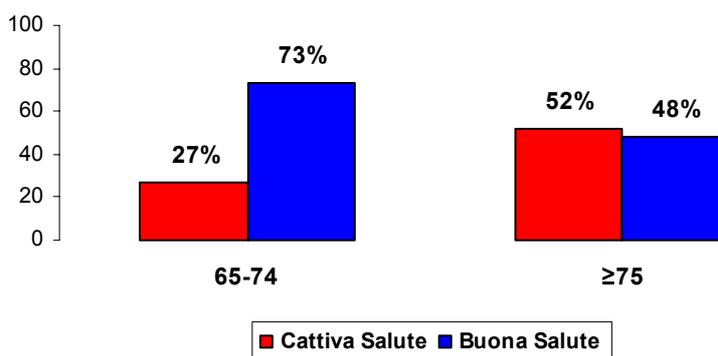
Problemi di salute che limitano le attività degli anziani del Distretto 3 di Orvieto

4 persone anziane su 10 dicono di avere malattie che limitano le loro attività quotidiane e quelle riferite con più frequenza sono:

- Artrosi
- Difficoltà nel camminare
- Mal di schiena

Dicono di essere in cattiva salute il 27% degli anziani al di sotto dei 75 anni e più della metà di quelli al di sopra.

La salute degli anziani



Ricovero in ospedale

E' ormai appurato che oltre il 70% dei ricoveri riguardano le persone con più di 645 anni con un forte impatto sulla spesa sanitaria, questi spesso riguardano patologie che aumentano o favoriscono la disabilità.

- 13 anziani su 100 sono stati ricoverati, per più di **due giorni**, nell'ultimo anno
- non ci sono differenze tra le classi di età (65-74 anni, più di 75 anni)

Cadute

Le cadute nell'età avanzata sono un evento generalmente da considerarsi grave, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico (come fratture, traumi cranici), sia per le ripercussioni di ordine psicologico. Queste ultime sono caratterizzate dall'insicurezza e quindi dalla tendenza ad un progressivo isolamento, alla riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali.

in un anno in Italia ci sono circa 2 milioni di accessi al pronto soccorso per caduta, 200 mila ricoveri e 7500 morti, questo fenomeno riguarda prevalentemente gli anziani.

Le cadute negli anziani:

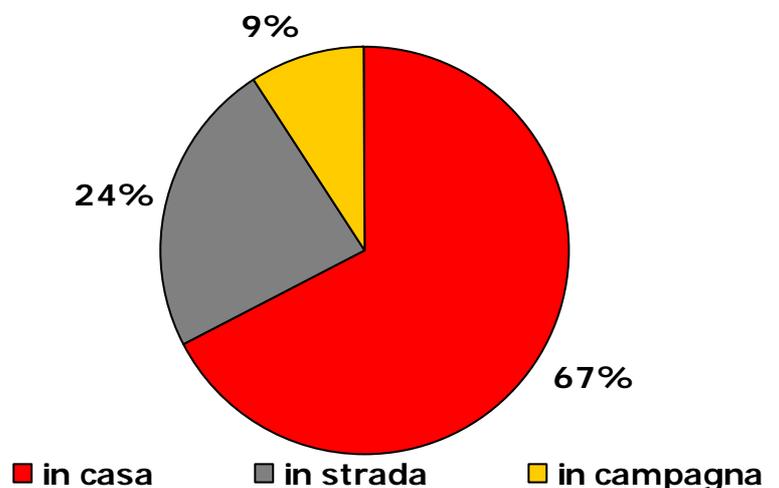
- procurano danno fisico e\o psicologico
- generano paure
- aumentano l'insicurezza
- limitano l'autonomia e i rapporti sociali
- hanno rilevanza sociale e sanitaria
- generano fragilità
- possono essere causa di morte
- possono essere prevenute

nel nostro Distretto nell'ultimo anno :

- il 28% dei soggetti intervistati è caduto almeno una volta
- gli anziani con più di 75 anni sono caduti più frequentemente rispetto a quelli più giovani (39% vs 16%)
- le donne più frequentemente degli uomini
- più della metà ha riportato un "danno"
- tra coloro che sono caduti, oltre la metà è caduta più volte

dove cadono gli anziani?

La maggior parte degli anziani cade in casa, soprattutto le donne sono esposte durante i lavori domestici



Sez. 4 – Non autosufficienza e disabilità

Il progressivo aumento della quota di popolazione anziana in Italia, come negli altri paesi occidentali, comporta un aumento della frequenza di anziani non autosufficienti nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. La perdita di autosufficienza è associata alla presenza di malattie croniche, quindi comporta bisogni di assistenza sia nell'effettuare attività legate alla sopravvivenza, sia per effettuare le cure mediche o infermieristiche. D'altro canto, la perdita di autosufficienza è associata anche ad isolamento sociale e quindi genera ulteriori bisogni su questo versante.

Per misurare l'autosufficienza è stato sviluppato un sistema basato sulla capacità dell'individuo di effettuare alcune attività della vita quotidiana (ADL). Sono state indagate molteplici ADL, dalle funzioni fisiologiche (come urinare), a quelle motorie, a quelle che consentono la cura di sé (come vestirsi, lavarsi), a quelle strumentali, pur legate alla sopravvivenza (come prepararsi da mangiare). Di conseguenza, sono state adottate diverse definizioni operative di mancanza di autosufficienza, con difficoltà ad effettuare confronti tra i diversi studi. E' stato però osservato che c'è una notevole sovrapposizione tra le ADL (una persona incapace in una attività è frequentemente incapace di effettuare altre attività), per cui è possibile utilizzare un minimo set di ADL principali (camminare, lavarsi, utilizzare il bagno, vestirsi, mangiare, urinare) per ottenere misure adeguate del livello di dipendenza, classificandolo come grave (persone non in grado di effettuare tutte queste attività), lieve (persone incapaci di effettuare almeno una ADL), o come autosufficienza (persone capaci di effettuare tutte le ADL).

Autosufficienza: capacità di svolgere normali attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, mangiare da soli, andare al bagno da soli, ecc....)

Disabilità: perdita della capacità di svolgere almeno una delle normali attività della vita quotidiana

Nel nostro Distretto:

- 1 anziano su 10 è disabile, cioè non è in grado di svolgere le attività quotidiane (risultato simile a studio VETUS 2006)
- la disabilità è 10 volte più frequente oltre i 75 anni rispetto ai meno anziani (23% versus 2%)
- più della metà dei disabili viene aiutata dai familiari, il resto da personale a pagamento
- il costo dell'assistenza nelle attività quotidiane ai disabili è principalmente a carico dell'anziano stesso e dei familiari
- 1 anziano su 2 non è soddisfatto dell'aiuto che riceve per i suoi bisogni personali

Assistenza per normali attività quotidiane (fare la spesa, lavare i panni ,)

nel nostro Distretto:

- 1 anziano su 3 viene aiutato in alcune attività come fare la spesa, pulire la casa, spostarsi per appuntamenti, ecc.
- più dell' 80% è soddisfatto dell'aiuto ricevuto

Sez. 5 – Conoscenza ed utilizzo dei servizi offerti

- il 16% degli anziani autosufficienti utilizza servizi a carattere sociale (centri sociali anziani, università, programma vacanze estive)
- il 40% degli anziani disabili utilizza i servizi a carattere prevalentemente sanitario (assistenza domiciliare e specialistica)

Conoscenza dei servizi da parte degli anziani



Richieste da parte degli anziani al sistema sanitario locale



Sez. 6 – Abitudini di vita e vaccinazione antinfluenzale

Gli studi ISTAT hanno fornito informazioni su un ampio range di comportamenti correlati alla salute degli anziani, incluso il fumo e l'assunzione di alcol. Tuttavia, vi sono ancora alcuni fattori correlati alla qualità della vita che non sono stati indagati approfonditamente. In particolare, non vi sono molti dati riferiti all'anziano sull'attività fisica, le difficoltà di masticazione, la situazione e le abitudini nutrizionali.

