

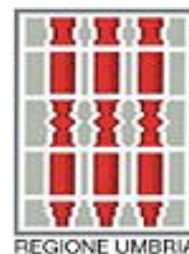
PASSI d'Argento

La qualità della vita vista
dalle persone con più
di 64 anni

Regione Umbria

Indagine 2009

otondo



PASSI d'Argento

La qualità della vita vista
dalle persone con più di 64 anni

Regione Umbria

Indagine 2009

Copia del volume può essere richiesta a:

Michaela Chiodini mchiodini@regione.umbria.it

oppure può essere scaricata dal sito internet

<http://sanita.regione.umbria.it/news.asp?id=924>

Siti internet di riferimento per lo studio:

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

<http://sanita.regione.umbria.it/news.asp?id=924>

A cura di: Marco Cristofori (Referente esecutivo nazionale – ASL 4 di Terni, U.O. di Epidemiologia)
Carla Bietta (AUSL 2 di Perugia, U.O. di Epidemiologia)
Vincenzo Casaccia (ASL 4 di Terni, U.O. di Epidemiologia)

Responsabile scientifico del progetto: Marcello Catanelli

Responsabile amministrativo del progetto: Michaela Chiodini

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio a livello nazionale e regionale:

Alberto Perra, Lilia Biscaglia, Benedetta Contoli, Arianna Dittami, Lorenzo Fantozzi, Pier Francesco Barbariol, Stefania Salmaso (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità)

Amedeo Baldi, Giuliano Carrozzi, Marco Cristofori, Vincenzo Casaccia (Gruppo Tecnico Operativo)
Marcello Catanelli, Michaela Chiodini, Paolo Eusebi, Antonio Cherubini, Paolo D'Argenio, Teresa Di Fiandra, Maria Donata Giaimo, Fiammetta Landoni, Lorenzo Spizzichino, Stefania Vasselli (Gruppo Tecnico Scientifico)

Paolo di Loreto: Direttore Generale Sanità Regione - Umbria

Hanno coordinato ed effettuato lo studio:

AUSL 1: Daniela Felicioni, Rita Cecchetti, Lucia Puletti (coordinatori locali); Sabatini Giuseppe, Rossella Cestini, Matilde Ambrogi, Anna Maria Angeli, Emilietta Calandrini, Chiara Ciarapica, Benedetta Fazio, Giovanna Mastriforti, Anna Maria Nestri (intervistatori data entry)

AUSL 2: Marco Petrella, Carla Bietta, Lea Leonarda Bresci (coordinatori locali); Francesca Cagnoni, Alessandra Faina, M. Serena Siciliano, A. Maria Bongini, Roberta Cucchiella, Silvia Alunno Corbucci, Incoronata Eletto, Sabrina Mura, Vincenzina Grandinetti (Intervistatori data entry).

AUSL 3: Ubaldo Bicchielli, Anna Toni (coordinatori locali); Ida Gentili, Orietta Parziani, Vania Massarelli, Romina Carraresi, Debora Sartorini, Patrizia Allegrini, Assunta Parziani, Emanuela Toni, Silvana Di Giuseppe, Arianna Sirci, Sivia Acito, Cecilia De Baggis, Violeta Irina Consolini, Laura Meschini (intervistatori data entry).

AUSL 4: Marco Cristofori, Maurizia Bonanni, Vincenzo Casaccia, Carla Gambarini (coordinatori locali), Claudio Cupello, Tina Bartuccio, Simona Santi, Donatella Muratori, Daniela Marsili, Simona Brunori, Salvatrice Inciardi, Erminia Tomassini, Giuliana Granati, Antonietta Francescangeli, Francesca Montagnoli, Mariella Mariani, Tamara Bellezza (intervistatori e data entry)

Ha coordinato la logistica della formazione nazionale:

La Fondazione per il Centro Studi "Città di Orvieto"

Un sentito ringraziamento per la preziosa collaborazione, il tempo e l'attenzione generosamente dedicati: agli ultra 64enni che hanno preso parte all'indagine e alle persone che talvolta li hanno supportati durante l'intervista; ai Medici di Medicina Generale, ai Direttori Generali, Sanitari, di Distretto e di Dipartimento di Prevenzione delle 4 ASL Umbre; ai Sindaci dei comuni coinvolti.

Presentazione

La regione Umbria da tempo collabora in prima persona con il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, questo ennesimo progetto, di cui siamo referenti nazionali, ne è prova evidente.

La nostra Regione è dopo la Liguria la regione con la più alta presenza di persone anziane, dato che pur rimanendo stabile come conseguenza di una forte immigrazione verificatasi negli ultimi anni, ha comunque condizionato e condizionerà le scelte di programmazione socio sanitaria nei prossimi anni.

Lo studio denominato "PASSI d'Argento" che intende sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione anziana, attivo su tutto il territorio nazionale ma centrato sulle esigenze delle realtà regionali ha avuto una forte adesione da parte di quasi tutte le regioni e questo sta a dimostrare la forte attenzione che il nostro Sistema Sanitario Nazionale e Regionale deve porre alla condizione della popolazione anziana, con uno sguardo duplice di tipo sanitario e socio – affettivo. E' per questo che la cooperazione fra settore sanitario e sociale si è dimostrata essenziale nella realizzazione del progetto. La nostra regione ha effettuato una indagine sia a carattere regionale sia significativa per ASL. Questo ha permesso di confrontare i risultati e di non generalizzarli ma di evidenziare le differenze per aree territoriali.

Quanto detto sopra evidenzia il valore aggiunto dello studio che ha due caratteristiche peculiari rispetto ad altre rilevazioni: la tempestività della restituzione dei dati e la particolarità con cui entra a livello territoriale e nel percepito delle persone. Rappresenta quindi, oltre ad uno studio epidemiologico e sperimentale ai fini della sorveglianza di popolazione, un momento di ascolto della voce di quella parte dei cittadini che forse sono un po' più deboli e che hanno anche minori possibilità di essere ascoltati in modo attivo.

Il progetto sviscera in modo approfondito e dettagliato i momenti fondamentali dell'invecchiamento attivo basato sui tre pilastri evidenziati già dal 2002 dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha dettagliato strategie di intervento che hanno radici nella assoluta convinzione che le persone più anziane abbiano la possibilità di partecipazione nelle questioni sociali, economiche, culturali, spirituali e civiche.

E' per questo che nel nuovo Piano Sanitario Regionale si è posta particolare attenzione al problema partendo da una dettagliata osservazione del fenomeno anziani. Anche perché l'Umbria ha una tradizione forte in questo senso.

Maurizio Rosi
Assessore alla Sanità
Regione Umbria

Prefazione

Negli ultimi anni, il progressivo aumento della popolazione anziana, comune alla maggioranza dei Paesi Occidentali, ha confermato l'Italia al primo posto della classifica dei Paesi più vecchi, stilata dall'ONU già in occasione della 2° Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento, tenutasi a Madrid nel 2002. I dati mostrano, dal 1990 ad oggi un incremento degli ultrasessantacinquenni dal 15% al 25% della popolazione, e la proiezione al 2050 indica che un italiano su tre sarà anziano.

L'ISTAT, inoltre, rileva che le regioni più "vecchie" sono la Liguria e l'Umbria che, in alcuni distretti, raggiungono un indice di invecchiamento che si registrerà in Italia solo nel 2030. L'invecchiamento progressivo è il risultato di profondi mutamenti demografici derivati non solo dal calo della natalità (che, tuttavia, negli ultimi anni presenta una lieve crescita), ma soprattutto dalla consistente riduzione della mortalità per tutte le cause. A questo allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della perdita di autosufficienza aggravata dalla presenza di multipatologie. Occorre, inoltre, tenere presente che i fattori biologici alla base dell'invecchiamento umano si sviluppano all'interno di contesti psicologici, economici, politici, culturali e sociali, che ne influenzano fortemente le caratteristiche. L'invecchiamento della popolazione ha quindi conseguenze importanti sugli assetti sociali, culturali ed economici, ma anche sulla dimensione soggettiva della qualità percepita della vita e della salute. Il quadro demografico di molte regioni italiane, e ricordiamo ancora una volta il primato della regione Umbria, impone un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politica sanitaria rivolta agli anziani, ed in modo specifico agli anziani fragili, intese come persone che sperimentano gradi diversi di limitazione nelle attività quotidiane.

Partendo dall'esperienza internazionale, che sta individuando quale priorità in tutta Europa un incremento delle cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, uno degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale è proprio quello di garantire, in tutto il territorio, all'anziano non autosufficiente la permanenza al proprio domicilio, agendo sull'implementazione dell'integrazione tra componenti sanitarie ospedaliere e territoriali e tra servizi sanitari e sociali, sia pubblici che di volontariato, per il raggiungimento degli obiettivi comuni, tra cui la riorganizzazione dei servizi sanitari, e promuovendo la ricerca epidemiologica e clinica sulle relazioni esistenti tra fragilità, patologia e disabilità. Le diversità esistenti sul territorio nazionale indicano come sia necessario agire per ridurre la non autosufficienza non solo partendo dall'individuazione delle aree specifiche di fragilità ma anche dalle disfunzioni generate da carenze nel sistema assistenziale.

Per questi motivi il Ministero della Salute ed il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) hanno inteso promuovere un'indagine periodica, a costi contenuti, che si ponesse l'obiettivo di aiutare ad indirizzare le risorse, che sono comunque limitate, secondo un sistema di lettura dei bisogni prioritari, andando ad integrare rilevazioni già esistenti con informazioni adeguate su alcune aree specifiche per questo tipo di popolazione anziana ed a rischio di fragilità, ma non istituzionalizzata. Inoltre, la costruzione e l'utilizzo di indicatori solidi, derivanti da un sistema di sorveglianza basato su studi periodici, permettono di misurare sia i trend temporali che l'efficacia degli interventi messi in atto. Infine, il coinvolgimento, accanto ai servizi sanitari di quelli del sociale, che quotidianamente sono a contatto con le persone anziane, rappresenta non solo un elemento di qualità ma anche una garanzia di sostenibilità totale della sorveglianza. In conclusione, l'impegno messo in atto con il progetto "Passi d'Argento" è stato volto a costruire un modello di indagine multiregionale che possa fornire periodicamente, ai livelli centrali regionali e locali del Sistema sanitario, informazioni sulla salute nella terza età nelle Regioni italiane. Attraverso l'attuazione di un primo studio prototipale esteso nella regione Umbria, capofila e coordinatrice del Progetto, si sono gettate le basi per passare, nella seconda fase, ad una indagine nazionale prevista entro l'anno. La metodologia e i risultati dell'indagine condotta in Umbria sono l'oggetto del presente Rapporto, e costituiscono un prezioso strumento per la costruzione della struttura della sorveglianza di respiro nazionale, anche al fine di promuovere un uso ampio e mirato delle informazioni che ne scaturiscono.

Teresa Di Fiandra
Fiammetta Landoni
Referenti scientifiche del Progetto

Introduzione al primo rapporto regionale

La regione Umbria, insieme alla Liguria è la regione con la più alta percentuale di persone ultrasessantacinquenni, con una aspettativa di vita che è fra le più alte del mondo.

All'allungamento della vita, però, non sempre corrisponde un miglioramento della sua qualità in quanto si aggiunge il problema della mancata autosufficienza aggravata dalla presenza di multipatologie. All'invecchiamento biologico si aggiunge quello 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 al sistema sanitario nazionale.

All'aumento degli anni di vita deve certamente corrispondere un miglioramento della qualità della stessa e il nostro servizio sanitario ha fatto fino ad oggi la sua parte nel garantire il raggiungimento di ambedue i risultati.

Per rendere sempre più appropriato e sostenibile l'intervento del SSR nel promuovere e tutelare la salute degli anziani è necessario però conoscere l'evoluzione del loro stato di salute, costruendo stime che ci forniscano elementi di comprensione dei fenomeni con un dettaglio tale da calare poi la programmazione degli interventi realmente sul territorio.

Il progetto ha diversi aspetti innovativi come l'integrazione, per la sua esecuzione e per la conseguente utilizzazione dei risultati, dei servizi del settore sanitario e sociale. Dalla necessità per i servizi di integrarsi nell'interpretazione dei risultati e nelle azioni da essi suggerite, deriva la necessità di descrivere la popolazione di persone ultra 64enni in rapporto ad alcune caratteristiche sociali e/o sanitarie che richiedono un diverso tipo di attenzione o di intervento da parte della società civile e dei servizi.

La realizzazione del presente rapporto rappresenta meglio di qualsiasi altra parola la potenzialità dello studio in tutti i suoi aspetti e il forte orientamento all'"Azione" che è poi lo scopo pratico della sorveglianza di popolazione. I dati che emergono identificano una forte capacità descrittiva e analitica di fenomeni sociali e sanitari tipici della popolazione anziana nelle sue varie fasi temporali, territoriali, strutturali e culturali della nostra regione e dei nostri ambiti territoriali. L'adesione al progetto, anche oltre ogni più rosea aspettativa, della quasi totalità delle regioni italiane ci rende orgogliosi e anche consapevoli dell'importanza e della delicatezza del ruolo svolto in collaborazione stretta con l'Istituto Superiore di Sanità (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute) nonché con il nostro committente che è il Ministero della Salute tramite il CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie).

Marcello Catanelli

Responsabile Programmazione socio-sanitaria
dell'assistenza di base e ospedaliera

INDICE

	pag.
Presentazione	6
Prefazione	7
Introduzione al primo rapporto regionale	8
Executive summary	10
Introduzione e rationale in sintesi	12
Verso un sistema di sorveglianza	13
Metodologia	15
Indicatori di processo	17
 Parte I: Profilo della popolazione ultra 64enne	
Caratteristiche socio-demografiche	20
La popolazione ultra 64enne e i suoi sottogruppi	23
 Parte II I tre pilastri per un invecchiamento attivo	
1. Essere risorsa e partecipare alla vita sociale	28
Essere una risorsa per la famiglia e la collettività	29
Partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione	32
 2. Rimanere in buona salute	34
Percezione dello stato di salute	34
Stili di vita: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo	38
Problemi di vista, udito e difficoltà masticatorie	47
Cadute	51
Sintomi di depressione	54
Isolamento sociale	57
 3. Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato	59
Conoscenza e uso di programmi di intervento e servizi sociali	59
Aiuto nelle attività della vita quotidiana	63
Reddito percepito e proprietà della casa	71
Pensione e attività che producono reddito	73
 Parte III: Profili dei sottogruppi di popolazione ultra 64enne	
In buona salute e a basso rischio di malattia	76
In buona salute ma a rischio di malattia e fragilità	80
Con segni di fragilità	82
Disabili	85
 Appendice	
Sottogruppi di persone ultra 64enni: le definizioni	90
Monitoraggio	91
Il Campionamento	95
 Bibliografia essenziale	98

Executive summary

Cos'è l'invecchiamento di popolazione?

Gli ultimi decenni sono stati segnati da un evidente fenomeno demografico: l'invecchiamento della popolazione. L'allungamento della vita media e la riduzione delle nascite hanno determinato in molti Paesi, l'incremento della popolazione anziana, e i trend di crescita indicano un aumento del fenomeno nei prossimi anni. In Italia circa il 20% della popolazione ha più di 64 anni e la proiezione al 2051 è che una persona su tre sarà anziana.

Cos'è l'invecchiamento attivo?

A fronte di questo fenomeno sono nate diverse iniziative per fare dell'invecchiamento globale "un trionfo e una sfida". Nel 2002, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha delineato una strategia mirante a creare o rafforzare le condizioni per un "invecchiamento attivo" le cui basi sono da costruire ben prima dell'età anziana. La parola "attivo" si riferisce alla possibilità delle persone più anziane di partecipazione nelle questioni sociali, economiche, culturali, spirituali e civiche, in misura dei bisogni, dei desideri e delle inclinazioni di ciascun individuo o gruppo sociale. Tale strategia ha delle implicazioni nei confronti dei sistemi sanitari e sociali che sono chiamati a migliorare l'efficacia delle loro performance attraverso l'aumento dell'efficienza e il monitoraggio continuo delle attività e degli aspetti di salute della popolazione ultra 64enne.

Perché PASSI d'Argento?

Facendo propria tale strategia, il Ministero della Salute (CCM) ha promosso il progetto PASSI d'Argento coordinato dalla Regione Umbria in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Attraverso indagini ripetute sullo stato di salute e sulla qualità della vita nella popolazione ultra 64enne, il progetto intende sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione anziana, attivo su tutto il territorio nazionale ma centrato sulle esigenze delle realtà regionali. Terminata questa fase di sperimentazione, il sistema, sostenibile con le risorse a disposizione dei servizi del settore sociale e sanitario, andrà a regime nelle regioni italiane. Esso permetterà di monitorare da una parte l'evoluzione delle problematiche socio-sanitarie legate al progredire dell'età e dall'altra di valutare l'efficacia e la penetrazione degli interventi messi in atto dai servizi, dalle famiglie e dall'intera collettività.

Cosa è stato fatto ad oggi?

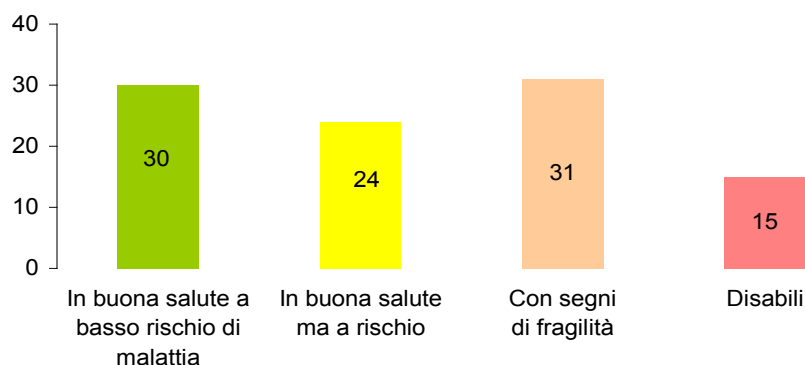
La prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento si è svolta, nel 2009, in sette regioni italiane: Umbria, Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana, e Valle d'Aosta. Sono state intervistate 3567 persone ultra 64enni. In alcuni casi l'intervista è stata realizzata con l'aiuto di un familiare o di una persona di fiducia. Le interviste sono state effettuate da operatori dei servizi, appositamente formati. La sorveglianza di popolazione, di cui PASSI d'argento costituisce un valido esempio, per sua natura a costi limitati, mette a disposizione dati di qualità, in quanto le informazioni sono raccolte sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi. In questo modo è possibile indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento. La collaborazione tra servizi del settore sociale e sanitario è essenziale per la sostenibilità dell'indagine e per l'utilizzazione congiunta dei risultati, che permettono il monitoraggio delle azioni già intraprese e la pianificazione di nuovi interventi.

E nella nostra Regione?

Nel 2009 è stato intervistato un campione di 1000 ultra 64enni. Il campione è rappresentativo della popolazione di persone ultra 64enni residenti nelle 4 AUSL dell'Umbria, inoltre ogni AUSL ha effettuato un campione significativo per il proprio territorio (250 interviste ciascuna). Sono state raccolte informazioni su problemi e interventi realizzati in ambiti che riguardano i cosiddetti "pilastri" dell'invecchiamento attivo: Partecipazione, Salute e Sicurezza delle persone con più di 64 anni. Anche nella nostra Regione, la popolazione ultra 64enne è stata suddivisa in sottogruppi che tengono conto dei vari bisogni di salute di questa fascia di popolazione.

Come si distribuisce la popolazione ultra 64enne in Umbria?

Utilizzando le definizioni messe a punto nell'indagine PASSI d'argento, la popolazione è stata suddivisa in quattro sottogruppi di persone ultra 64enni. Nella nostra Regione, la distribuzione della popolazione ultra 64enne nei 4 sottogruppi è la seguente:



Quali sono i tre pilastri per un invecchiamento attivo?

1. Essere risorsa per la famiglia e la collettività e partecipare alla vita sociale

Quasi la metà (40%) degli ultra 64enni è una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività. Gli ultra 64enni che, in una settimana tipo partecipano ad attività con altre persone, sono il 23%. Solo il 3% partecipa a corsi di cultura, esempio di inglese o di computer.

2. Rimanere in buona salute

Il 73% degli ultra 64enni giudica positivamente (bene, molto bene o discretamente) il proprio stato di salute. Il 57% è in eccesso ponderale e solo il 6% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno raccomandate. Il 19% degli intervistati ha problemi di vista; tra questi il 15,6% ha detto di vedere male nonostante l'uso di occhiali. Gli ultra 64enni che hanno problemi di masticazione sono il 38%, tra questi solo il 36% è andato dal dentista.

Il 16% ha riferito sintomi di depressione e il 16% è a rischio di isolamento sociale. Le persone ultra 64enni che non possono contare su un aiuto gratuito per piccole commissioni sono il 9%.

3. Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato

L'80% delle persone ultra 64enni ha riferito di aver sentito parlare del centro anziani o di circoli e associazioni per anziani e tra questi il 13% vi si è recato. Il 61% ha sentito parlare di "Università della terza età".

Quasi il 75% ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale.

Il 15% è disabile ovvero presenta limitazioni in una o più attività di base della vita quotidiana (es. lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, vestirsi), di questi il 99% può disporre di un aiuto nelle attività che non è in grado di svolgere da solo, principalmente dai familiari nell' 62%, da persone a pagamento nel 37% e nell' 1% da operatori dei servizi pubblici. Il 61% degli intervistati ultra 64enni arriva a fine mese con alcune o con molte difficoltà. Indipendentemente dal percepire una pensione, hanno un lavoro pagato il 7% degli ultra 64enni e un'attività che produce reddito il 2%.

Quali indicazioni per l'azione?

Le informazioni della sorveglianza PASSI d'Argento forniscono indicazioni utili al monitoraggio degli interventi e alla pianificazione di programmi efficaci per la tutela e la promozione della qualità della vita delle persone ultra 64enni. Gli ultra 64enni sono un'importante risorsa sia per la famiglia che per la collettività. Questo essere risorsa, pur riducendosi, non cessa neppure tra le persone più fragili o disabili. In particolare, sembra che esistano ampi margini di manovra per interventi che, mirati e portati avanti congiuntamente ed efficacemente dagli operatori dei servizi sociali e sanitari, possono agire soprattutto sulla prevenzione dei fattori di rischio di malattia e fragilità. Si tratta infatti, per lo più di fattori modificabili attraverso la promozione della salute e l'adozione di stili di vita salutari, attuabili attraverso il miglioramento degli interventi e servizi già disponibili.

Introduzione e razionale in sintesi

L'invecchiamento della popolazione costituisce “*un trionfo e una sfida*” per la società (OMS, 2002). Il generale aumento dell'aspettativa di vita è un'importante conquista legata al miglioramento delle condizioni sociali e ai progressi sanitari. Tuttavia, più anni di vita non sempre corrispondono a una qualità di vita migliore. Da un lato, l'aumento delle patologie cronico-degenerative legate all'invecchiamento, oltre ad incidere sulla qualità della vita delle persone, determina una crescita dei costi di cura e assistenza. Dall'altro, l'invecchiamento della popolazione fa nascere nuove sfide di carattere sociale, che richiedono risposte globali ed efficaci in tempi brevi.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione riguarda in modo particolare l'Italia che, nel panorama mondiale, continua a essere uno dei Paesi con la maggiore proporzione di anziani. A oggi gli ultra 64enni costituiscono circa il 20% della popolazione e le più recenti proiezioni ISTAT indicano che nel 2051 tale percentuale sarà superiore al 30%. Cresceranno anche le persone molto anziane: gli ultra 84enni oggi pari al 2% del totale, raggiungeranno l'8% nel 2051.

Per far fronte a tale scenario, l'OMS ha di recente delineato una cornice strategica, indicata con il nome di “*Active Ageing*”, che mira a creare e rafforzare le condizioni per un “invecchiamento attivo”, le cui basi sono da costruire ben prima dell'età anziana. “Salute, Partecipazione e Sicurezza delle persone più anziane” sono i tre pilastri dell'*Active Ageing*. L'obiettivo è favorire il passaggio da politiche basate sui bisogni delle persone anziane, considerate come soggetti passivi, a politiche che riconoscono a ogni persona il diritto e la responsabilità di avere un ruolo attivo e partecipare alla vita della comunità in ogni fase della vita, inclusa l'età anziana. In particolare, questa visione ha implicazioni profonde nei confronti dei sistemi sanitari e sociali che sono chiamati a migliorare l'efficacia delle loro performance attraverso una maggiore efficienza e il monitoraggio continuo delle attività e degli aspetti di salute.

In questo contesto PASSI d'Argento si configura come importante attività di sorveglianza della popolazione ultra 64enne e di monitoraggio degli interventi messi in atto primariamente dalla rete dei servizi sociali e sanitari e dall'intera società civile, in linea con le indicazioni dell'OMS.

PASSI d'Argento è un progetto promosso dal Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute e delle Regioni, coordinato dalla Regione Umbria in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Il progetto è collegato al programma europeo “Guadagnare salute” e al “Piano nazionale della prevenzione”.

Nell'ottica di una evoluzione verso un sistema di sorveglianza, si sta sperimentando un sistema di indagini periodiche da ripetere con cadenza biennale; questo consentirà la raccolta d'informazioni precise e tempestive, confrontabili nel tempo e fra diverse Regioni o realtà territoriali, sia sullo stato di salute e la qualità della vita delle persone ultra 64enni, sia sugli interventi messi in atto dai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari e sulle azioni realizzate da altri settori della società civile.

La prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento è stata realizzata nel 2009 in 7 regioni italiane: Umbria, Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana e Valle d'Aosta.

Verso un sistema di sorveglianza...

Alcuni aspetti innovativi di PASSI d'Argento

Vivere bene e più a lungo è possibile. Se si opera su più fronti con strategie integrate ed intersettoriali, interventi di comunità e individuali, è possibile incidere positivamente sulla salute e la qualità della vita dei cittadini in ogni fase della vita e ancor prima dei 65 anni che, per convenzione, segnano l'inizio dell'età anziana.

Il primo passo in questo percorso è “conoscere per agire”, ovvero poter disporre di un'accurata e costante raccolta e diffusione di informazioni sullo stato di salute della popolazione, sull'andamento dei fenomeni rilevanti, sugli interventi attuati e i risultati conseguiti.

Ad oggi, il sistema di sorveglianza PASSI (*Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*) rivolto alla popolazione di 18-69 anni, consente di disporre di informazioni sui fattori di rischio comportamentali e sugli interventi messi in atto, seguendone l'evoluzione nel tempo; queste informazioni sono preziose per decisori politici e amministratori, ma anche per operatori socio-sanitari e cittadini. La sorveglianza PASSI d'Argento rivolta alla popolazione di persone ultra 64enni si sviluppa sul modello e sull'esperienza del sistema PASSI, pur differenziandosi per alcune caratteristiche innovative.

In linea con le indicazioni dell'OMS, PASSI d'Argento valuta aspetti importanti riguardanti la Partecipazione, la Salute e la Sicurezza delle persone ultra 64enni, e si rivolge a numerosi settori della società civile, incluso quello dei servizi dell'area sociale e sanitaria, ai quali è affidata la realizzazione delle indagini. La collaborazione tra questi servizi è il primo aspetto innovativo della sorveglianza PASSI d'Argento; essa è fondamentale per la sostenibilità delle indagini, ma anche e soprattutto per l'utilizzazione dei risultati e la messa in atto di interventi integrati, capaci di fornire nel contempo risposte sanitarie e azioni di valorizzazione e protezione sociale.

Da questo aspetto deriva una descrizione della popolazione di persone ultra 64enni in rapporto ai diversi bisogni di tipo sociale e sanitario: in questa ottica si è sperimentata, per la prima volta, una descrizione della popolazione ultra 64enne in sottogruppi che corrispondono ai diversi target di intervento da parte dei servizi. Per far questo si è partiti da una definizione positiva di Salute in cui la dimensione soggettiva è fondamentale: la Salute, intesa come risorsa per la vita quotidiana e non come assenza di malattia, è la capacità di un individuo o di un gruppo di identificare e realizzare aspirazioni, soddisfare bisogni e utilizzare le proprie risorse personali e sociali per cambiare l'ambiente circostante e affrontarlo. A fronte di questa più ampia visione della Salute, la popolazione ultra 64enne è stata suddivisa in sottogruppi in rapporto alla autonomia presente nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana. In PASSI d'Argento, in particolare, l'autonomia non è misurata come una caratteristica assoluta dell'individuo, ma come risultante di un'interazione fra individuo, storia personale e ambiente fisico e socio-economico in cui vive.

Un secondo aspetto innovativo è legato alla scelta degli indicatori, cioè delle variabili misurate nello studio: questi sono stati selezionati non solo per la loro validità (cioè per la capacità di misurare con efficacia), ma anche per la possibilità di fornire informazioni immediatamente utilizzabili per l'azione.

Ma non è tutto. Con PASSI d'Argento si vuole promuovere una diversa maniera di guardare al progredire dell'età. Nell'indagine, ad esempio, l'espressione “persona ultra 64enne” è preferita al termine “anziano”. In questo modo si vuole evidenziare come l'inizio della cosiddetta terza età sia principalmente legata all'età personale, cioè a quell'età che un individuo si auto attribuisce in base alle proprie personali percezioni.

Il sistema PASSI d'Argento infine non indaga le patologie principali degli ultra 64enni per un duplice ordine di motivi: si vuole da un lato evitare la raccolta di informazioni già disponibili da altre fonti e dall'altro dare spazio ad altre dimensioni sconosciute, quali la partecipazione della persona ultra 64enne e il supporto fornito alla famiglia e alla collettività. A questo proposito, un importante aspetto innovativo è costituito dallo studio delle persone ultra 64enni che, così come indicato dall'OMS, costituiscono “una risorsa per la famiglia, la collettività e l'economia”¹.

¹ WHO Brasilia declaration on Ageing and Health, 1996

Le prospettive nell'immediato futuro

Nel 2010, la seconda indagine multi-regionale PASSI d'Argento sarà estesa a circa altre 10 regioni; alla conclusione del progetto pertanto la quasi totalità delle regioni italiane avrà partecipato alla sperimentazione. Questo consentirà di tarare i metodi e le procedure della sorveglianza sulle reali esigenze regionali e locali. Il risultato di questa fase di sperimentazione sarà, auspicabilmente, la messa a regime di un sistema di sorveglianza informativo, efficiente e sostenibile, tecnicamente ed economicamente, a livello di ciascuna Regione e area territoriale.

PASSI d'Argento si affiancherà ad altri sistemi di sorveglianza di popolazione, come PASSI, OKkio alla Salute e HBSC, previsti dalle strategie del Ministero della Salute per il monitoraggio delle malattie non trasmissibili. Tra tutti questi sistemi di sorveglianza è necessario sviluppare modelli di integrazione per ottimizzare le risorse, contribuire allo scambio di esperienze e favorire la sostenibilità. In questi sistemi di sorveglianza le attività di raccolta e analisi dei dati e la comunicazione dei risultati sono realizzate direttamente dagli operatori coinvolti a livello locale. Questo determina una notevole mobilitazione di energie, risorse e interesse per le attività di sorveglianza di popolazione e favorisce lo sviluppo di reti collaborative estese anche ad altri enti o servizi. L'utilizzo inoltre di strumenti e metodologie di lavoro standardizzate consente la confrontabilità dei risultati ottenuti su tutto il territorio nazionale.

Metodologia

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

- descrivere i problemi e gli aspetti di salute della popolazione ultra 64enne;
- monitorare gli interventi messi in atto e suggerire azioni efficaci e strategie d'intervento.

Gli strumenti e le procedure adottate sono semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili con le risorse dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali; per la realizzazione dell'indagine PASSI d'Argento è essenziale la collaborazione di enti e istituzioni del settore sanitario e sociale a tutti i livelli (nazionale, regionale e locale).

La prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento si è svolta, nel 2009, in sette regioni italiane: Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta. Sono state raccolte preziose informazioni su un campione di 3567 persone ultra 64enni. In quasi tutte le regioni, il periodo di raccolta dei dati è stato di circa tre mesi (marzo – maggio 2009). In Emilia-Romagna l'inizio e la fine dell'indagine sono stati differiti di diverse settimane. In Sicilia, nonostante il sostegno del settore sociale e di quello sanitario, non è stato possibile completare la raccolta dei dati.

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 ultra 64enne durante l'intervista.

Strumenti e metodi

La popolazione in studio è costituita dalle persone di età maggiore ai 64 anni, non istituzionalizzate².

In ciascuna regione partecipante è stato estratto un campione rappresentativo di persone di età maggiore ai 64 anni utilizzando le liste anagrafiche sanitarie. Le strategie di campionamento adottate sono state diverse. In particolare, in Emilia-Romagna è stato realizzato un campionamento stratificato a due strati. In Toscana il campionamento è stato casuale semplice con stratificazione territoriale. Nelle restanti regioni è stato estratto un campione casuale semplice stratificato per genere e classe di età (<75 anni o ≥75 anni). Anche il livello di rappresentatività del campione era diverso in ogni regione: di Asl in Liguria (ASL 3 genovese), di ASL e regionale in Umbria e Valle d'Aosta, a livello di un distretto (Lunigiana) e regionale in Toscana ed esclusivamente regionale in Emilia Romagna e Puglia.

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato, messo a punto con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità. Il questionario è stato somministrato alle persone campionate da oltre 300 operatori specificamente formati.

La somministrazione del questionario poteva avvenire attraverso una duplice modalità: intervista telefonica o faccia a faccia. Nel gennaio 2009 per confrontare le due modalità di intervista e verificarne l'effettiva interscambiabilità, il questionario è stato somministrato nella doppia modalità ad un campione di convenienza di 71 soggetti (37 donne e 34 uomini). Il coefficiente kappa (k) di Cohen, utilizzato come misura dell'accordo tra le due modalità di somministrazione, ha evidenziato una sostanziale sovrapponibilità delle modalità di intervista faccia a faccia e telefonica.

Utilizzando le indicazioni emerse dalla letteratura scientifica e gli strumenti statistici adatti sono stati definiti gli indici che hanno permesso l'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione ultra 64enne.

Il primo passo è stato la valutazione dell'autonomia misurata rispetto alle capacità riferite nello svolgere le attività di base e più complesse della vita quotidiana (*Activities of Daily Living - ADL* e *Instrumental Activities of Daily Living - IADL*).

² persone che si trovavano in ospedale, Residenza Sanitaria Assistenziale o altra struttura residenziale al momento del contatto telefonico o per i 30 giorni successivi

Utilizzando la Curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*) è stato individuato un *cut-off* per le IADL che ha permesso di dividere la popolazione in due grandi gruppi: autonomi e non autonomi. Sono stati definiti autonomi gli ultra 64enni che non sono in grado di svolgere da soli al massimo 1 IADL, non autonomi coloro che non sono in grado di svolgere 2 o più IADL. Successivamente l'utilizzo di indici che descrivono problemi di salute e stili di vita ha permesso la suddivisione della popolazione nei seguenti quattro gruppi di ultra 64enni:

- a) in buona salute a basso rischio di malattia
- b) in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità
- c) con segni di fragilità
- d) disabili

A questi gruppi si aggiunge quello, trasversale ai primi quattro, degli ultra 64enni-risorsa. L'inserimento dei dati è stato realizzato utilizzando una base dati predisposta con il software Epi-Info versione 3.5.1.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati, prevalentemente di tipo descrittivo, è coerente con i due obiettivi dell'indagine PASSI d'Argento: sperimentare un sistema di sorveglianza fortemente orientato all'azione e descrivere i fenomeni connessi alla salute e alla qualità della vita degli ultra 64enni. Sono stati così costruiti grafici e tabelle di frequenza e sono stati ricavati indici e prevalenze calcolando gli intervalli di confidenza al 95%. Ciò ha consentito di valutare l'entità dei fenomeni oggetto di studio e la qualità dei dati suggerendo nuove strategie di analisi. In questa fase, le differenze tra sottogruppi di popolazione non sono state quindi valutate mediante l'uso di test statistici e devono essere lette tenendo conto di alcuni fattori di tipo statistico, epidemiologico e di contesto che possono incidere sulle differenze osservate. Il software utilizzato per le analisi statistiche è stato Epi-Info ver. 3.5.1, seguendo il piano d'analisi indicato nel protocollo dell'indagine.