Il Fumo:

L'abitudine al fumo aumenta il rischio di insufficienza respiratoria, infarto, ictus e tumore

- Fuma attualmente
 - 1 persona su 10
 - gli uomini (16%) più delle donne (6%)

Assunzione di frutta e verdura:

Mangiare almeno 5 porzioni di frutta o verdura al giorno protegge la salute e la qualità della vita dell'anziano

- Soltanto 1 persona su 20 segue questo consiglio
- 1 persona su 2 mangia 3 o più porzioni al giorno

Consumo di alcol:

Un eccessivo consumo di alcol è dannoso per la salute

- 1 persona su 2 consuma ogni giorno almeno 1 bicchiere di vino/birra o un bicchierino di superalcolico
- Il consumo di bevande alcoliche è più frequente negli uomini

Tuttavia la maggior parte delle assunzioni sono legate al bere un po' di vino a pasto, regolarmente tutti i giorni.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza è una malattia infettiva pericolosa soprattutto per le persone anziane e soprattutto se portatori di patologie croniche all'apparato respiratorio o a rischio cardio - vascolare.

- 9 persone su 10 hanno ricevuto il consiglio di vaccinarsi dal proprio medico di famiglia
- Lo scorso inverno si sono vaccinate 6 persone su 10
 - Dai 65 ai 74 anni il 51%
 - Dai 75 in poi il 76%

Conclusioni e considerazioni:

Il processo:

In questa fase del progetto "PASSI d'Argento", ci è sembrato doveroso effettuare una analisi di processo andando a toccare diversi punti che ci aiuteranno alla stesura di un nuovo protocollo e di un nuovo questionario, mettendo a punto e cercando di risolvere alcune peculiarità dello studio che per noi sono essenziali.

Alcuni punti in sintesi:

- La collaborazione fra il sociale e il sanitario ha funzionato
- Comprensione e grande partecipazione all'iniziativa da parte degli anziani
- Partecipazione interessata dei medici di famiglia e delle strutture sanitarie distrettuali
- Le procedure si sono rivelate semplici ed efficienti
- I costi sono estremamente contenuti
 - o 200 ore/persona per tutte le interviste
 - o 30 ore/persona pianificazione - elaborazione - comunicazione
 - o Costi telefonici, di spostamento, di cancelleria
- Spazio per migliorare il questionario

I risultati per il Distretto 3 di Orvieto:

Conclusioni in sintesi:

- Molti anziani affrontano la terza età attivamente e con una percezione positiva della propria salute
- La percezione negativa della propria salute di 1 anziano su 5 è spesso legata a diverse patologie ma anche a diversi bisogni, alcuni di natura sociologica, come l'isolamento, altri di natura sanitaria, come i disturbi di masticazione, di visione o d'udito potenzialmente correggibili
- 1 anziano su 20 vive una forma di isolamento sociale e 1 su 5 riferisce sintomi di depressione
- Il rischio di disabilità è presente nella popolazione studiata ma le azioni di prevenzione non hanno sufficiente penetrazione
- La popolazione di anziani ha una buona copertura con la vaccinazione influenzale ma non ancora sufficiente²²
- Gli stili di vita mostrano una popolazione con attività fisica cui solo 4 su 10 ci si dedica regolarmente, 1 su 10 fuma e le buone abitudini alimentari, quali l'assunzione di adeguate quantità di frutta e verdura non è ancora sufficiente
- Comune, ASL e Distretti hanno messo in atto attività sociali e di assistenza ben conosciute e apprezzate da molti anziani, ma solo 1 su 4 li utilizza sistematicamente

Raccomandazioni in sintesi:

- Promuovere in maniera coordinata gli stili di vita della popolazione anziana;
- Identificare con strumenti semplici gli anziani che sono a rischio di fragilità per prevenire la disabilità e le sue implicazioni per l'anziano e la comunità;
- Migliorare la collaborazione fra operatori sociali e sanitari per garantire efficienza ed efficacia alle azioni congiunte;
- Ottimizzare le numerose opportunità d'incontro fra servizi e operatori del Comune, ASL/Distretto o volontariato per promuovere sistematicamente l'attività fisica degli anziani;
- Verificare sistematicamente da parte degli operatori sociali, sanitari o del volontariato alcuni aspetti di base della salute dell'anziano che possono avere ricadute importanti per la qualità della sua vita (vede bene?, sente bene?, mastica bene?);
- Promuovere attivamente la frequentazione dei servizi socio-sanitari offerti agli anziani favorendone l'accessibilità, richiesta anche liberamente da numerosi anziani;
- Creare o rinforzare gli strumenti "d'ascolto" degli anziani e del bisogno di salute da loro espresso;

*“Lasciatemi invecchiare con amore
e diventare anziano,
così come avviene per tante cose belle.
L'avorio e l'oro, i merletti e le sete
non vogliono essere nuovi;
nelle vecchie querce c'è tanta potenza,
nelle vecchie strade tanto fascino e calore.
Perché allora a me, come a tutte queste cose,
non deve essere permesso
d'invecchiare con amore?”*

K.W.Baker

Il Protocollo (bozza Orvieto):

Introduzione

Il ministero della Salute ha incaricato la Regione Umbria di definire un modello di indagine periodica, da far diventare eventualmente nazionale in un secondo momento, sulla qualità della vita nelle persone con 65 o più anni. Il progetto ha la durata di due anni (2008-2010). Questa iniziativa si inquadra in una più ampia strategia del ministero della Salute e delle Regioni italiane che, tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), stanno promuovendo la sperimentazione e la messa a regime di una serie di sistemi di sorveglianza su fasce di popolazione a rischio per motivi diversi. La finalità è seguire nel tempo l'evoluzione dei problemi e dei loro determinanti ma anche degli interventi messi in atto per prevenirli.

Analisi del contesto

Secondo i dati ONU sull'invecchiamento della popolazione, presentati in occasione della seconda Assemblea Mondiale, tenutasi a Madrid nel 2002 e confermate dalla conferenza di León nel novembre 2007 riguardante l'area europea, l'Italia continua ad essere al primo posto¹ per vecchiaia della popolazione. Negli ultimi anni, infatti, in Italia, come nel complesso dei Paesi Occidentali, la proporzione di anziani è andata progressivamente aumentando: nel 1990 gli ultrasessantacinquenni erano il 15%, oggi rappresentano circa il 25% della popolazione e la proiezione al 2050 è che un italiano su tre sarà anziano. Andando nel dettaglio e osservando i dati ISTAT dell'ultimo censimento del 2001, si rileva che le regioni più "vecchie" sono la Liguria e l'Umbria. A un allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della mancata autosufficienza aggravata dalla presenza di pluri-patologie. Alla base dell'invecchiamento umano, tuttavia, non stanno solo fattori biologici. Questi si sviluppano all'interno di contesti psicologici, economici, politici, culturali e sociali. Si può parlare quindi di due tipi d'invecchiamento, uno biologico, l'altro sociale, che rappresenta una condizione soggettiva, legata alla percezione del cambiamento del proprio ruolo nella società e comunque ad un aumento della cosiddetta fragilità sociale che ha ripercussioni anche sull'accesso non problematico al sistema sanitario nazionale. L'invecchiamento della popolazione ha conseguenze anche economiche sull'assistenza sociale e sanitaria che spesso a livello locale confluiscono in un unico budget socio-sanitario. Dopo i 65 anni, progressivamente, all'aumentare dell'età aumenta il rischio di malattia, disabilità con perdita dell'autonomia e isolamento sociale. Nei confronti degli anziani, si impegnano nei paesi industrializzati circa il 65% delle risorse del servizio sanitario nazionale, più della metà dei ricoveri ospedalieri e circa il 70% della spesa farmaceutica. Di non secondaria importanza, poi, il costo sociale, soprattutto degli anziani non autosufficienti, che ricade spesso sulla donna, alla quale spetta l'onere dell'assistenza nella maggior parte dei casi.

Giustificazione

Questa rapida crescita del fenomeno invecchiamento impone un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politiche sanitarie rivolte in modo specifico agli anziani fragili, persone cioè cui alcuni fattori di rischio ben identificabili possono ridurre la

¹ UN, *Population aged 60 years or older*, 2002, www.un.org/esa/population/publications/ageing/Graph.pdf

qualità della vita innescando allo stesso tempo una spirale di decadimento drammaticamente rapido che potrebbe essere ritardata e parzialmente evitata. Mettere in atto una serie di studi ripetuti che diano informazioni al sistema socio-sanitario sui segni di fragilità dell'anziano può permettere la messa in atto di misure che migliorino la qualità della vita delle persone e diminuiscano i costi dell'assistenza. Tali studi dovranno anche produrre indicatori che permettano il confronto di diverse aree territoriali fra di loro e di seguire nel tempo l'evoluzione della situazione all'interno della stessa area territoriale. La messa a punto di uno strumento di indagine che possa permettere questi confronti diventa essenziale per i livelli operativi laddove si programmano e si realizzano gli interventi a favore della popolazione della terza età, per esempio le ASL, i distretti o grandi Comuni.