Etica e privacy

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. In quell'occasione sono stati spiegati gli obiettivi e i metodi dello studio. Prima dell'intervista, sia faccia a faccia che telefonica, l'intervistatore ha indicato nuovamente gli obiettivi dello studio, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato 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 più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati e quindi non è possibile in alcun modo risalire all'intervistato.

Indicatori di processo

Quante persone sono state intervistate per l'indagine?

Nella nostra Regione, il campione iniziale, scelto per effettuare le interviste, era costituito da 1085 persone. Di queste ne sono state effettivamente intervistate 1000 (95,4% del campione inizialmente previsto). Le interviste sono state effettuate nel periodo compreso tra il 1° marzo 2009 e il 31 maggio 2009.

Delle 1000 interviste analizzate, il 5% era costituito da persone rimpiazzate in quanto hanno rifiutato l'intervista, un ulteriore 5% è stato rimpiazzato per non eleggibilità, ovvero non rispondenti ai criteri di selezione per l'indagine perché:

- domiciliate fuori del comune di residenza
- decedute
- istituzionalizzate³ al momento dell'indagine

Complessivamente, tra il campione effettivamente contattato il tasso di risposta è stato pari al 94%. Le persone ultra 64enni selezionate sostituite sono state 65, pari al 6,1% (range fra le 4 ASL 3,8 la ASL 4 – 9,4 la ASL 3) del campione. Il 46% delle sostituzioni era dovuto al rifiuto a sostenere l'intervista e il restante 16% riguardava persone che non era stato possibile rintracciare. La restante percentuale per motivi vari.

I principali indicatori di monitoraggio sono riassunti nelle tabelle e grafici riportati in appendice.

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

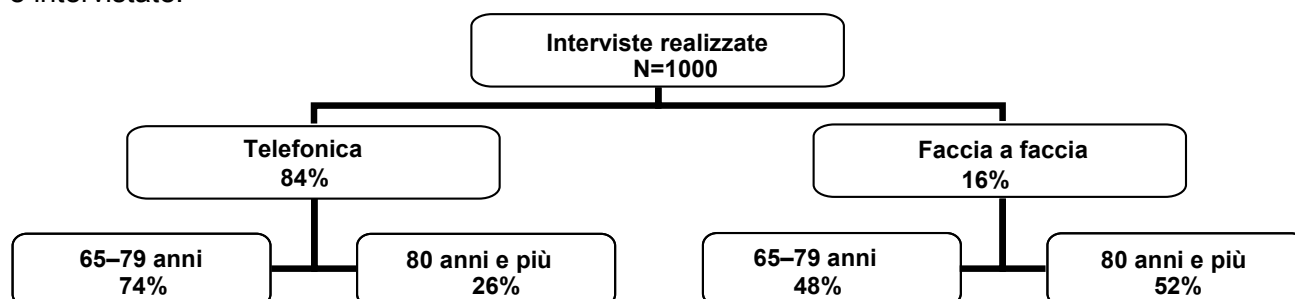
In alcuni casi, la persona ultra 64enne è stata intervistata con l'aiuto del "proxy" che poteva essere un familiare o una persona di fiducia dell'anziano. Questo ha consentito di raccogliere informazioni su persone che altrimenti non avrebbero potuto sostenere l'intervista a causa delle condizioni di salute.

In Umbria l'intervento del proxy si è verificato nel 21% dei casi (nel 18% fin dall'inizio dell'intervista e nel 3% dopo il test della memoria e dell'orientamento previsto).

Quale era la modalità di intervista e l'età degli intervistati?

Le persone rintracciate sono state intervistate telefonicamente o faccia a faccia da circa 50 operatori specificamente formati. La durata media delle interviste è stata di circa 25 minuti per quelle faccia a faccia e di circa 30 minuti per quelle telefoniche. La modalità di intervista era scelta sulla base di un albero decisionale che guidava l'operatore: le persone con meno di 80 anni erano invitate a sostenere un'intervista telefonica mentre in caso di problemi di comunicazione, gravi problemi di salute o età più avanzata, si proponeva in prima battuta la modalità di intervista faccia a faccia.

Di seguito è indicata, per ciascuna modalità di intervista, la classe di età delle persone campionate e intervistate.



³ persone che si trovavano in ospedale, Residenza Sanitaria Assistenziale o altra struttura residenziale al momento del contatto telefonico o per i 30 giorni successivi



PARTE I

Profilo della popolazione ultra 64enne

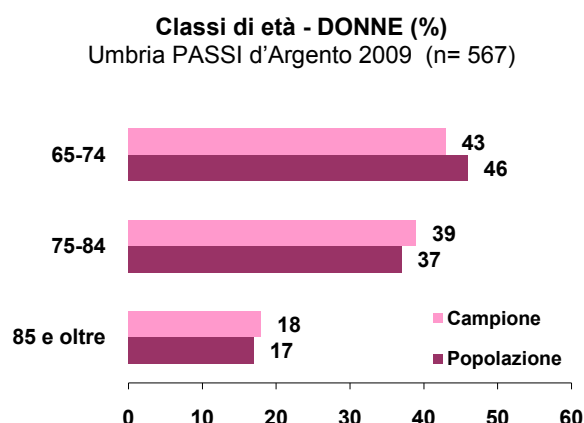
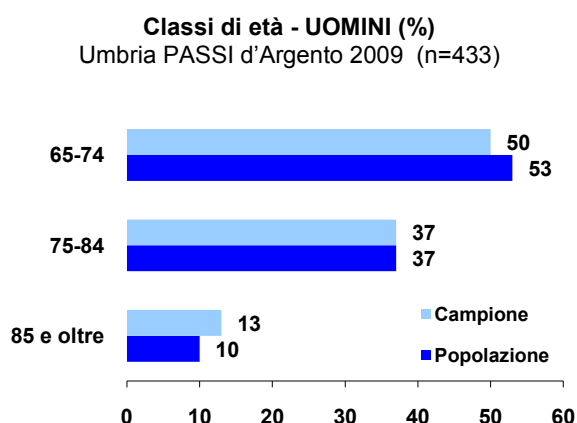
- Caratteristiche socio-demografiche
- La popolazione ultra 64enne e i suoi sottogruppi

Caratteristiche socio-demografiche

Nella Regione Umbria la popolazione in studio è costituita dai 210mila residenti di età superiore ai 64 anni, iscritti nelle liste anagrafiche sanitarie delle 4 aziende sanitarie locali. Nei mesi di marzo – maggio 2009, è stato intervistato un campione rappresentativo della popolazione in studio, costituito da 1000 persone di età superiore ai 64 anni.

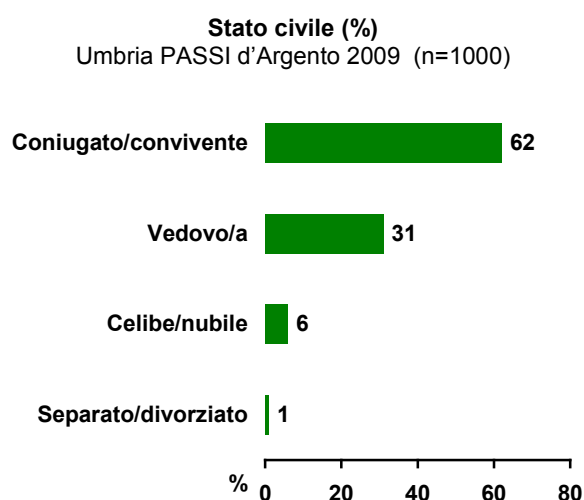
Qual è l'età e il genere?

- La distribuzione per genere e classi di età del campione PASSI d'Argento è sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione regionale residente al 1° gennaio 2009⁴.
- Le donne rappresentano il 57% del campione complessivo. Il dato riflette il fenomeno di «femminilizzazione» della popolazione anziana, particolarmente evidente nelle classi di età più avanzate. La percentuale di donne passa infatti dal 53% nella classe 65-74 anni al 58% in quella 75-84 e raggiunge ben il 67% tra gli ultra 85enni.



Qual è lo stato civile e la cittadinanza?

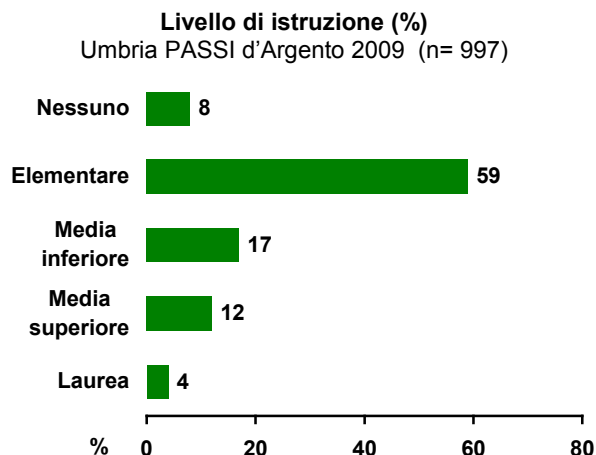
- I coniugati o conviventi sono il 62%, i vedovi/e il 31%, i celibi/nubili il 6% e i separati/divorziati l'1%.
- Circa la metà delle donne sono vedove (47%), mentre gli uomini vedovi sono solo il 10%; questa differenza nello stato civile è riconducibile alla maggiore durata della vita media tra le donne.
- Per quanto riguarda la cittadinanza, solo l'1% ha cittadinanza straniera. Sono esclusi gli stranieri che non risiedono legalmente in Italia e coloro che non possono sostenere l'intervista in Italiano.



⁴ I dati riportati nel grafico per la popolazione, si riferiscono alla popolazione residente in Italia al gennaio 2009 indicata dall'ISTAT.

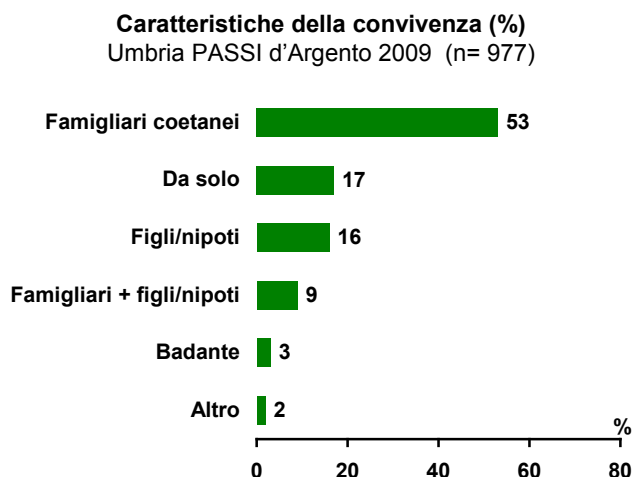
Qual è il livello di istruzione?

- Il 54% ha un basso livello di istruzione (nessun titolo di studio o licenza elementare).
- Le donne presentano un livello di istruzione più basso rispetto agli uomini (77% contro 62%); la percentuale di basso livello d'istruzione nelle donne aumenta con l'età fino ad arrivare all' 82% nella classe di età 75 anni e più.



Con chi vivono gli ultra 64enni?

- Oltre il 52% vive con familiari della stessa generazione (coniuge, fratelli o sorelle), il 16% con figli e il 9% con entrambi.
- Circa il 17% vive da solo/a.
- Le persone che vivono senza familiari e con una badante sono il 22%.
- Il vivere da soli è più frequente nelle donne (22% contro 10%) e nella fascia di età 75 e più (21% contro 12%). (IC?)



Lavoro principale svolto nella vita

- La quasi totalità delle persone intervistate (95%) ha riferito di ricevere una pensione.
- I lavori principali svolti prima del pensionamento sono stati l'operaio (24%), la casalinga (22%) e l'agricoltore (14%).



Considerazioni

Il campione selezionato in Umbria presenta un buon livello di rappresentatività rispetto alla popolazione in studio: le caratteristiche socio-anagrafiche degli intervistati appaiono sostanzialmente sovrapponibili a quelle della popolazione di riferimento rispetto alla distribuzione per genere e classi di età.

In particolare, anche in Umbria si rileva il fenomeno della femminilizzazione della popolazione anziana legato alla maggiore durata media della vita per le donne. Il fenomeno appare evidente con l'aumentare dell'età ed è particolarmente rilevante nella classe 85 anni e +. Le donne più anziane, solitamente vedove, presentano quasi sempre un basso livello di istruzione e possono essere maggiormente vulnerabili a fenomeni quali la povertà e l'isolamento sociale. Ai fini dell'indagine, è necessario che i confronti per genere, presentati nelle pagine successive di questo rapporto, tengano sempre conto dell'effetto dell'età.

La popolazione ultra 64enne e i suoi sottogruppi

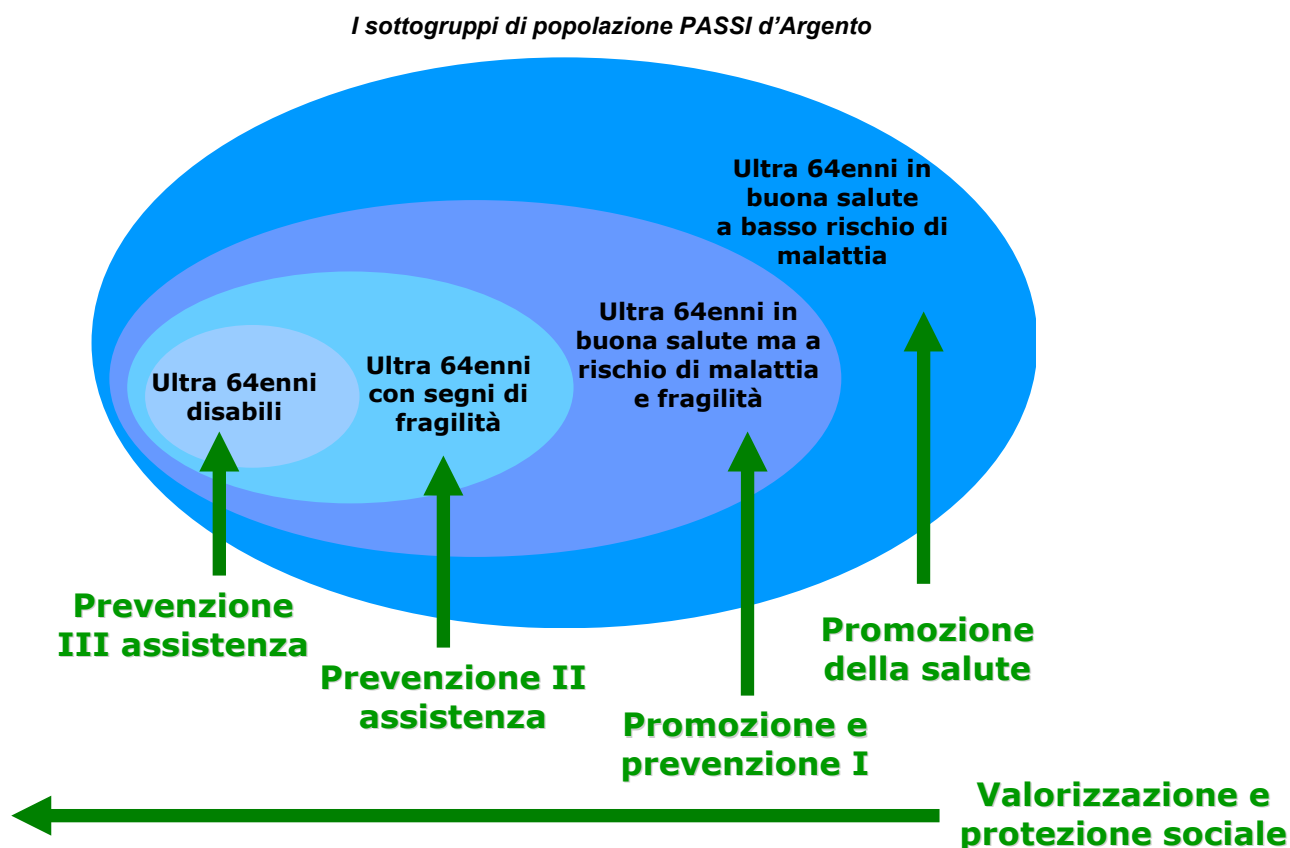
Un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori personali, sociali ed economici (quali ad esempio genere, stili di vita, fattori biologici, fattori legati al sistema dei servizi sanitari e sociali). Questi fattori agiscono durante tutto il corso della vita e determinano, con il progredire dell'età, l'accentuarsi delle differenze individuali legate allo stato di salute e al benessere complessivo della persona. La popolazione ultra 64enne 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 ultra 64enne con una suddivisione in quattro sottogruppi di **persone**:

- **in buona salute a basso rischio di malattia**
- **in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità**
- **con segni di fragilità**
- **disabili**

Le definizioni utilizzate per l'individuazione dei sottogruppi sono riportate in Appendice.

In un'ottica di orientamento all'azione, ciascun sottogruppo identifica target di interventi specifici che vanno dalle azioni di prevenzione terziaria per le persone disabili, 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.



L'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione ultra 64enne 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. Nella parte III del rapporto sono valutati in dettaglio i problemi di salute, i bisogni e gli interventi messi in atto per ciascun sottogruppo individuato.

Come sono stati individuati i sottogruppi?

Per l'identificazione dei sottogruppi si è partiti da una definizione di Salute intesa come stato di benessere, nella quale la dimensione soggettiva è fondamentale. La Salute non è quindi semplicemente l'assenza di malattia: per raggiungere il completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o gruppo 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.

A fronte di questa definizione di Salute, la popolazione ultra 64enne 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 sono state valutate:

- le attività di base della vita quotidiana o Activities of Daily Living (ADL) come ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, ecc...
- e le attività strumentali della vita quotidiana o Instrumental Activities of Daily Living (IADL) come, ad esempio usare il telefono, prendere le medicine, ecc....

Combinando i risultati di questi due indici, sono stati definiti:

- "in buona salute" gli ultra 64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in al massimo 1 IADL.
- "con segni di fragilità" gli ultra 64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in 2 o più IADL.
- "disabili" gli ultra 64enni che non sono autonomi hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di 1 o più ADL.

Successivamente, utilizzando alcuni indici che valutano problemi di salute e stili di vita, il sottogruppo di ultra 64enni "in buona salute" è stato diviso in ultra 64enni:

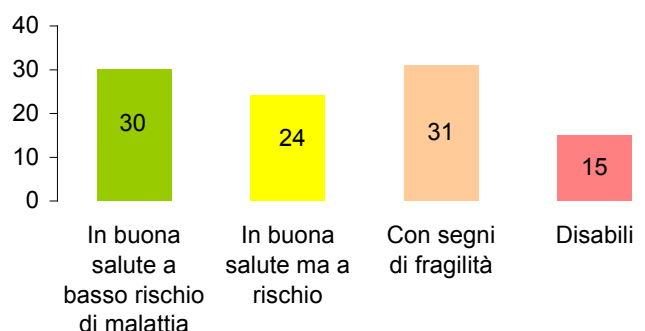
- in buona salute a basso rischio di malattia (nei grafici e tabelle indicati come "in buona salute ma a basso rischio")
- in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità (nei grafici e tabelle indicati come "in buona salute ma a rischio").

In Appendice sono riportate le definizioni utilizzate per l'individuazione dei 4 sottogruppi

Come è distribuita la popolazione ultra 64enne rispetto ai sottogruppi?

- Nel campione intervistato:
 - il 30% delle persone risulta in buona salute e a basso rischio di malattia
 - il 24% è in buona salute ma a più alto rischio di malattia e fragilità
 - il 31% mostra segni di fragilità
 - il 15% risulta disabile ovvero ha bisogno di aiuto in almeno un'attività della vita quotidiana (ADL).
- Le persone con segni di fragilità pari al 31% possono essere distinte in:
 - persone con segni di fragilità (11%)
 - persone con marcati segni di fragilità (20%).
- I disabili (15%) si dividono in parzialmente disabili (12%) e totalmente disabili (3%).

Sottogruppi di popolazione ultra 64enne (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=1000)



Considerazioni

Per offrire opportunità e risposte ai differenti sottogruppi di popolazione individuati sono necessarie politiche di intervento in grado di coinvolgere numerosi settori della società civile; in particolare un posto fondamentale è quello occupato dai servizi alla persona, che mettono in atto interventi di tipo sanitario e/o azioni di valorizzazione e protezione sociale.

Circa la metà della popolazione (54%) è compresa nei primi due sottogruppi: presenta cioè buona salute, anche se quasi la metà ha fattori di rischio modificabili. Per questa considerevole fetta di popolazione ultra 64enne l'obiettivo strategico è quello di valorizzare le capacità a proprio favore, della propria famiglia e della collettività.?

Per coloro che presentano fattori di rischio modificabili si tratterà di migliorare le attività di promozione della salute e di prevenzione (vedi nello specifico i capitoli seguenti). Ciò consentirà di evitare condizioni di disagio sociale (isolamento), patologie derivanti dai fattori di rischio (ad esempio fumo e alcol), condizioni che favoriscono la fragilità (ad esempio cattiva masticazione) e conseguente perdita di autonomia con scivolamento verso una condizione di patologia cronica, di fragilità e in seguito di disabilità.



PARTE II

I tre pilastri per un invecchiamento attivo

- Essere risorsa e partecipare alla vita sociale
- Rimanere in buona salute
- Usufruire di cure e tutele e avere un reddito adeguato

1. Essere risorsa e partecipare alla vita sociale

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

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

In questa indagine PASSI d'Argento, è stata utilizzata una definizione ristretta di "ultra 64enne-risorsa". Il concetto di "ultra 64enne-risorsa" parte infatti da una visione positiva della persona, che è in continuo sviluppo ed è in grado di contribuire, in ogni fase della vita, alla propria crescita individuale e collettiva. In quest'ottica l'essere una risorsa si manifesta anche in attività che arricchiscono la persona che le svolge, come ad esempio le attività intellettuali o spirituali e l'esercizio fisico. In questo modo si considerano anche forme non strettamente economiche dell'essere risorsa come la trasmissione culturale, la saggezza, il sostegno o il supporto emozionale. Inoltre, si riconosce l'importanza di attività che migliorano la salute fisica e mentale e accrescono la qualità delle relazioni interpersonali, contribuendo a ridurre il livello di dipendenza dagli altri e innalzare la qualità della propria vita.

Lo schema sotto riportato offre una visione sintetica dei principi e di alcune delle azioni preconizzate affinché la persona ultra 64enne possa rimanere una risorsa all'interno dei diversi ambiti di vita.

- **Riconoscere l'importanza di attività che arricchiscono la persona che le svolge e degli scambi inter-generazionali**
- Azione: promuovere stili di vita salutari e attività educative e culturali che favoriscono scambi inter e intra-generazionali

Soggetto che contribuisce alla propria crescita individuale e che è attivo nello "scambio" di conoscenze, competenze e memoria fra le diverse generazioni

- **Riconoscere l'importanza delle cure informali e dell'aiuto che le persone ultra 64enni forniscono ai familiari e conoscenti: accudimento dei nipoti, cura di anziani, sostegno economico...**
- Azione: sostenere le persone che scelgono di prestare cura ai propri familiari o conoscenti fornendo loro informazione, supporti e cure

Soggetto che fornisce supporto e cure a familiari e conoscenti

- **Promuove la cittadinanza attiva delle persone ultra 64enni**
- Azione: promuovere attività culturali e educative orientate allo sviluppo delle relazioni sociali e all'impegno solidale quali ad esempio attività di volontariato.

Cittadino attivo

- **Creare le condizioni che favoriscono la permanenza nel mondo del lavoro anche in età più avanzata**
- Azione: favorire forme flessibili di permanenza o di uscita dal mondo del lavoro

Soggetto che lavora

Essere una risorsa per la famiglia e la collettività

Nell'indagine PASSI d'Argento si è valutato il supporto fornito dalla persona ultra 64enne ai propri familiari, ai conoscenti e alla collettività.

Per la sfera familiare è stato chiesto agli intervistati con quale frequenza fornivano aiuto o "accudivano" familiari come il congiunto, figli, fratelli e/o sorelle; domanda analoga è stata posta alle persone con nipoti con meno di 14 anni. Un'altra domanda riguardava l'essersi preso cura di familiari o conoscenti anziani nei 12 mesi precedenti.

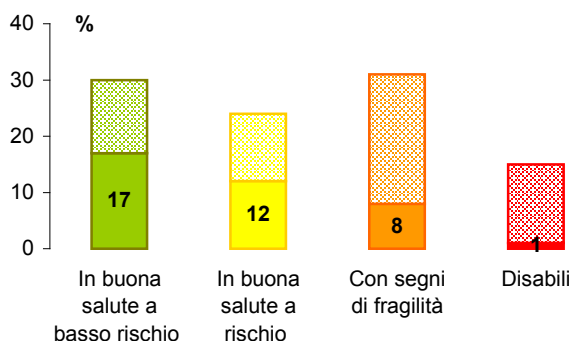
Il supporto alla collettività è stato definito come le attività di volontariato a cui si è partecipato nei 12 mesi precedenti. Per volontariato si intendevano le attività prestate "gratuitamente a favore di altri, come bambini, disabili, ospedali, scuole".

- Circa il 39% degli ultra 64enni rappresenta una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività.
- Questa percentuale è più alta:
 - sotto i 75 anni
 - nelle donne
 - In coloro che hanno un alto livello di istruzione
 - in chi è in buona salute.
- Il 31% è risorsa solo per l'ambito familiare e amicale, il 2% solo per la collettività e il 6% per entrambi.
- E' importante sottolineare come la persona ultra 64enne costituisca una risorsa non solo quando è in buona salute, ma anche quando è fragile o disabile.

Essere risorsa*	
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 970)	
Totale	39,3%
	IC95% 36,25 – 42,4%
Classi di età	
65-74	57,1
75 e oltre	23,9
Genere	
uomini	32,6
donne	44,5
Istruzione	
bassa	34,9
alta	49,5
Difficoltà economiche	
molte	37,1
alcune	36,0
nessuna	44,0
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	58,7
in buona salute ma a rischio	50,8
con segni di fragilità	27,3
disabili	7,6

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

Essere risorsa* per sottogruppi di popolazione (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 1000)



*L'essere risorsa è evidenziato con il colore pieno e sono indicati i valori (%)

Quanti ultra 64enni sono una risorsa per famiglia e conoscenti?

- Il 37% degli ultra 64enni rappresenta una risorsa per la famiglia in quanto si occupa dei nipoti o di altri familiari quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni.
- Il 23% delle persone con nipoti sotto ai 14 anni si occupa di loro quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni; un altro terzo (33 %) si occupa dei nipoti solo per alcuni giorni e il rimanente 44% mai.
- L'assistenza quasi quotidiana ai propri nipoti è più alta tra le persone con meno di 75 anni (31% contro 15%) e mostra differenze di genere ?.
- Il 21% accudisce e aiuta altri familiari quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni, il 16% per alcuni giorni e il 63% mai. L'assistenza quasi quotidiana ai familiari è più diffusa nelle donne (29% contro 12%) e nelle persone con meno di 75 anni (30% contro 14%).
- Il 25% presta assistenza ad altri anziani. Questa attività è diversamente diffusa tra uomini e donne (28% contro 22%) ed è più frequente nelle persone con meno di 75 anni (34% contro 17%).

Essere risorsa per la famiglia*

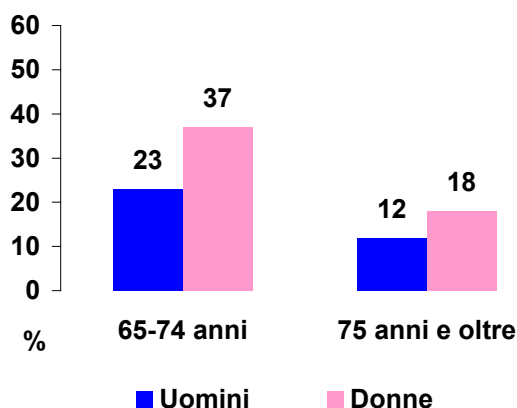
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 970)

Totale	37,5%
	IC95% 28,6 – 34,5%
Classi di età	
65-74	53,6
75 e oltre	23,6
Genere	
uomini	30,0
donne	43,3
Istruzione	
bassa	34,3
alta	45,1
Difficoltà economiche	
molte	37,1
alcune	35,3
nessuna	40,3
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	54,8
in buona salute ma a rischio	50,2
con segni di fragilità	26,3
disabili	6,6

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

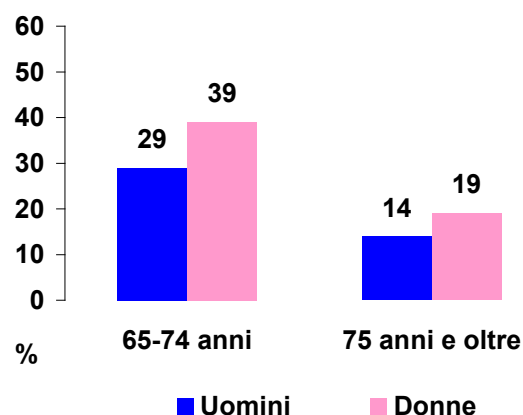
Prendersi cura di nipoti* con meno di 14 anni per genere e classe di età (%)

Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 411)



Assistenza ad altri anziani per genere e classe di età (%)

Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 967)



* tra chi ha dichiarato di aver nipoti con meno di 14 anni e si prende cura dei nipoti quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni

Quante persone ultra 64enni sono una risorsa per la collettività?

Nell'indagine si è valutato il supporto fornito all'interno della collettività, definito come le attività di volontariato a cui si è partecipato nei 12 mesi precedenti.

- L'8% degli intervistati ha partecipato, nei 12 mesi precedenti, ad attività di volontariato.
- Questa percentuale è più alta nelle persone:
 - sotto i 75 anni
 - con livello d'istruzione alto
 - senza difficoltà economiche percepite
 - in buona salute.
- Non si evidenziano differenze di genere per le attività di volontariato.
- Non ci sono differenze significative nelle 4 ASL

Fare volontariato*	
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 970)	
Totale	7,8%
	IC95% 4,1 – 11,0%
Classi di età	
65-74	12,4
75 e oltre	3,9
Genere	
uomini	8,8
donne	7,1
Istruzione	
bassa	3,4
alta	18,2
Difficoltà economiche	
molte	0,8
alcune	5,4
nessuna	13,5
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	12,9
in buona salute ma a rischio	12,9
con segni di fragilità	2,6
disabili	1,1

* Persona ultra 64enne che ha svolto attività di volontariato nei 12 mesi precedenti

Partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione

Quante persone ultra 64enni partecipano ad attività sociali?

- Il 23% delle persone intervistate partecipa, in una settimana tipo, ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia, al teatro.
- La partecipazione è maggiore:
 - nelle persone con meno di 75 anni
 - negli uomini
 - nelle persone con alto livello di istruzione
 - nelle persone senza difficoltà economiche percepite
 - nelle persone in buona salute e a basso rischio di malattia.
- Gli ultra 64enni partecipano, in una loro settimana tipo, ad attività con altre persone:
 - quasi tutti i giorni il 4,2%
 - per più della metà dei giorni il 9 %
 - solo alcuni giorni il 18 %
 - mai il 77 %.
- Non ci sono differenze nelle 4 ASL

Partecipare ad attività sociali*	
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 970)	
Totale	23% IC95% 20,4 - 25,8%
Classi di età	
65-74	27,5
75 e oltre	19,1
Genere	
uomini	29,5
donne	17,9
Istruzione	
bassa	19,9
alta	30,3
Difficoltà economiche	
molte	17,3
alcune	19,7
nessuna	28,9
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	34,9
in buona salute ma a rischio	29
con segni di fragilità	15,2
disabili	6,4

* Partecipazione in una settimana tipo ad attività con altre persone, quali ad esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia, al teatro

Quante persone ultra 64enni partecipano a corsi di cultura o formazione per adulti?

- Il 3% degli intervistati ha partecipato, nei 12 mesi precedenti, a qualche corso di cultura o formazione, come ad esempio corso di inglese, di cucina o di computer.
- La partecipazione è maggiore:
 - nelle persone con meno di 75 anni
 - negli uomini
 - nelle persone con più alto livello d'istruzione
 - nelle persone senza difficoltà economiche percepite.
 - nelle persone in buona salute e a basso rischio di malattia.

Partecipazione a corsi*	
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 968)	
Totale	3,2% IC95% 2,2 – 4,5%
Classi di età	
65-74	5,5
75 e oltre	1,2
Genere	
uomini	4,0
donne	2,5
Istruzione	
bassa	0,3
alta	9,9
Difficoltà economiche	
molte	0,9
alcune	1,4
nessuna	6,1
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	7,9
in buona salute ma a rischio	2,0
con segni di fragilità	0,7
disabili	0,4

* Partecipazione, nei 12 mesi precedenti, a corsi di cultura o di formazione per adulti come ad esempio di inglese, di cucina, di computer.

Partecipare ed essere risorsa: considerazioni

I risultati dell'indagine mostrano come anche nella nostra Regione le persone ultra 64enni rappresentano un'importante risorsa per la società, sia per le attività prestate all'interno della famiglia sia per quelle rivolte verso la collettività. Inoltre l'essere una risorsa per famiglia e collettività è un fenomeno trasversale, presente anche tra le persone ultra 64enni con segni di fragilità o condizioni di disabilità, anche se in misura più ridotta rispetto a quelle in buona salute.

La partecipazione a momenti di vita sociale rileva alcune criticità: circa i due terzi degli ultra 64enni non partecipano mai ad attività con altre persone (centro anziani, circolo, parrocchia, teatro) e solo una quota molto ristretta ha seguito corsi di cultura o formazione.

Le azioni di valorizzazione e tutela dell'essere risorsa della persone ultra 64enne e della sua partecipazione alla vita sociale richiedono azioni da parte di numerosi settori della società. Amministratori, associazioni e gruppi della società civile dovranno continuare a porsi in atteggiamento sempre più pro-attivo nei confronti della valorizzazione degli ultra 64enni, che in pochi anni costituiranno un terzo della popolazione totale. In particolare è necessario promuovere una nuova visione del progredire dell'età che è un processo che ci riguarda in ogni fase della vita. Ciò al fine di promuovere una cultura dello scambio e della solidarietà intergenerazionale. Il bambino di ieri è infatti l'adulto di oggi e sarà l'anziano di domani; la qualità della sua vita dipenderà da rischi e opportunità occorsi nell'arco di tutta la vita e dal modo in cui le varie generazioni offrono mutuo aiuto e il sostegno necessario. In attesa di valutazioni di efficacia di questi interventi, è necessario intraprendere delle iniziative e studiare dei progetti anche sulla scorta delle buone pratiche già messe in atto sul territorio nazionale.

2. Rimanere in buona salute

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*.

Percezione dello stato di salute

La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita. Nelle persone con più di 64 anni, 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.

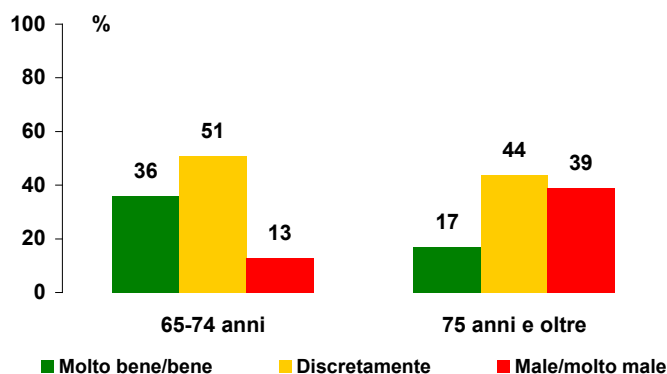
Nel sistema di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese 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.