Al momento attuale le rilevazioni statistiche periodiche degli istituti ufficiali e degli osservatori specializzati hanno alcune caratteristiche che non permettono di avere informazioni tempestive su alcuni argomenti specifici per questo tipo di popolazione (per esempio percepire come disagio le difficoltà di masticazione, vista o udito) e comunque non raggiungono un dettaglio tale da permettere il livello di programmazione locale (aziendale, distrettuale o comunale).

Per seguire in maniera continuativa la salute degli anziani appare quindi necessario raccogliere indicatori sulla popolazione generale che, essendo sensibili al cambiamento nel tempo, rappresentano bene l'evoluzione dei fattori determinanti dell'autosufficienza ma anche della penetrazione degli interventi che i diversi operatori, sanitari e sociali, e le famiglie mettono in atto per prevenire i problemi negli anziani fragili.

Il progetto serve quindi per sperimentare questi indicatori e per vedere quanto siano in grado di rappresentare fedelmente la situazione degli anziani che evolve in maniera così rapida.

Obiettivo generale

Elaborare e sperimentare un modello di indagine sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, che sia ripetibile nel tempo e sostenibile con le risorse dei servizi sanitari e sociali, a uso delle Aziende sanitarie e delle Regioni mirante a migliorare la qualità della salute degli anziani

Obiettivi dello studio

Lo studio si prefigge da una parte di sperimentare metodi e indicatori per la rilevazione della salute della terza età. In particolare:

1. Descrivere la popolazione degli anziani per condizioni anagrafiche e socio-economiche
2. Descrivere lo stato di salute e la qualità di vita percepiti e oggettivi della popolazione di 65 o più anni
3. Stimare la proporzione di persone con sentimento di isolamento e sintomi di depressione
4. Identificare la proporzione di persone a rischio di fragilità (disturbi cognitivi, perdita di appetito e di peso, ipoacusia, problemi alla vista e ai denti, diminuito livello di attività fisica, patologie prevalenti)
5. Stimare la proporzione di persone che abbia subito delle cadute
6. Stimare la proporzione di persone fragilizzate e non autosufficienti

7. Descrivere il tipo e la qualità dell'assistenza dei non autosufficienti e il bisogno di assistenza da parte di tutti gli anziani
8. Descrivere la tipologia di assistenza conosciuta e utilizzata da parte degli anziani
9. Descrivere gli stili di vita (attività fisica e fumo, alimentazione, consumo di alcol) e le attività sociali
10. Stimare la proporzione e le caratteristiche della vaccinazione anti-influenzale dell'ultima stagione

Informazioni della letteratura scientifica sui temi di studio

Stato di salute, qualità della vita percepita

Nella valutazione dello stato di salute di una persona, oltre all'aspetto clinico, assume sempre più importanza l'analisi della qualità di vita percepita, cioè del grado di benessere complessivo avvertito.

Benché il concetto di qualità della vita sia difficilmente definibile, sono stati messi a punto metodi per misurarla in modo da far emergere quelle condizioni che, pur non provocando un aumento della mortalità o dei ricoveri, incidono sulla salute intesa in senso lato, secondo la definizione dell'OMS del 1948.

I modelli per valutare la qualità di vita percepita sono numerosi: uno dei metodi maggiormente utilizzati e validati, anche in studi nazionali quali lo studio "Argento" e locali (Vetus ad Orvieto)(34), è quello relativo alla stima dei "giorni vissuti in salute", che utilizza quattro domande inerenti la percezione dello stato di salute e i giorni passati in cattiva salute.

Si tratta di un metodo diretto, in cui la stima viene effettuata chiedendo quale sia stata la proporzione di giorni trascorsi in cattiva salute in un arco di tempo definito (per esempio il mese precedente l'intervista). La qualità della vita valutata con questo metodo risulta di solito fortemente correlata all'esercizio fisico, al sovrappeso, all'obesità ed allo stile di vita in generale. E' anche correlata allo stato mentale, alla qualità dell'ambiente di vita ed all'accesso alle cure, nonché alla presenza di alcune malattie croniche, come l'artrosi.

Qualità di vita oggettiva: Malattie e ricoveri

Molto spesso le persone anziane hanno limitazioni a svolgere alcune delle proprie attività quotidiane, soprattutto per problemi di salute specifici singoli o cumulati (4,8), lo studio vuole capire quale di questi problemi viene considerato dalla persona come il principale intralcio allo svolgimento delle proprie attività. I ricoveri ospedalieri sono molto più frequenti nella popolazione anziana, la stima di questi è importante ai fini della programmazione socio sanitaria e anche economica per il SSN.

Isolamento sociale e depressione

-La qualità della vita dipende anche dalle relazioni sociali che la persona anziana riesce a mantenere o è aiutata a mantenere, soprattutto nelle età più avanzate. In questo senso è importante la capacità e/o la volontà di utilizzare i mezzi di comunicazione, di scambiare quattro chiacchiere con qualcuno, di utilizzare i servizi e le attività sociali dei comuni, della ASI ecc. Le informazioni su questo tema si ottengono da una serie di semplici domande che riguardano le capacità sopra esposte,

² La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non solamente l'assenza di malattia o infermità (OMS 1948).

nonché le attività di volontariato e l'assistenza fornita ad altri anziani (cosa comune con il congiunto).

Inoltre si indagherà sullo stato di depressione, attraverso due domande che a livello internazionale e anche in studi nazionali (Sorveglianza PASSI 2007) vengono utilizzati in sistemi di sorveglianza o screening sulla depressione. Che è una condizione molto spesso presente nelle persone anziane e la cui diagnosi non sempre è esplicitamente effettuata.

Le misure della qualità della vita ottenute in questo studio consentiranno di considerare un aspetto generalmente trascurato della salute dell'anziano, in modo di indirizzare meglio le strategie di intervento ed individuare gli indicatori per la valutazione degli interventi.

Disturbi cognitivi

Le demenze rappresentano un importante problema sanitario e sociale, che, considerato il progressivo invecchiamento della popolazione, è destinato ad avere un peso sempre maggiore.

In Italia, secondo i dati raccolti nello Studio longitudinale sull'Invecchiamento (Studio ILSA) la prevalenza dei disturbi cognitivi nella popolazione italiana di 65 e più anni è risultata del 6,4% (5,3% nei maschi e 7,2% nelle femmine) (6). Tali percentuali aumentano rapidamente con l'invecchiare della popolazione, fino ad arrivare nella fascia di età 80-84 attorno al 20% per entrambi i sessi. Uno studio di prevalenza condotto nella provincia di Verona sugli ultraottantenni (denominato Progetto Argento) ha riscontrato un tasso di prevalenza dei disturbi cognitivi del 24% (11). Per quanto attiene ai nuovi casi, lo studio ILSA stima l'incidenza della malattia in 127 casi l'anno ogni 100.000 abitanti per le persone di più di 60 anni.

Sono stati messi a punto numerosi strumenti utili ad identificare una condizione dei disturbi cognitivi (12), ma la maggioranza di questi richiede molto tempo per l'esecuzione e non è molto adatta all'utilizzo in indagini multi-scopo. Recentemente è stato tuttavia messi a punto strumenti rapidi di screening della malattia, che forniscono risultati confrontabili con quelli ottenuti con strumenti più complessi (12, 13). Questi strumenti, già utilizzati con un discreto successo nello studio "In Chianti", Argento e Vetus, verranno utilizzati anche in questa indagine, e sono basati sul metodo sopra esposto.

I dati raccolti sulla prevalenza dei disturbi cognitivi verranno posti a confronto con analoghi raccolti in Italia con strumenti più complessi, e l'informazione raccolta permetterà di valutare in quali condizioni assistenziali vivono le persone in condizioni dei disturbi cognitivi. Inoltre, le stime a livello regionale permetteranno di programmare al meglio le necessità di assistenza necessarie in futuro per questo specifico problema.

Cadute

Le cadute nell'età avanzata sono un evento generalmente da considerarsi grave, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico (come fratture, traumi cranici), sia per le ripercussioni di ordine psicologico. Queste ultime sono caratterizzate dall'insicurezza e quindi dalla tendenza ad un progressivo isolamento, alla riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali.

L'esatta frequenza delle cadute è di difficile determinazione in quanto molti episodi non vengono riferiti dai soggetti o perché considerati normali per l'età, e quindi privi di importanza, od al contrario negati in quanto ritenuti segno di crescente debolezza. E' stato stimato che i decessi attribuibili a cadute in Italia sono circa 7500, di cui la maggioranza si verificano tra gli anziani; mentre, la gran parte dei circa 1.800.000

accessi al pronto soccorso e dei 200.000 ricoveri dovuti ad incidenti domestici, riguardano cadute degli anziani (16).