A queste domande si aggiunge, in PASSI d'Argento, quella sullo stato di salute rispetto all'anno precedente, informazione rilevante in particolare nelle persone di età avanzata.

Come percepiscono il proprio stato di salute le persone ultra 64enni?

- Il 27% degli intervistati giudica il proprio stato di salute positivamente (molto bene o bene), il 48% discretamente e il rimanente 25% in modo negativo (male o molto male).
- La percezione negativa del proprio stato di salute aumenta con il crescere dell'età in entrambi i sessi
- Inoltre è più frequente nelle donne (32% contro 17%):
 - tra gli uomini hanno considerato cattivo il proprio stato di salute l'8% dei 65-74enni e il 30% degli ultra 74enni;
 - tra le donne tale differenza è più marcata (18% e 45% rispettivamente).

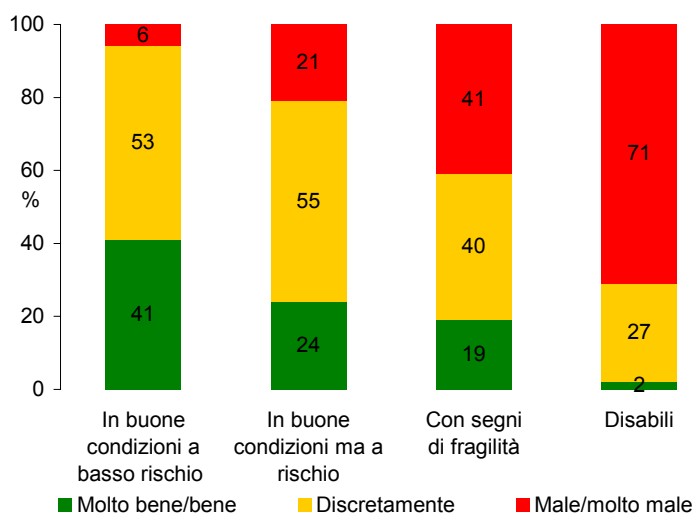
Percezione della propria salute per classi d'età (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=834)



Come percepiscono la propria salute i 4 sottogruppi di popolazione?

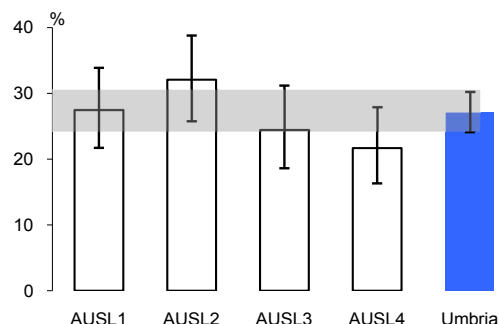
- Riferiscono di avere uno stato di salute buono o molto buono il 41% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia e il 24 % delle persone in buona salute ma a rischio di malattia.
- Questa percentuale scende nei restanti sottogruppi: è del 19% tra le persone con segni di fragilità e del 2% tra i disabili.
- Parallelamente la proporzione di coloro che si percepisce in cattiva salute sale dal 6% del primo gruppo al 71 % dei disabili.

Percezione stato di salute per sottogruppi di popolazione
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=834)



Percezione dei giorni in buona salute (bene/molto bene) nelle 4 ASL umbre

- Non ci sono differenze significative, anche se fra la ASL 2 e la ASL 4 la differenza percentuale è piuttosto marcata (32,1% contro 21,7%)



Quanti sono i giorni di cattiva salute percepita in un mese e in che misura limitano le attività di tutti i giorni?

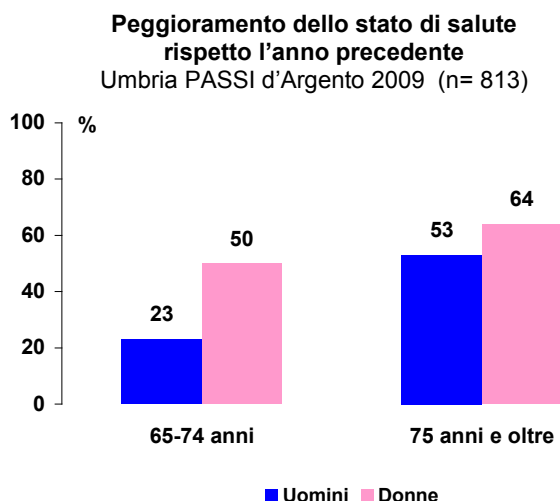
Media dei giorni percepiti in cattiva salute al mese
Umbria PASSI d'Argento 2009

Caratteristiche	N° gg/mese (IC95%) per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	8,8 Dev. St. = 10,7	7,5 Dev. St. = 10,2	5,9 Dev. St. = 9,4
Classi di età			
65-74	6,1	5,9	3,8
75 e oltre	11,8	9,2	8,4
Genere			
uomini	6,6	4,7	5,3
donne	10,6	9,5	6,3
Istruzione			
bassa	9,6	8,3	6,8
alta	7,0	5,6	4,0
Difficoltà economiche			
molte	12,9	12,7	9,8
alcune	9,2	7,6	6,6
nessuna	6,8	5,3	3,6
Sottogruppi			
in buona salute a basso rischio	4,2	3,3	2,2
in buona salute ma a rischio	9,5	9,0	5,1
con segni di fragilità	10,3	8,0	7,8
disabili	21,7	19,4	20,2

- Il numero medio di giorni vissuti in cattiva salute per motivi fisici, psichici o per limitazioni di attività aumenta al progredire dell'età e con il diminuire dell'istruzione.
- Le donne hanno riferito un maggior numero medio di giorni in cattiva salute percepita per motivi fisici, psicologici e per limitazioni nelle attività
- Nelle persone con molte difficoltà economiche percepite si è rilevato un maggior numero medio di giorni vissuti in cattiva salute per motivi fisici, psichici o per limitazioni di attività.
- Gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia hanno riferito un minor numero di giorni in cattiva salute, mentre i disabili un numero nettamente superiore a quello totale, soprattutto per le giornate con attività limitata.

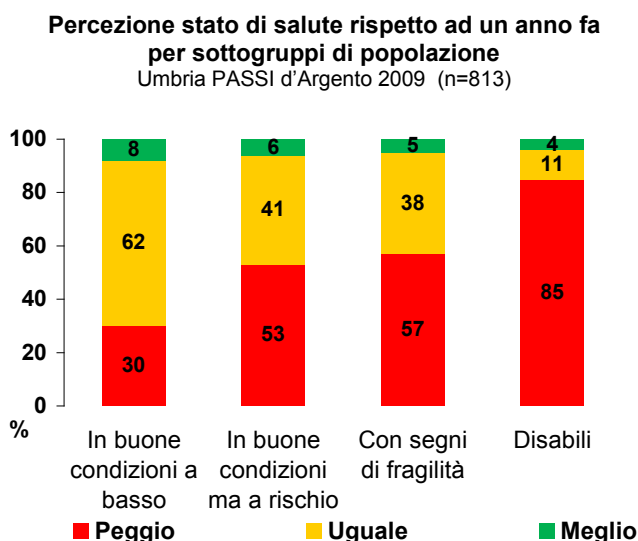
Come percepiscono la propria salute rispetto un anno fa?

- Il peggioramento dello stato di salute è più consistente al crescere dell'età in entrambi i sessi.
- Il 49% degli ultra 64enni riferisce di star peggio rispetto un anno fa, il 45 % allo stesso modo e solo il 6 % meglio.
- Il 37% degli uomini ha segnalato un peggioramento nella propria salute rispetto all'anno precedente; nelle donne questa percentuale sale al 57 %.



Come percepiscono la propria salute rispetto ad un anno fa i 4 sottogruppi di popolazione?

- Riferiscono di avere uno stato di salute uguale all'anno passato il 62% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia e il 41 % delle persone in buona salute ma a rischio di malattia.
- Questa percentuale scende nei restanti sottogruppi: è del 38% tra le persone con segni di fragilità e solamente dell'11% tra i disabili.
- Parallelamente la proporzione di coloro che percepiscono un peggioramento, va dal 30% del primo gruppo all'85% dei disabili.

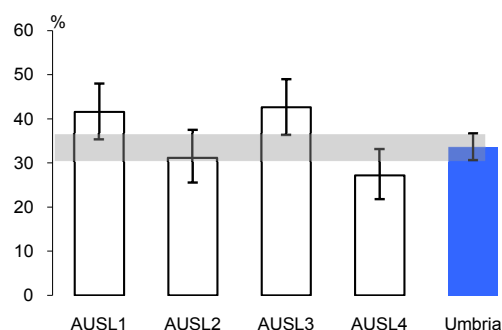


Attività fisica

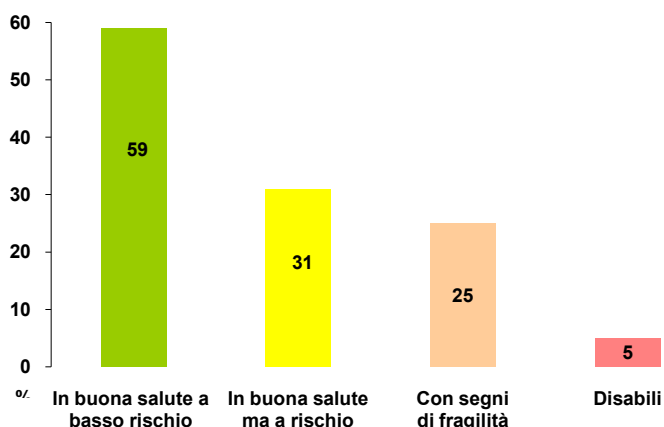
Una regolare attività fisica protegge le persone anziane da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Negli ultra 64enni l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente 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 di salute generali e dell'età. Nell'indagine PASSI d'Argento si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica, tratto da alcune indagini internazionali in grado di tener conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana; sono state considerate sia le attività sportive o ricreative quali ad esempio ginnastica e ballo, sia altre attività fisiche come i lavori di casa pesanti o il giardinaggio.

Quante sono le persone ultra 64enni attive fisicamente nelle 4 ASL umbre?

- Le aziende USL 1 e 3 mostrano percentuali di ultra 64enni attivi significativamente superiori rispetto all'AUSL4. (La AUSL 1 ha anche da PASSI un minor numero di sedentari)



Attivi fisicamente* per sottogruppi di popolazione
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=1000)



Che tipo di attività svolgono le persone attive fisicamente?

- Le attività fisiche maggiormente praticate sono quelle non strutturate e soprattutto all'aria aperta



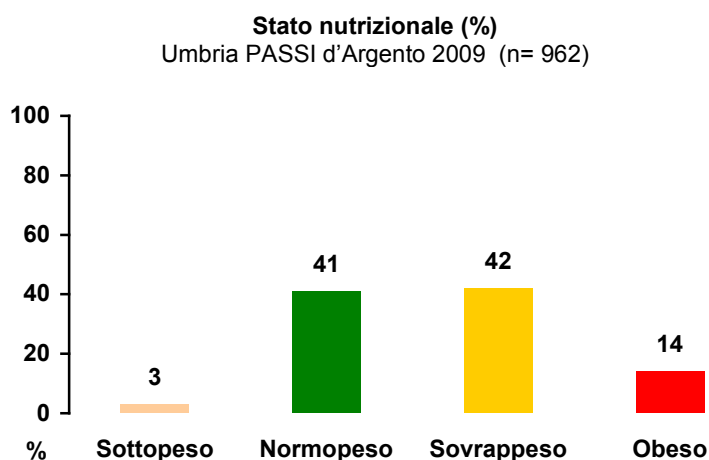
Stato nutrizionale e abitudini alimentari

In ogni fase della vita lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute. In particolare dopo i 64 anni l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona, mentre la perdita di peso non intenzionale⁵ rappresenta un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

Per valutare e confrontare le caratteristiche ponderali degli individui si utilizza l'indice di massa corporea (*Body Mass Index o BMI*) che si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in kg diviso il quadrato della sua statura espressa in metri. In base ai valori assunti dall'indice le persone vengono raggruppate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

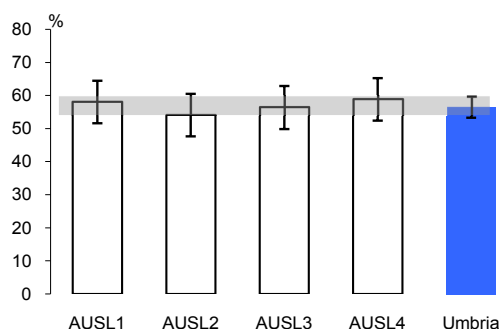
Qual è lo stato nutrizionale delle persone ultra 64enni?

- il 3% delle persone ultra 64enni risulta sottopeso, il 41% normopeso, il 42% sovrappeso e il 14% obeso.
- Le persone in eccesso ponderale, cioè in sovrappeso e obese, sono il 56 %.
- Se riportiamo la prevalenza dell'eccesso ponderale riscontrata in questa indagine a tutta la fascia di persone ultra 64enni, il numero di obesi di questa fascia di età nella nostra regione risulta di circa 30mila persone.



Obesità e sovrappeso nelle 4 ASL umbre?

- Non ci sono differenze significative fra le 4 ASL Umbre



⁵ Perdita di almeno 4,5 kg nei dodici mesi precedenti o perdita di peso superiore al 5% del peso iniziale

Quante persone ultra 64enni sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- Le persone ultra 64enni in eccesso ponderale sono il 56%
- L'eccesso ponderale è maggiormente diffuso nelle persone:
 - con meno di 75 anni
 - di genere maschile
 - con basso livello d'istruzione
 - Non sono emerse differenze rilevanti per quanto riguarda il livello d'istruzione, i sottogruppi di popolazione e difficoltà economiche.

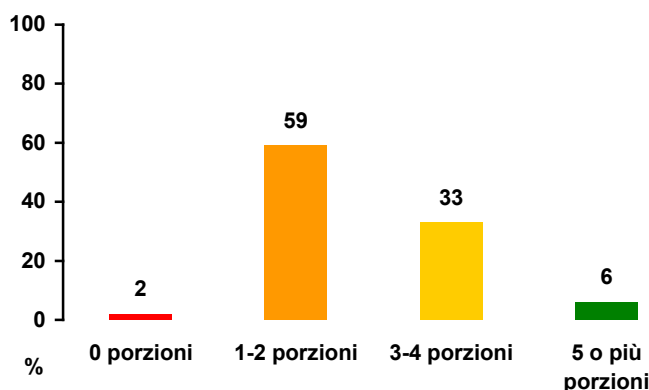
Eccesso ponderale
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 962)

Totale	56,5% IC95% 53,3 – 59,6%
Classi di età	
65-74	61,4
75 e oltre	52,1
Genere	
uomini	62,6
donne	51,7
Istruzione	
bassa	58,5
alta	51,5
Difficoltà economiche	
molte	56,0
alcune	57,8
nessuna	55,4
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	58,6
in buona salute ma a rischio	57,0
con segni di fragilità	57,8
disabili	48,4

Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“five a day”)?

- Il 98% degli ultra64enni consuma quotidianamente frutta e verdura.
- Tuttavia solo il 6% ne consuma almeno 5 porzioni come raccomandato; più della metà consuma solo 1-2 porzioni: gli ultra 64enni in buona salute a basso rischio di malattia il 9% ha dichiarato di seguire il “five a day”; la percentuale scende al 7% nelle persone in buona salute, ma a rischio di malattia e fragilità, al 2 % nelle persone con segni di fragilità e al 3% nei disabili.
- Mangiano meno frutta e verdura gli anziani con basso livello di istruzione, con molte difficoltà economiche

Consumo di frutta e verdura (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=972)



Consumo di alcol

Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età.

Nell'indagine PASSI d'Argento è stato valutato il numero di persone che bevono almeno una unità alcolica corrispondente a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno; inoltre è stato valutato il numero di persone che hanno ricevuto da parte di un operatore sanitario, il consiglio di ridurre il consumo di alcol.

Quanti ultra 64enni consumano almeno una unità alcolica al giorno e quali sono le loro caratteristiche?

- Il 49 % consuma alcol in una giornata tipo.
- Si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (71% contro 32%); nelle persone con alto livello di istruzione (62,5% contro 43%); in quelle con nessuna difficoltà economica. Non si sono rilevate differenze significative tra le due classi di età (65-74 anni e 75 e oltre).
- L'assunzione fuori pasto è poco praticata, solamente il 2% soprattutto fra gli uomini.

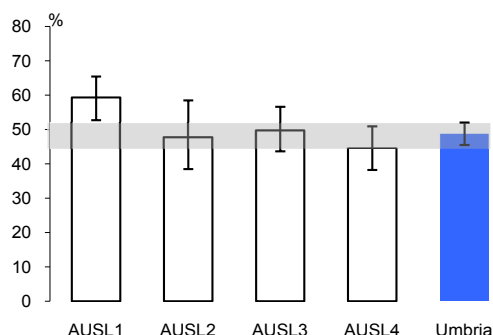
Consumo di una unità di bevanda alcolica*
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 968)

Totale	48,9%
	IC95% 45,7 – 52,1%
Classi di età	
65-74	52,5
75 e oltre	45,9
Genere	
uomini	71,0
donne	31,9
Istruzione	
bassa	43,0
alta	62,5
Difficoltà economiche	
molte	47,6
alcune	41,6
nessuna	57,9
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	61,3
in buona salute ma a rischio	55,3
con segni di fragilità	44,1
disabili	24,5

*Un bicchiere di vino, birra o bicchierino di super-alcolico

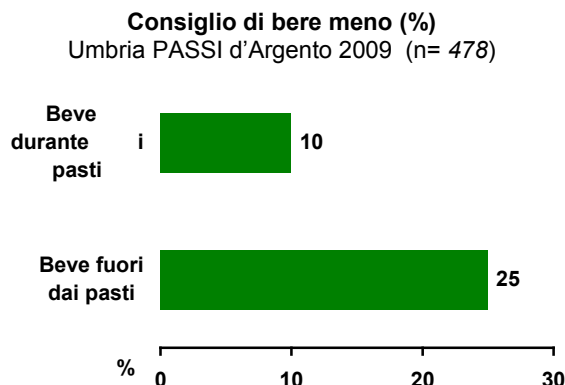
Quanti ultra 64enni consumano almeno una unità alcolica al giorno nelle 4 ASL umbre?