Riguardo alle cause delle cadute i dati di letteratura riportano due tipologie di fattori di rischio: i fattori intrinseci e quelli estrinseci (14, 17). I primi sono rappresentati dagli eventi patologici di diversa natura (neurologica, cardiovascolare, metabolica ecc...) di cui una persona può soffrire, i secondi includono i rischi connessi all'ambiente familiare, come i pavimenti e gli scalini sdruciolevoli e la scarsa illuminazione. Nello studio delle cadute è importante considerare sempre entrambe le tipologie di fattori. Altro aspetto importante nella genesi delle cadute degli anziani è l'assunzione di alcune categorie di farmaci come gli antipertensivi, gli antidepressivi, gli ipnotici/sedativi (18,19); per quest'ultimi in particolare è documentato un rischio relativo di cadute per i consumatori ultrasessantenni 28 volte superiore rispetto ai non consumatori (14).

L'unico studio sistematico italiano sulle cadute e i fattori di predisposizione è stato lo Studio Argento dell'ISS. Con il presente studio ci si propone di rifeettuare una stima della frequenza di cadute tra la popolazione anziana analizzandone alcune condizioni facilitanti sia personali che ambientali.

Dall'analisi delle informazioni ottenute si potrà evidenziare la presenza o meno di una diversa attenzione alla sicurezza, relativamente alle cadute, tra le varie Regioni partecipanti. I dati raccolti potranno essere utilizzati per individuare ed adottare appropriate ed efficaci strategie di sanità pubblica volte alla riduzione della frequenza delle cadute tra gli anziani, considerato che sono disponibili interventi efficaci (20).

Autosufficienza e bisogni assistenziali

Il progressivo aumento della quota di popolazione anziana in Italia, come negli altri paesi occidentali, comporta un aumento della frequenza di anziani non autosufficienti nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. La perdita di autosufficienza è associata alla presenza di malattie croniche, quindi comporta bisogni di assistenza sia nell'effettuare attività legate alla sopravvivenza, sia per effettuare le cure mediche o infermieristiche. D'altro canto, la perdita di autosufficienza è associata anche ad isolamento sociale e quindi genera ulteriori bisogni su questo versante.

Per misurare l'autosufficienza è stato sviluppato un sistema basato sulla capacità dell'individuo di effettuare alcune attività della vita quotidiana (ADL). Sono state indagate molteplici ADL, dalle funzioni fisiologiche (come urinare), a quelle motorie, a quelle che consentono la cura di sé (come vestirsi, lavarsi), a quelle strumentali, pur legate alla sopravvivenza (come prepararsi da mangiare). Di conseguenza, sono state adottate diverse definizioni operative di mancanza di autosufficienza, con difficoltà ad effettuare confronti tra i diversi studi. È stato però osservato (7) che c'è una notevole sovrapposizione tra le ADL (una persona incapace in una attività è frequentemente incapace di effettuare altre attività), per cui è possibile utilizzare un minimo set di ADL principali (camminare, lavarsi, utilizzare il bagno, vestirsi, mangiare, urinare) per ottenere misure adeguate del livello di dipendenza, classificandolo come grave (persone non in grado di effettuare tutte queste attività), lieve (persone incapaci di effettuare almeno una ADL), o come autosufficienza (persone capaci di effettuare tutte le ADL).

In Italia, i dati disponibili sull'autosufficienza sono attualmente limitati, soprattutto a livello locale (4, 8). Tra le persona al di sopra di 64 anni, la percentuale stimata di gravi non autosufficienti oscilla intorno al 20%, con una forte differenza tra le età (al di sopra degli ottanta anni può raggiungere il 50%).

Abitudini di vita

Gli studi ISTAT (4-6) hanno fornito informazioni su un ampio range di comportamenti correlati alla salute degli anziani, incluso il fumo e l'assunzione di alcol. Tuttavia, vi sono ancora alcuni fattori correlati alla qualità della vita che non sono stati indagati approfonditamente. In particolare, non vi sono molti dati riferiti all'anziano sull'attività fisica, le difficoltà di masticazione, la situazione e le abitudini nutrizionali.

Per quanto riguarda l'attività fisica, è stato evidenziato come questa modifichi i rischi di morbilità e mortalità (22, 23) e giochi un ruolo importante nella prevenzione delle cadute (24). Pur essendo stati messi a punto questionari per valutare il livello di attività fisica in diversi gruppi di età, non sono stati messi a fuoco i tipi e i livelli di attività fisica appropriati per la popolazione anziana.

Anche le difficoltà di masticazione dovute a perdita di denti sono una causa di dieta inadeguata soprattutto per mancato apporto di carne, frutta e verdura fresca (26). Inoltre è stato evidenziato come le patologie dentali e periodontali possano avere un impatto significativo sul benessere funzionale, sociale e psicologico dell'anziano (27). Per questa ragione, verrà valutata la frequenza della difficoltà di masticazione ed assunzione di alcuni tipi di cibi e il ricorso all'assistenza odontoiatrica, che non è, di norma, a carico del sistema sanitario nazionale.

La perdita di appetito o di peso nei soggetti in età avanzata può essere indice di problemi di salute fisica o psicologica.

Le informazioni su questi argomenti serviranno per mettere a punto interventi appropriati per il SSN.

Vaccinazioni

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un importante intervento in Sanità Pubblica: è raccomandata nella popolazione anziana in quanto riduce le complicanze della malattia infettiva, l'ospedalizzazione e l'eccesso di mortalità. Il raggiungimento di una copertura di almeno il 75% è uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e Regionale.

L'indagine di copertura vaccinale per l'influenza tra gli anziani sarà quindi in grado di fornire informazioni importanti per valutare le attività dei servizi di vaccinazione e migliorare l'offerta a questo specifico gruppo di popolazione. Permetterà anche di individuare i motivi di mancata vaccinazione ed il luogo di esecuzione delle vaccinazioni, in modo da identificare i punti di forza ed i punti deboli delle strategie vaccinali al fine della pianificazione degli interventi.

Le variabili per ogni obiettivo specifico

Descrivere la popolazione degli anziani per condizioni anagrafiche e socio-economiche
età

sex

livello istruzione

stato civile

convivenza

percezione della propria situazione economica

situazione lavorativa

condizioni abitative

Descrivere lo stato di salute e la qualità di vita percepiti e oggettivi della popolazione di 65 o più anni

Stato di salute percepito, cambiamenti nell'ultimo anno, e rispetto agli altri della stessa età

Giorni in cattivo salute per motivi fisici e mentali

Livello di felicità

Ricoverato nell'ultimo anno

Giorni di limitazioni sulle attività

Problema di salute principale che limita le attività

Descrivere la proporzione di persone con sentimento di isolamento e sintomi di depressione

solitudine auto-percepita

non uscita da casa, non ha parlato con nessuno e non ha partecipato ad attività

sociale nelle ultime 2 settimane

depressione: 2 item del PHQ-2

ricorso alle cure per la depressione

Identificare la proporzione di persone a rischio di fragilità (disturbi cognitivi, perdita di appetito e di peso, ipoacusia, problemi alla vista e ai denti, diminuito livello di attività fisica, patologie prevalenti)

disturbi visivi, masticatori e uditivi.

ricorso alle cure odontoiatriche e alle protesi uditive o visive da parte degli anziani.

caratteristiche ed evoluzione dell'appetito e del peso corporeo

disturbi cognitivi nella popolazione studiata (3 item di orientamento temporale, ricordo di 3 parole

attività fisica nell'ultima settimana

Stimare la proporzione di persone che abbia subito delle cadute

caduto almeno una volta nell'ultimo anno

tra chi ha subito una caduta: quante volte, dove, e gli esiti

Stimare la proporzione di persone fragilizzate e non autosufficienti

autosufficiente, parzialmente dipendente, e gravemente dipendente (lavarsi, spostarsi, mangiare, doccia, bagno, vestirsi)

Descrivere il tipo e la qualità dell'assistenza dei non autosufficienti e il bisogno di assistenza da parte di tutti gli anziani

tipologia dell'assistenza ricevuta

necessità e qualità di assistenza extra

Descrivere la tipologia di assistenza conosciuta e utilizzata da parte degli anziani

conoscenza e utilizzazione di singoli servizi (ad es centri sociali, ADI)

assistenza per l'ondata di calore

Descrivere gli stili di vita (attività fisica e fumo, alimentazione, consumo di alcol) e le attività sociali

fumo

alcol

attività fisica

alimentazione

uso della televisione

volontariato

giornali

Stimare la proporzione e le caratteristiche della vaccinazione anti-influenzale dell'ultima stagione
realizzazione della vaccinazione
sede e costi della vaccinazione
ragioni della vaccinazione o della non-vaccinazione

Definizioni utilizzate nello studio

Autosufficienza

Capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana, (Activities of Daily Living; ADL), cioè muoversi da una stanza all'altra, lavarsi, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, andare al bagno da solo.