- C'è una differenza significativa nel consumo di alcool per la ASL 1, questo conferma anche i dati di PASSI e il cluster più alto regionale di incidenza e mortalità per tumori dello stomaco.



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

- Tra chi consuma alcol, solo il 15% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un medico o di un operatore sanitario.
- Questo consiglio è più frequente tra i bevitori fuori pasto che sono il 2% (consiglio 25%) rispetto a chi consuma alcol solo durante i pasti (consiglio 10%).

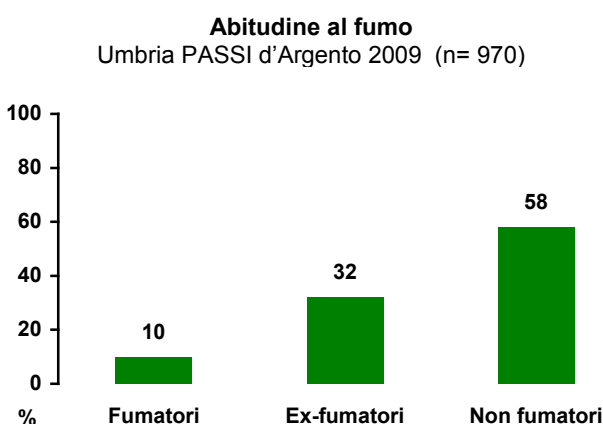


Abitudine al fumo

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).

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- In Umbria gli ultra 64enni che hanno riferito di fumare sono il 10%. Il 32% di essere ex fumatori e il 58% di non avere mai fumato.
- Le percentuali sono in linea con quelle della sorveglianza PASSI che indicano una progressiva riduzione dell'abitudine al fumo all'aumentare dell'età (23% nella classe 50-69 anni nel 2008)



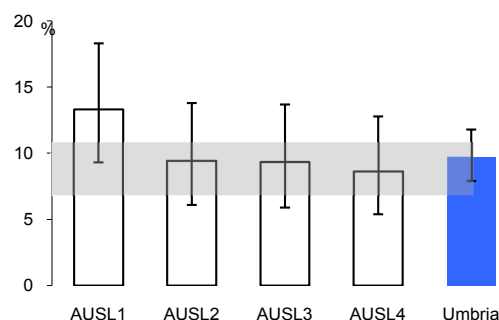
* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento

** 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

Come è distribuita l'abitudine al fumo nelle 4 ASL umbre?

- Non ci sono differenze significative fra le 4 ASL Umbre. Con range 8,6 della AUSL 4 a 13,1 della 1.



Quali sono le caratteristiche dei fumatori e quanti hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare?

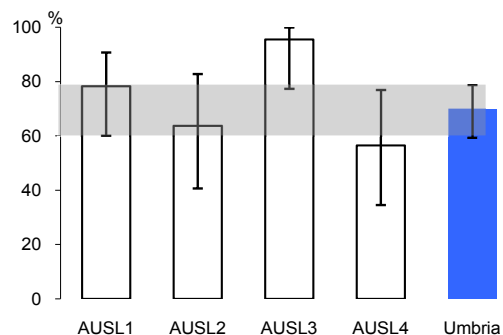
- L'abitudine al fumo è risultata più alta:
 - negli uomini
 - nella classe d'età 65-74 anni
 - nelle persone con alto livello d'istruzione
- Il 70% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o altro operatore sanitario.

Abitudine al fumo	
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 970)	
Totale	9,7%
	IC95% 7,9 – 11,8%
Classi di età	
65-74	13,2
75 e oltre	6,7
Genere	
uomini	11,8
donne	8,1
Istruzione	
bassa	6,1
alta	18,1
Difficoltà economiche	
molte	13,9
alcune	5,8
nessuna	12,6
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	12,7
in buona salute ma a rischio	12,8
con segni di fragilità	6,8
disabili	5,0

* Persone ultra 64enni che dichiarano di aver fumato più di 100 sigarette nella loro vita e di fumare al momento

Consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario nelle 4 ASL umbre

- La ASL 3 ha una buona performance sul counselling, mentre nella ASL 4 si confermano i dati di PASSI 2008 dove si evidenzia un calo di attenzione da parte dei medici e operatori sanitari.



Problemi di vista, udito e difficoltà masticatorie

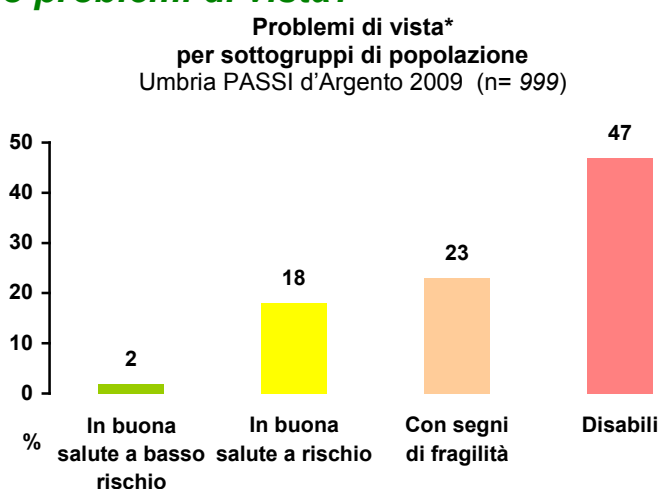
Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione della persona ultra 64enne peggiorandone notevolmente la qualità della vita.

I problemi di vista costituiscono inoltre un importante fattore di rischio per le cadute. Nel 1997, l'OMS ha lanciato un programma d'azione per eliminare i problemi di vista evitabili entro il 2020. Per far questo è importante fornire un'assistenza oculistica appropriata alle persone con disabilità visive collegate all'età e ridurre le iniquità di accesso all'uso di occhiali correttivi tra le donne e gli uomini di età più avanzata.

Per quanto riguarda la salute orale, questa costituisce, in ogni fase della vita, un aspetto importante per la salute complessiva della persona. Nei più anziani le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali con effetti particolarmente gravi specie tra le persone fragili e disabili. I problemi masticatori influenzano inoltre la qualità della vita della persona ultra 64enne, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico.

Quante persone ultra 64enni hanno problemi di vista?

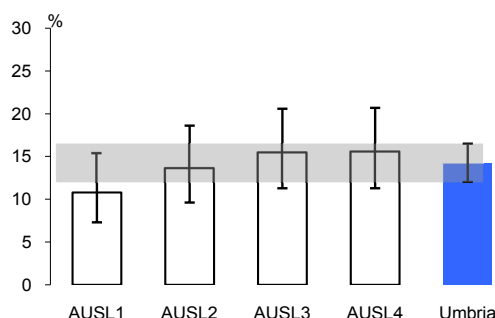
- Il 20% degli ultra 64enni riferisce di vedere senza problemi, il 61% di aver bisogno di occhiali per vedere bene e il 19% di avere problemi di vista.
- Tra coloro che hanno problemi di vista, il 14% vede male nonostante porti gli occhiali.
- La prevalenza di questo problema percettivo è particolarmente rilevante tra le persone a rischio, tra quelle con segni di fragilità e tra i disabili.



*persone che vedono male anche con gli occhiali o non vedono

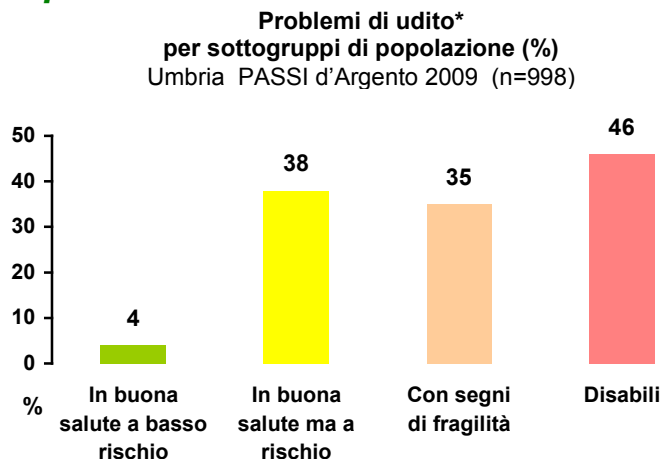
Quante persone ultra 64enni hanno problemi di vista anche con gli occhiali nelle 4 ASL umbre?

- Non ci sono differenze nelle 4 ASL Umbre



Quante persone ultra 64enni hanno problemi di udito?

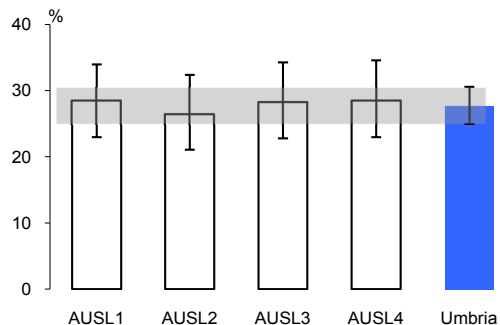
- Il 28 % ha problemi di udito.
- La prevalenza di questo problema percettivo è particolarmente rilevante tra le persone in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità, tra quelle con segni di fragilità e tra i disabili.
- Complessivamente, il 7% riferisce di usare una protesi acustica ma, tra coloro che la usano, il 15% riferisce di sentire male.
- Tra coloro che hanno problemi di udito l' 85% non porta la protesi acustica.



* Persone ultra 64enni che hanno risposto di sentire male o di non sentire

Quante persone ultra 64enni hanno problemi di udito nelle 4 ASL umbre?

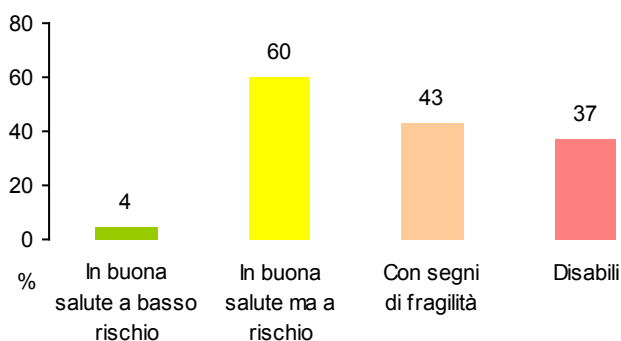
- Non ci sono differenze nelle 4 ASL Umbre



Quante persone ultra 64enni hanno difficoltà a masticare?

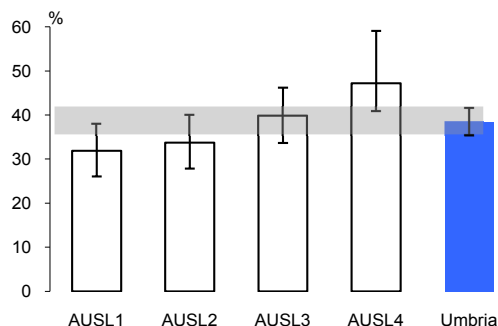
- Il 62% riferisce di non avere problemi di masticazione; di questi, comunque, oltre i due terzi (37%) utilizzano una protesi dentale.
- Il 39% ha difficoltà masticatorie; di questi il 65% porta una protesi dentale, mentre il restante 35% non la utilizza
- La prevalenza dei problemi masticatori è particolarmente rilevante nelle persone in buona salute *ma* a alto rischio di malattia e fragilità (60%), in coloro con segni di fragilità (43%) e nei disabili (37%).

**Problemi di masticazione*
per sottogruppi di popolazione(%)**
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 999)



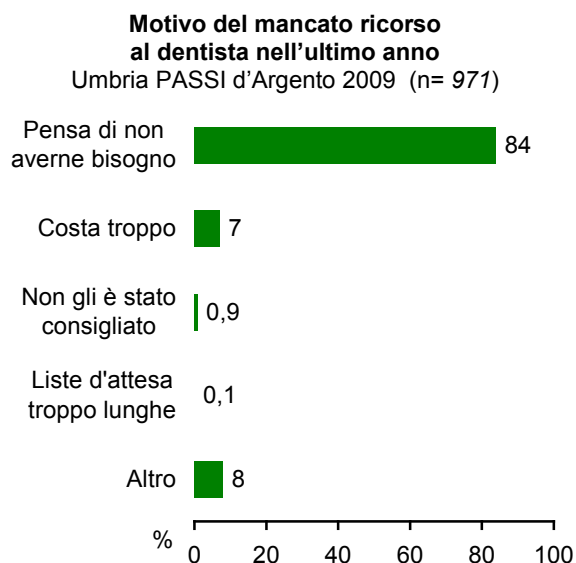
Quante persone ultra 64enni hanno difficoltà a masticare nelle 4 ASL umbre?

- La ASL 4 ha un valore significativamente più alto delle altre ASL regionali, la differenza è molto evidente rispetto alla ASL 1 e 2



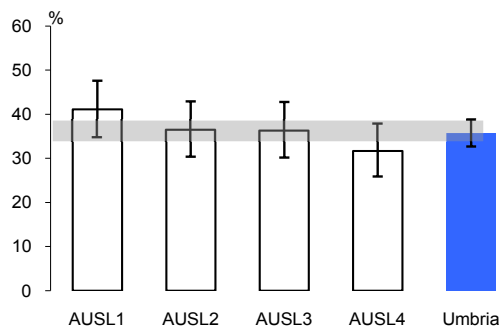
Quanti sono stati dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno e se non ci sono stati perché?

- Il 36% delle persone intervistate si è recato dal dentista negli ultimi 12 mesi.
- Tra gli ultra 64enni che hanno difficoltà a masticare, solo il 33% si è recato dal dentista.
- Il motivo principale per cui le persone con problemi di masticazione non si sono recate dal dentista è il non averne sentito bisogno.
- Il ricorso al dentista è superiore nei due sottogruppi delle persone in buona salute (41 % e 39 %), mentre è inferiore tra le persone con segni di fragilità (36%) e i disabili (20%).



Quanti sono stati dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno nelle 4 ASL umbre?

- Anche se le differenze non sono significative è evidente un maggior ricorso al dentista nelle Asl dove le persone riferiscono di avere meno problemi irrisolti ai denti.



Cadute

L'OMS ha indicato le cadute negli anziani come uno dei "quattro giganti della geriatria" insieme a depressione, incontinenza urinaria e deficit di memoria. Il problema è particolarmente rilevante non solo per frequenza, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadute può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Per prevenire le cadute sono necessari programmi di intervento mirati a ridurre i principali fattori di rischio per le cadute (quali ad esempio l'uso inappropriato di farmaci), a creare le condizioni per un ambiente sicuro e favorevole alle persone più anziane e a promuovere l'attività fisica.

Quante persone ultra 64enni sono cadute negli ultimi 30 giorni e quali sono le loro caratteristiche?

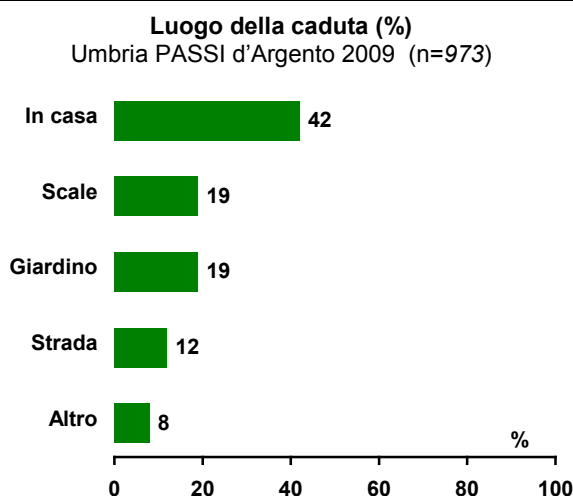
- In Umbria l'11% è caduto negli ultimi 30 giorni. Ogni mese cadono oltre 20.000 persone anziane.
- L'incidenza delle cadute aumenta con il crescere dell'età: 9% nella fascia 65-74 anni e 12% sopra i 74 anni.
- Le persone con maggiori difficoltà economiche hanno una percentuale di cadute più alta.
- Le cadute sono un fenomeno particolarmente frequente tra gli ultra 64enni con segni di fragilità (11%) e soprattutto i disabili (21%).

Cadute negli ultimi 30 giorni
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 973)

Totale	10,7% IC95% 8,9 – 12,8%
Classi di età	
65-74	8,8
75 e oltre	12,3
Genere	
uomini	9,6
donne	11,6
Istruzione	
bassa	10,7
alta	10,3
Difficoltà economiche	
molte	17,0
alcune	9,3
nessuna	9,4
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	6,9
in buona salute ma a rischio	8,6
con segni di fragilità	10,7
disabili	21,3

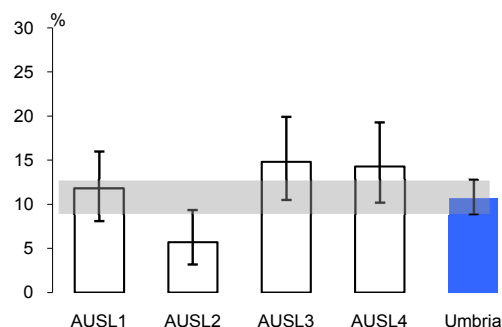
Dove si è verificata la caduta?

- La maggior parte delle cadute si verificano in casa o nelle pertinenze, scale e giardino.



Quante persone ultra 64enni sono cadute negli ultimi 30 giorni nelle 4 ASL umbre?

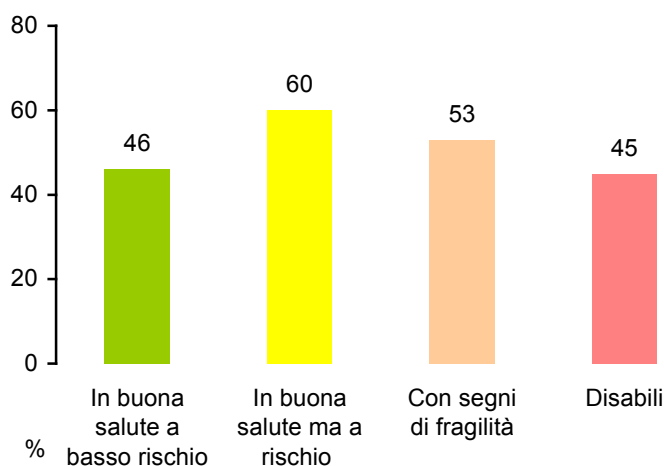
- La ASL 2 ha una percentuale di cadute significativamente più bassa delle altre AUSL.



Quante persone ultra 64enni si sono fatte male e quante sono state ricoverate a seguito della caduta?

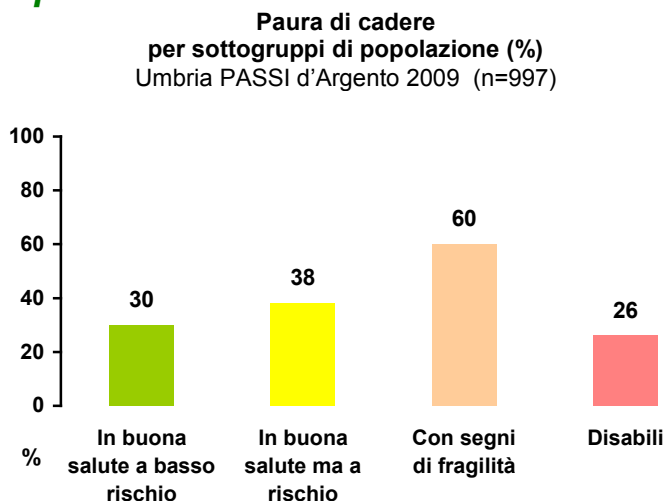
- Tra gli ultra 64enni che sono caduti, coloro che riferiscono di essersi fatti male a seguito della caduta sono il 52%. Oltre 10.000 persone
- Questa percentuale è più alta tra le persone in buona salute ma a rischio di malattia (60%) e tra le persone con segni di fragilità (53%).
- Il 5% degli ultra 64enni, circa 500 persone negli ultimi 30 giorni sono state ricoverate per più di un giorno a seguito delle cadute, con maggiore frequenza fra i disabili e le persone più anziane. La differenza per genere è al limite della significatività ($p=0,057$)
- La ASL 2 ha un numero di ricoveri che è il doppio delle altre ASL (11% rispetto ad un numero nettamente inferiore di cadute)

Persone che si sono fatte male dopo una caduta per sottogruppi di popolazione (%)
Umbria Passi d'Argento 2009 (n= 101)



Quante persone ultra 64enni hanno paura di cadere?

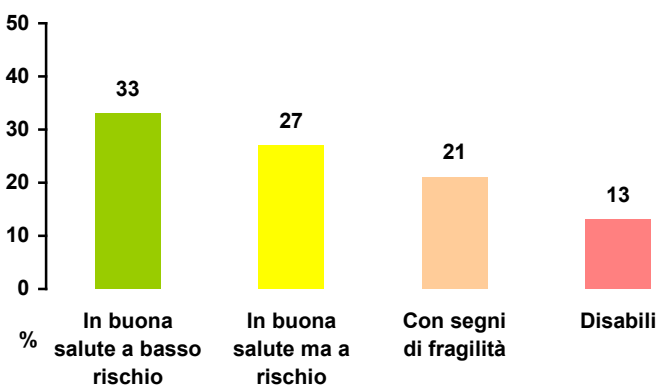
- Il 41% delle persone intervistate ha paura di cadere.
- La paura di cadere è una condizione più frequente nelle donne (48% contro 30% degli uomini) e negli ultra 74enni (44% contro 37% dei 65-74enni).
- La paura di cadere è maggiore tra le persone cadute nell'ultimo mese (50%) rispetto a quelle che non sono cadute (40%).



Quante persone ultra 64enni sono cadute o hanno paura di cadere, ma non usano precauzioni anticaduta in bagno?

- Le persone che hanno paura di cadere sono a maggior rischio di cadute successive. Ciò si accompagna ad una insufficiente adozione di misure preventive, come già dimostrato dalla sorveglianza PASSI 2008: solo il 10% degli ultra 50enni che sono caduti ha adottato misure di sicurezza negli ultimi 12 mesi.
- Il 24% degli ultra 64enni caduti o con paura di cadere non adotta misure anticaduta in bagno, percentuale che varia tra il 33% di quelli in buona salute e il 13% tra i disabili.

Persone che hanno paura di cadere ma non usano precauzioni anticaduta* in bagno per sottogruppi di popolazione
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 403)



* tappetino antiscivolo, maniglioni, seggiolini, altre misure

Sintomi di depressione

La depressione è una condizione associata a sofferenza e disabilità e costituisce una significativa fonte di costi diretti e indiretti. Dopo i 64 anni la presenza di sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave, perché associata ad altre forme di patologia e perché causa un disagio clinicamente significativo e socialmente rilevante, associandosi più spesso che in altre età a tentativi di suicidio e suicidio.

Al contrario, esiste spesso una sottostima della necessità di curarsi, da parte dell'anziano stesso che considera il suo stato psicologico una necessaria conseguenza della sua storia di vita e da parte di familiari e conoscenti che l'interpretano come una condizione abituale dell'età avanzata.

Quante sono le persone ultra 64enni con sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- In Umbria il 16 % delle persone intervistate presenta sintomi di depressione.
- Questi sintomi sono più diffusi:
 - nelle donne
 - nelle persone con molte difficoltà economiche percepite
 - nelle persone in buono stato di salute percepito ma ad alto rischio di malattia, in quelle con segni di fragilità e nei disabili.
 - Nelle persone meno attive.
 - Nelle persone con problemi di isolamento sociale

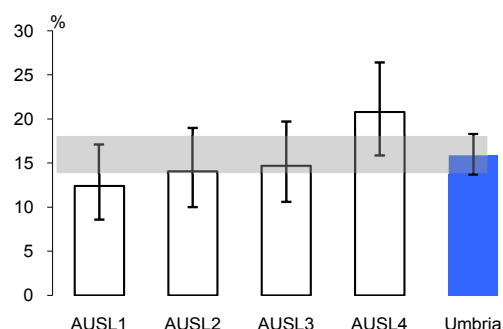
Cadute negli ultimi 30 giorni
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 1000)

Totale	15,9%
	IC95% 13,7 – 18,3%
Classi di età	
65-74	16,5
75 e oltre	15,4
Genere	
uomini	9,5
donne	20,8
Istruzione	
bassa	17,3
alta	12,3
Difficoltà economiche	
molte	23,8
alcune	19,2
nessuna	9,0
Attività fisica	
Attivi	10,9
Non attivi	18,4
Isolamento sociale	
Isolati	24,3
Non isolati	14,2
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	1,2
in buona salute ma a rischio	25,0
con segni di fragilità	16,2
disabili	15,9

* Persone ultra 64enni 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.

Quante sono le persone ultra 64enni con sintomi di depressione nelle 4 ASL umbre?

- Anche se le differenze non sono statisticamente significative, si evidenzia come la ASL 4 presenti una percentuale di depressi più alta delle altre, quasi il doppio della ASL 1 (21% Vs 12%)



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla qualità percepita della vita?

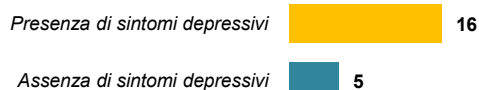
- Gli ultra 64enni che presentano sintomi di depressione hanno una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone senza sintomi.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è più alta tra le persone con sintomi di depressione.
- In particolare, tra le persone con sintomi di depressione, il numero medio di giorni con limitazioni è maggiore rispetto alle persone senza sintomi.

Media dei giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazione di attività Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=1000)

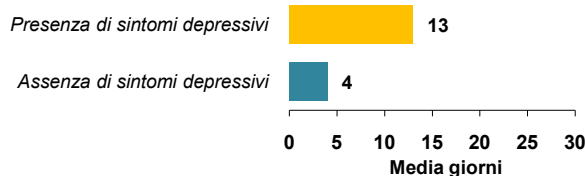
Giorni in cattiva salute fisica



Giorni in cattiva salute mentale



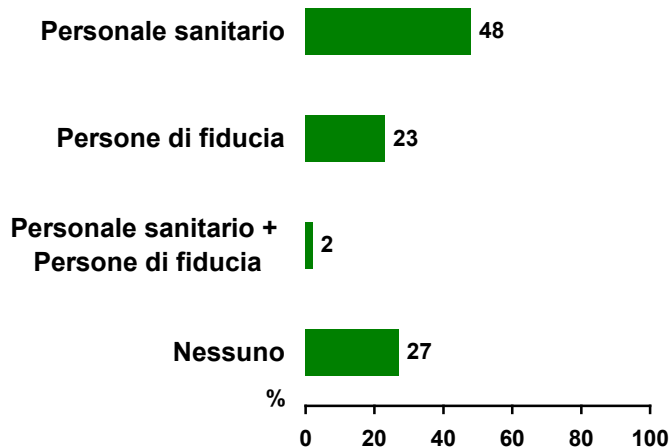
Giorni con limitazione di attività



A chi ricorrono coloro che presentano sintomi di depressione?

- Il 73% delle persone con sintomi di depressione si rivolge alle seguenti figure: il 48% a medici/operatori sanitari, il 23% a familiari/amici e il 2% a entrambi.
- Le persone che non chiedono aiuto pur avendo sintomi di depressione sono il 27%.

**Figure a cui si sono rivolte
le persone con sintomi di depressione (%)**
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 147)



Isolamento sociale

L'isolamento sociale non ha una definizione univoca, ma nelle sue componenti è molto importante per le implicazioni di natura psicologica, per esempio per la depressione, e di cura, ad esempio attenzione per la vita quotidiana dell'anziano e i suoi bisogni. 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. Inoltre, è stata valutata la possibilità di contare sull'aiuto gratuito di qualcuno in caso di necessità.

Quante persone ultra 64enni sono a rischio di isolamento sociale e quali sono le loro caratteristiche?

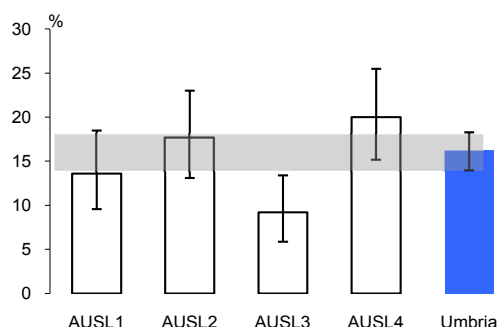
- Le persone intervistate a rischio di isolamento sociale sono risultate il 16%.
- L'isolamento sociale è più diffuso:
 - nella fascia d'età 75 e oltre
 - nelle donne
 - Nelle persone con basso livello di istruzione.
 - nelle persone con molte difficoltà economiche.
- Tra gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia solo il 2% è a rischio di isolamento sociale.
- Il rischio è altissimo fra le persone che vivono solamente con una badante (54%)

Rischio di isolamento sociale*
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 1000)

Totale	16,2%
	IC95% 14,0 – 18,7%
Classi di età	
65-74	8,0
75 e oltre	23,1
Genere	
uomini	12,7
donne	18,9
Istruzione	
bassa	19,4
alta	8,8
Difficoltà economiche	
molte	25,9
alcune	16,6
nessuna	11,8
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	2,4
in buona salute ma a rischio	11,3
con segni di fragilità	20,8
disabili	42,8

* Persone ultra 64enni che in una settimana normale non partecipano ad incontri collettivi e non incontrano altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere

- La ASL 3 ha valori significativamente più bassi delle altre.



Quante persone ultra 64enni possono contare sull'aiuto gratuito di qualcuno in caso di necessità?

- Le persone che possono contare su un aiuto gratuito per piccole commissioni sono il 74%.
- La percentuale di chi ha riferito di poter trovare qualcuno che svolga per lui piccole commissioni gratuitamente è poco influenzata dalle variabili indipendenti, soprattutto non c'è differenza importante fra chi è isolato socialmente e chi no.

Non può contare su aiuto per commissioni*
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 1000)

Totale	26,4%
	IC95% 23,4 – 29,7%
Classi di età	
65-74	27,1
75 e oltre	25,7
Genere	
uomini	26,5
donne	26,4
Istruzione	
bassa	25,1
alta	29,0
Difficoltà economiche	
molte	37,2
alcune	22,8
nessuna	41,2
Isolamento sociale	
Isolato	21,2
Non isolato	27,1

* Persone ultra 64enni che dichiarano di non poter contare sull'aiuto di qualcuno per fare delle piccole commissioni gratuitamente

Rimanere in buona salute: considerazioni

L'aumento delle malattie croniche-degenerative ha messo in luce l'importanza dei comportamenti che influiscono sullo stato di salute della popolazione.

Nella popolazione anziana, per sua natura più fragile e predisposta all'insorgenza di patologia, riveste particolare importanza agire sistematicamente per limitare l'influenza di tutti i determinanti che possono provocare o aggravare le patologie, facendo scivolare l'anziano verso la fragilità o la disabilità.

L'attenzione degli operatori socio-sanitari ma anche delle famiglie e delle associazioni che si occupano di anziani, dovrà focalizzarsi sui diversi gruppi di fattori di rischio, cominciando da quelli comportamentali (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), proseguendo con quelli fisici e bio-medici (problemi di vista, udito e masticazione), finendo con quelli sociali (indicatori di rischio di isolamento). La grande diffusione di alcuni di questi rischi, indicata dai risultati di PASSI d'Argento, può dare utili indicazioni per prioritarizzare, pianificare e progettare attività mirate.

3. Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato

Sviluppare servizi sociali e sanitari accessibili, di qualità ed *age-friendly* è essenziale per rispondere ai bisogni e ai diritti di uomini e donne che avanzano nell'età, operando per la prevenzione di patologia, fragilità e disabilità. Per realizzare questo è necessario:

- qualificare la rete dei servizi alla persona potenziando l'integrazione tra cure primarie, settore sociale e sanitario.
- sostenere l'*informal care*, ovvero il lavoro di cura di familiari e conoscenti, fornendo loro informazioni, supporti e cure in modo da garantire interventi personalizzati, continuità nelle cure e sostegno alla domiciliarità.
- garantire alle persone ultra 64enni disponibilità economiche sufficienti e possibilità di vivere in un luogo confortevole e sicuro.

Nell'indagine PASSI d'Argento si è valutata la conoscenza e l'utilizzo di programmi di intervento dei servizi sociali, ma anche l'assistenza fornita da servizi e rete informale agli ultra 64enni che hanno bisogno di aiuto nelle attività della vita quotidiana. Si sono inoltre indagate le condizioni di godimento dell'alloggio, integrando questi aspetti con informazioni sulla disponibilità di una pensione e di altre forme di reddito.

Conoscenza e uso di programmi di intervento e servizi sociali

Quanti ne hanno sentito parlare e quanti si sono recati al centro anziani?

- L'80% delle persone intervistate ha sentito parlare di centri, circoli o associazioni per anziani.
- Solamente il 12% ha partecipato a queste attività
- La percentuale di chi, nei 12 mesi precedenti, si è recato almeno 1 volta ad un centro o altra associazione per anziani è più bassa:
 - nelle persone con 75 anni e più
 - nelle donne
 - nelle persone con un basso livello d'istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - tra i disabili

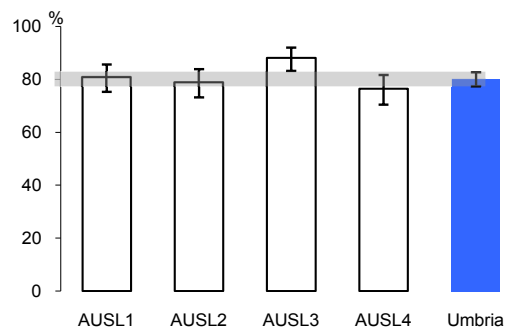
**Conoscenza centro anziani
o circoli e associazioni per anziani**
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 1000)

Totale		80,1%
		IC95% 77,4 – 82,6%
Classi di età		
	65-74	86,0
	75 e oltre	75,0
Genere		
	uomini	83,9
	donne	77,3
Istruzione		
	bassa	75,9
	alta	89,8
Difficoltà economiche		
	molte	73,5
	alcune	76,6
	nessuna	86,6
Sottogruppi		
	in buona salute a basso rischio	90,8
	in buona salute ma a rischio	83,9
	con segni di fragilità	74,3
	disabili	63,7

* Persone ultra 64enni che dichiarano di non poter contare sull'aiuto di qualcuno gratuitamente

Quanti hanno sentito parlare del centro anziani nelle 4 ASL umbre?

- La ASL 3 ha valori significativamente più alti della ASL 4..



Quanti hanno sentito parlare di Centri Sociali e quanti vi hanno partecipato?

- Il 67% ha sentito parlare di “Centro sociale”.
- La percentuale di chi, nei 12 mesi precedenti, si è recato almeno 1 volta al Centro è del 26% ed è più bassa:
 - nelle persone con 75 anni e più
 - nelle persone con un basso livello d'istruzione
 - tra i disabili

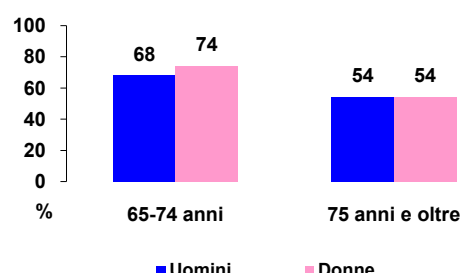
Conoscenza centri sociali
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 1000)

Totale		67,3%
		IC95% 64,3 – 70,2
Classi di età		
	65-74	74,3
	75 e oltre	61,5
Genere		
	uomini	66,8
	donne	67,7
Istruzione		
	bassa	75,0
	alta	89,0
Difficoltà economiche		
	molte	60,6
	alcune	63,3
	nessuna	74,1
Sottogruppi		
	in buona salute a basso rischio	79,2
	in buona salute ma a rischio	70,3
	con segni di fragilità	59,6
	disabili	54,5

Quanti ultra 64enni hanno sentito parlare di Università della terza età?