Il livello di autosufficienza verrà calcolato con l'indice di Katz (31) al fine di classificare gli intervistati in :

autosufficienti, persone in grado di effettuare da soli tutte le attività della vita quotidiana

parzialmente dipendenti, persone incapaci di effettuare almeno un'attività della vita quotidiana, escludendo il fare il bagno e/o vestirsi

gravemente dipendenti, persone incapaci oltre a lavarsi o vestirsi, di andare al bagno da soli, spostarsi da una stanza all'altra, mangiare, trattenere le urine.

Qualità di vita in relazione allo stato di salute percepito

Percezione di "stare bene" complessivamente, riferito ad un arco di tempo definito, in particolare percezione da parte dell'individuo dello stato di buona salute fisica e/o mentale nei 30 giorni precedenti l'intervista.

Il livello di qualità di vita in relazione allo stato di salute percepito viene misurato individuando il numero dei giorni trascorsi in cattiva salute per motivi fisici e/o mentali ed il numero di giorni con limitazione delle normali attività della vita quotidiana

Bisogni assistenziali

Necessità di supporto o aiuto a persone non autosufficienti

Isolamento sociale

Verrà definito come "isolato socialmente" un individuo che presenta contemporaneamente le tre condizioni seguenti:

persona che non esce di casa

persona che non ha contatti, neanche telefonici, con amici, vicini e/o familiari non conviventi (ridotte relazioni interpersonali)

persona che non partecipa ad incontri collettivi (chiesa, circolo, etc.) (ridotte relazioni sociali)

Vaccinazioni

Vaccinazione antinfluenzale: vaccinato: anziano che ha ricevuto la vaccinazione nella stagione 2007-2008

non vaccinato: anziano che non ha ricevuto il vaccino al momento dell'intervista

Disturbi cognitivi

Il punteggio verrà calcolato combinando i risultati del test di orientamento temporale e 3 il richiamo di 3 parole

Test di orientamento temporale: un punto per ogni risposta esatta per i 3 quesiti, 1 punto per ogni parola ricordata

La classificazione dello stato dei disturbi cognitivi sarà quindi come segue:

problemi cognitivi: punteggio ≥ 3

Depressione

Viene assegnato un punteggio in seguito alla risposta a 2 domande, con uno score possibile da 0 a 3 per ognuna..

La sindrome depressiva è indicata da un punteggio superiore a 3

Materiali e metodi

Popolazione in studio

Persone di età maggiore o uguale a ≥ 65 anni non istituzionalizzate, vive e residenti nel territorio della ASL al momento del reperimento delle liste anagrafiche.

Criteri di esclusione:

residenza in casa di riposo, residenze assistite, etc.

ricovero ospedaliero durante il periodo dell'indagine

domicilio durante il periodo dell'indagine in comune diverso da quello di residenza

Fonti delle informazioni

Le informazioni saranno ottenute tramite intervista domiciliare. Nel caso l'individuo selezionato non fosse in grado di rispondere direttamente all'intervista, questa sarà sottoposta al familiare o alla persona che si prende cura dell'anziano. In questo caso, verrà riportato sia chi ha effettivamente risposto all'intervista, sia il motivo per cui l'individuo selezionato non era in grado di rispondere.

Possibilità ad eseguire l'intervista e scelta oggettiva del Proxi

La possibilità di eseguire direttamente l'intervista dipende da alcuni fattori di tipo fisico e cognitivo che sono essenziali per avere risposta che rispecchino veramente la situazione della persona anziana sottoposta ad intervista. I metodi per stabilire questo, possono essere basati su dati soggettivi (discrezione motivata dell'intervistatore) o su dati oggettivi quali alcuni sistemi di valutazione rapida dei disturbi che possono rendere impossibile l'intervista diretta. Le condizioni essenziali per poter somministrare il questionario sono quindi identificabili in due categorie:

Capacità di udire le parole dell'intervistatore

Capacità di comprendere l'intervista (scarsi o assenti disturbi cognitivi)

Per fare questo si utilizzano all'inizio alcune domande semplici relative all'udito e ai disturbi cognitivi, utilizzando un test basato sulla capacità di orientamento temporale del soggetto, nonché la capacità di ricordare durante l'intervista le tre parole iniziali che il soggetto dovrà memorizzare, questa seconda parte viene utilizzata anche per valutare i disturbi cognitivi. Per le capacità di orientamento sono previste 3 domande ciascuna con la possibilità di stabilire uno score da 0 a 1, inoltre per le tre parole si avrà un punto per ogni parola ricordata. Se il soggetto non totalizza 3 punti si interpella un Proxi.

Selezione del campione

Verrà effettuato un campionamento casuale semplice di 200 individui estratti dalla lista completa dell'anagrafe sanitaria dei residenti nelle ASL e, inoltre verrà estratto un campione di 600 sostituti.

Il rimpiazzo sarà eseguito, nell'ambito di due classi di età (< 75 anni; > 75 anni) e nel rispetto del sesso, in caso di rifiuto o se non è stato possibile rintracciare il titolare, dopo avere tentato di contattarlo tre volte per telefono, e due volte con visita domiciliare.

Il motivo del rimpiazzo verrà registrato.

Analisi delle informazioni

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti saranno effettuate dai partecipanti al corso "Epidemiologia in azione", utilizzando il software EPI-Info, versione 3.3.2. Per il lavoro nazionale si provvederà alla messa a punto di un software on line.

Prima di procedere all'analisi dei dati, si verificherà il tasso di rimpiazzo ed in particolare quello di rifiuto dei soggetti campionati, al fine di valutare eventuali possibili distorsioni dello studio.

Eventuali associazioni tra le variabili in studio verranno studiate attraverso il calcolo dell'OR e dei suoi limiti di confidenza o mediante l'effettuazione di appropriati test statistici (chi quadrato).

Ricaduta pratica

Al termine dell'analisi, i risultati dell'indagine potranno fornire informazioni utili per la programmazione degli interventi di prevenzione e socio-assistenziali rivolti alla popolazione anziana, sia in termini di prevenzione ed assistenza sanitaria che di prevenzione della perdita di autonomia e dell'isolamento sociale.

Prospettive dell'intervento

La Regione Umbria e le altre Regioni partecipanti, alla fine dei due anni previsti, presenteranno i risultati di questa sperimentazione alle altre Regioni e al Ccm, che decideranno, in base a diversi criteri (fra cui la sostenibilità e l'utilità dei dati) di proseguire periodicamente la raccolta e l'analisi dei dati della situazione degli anziani.

Aspetti etici

Le interviste saranno anonime e tutti i riferimenti iniziali per identificare le persone da intervistare saranno distrutti prima di inserire i dati sul computer. In ogni caso, l'operatore chiederà alle persone un consenso all'intervista, specificando che questa può essere rifiutata o interrotta in qualsiasi momento.

Cap. 5 Riferimenti bibliografici

1. Maggi S, Farchi G, Crepaldi G. Epidemiologia della cronicità in Italia. In: Rapporto Sanità 2001. Ed. Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. Bologna: Il Mulino; 2001 pp. 103-21.
2. Istat – “Anziani in Italia” Bologna: Il Mulino, 1997
3. Ministero della Sanità. <http://www.sanita.it/sdo/Dati99/indicatoriDomanda.xls>
4. ISTAT. Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000. Roma: Ministero della Salute.
5. Ministero della Salute.
<http://www.sanita.it/sdo/dati/aggregati/sceltafine.asp?selcli=STG>
6. Centro Nazionale di Ricerca: Relazione Conclusiva Progetto Finalizzato Invecchiamento (vol. 1: L'attività i risultati) Roma 25 Novembre 1998.
7. Verbrugge LM Merrill S, Liu X. Disability Parsimony. In: Health survey research methods conference proceedings (Breckenridge, CO 1995) Richard Warnecke, ed. DHHS publication no. (PHS) 96-1013, April 1996, pp 3-9.
8. Rubino T, Lunghi L, Ricci EM. Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. In: Quaderni ISVAP Ars Nova 2001 pp35-52.
9. Ciccozzi M et al. Salute, Autonomia e Integrazione Sociale degli Anziani, Comune di Caltanissetta, 2001
10. Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days. Atlanta, GA: CDC, November, 2000.
11. <http://www.centromarani.it/Giornale/Giu2000/gambina.htm>
12. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. Int J Geriatr Psychiatry. 2001 ;16:216-22.
13. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15:1021-7.
14. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. N Engl J Med. 1989;320:1055-9.
15. <http://www.istati.it/Anotizie/Aaltrein/statinbrev/incidentidomestici.html>
16. ISTAT (2000), *Cause di morte: anno 1997*. Roma (Annuari n. 13).
17. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. J Am Geriatr Soc. 1995; 43:1214-21.
18. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. J Am Geriatr Soc 1999;47:40-50.
19. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. J Am Geriatr Soc. 1999;47:30-9.
20. Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. Rassegna: La correzione di fattori di rischio multipli riduce le cadute nei pazienti anziani. <http://www.infomedica.org/ebm/papers/981010.phtml>
21. Zhan C, Sangl J, Bierman AS et al. Potentially Inappropriate Medication Use in the Community-Dwelling Elderly: Findings From the 1996 Medical Expenditure Panel Survey JAMA 2001;286:2823-2829.
22. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 1998;30:992-1008.
23. Gregg EW Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. J Am Geriatr Soc 2000; 43:883-93.

24. Carter ND, Kannus P, Khan KM. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. *Sports Med* 2001;31:427-38.
25. Deal CL. Osteoporosis: prevention, diagnosis, and management. *Am J Med* 1997; 102 (1A): 35S-39S.
26. Posner BM, Jette A, Smigelski C, Miller D, Mitchell P. Nutritional risk in New England elders. *J Gerontol.* 1994;49:M123-32.
27. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res* 2000;79:970-5
28. Centers for Disease Control and Prevention. Update on Adult Immunization Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *MMWR*, 1991 ; 40(RR12) :1-52
29. Pregliasco F, Sodano L, Mensi C, et al. Influenza vaccination among the elderly in Italy. *Bull WHO* 1999; 77: 127-131.
30. D'Argenio P et al. Antinfluenza vaccination among the aged in three southern Italian towns. *Igiene Moderna* 1995; 103: 209-222.
31. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10:20-30.
32. Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond.* 1991; 44: 98-106.
33. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info, Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention: 1994.
34. Bollettino Epidemiologico Nazionale (BEN) studio VETUS a Orvieto
35. Questionario "In Chianti" Gentilmente fornito dal Prof. A. Cherubini – Cattedra Geriatria Università degli Studi di Perugia, facoltà di Medicina e Chirurgia.



PASSI D'ARGENTO

La qualità della vita vista dalle persone con 65 o più anni

QUESTIONARIO

Intervistatore | _____ | Codice (numero random) | _|_|_|_|

Data dell'intervista _____ / _____ / _____

Asl di appartenenza | _____ |

Distretto | _____ |

Comune | _____ |



Istruzioni per l'intervistatore:

LEGGI

le parti scritte in **Arial grassetto** vanno lette all'intervistato;



le parti scritte in *Times New Roman corsivo grassetto* sono istruzioni speciali per l'intervistatore riferite a quelle domande e non vanno lette all'intervistato.

Solo 2 regole:

- 1) **una sola risposta va barrata**, a meno che non sia specificato "*Sono possibili più risposte*"
- 2) si leggono **le domande esattamente come sono formulate sul questionario**

Buongiorno, sono il Dottor _____

Siamo della ASL e per conto della Regione Umbria stiamo facendo un'indagine sulle persone di più di 65 anni per conoscere i loro problemi di salute e le loro esigenze per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e sociale.

Vorrei farle delle domande su questi argomenti.

Il questionario è anonimo e non sarà possibile in alcun modo dare un nome alle singole persone intervistate. Le informazioni che mi darà saranno assolutamente riservate, serviranno solo per questo studio e non saranno fornite a nessun altro.

Le risposte che mi darà saranno unite a quelle date dagli altri intervistati e presentate tutte assieme venerdì prossimo, 30 maggio, ad Orvieto presso l'Aula Magna della Fondazione Centro Studi Città di Orvieto alle ore 9:30. Saranno presenti all'incontro il Sindaco, l'Assessore alla Sanità del Comune di Orvieto, rappresentanti del Centro Sociale, dell'Osservatorio Regionale della salute per gli anziani, della Direzione della Asl 4 di Terni, il responsabile del Distretto Sanitario e Professionisti del settore. Anche lei è invitato a partecipare all'incontro.

In questo modo, ci sarà possibile descrivere la qualità della vita, dal punto di vista della salute e del benessere in generale, delle persone con più di 65 anni che vivono nel distretto di Orvieto.

Rispondere al questionario è facoltativo, se vuole può interrompere l'intervista in ogni momento. La ringrazio fin da ora del suo tempo e della sua disponibilità.

Per informazioni potete telefonare al n. _____ della ASL e chiedere del

Dott. _____

SEZIONE 1: Stato di salute e qualità della vita percepita

LEGGI: Per iniziare, le farò qualche domanda sul suo stato di salute in generale.

1.1 Come va in generale la sua salute?



Leggere le risposte

- Molto bene
- Bene
- Discretamente
- Male
- Molto male



Non leggere

- Non so

1.2 Come si sente rispetto ad un anno fa?



Leggere le risposte

- Molto meglio
- Leggermente meglio
- Allo stesso modo
- Leggermente peggio
- Molto peggio



Non leggere

- Non so

1.3 E rispetto alle persone della sua età, come vede la sua salute?



Leggere le risposte

- Migliore
- La stessa
- Peggior



Non leggere

- Non so

LEGGI: Adesso le farò un breve test che riguarda la memoria.

Le dirò tre parole. Quando le avrò dette tutte e tre, le ripeterà lei. Le tenga a mente, perché tra qualche minuto le chiederò di ripeterle.

Le tre parole sono:

 casa gatto verde

Per favore, può ripeterle?



Dite queste tre parole lentamente e scandendole bene.

Nel caso in cui la persona non sia in grado di ricordarle tutte e tre al primo tentativo, ripetetele fino ad un massimo di tre volte. Se non è in grado di ripeterle dopo tre tentativi, passate alla domanda successiva.

Ora vorrei farle qualche domanda sulla sua vista, udito e su eventuali problemi ai denti.

1.4 *Vede abbastanza bene, per esempio da leggere il giornale, cucire, leggere l'ora sull'orologio o fare piccoli lavori?*



Leggere le risposte

- Sì
- Sì, se indosso gli occhiali
- Male, anche con gli occhiali
- No

1.5 *Sente abbastanza bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno?*



Leggere le risposte

- Sì, senza problemi
- Sì, con la protesi acustica
- Male
- No

1.6 *Può mangiare i cibi difficili da masticare, come la carne o le mele?*



Leggere le risposte

- Sì, senza problemi
- Sì, con la protesi dentale
- Male
- No

LEGGI

Continuo adesso il test sulla memoria con qualche domanda.

1.7 *Per favore, mi può dire che anno è?*

- Risposta corretta ①
- Risposta errata ②

1.8 *E che mese è?*

- Risposta corretta ①
- Risposta errata ②

1.9 *E quale giorno della settimana è?*

- Risposta corretta ①
- Risposta errata ②

Segna su ② o ① il punteggio

per ogni risposta

1.10 Grazie, ora può per favore dirmi di nuovo le tre parole che le ho detto prima?



Barrare le parole che la persona ricorda

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> casa | ① | ① |
| <input type="checkbox"/> gatto | ① | ① |
| <input type="checkbox"/> verde | ① | ① |



Fai la somma del punteggio e trascrivilo nella casella accanto

LEGGI Vorrei farle qualche domanda su come lei si sente dal punto di vista psicologico e su come affronta la vita di ogni giorno.

1.11 In generale, come definirebbe il suo stato di felicità?



Leggere le possibili risposte

- Sono molto felice
- Sono abbastanza felice
- Non sono né felice né infelice
- Sono piuttosto infelice
- Sono molto infelice



Non leggere

- Non so

1.12 Nelle ultime 2 settimane, le è capitato di soffrire di solitudine?



Leggere le risposte

- Mai
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre



Non leggere

- Non so / non ricordo

1.13 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose?



Leggere le possibili risposte

- Mai
- Per alcuni giorni
- Per più della metà dei giorni
- Quasi tutti i giorni

1.14 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze?



Leggere le possibili risposte

- Mai
- Alcuni giorni
- Più della metà dei giorni

Quasi tutti i giorni



Leggere la domanda che segue solo per quelli che rispondono “Alcuni giorni”, “Più della metà dei giorni”, o “Quasi tutti i giorni” ad ENTRAMBE le due domande:

1.15 *A causa di questi problemi, anche in passato, si è rivolto ad una o più delle seguenti persone?*

(Sono possibili più risposte)



Leggere le possibili risposte

Personale sanitario (medico di famiglia, psicologo, infermiere ...)

Persone di fiducia (familiari, amici)

No, a nessuno



Non leggere

Non so / non ricordo

 **A questo punto:**

- Se il punteggio del test sulla memoria (a pagina 3) è superiore a 3 continuare normalmente l'intervista
- Se il punteggio del test sulla memoria è 3 o meno, devi continuare l'intervista con una persona "vicina" all'anziano che risponderà per lui al resto dell'intervista, saltando le 3 domande seguenti (1.16 - 1.17 - 1.18) e cominciando dalla Sezione 2 (pag. 8).

La persona che risponde al seguito dell'intervista è:

- L'anziano campionato (se il punteggio è superiore a 3)
- Un familiare (specificare il grado di parentela) _____
- Altro (specificare il grado di relazione, ad es. badante) _____

Se al posto della persona campionata risponde un familiare o altro, indicare se questo è dovuto a:

(Sono possibili più risposte)

- Motivi fisici** (per esempio, la persona non sente o non parla)
Motivi psichici (per esempio, la persona ha difficoltà di comprensione delle domande)
- Punteggio del test sulla memoria uguale o inferiore a 3**

Se chi continua l'intervista NON è l'anziano, spiegare a chi lo sostituisce che le domande si riferiscono alla salute e alle condizioni dell'anziano.

LEGGI: **Ora vorrei farle qualche domanda sul suo stato di salute. Queste domande si riferiscono agli ultimi 30 giorni.**

1.16 Consideri la sua salute fisica, comprese malattie e conseguenze di incidenti.
Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?

 Numero di giorni
 Non so / non ricordo

1.17 Adesso pensi agli aspetti psicologici, per esempio problemi emotivi, ansia, depressione, stress. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?

Numero di giorni
 Non so / non ricordo

LEGGI:

Ora pensi alle cose che fa tutti i giorni.

1.18 Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non è riuscito/a a farle per colpa della cattiva salute fisica o psicologica?

Numero di giorni
 Non so / non ricordo

SEZIONE 2: Malattie e ricoveri



Ora vorrei farle alcune domande riguardo le sue condizioni di salute e sui ricoveri ospedalieri.

2.1 A causa di un problema di salute ha attualmente difficoltà a svolgere una qualsiasi attività, in casa o fuori casa?

- Sì
- No (saltare alla domanda 2.3)
- Non so / non ricordo (saltare alla domanda 2.3)

2.2 Qual è il principale problema di salute che limita le sue attività?



Non leggere le possibili risposte, barrare solo il motivo principale

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artrite / reumatismi | <input type="checkbox"/> Problemi di vista |
| <input type="checkbox"/> Problemi di schiena / collo | <input type="checkbox"/> Problemi cardiaci |
| <input type="checkbox"/> Fratture dopo una caduta | <input type="checkbox"/> Esiti di ictus |
| <input type="checkbox"/> Fratture – non a seguito di cadute | <input type="checkbox"/> Ipertensione |
| <input type="checkbox"/> Problemi a camminare | <input type="checkbox"/> Diabete |
| <input type="checkbox"/> Problemi respiratori | <input type="checkbox"/> Tumori |
| <input type="checkbox"/> Problemi di udito | <input type="checkbox"/> Depressione / ansia |
| <input type="checkbox"/> Urgenza nella minzione / disuria | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Altri problemi, specificare _____ | |

2.3 Nell'ultimo anno, cioè dal mese di _____ (Dire il mese attuale) dell'anno scorso fino ad oggi, è stato/a ricoverato/a per almeno due giorni di seguito in ospedale?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

2.4 Nell'ultimo anno è stato/a dal dentista almeno una volta?

- Sì (saltare alla Sezione 3)
- No
- Non so / non ricordo

2.5 Se no, perché?



Non leggere le risposte, barrare il motivo principale

- Non ne ho avuto bisogno
- Non mi è stato consigliato
- Liste d'attesa troppo lunghe
- Costa troppo
- Altro, specificare _____

SEZIONE 3: Cadute

LEGGI Le farò adesso alcune domande su eventuali cadute.

3.1 È mai caduto/a a terra negli ultimi 12 mesi?

- Sì
- No *(passare alla Sezione 4)*
- Non so / non ricordo *(passare alla Sezione 4)*

3.2 Quante volte è caduto a terra negli ultimi 12 mesi?

volte

- Non so / non ricordo

3.3 Quanti mesi fa è avvenuta l'ultima caduta?

mesi

- Non so / non ricordo

LEGGI Tutte le successive domande riguardano quest'ultima caduta.

3.4. Dove è caduto/a l'ultima volta?

- Cucina
- Bagno
- Camera da letto
- Ingresso
- Scale
- Giardino
- Strada
- Mezzo di trasporto
- Non ricordo
- Altro _____

3.5 Si è fatto male in questa ultima caduta? *(Sono possibili più risposte)*



Leggere le risposte

- Sì, ho avuto delle lacerazioni
- Sì, ho avuto delle contusioni
- Sì, ho avuto una frattura
- No, non sono stato/a ferito/a
- Non ricordo

SEZIONE 4: Autosufficienza e assistenza

LEGGI: Ora le chiederò se, per le attività che le dico, ha bisogno di aiuto o le può fare da solo/a.

4.1 È in grado di:

<i>Leggere le risposte</i>	Da solo/a (anche se con problemi)	Solo se aiutato/a	No
Spostarsi da una stanza all'altra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andare in bagno (per urinare o defecare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare il bagno o la doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirsi e spogliarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Se ha risposto “da solo” alle 6 domande salta alla domanda 4.6

4.2 Nelle attività che ha detto di non essere capace di fare da solo, riceve aiuto da parte di qualcuno?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 4.6*)
- Non so / non ricordo (*saltare alla domanda 4.6*)

4.3 Tra le persone che le elenco, da chi riceve **principalmente** questo aiuto?



Leggere le risposte

- Coniuge (*saltare alla domanda 4.5*)
- Figli / coniuge dei figli (*saltare alla domanda 4.5*)
- Altro familiare (*saltare alla domanda 4.5*)
- Personale a pagamento
- Operatore dell'ASL
- Operatore del Comune
- Altro (specificare _____)

4.4 Chi le assicura questo aiuto? (*Sono possibili più risposte*)



Leggere le risposte

- Comune
- ASL o Distretto
- Assegno di cura
- A mie spese
- Contributi dei familiari
- Altro (specificare _____)

4.5 Come vede l'aiuto che riceve attualmente per i suoi bisogni?



Leggere le risposte

- Soddisfacente
- Sufficiente
- Non sufficiente
- Gravemente insufficiente



Non leggere

- Non so

4.6 Riceve altro aiuto o assistenza per fare altre attività (per fare la spesa, pulire la casa, spostarsi per appuntamenti, eccetera)?

- Sì
- No (*saltare alla Sezione 5*)

4.7 Come vede l'assistenza che riceve attualmente per queste ultime attività?



Leggere le risposte

- Non ho bisogno di assistenza
- Soddisfacente
- Sufficiente
- Non sufficiente
- Gravemente insufficiente



Non leggere

- Non so

SEZIONE 5: Abitudini di vita e isolamento sociale

LEGGI Ora vorrei farle alcune domande sul fumo

5.1 In tutta la sua vita, ha fumato in tutto almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20 sigarette)?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo
- } (saltare alla domanda 5.4)

5.2 Attualmente fuma sigarette?

- Sì (saltare alla domanda 5.4)
 No

5.3 Quando ha smesso di fumare?



Leggere le risposte

- Meno di 6 mesi fa
 Da 6 mesi a un anno fa
 Più di un anno fa

LEGGI Ed ora qualche domanda sulle sue abitudini alimentari

5.4 Come giudica il suo appetito?



Leggere le risposte

- Scarso
 Normale



Non leggere

- Non so

5.5 Il suo appetito è sempre stato così?



Leggere le risposte

- Sì } (saltare alla domanda 5.8)
 No, aumentato } (saltare alla domanda 5.8)
 No, diminuito



Non leggere

- Non so / non ricordo

5.6 Se è diminuito, da quanto tempo?



Leggere le risposte

- Negli ultimi 3 mesi
 Ultimi 3-12 mesi
 Da più di 1 anno



Non leggere

- Non so / non ricordo

5.7 Quale è stata la causa?



Leggere le risposte

- Nessuna specifica
- Evento traumatico (es.: cadute o lutti)
- Malattia
- Farmaci



Non leggere

- Non so

5.8 Ha perduto peso negli ultimi 12 mesi?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (saltare alla domanda 5.10)
} (saltare alla domanda 5.10)

5.9 Quanto peso ha perso?

Kg

LEGGI: Le domande che le faccio ora riguardano le sue abitudini negli ultimi 7 giorni, cioè da _____ (Dire il giorno della settimana odierna) della scorsa settimana fino a ieri sera.

Passo ora a chiederle il suo consumo di frutta e verdura. Consideri che per “porzione di frutta o verdura” si intende un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta.

5.10 ... quindi, le chiedo: in una sua giornata tipo, quante porzioni di frutta o verdura mangia?



Leggere le risposte

- Nessuna
- 1-2
- 3-4
- 5 o più

LEGGI: Ora vorrei farle qualche domanda sul consumo di alcol.

5.11 ... quindi, le chiedo: durante gli ultimi 7 giorni, quanti giorni ha bevuto almeno UN bicchiere di vino o birra o UN bicchierino di bevanda più alcolica (tipo: amaro, grappa)?

Numero

- Mai
- Non so / non ricordo

LEGGI Ora qualche domanda sull'attività fisica.

5.12 Negli ultimi 7 giorni, cioè da _____ (*Dire il giorno della settimana odierna*) della scorsa settimana fino a ieri sera, ha fatto per almeno 10 minuti di seguito del movimento o un'attività fisica che l'ha fatta sudare o faticare un po'?

- Sì
- No *(saltare alla domanda 5.16)*
- Non so / non ricordo *(saltare alla domanda 5.16)*

5.13 Se sì, per quanti giorni sui 7 della settimana?

Numero di giorni

5.14 In questi giorni per quanti minuti in media? (*riferito ai giorni con attività fisica*)

Numero di minuti al giorno

Non so / non ricordo

5.15 Che tipo di attività fisica ha fatto?



Leggere le risposte e barrare tutte le voci che interessano

- Lavori di casa pesanti, come lavare i vetri, spostare i mobili
- Camminare a passo svelto
- Andare in bicicletta
- Giardinaggio
- Lavorare nell'orto o nei campi
- Attività sportiva (per es. ginnastica, cyclette, giocare a tennis, nuotare)
- Altra attività fisica, specificare _____

LEGGI Ed ora alcune domande sulle sue attività sociali.

5.16 Sempre negli ultimi 7 giorni, ha fatto quattro chiacchiere, anche per telefono, con persone che non vivono in casa con lei?

- Sì
- No
- No, non ho il telefono
- Non so / non ricordo

5.17 Negli ultimi 7 giorni, le è capitato di leggere dei quotidiani?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

5.18 Negli ultimi 7 giorni, è mai uscito/a di casa?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

5.19 Negli ultimi 7 giorni, le è capitato di guardare la TV o ascoltare la radio?

- Sì
- No
- No, non ho in casa la tv/la radio
- Non so / non ricordo

5.20 Negli ultimi 7 giorni, ha partecipato ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia, al teatro, a passeggiate o ad incontri con altri anziani?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

5.21 Negli ultimi 7 giorni, ha fatto qualche attività di volontariato, cioè dare il proprio aiuto gratuitamente a favore di altri, come bambini, disabili, ospedali, scuole?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

5.22 In particolare ha prestato la sua assistenza ad altri anziani (come al congiunto, ad altri familiari o altre persone)?

- Sì
- No

SEZIONE 6: Servizi di assistenza

LEGGI Adesso le chiederemo qualche informazione sui servizi di assistenza.

- 6.1** Mi dica per ognuno dei servizi messi in atto a favore degli anziani se lei ne ha sentito parlare e se le è capitato di utilizzarli.
Comincio la lista:

 *Leggere le risposte*

	Ne ha sentito parlare?	L'ha utilizzato?
Centri sociali anziani, Case del popolo o iniziative inerenti (bocce, ballo, corsi di ricamo ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Università della terza età o biblioteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza domiciliare da parte della ASL (Infermiera – Medico specialista – Tecnico della riabilitazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza domiciliare da parte del Medico di famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza domiciliare da parte del Comune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmi di educazione alla salute e stili di vita, attività motorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmi per la prevenzione dalle ondate di caldo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmi di mobilità per le persone disabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmi per le vacanze estive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza sanitaria specialistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6.2** Nel periodo estivo di maggiore calore del 2007, è stato/a contattato/a dal Comune o dalla ASL o da altri operatori che le hanno spiegato o l'hanno aiutato/a a difendersi dal forte caldo?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo

SEZIONE 7: Vaccinazione

7.1 Le è mai stato consigliato di vaccinarsi contro l'influenza?



Leggere le risposte e barrare tutte le voci che interessano

- Sì, dal mio medico di base
- Sì, dai servizi della ASL o del Comune
- Sì, da un familiare
- No



Non leggere

- Non so / non ricordo

7.2 Si è vaccinato/a contro l'influenza l'inverno scorso?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 7.6*)
- Non so / non ricordo (*saltare alla Sezione 8*)

7.3 Dove si è vaccinato/a?



Leggere le risposte

- Dal mio medico di base
- In ospedale / ASL
- In casa
- Altro, specificare _____



Non leggere

- Non so / non ricordo

7.4 La vaccinazione le è stata fatta gratuitamente?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

7.5 Per quale motivo si è vaccinato/a?



Non leggere le risposte ma barrare tutte le voci che interessano

- Perché in passato ho avuto l'influenza e sono stato/a male
- Perché l'influenza è un rischio grave per la mia salute
- Per evitare il fastidio della malattia
- Perché il vaccino è consigliato alle persone anziane
- Perché mi è stato consigliato dai familiari
- Perché mi è stato consigliato dal mio medico di base
- Altro, specificare _____



Passare alla Sezione 8 se si è vaccinato/a

7.6 Per quale motivo NON si è vaccinato/a?



Non leggere le risposte ma barrare tutte le voci che interessano

- Non penso che il vaccino sia efficace
- Perché vaccinarsi comporta dei rischi per la salute
- Ho avuto difficoltà a trovare il vaccino gratis
- Ho avuto difficoltà ad andare nel luogo della vaccinazione
- Perché l'influenza non è una malattia grave
- Perché non mi è stato consigliato
- Altro, specificare _____

SEZIONE 8: Dati socio-anagrafici

 *Indicare il sesso dell'anziano a cui si riferisce l'intervista*

F M

LEGGI Abbiamo quasi finito. Ora le chiederò qualche informazione su di lei.

8.1 Mi può dire la sua età?

Anni

8.2 Lei è:

 *Leggere le risposte*

- Coniugato/a o convivente
- Celibe / nubile
- Vedovo/a
- Separato/a – Divorziato/a

8.3 Attualmente, con chi vive?

 *Leggere le risposte e barrare tutte le voci che interessano*

- Da solo
- Con marito / moglie, fratelli / sorelle
- Con i figli
- Con una badante
- Altro, specificare _____

8.4 Lei:

 *Leggere le risposte e barrare tutte le voci che interessano*

- È pensionato/a
- Ha un lavoro pagato
- Ha un'attività che produce reddito

8.5 Che titolo di studio ha?

- Nessuno
- Elementare
- Media
- Superiori
- Laurea

8.6 La casa in cui vive è:

 *Leggere le risposte*

- Villino indipendente su un piano
- Villino indipendente su più piani
- Palazzo condominiale
- Casa popolare
- Altro, specificare _____

8.7 Quanto è difficile per lei pagare le spese normali (come l'affitto, il cibo, il riscaldamento, l'elettricità o il telefono)?



Leggere le risposte

- Molto difficile
- Piuttosto difficile
- Non troppo difficile
- Per niente difficile



Non leggere

- Non so

LEGGI **Le faccio l'ultima domanda:**

8.8 La sua ASL vuole rendere migliori i servizi offerti alle persone della terza età. Vuole dare qualche consiglio per contribuire a questo miglioramento?

Il questionario è finito. Grazie per la collaborazione!