- Il 61 ha sentito parlare dei servizi di Università della terza età
- Questa percentuale è più alta
 - nei 65-74enni,
 - negli uomini,
 - nelle persone con livello d'istruzione alto
 - nelle persone senza difficoltà economiche

Conoscenza di "Università terza età" (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=1000)



Quante persone ultra 64enni hanno sentito parlare di misure di prevenzione delle ondate di calore?

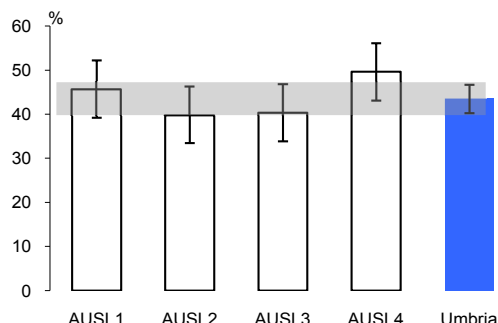
- Il 44 % riferisce che durante l'ultima estate il suo medico o un altro operatore dei servizi pubblici gli ha fornito consigli per proteggersi dalle ondate di calore.
- Questa percentuale è più alta:
 - negli ultra 74enni
 - nelle donne
 - nelle persone a basso livello di istruzione
 - nelle persone con segni di fragilità.

Consigli ricevuti prevenzione ondate di calore
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 955)

Totale	53,5%
	IC95% 40,3 – 46,7
Classi di età	
65-74	36,4
75 e oltre	46,8
Genere	
uomini	39,9
donne	46,3
Istruzione	
bassa	46,1
alta	37,4
Difficoltà economiche	
molte	41,4
alcune	47,3
nessuna	39,8
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	34,7
in buona salute ma a rischio	43,3
con segni di fragilità	47,9
disabili	43,5

Quante persone ultra 64enni hanno sentito parlare di misure di prevenzione delle ondate di calore nelle 4 ASL umbre?

- Non ci sono differenze significative fra le 4 ASL, prevalgono la 4 e la 1.



Quante persone ultra 64enni hanno fatto la vaccinazione antinfluenzale e a quante è stata consigliata?

- Il 74% delle persone ultra 64enni intervistate ha riferito da aver fatto la vaccinazione antinfluenzale nei 12 mesi precedenti all'intervista.
- Questa percentuale è maggiore:
 - negli ultra 74enni (82 %)
 - nelle persone con segni di fragilità (84 %).
- Il 93 % degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto un consiglio di fare regolarmente la vaccinazione antinfluenzale.
- Il consiglio influisce fortemente sull'effettuazione della vaccinazione: infatti il 99 % delle persone che hanno avuto il consiglio si è vaccinato.
- Nelle 4 ASL regionali non ci sono differenze significative.

Vaccinazione antinfluenzale Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 970)

Totale	74,1%
	IC95% 71,2 – 76,8
Classi di età	
65-74	65,7
75 e oltre	81,5
Genere	
uomini	73,1
donne	74,9
Istruzione	
bassa	77,2
alta	67,0
Difficoltà economiche	
molte	70,4
alcune	75,8
nessuna	75,0
Sottogruppi	
in buona salute a basso rischio	67,3
in buona salute ma a rischio	70,7
con segni di fragilità	84,2
disabili	74,1

Aiuto nelle attività della vita quotidiana

Il bisogno di aiuto e assistenza delle persone ultra 64enni può essere valutato sulla base della capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana.

In PASSI d'Argento le attività della vita quotidiana sono state valutate mediante due indici validati e diffusi a livello nazionale ed internazionale.

- ADL - *Activities of Daily Living* per valutare le attività di base
- IADL - *Instrumental Activities of Daily Living* per valutare le attività strumentali

Per valutare la presenza di bisogno di aiuto per limitazioni nello svolgimento delle ADL e IADL, è stato chiesto di indicare, per ciascuna attività, se questa veniva svolta “da solo/a”, “solamente se aiutato/a”, oppure non poteva essere svolta. A seconda del tipo di attività, la modalità “solamente se aiutato/a” è stata valutata come indice di presenza o meno di limitazioni nello svolgimento di quella ADL o IADL.

In particolare, sono stati definiti:

- “in buona salute” gli ultra 64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL e non sono autonomi in al massimo 1 IADL.
- “con segni di fragilità” gli ultra 64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in 2 o più IADL.
- “disabili” gli ultra 64enni che hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di 1 o più ADL.

In PASSI d'Argento, il termine “disabilità” è stato quindi utilizzato ad indicare “bisogno di aiuto nello svolgimento delle ADL”. La disabilità in una ADL comporta di per sé una condizione di bisogno; tuttavia, il livello di assistenza necessario cresce fortemente all'aumentare del numero di attività in cui il soggetto è disabile. Per questo motivo, sono stati differenziati i soggetti che erano disabili in 1-5 e tutte le ADL.

Cosa sono le ADL/IADL?

Le **ADL** comprendono le attività 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, lavarsi, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni.

Le **IADL** sono attività più complesse rispetto alle ADL, dal punto di vista fisico e/o cognitivo, e possono essere svolte anche al di fuori dell'ambiente domestico.

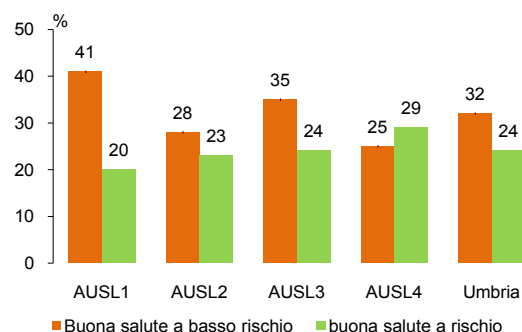
Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto sia autonomo. Ad esempio, un soggetto che non è in grado di fare la spesa o pagare conti o bollette, può vivere da solo esclusivamente per brevissimi periodi. Lo strumento di riferimento per la misura della 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.

Il bisogno di aiuto nello svolgimento delle IADL

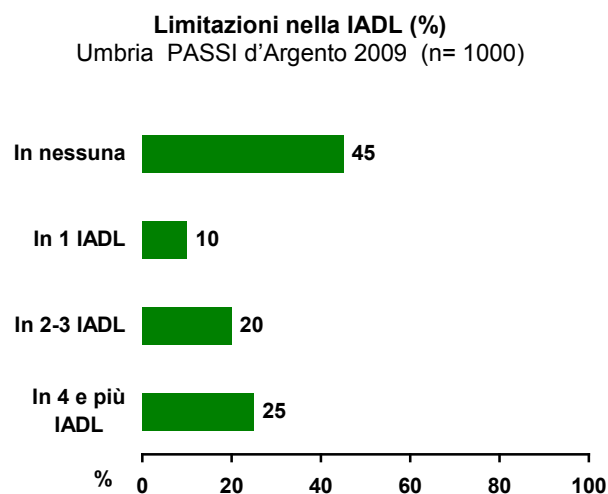
Quanti sono gli anziani in buona salute nelle 4 ASL umbre?

- Le differenze fra le ASL non sono significative



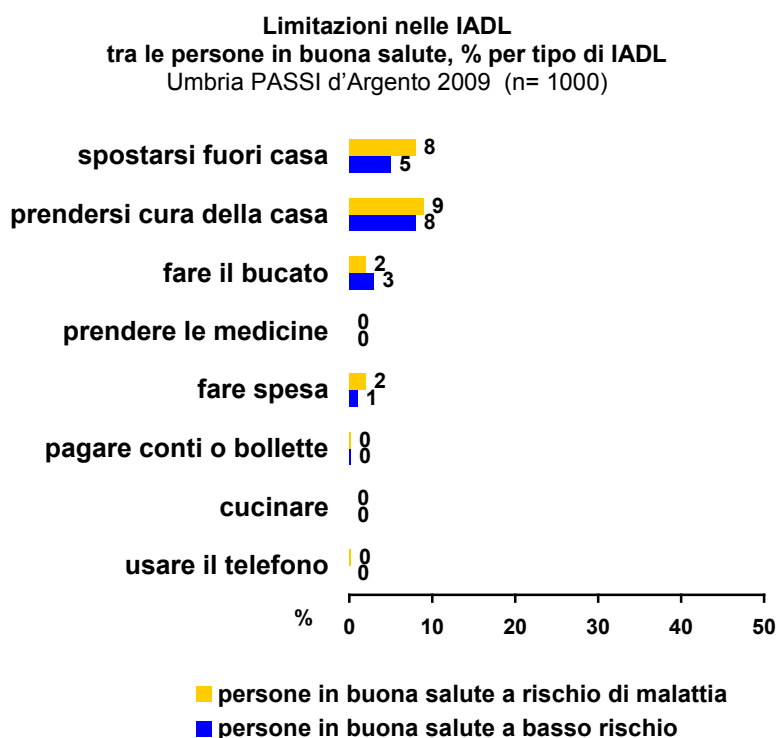
Quante sono le persone ultra 64enni con limitazioni nelle IADL?

- Gli ultra 64enni con limitazioni in almeno una IADL sono il 10%.
- Il 45% è in grado di svolgere da solo le otto attività misurate dalla scala IADL.
- Le persone con più di 74 anni hanno limitazioni in almeno una IADL in percentuale maggiore rispetto al gruppo 65 - 74 (70% contro 38%).
- Hanno una limitazione in almeno una IADL il 16 % delle persone in buona salute a basso rischio di malattia, il 21% di quelle in buona salute ma a rischio di fragilità, il 100% delle persone con segni di fragilità e il 99% dei disabili.



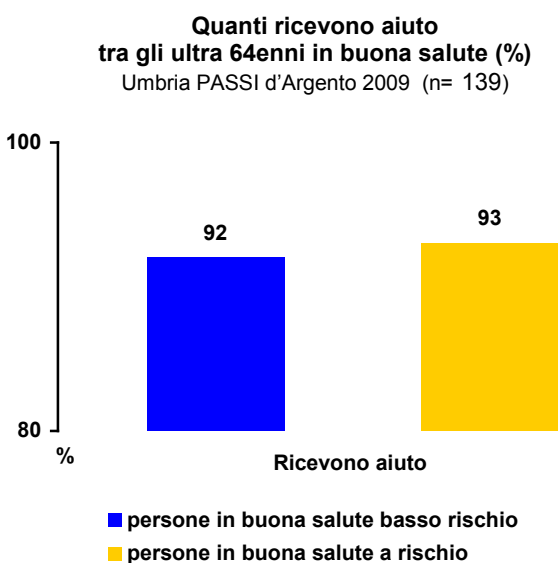
Tra gli ultra 64enni in buona salute quali sono le IADL con limitazioni?

- Per definizione gli ultra 64enni in buona salute sono le persone in grado di svolgere da soli tutte le ADL e hanno limitazioni al massimo in 1 IADL.
- Le persone in buona salute che sono in grado di svolgere da soli tutte le IADL sono l' 84%
- Le IADL che più spesso non vengono svolte autonomamente dalle persone in buona salute a basso rischio di malattia sono lo spostarsi fuori casa (5%) e il prendersi cura della casa (8%).
- Tra le persone in buona salute ma a rischio le IADL che più spesso non vengono svolte autonomamente sono lo spostarsi fuori casa (8%) e il prendersi cura della casa (9%).



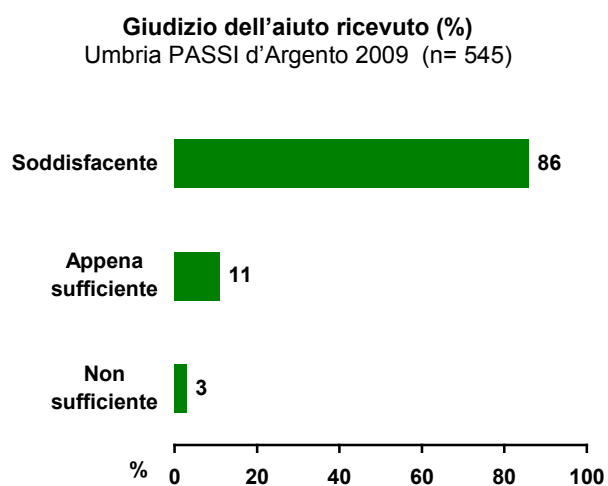
Tra gli ultra 64enni in buona salute, quanti ricevono aiuto e chi fornisce principalmente questo aiuto?

- Oltre il 90% delle persone ultra 64enni in buona salute che ha limitazioni in 1 IADL, riceve aiuto (92% tra gli ultra 64enni a basso rischio di malattia, il 93% tra gli ultra 64enni a rischio di malattia).
- L' 81% riceve aiuto principalmente da parte di familiari, il 18% da persone a pagamento e l'1% riceve aiuto principalmente da personale dei servizi pubblici.



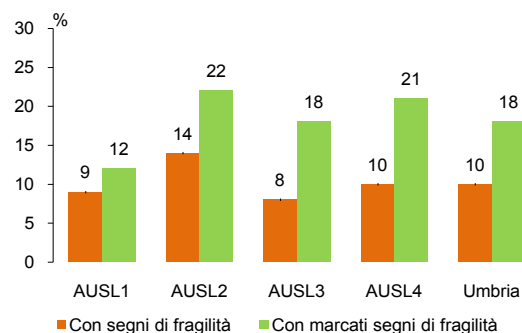
Come giudicano l'aiuto ricevuto le persone in buona salute?

- Il 95 % delle persone in buona salute che ha limitazioni in almeno 1 IADL ha giudicato l'aiuto ricevuto soddisfacente
- Nessuna persona ha giudicato l'aiuto ricevuto come gravemente insufficiente.



Quanti sono gli anziani con segni di fragilità nelle 4 ASL Umbre

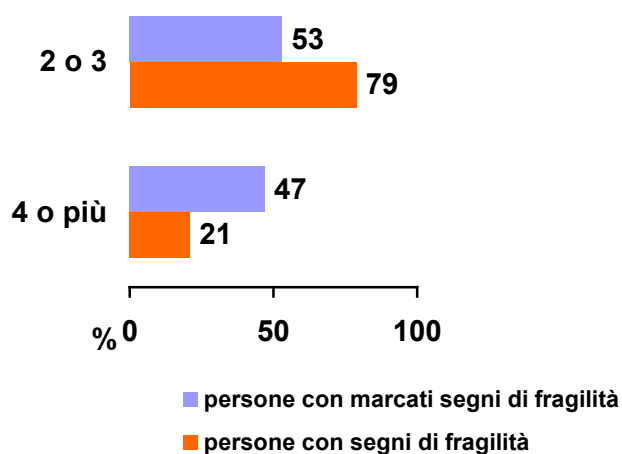
- La ASL 1 ha un numero più basso di soggetti a rischio di fragilità rispetto alle altre ASL



Tra gli ultra 64enni con segni di fragilità in quante IADL sono presenti limitazioni?

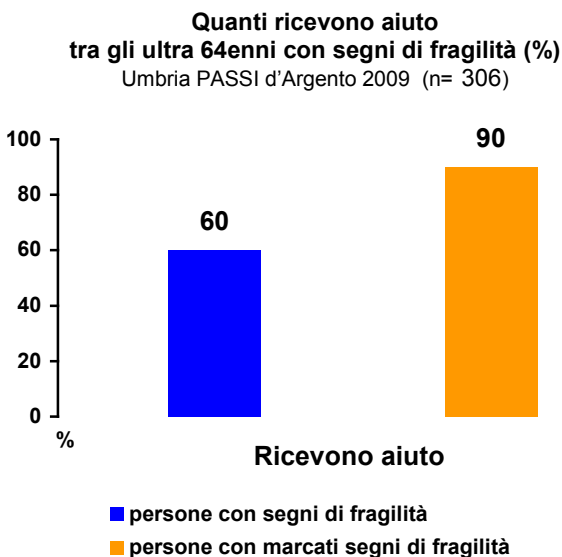
- Per definizione le persone con segni di fragilità sono coloro che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL e hanno limitazioni in 2 o più IADL.
- Il 63% delle persone con segni di fragilità presenta limitazioni in 2 - 3 IADL.
- Le IADL che più spesso non vengono svolte autonomamente dalle persone con segni di fragilità sono lo spostarsi fuori casa (70%) e il prendersi cura della casa (82%).

Presenza di limitazioni (%)
nelle IADL tra gli ultra 64enni con segni di fragilità
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 306)



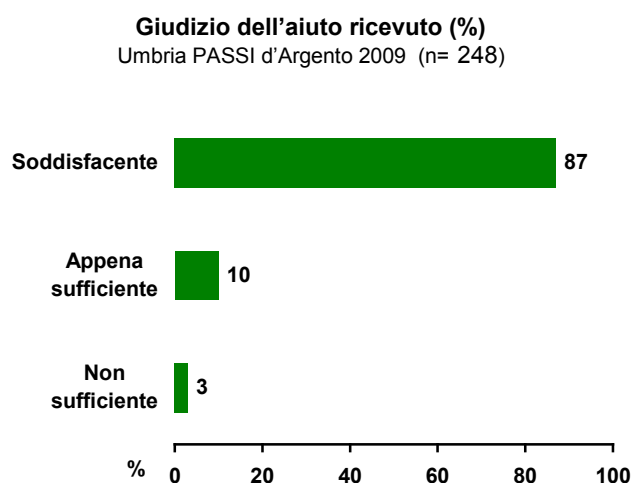
Tra gli ultra 64enni con segni di fragilità, quanti ricevono aiuto e chi fornisce principalmente questo aiuto?

- Il 95% delle persone ultra 64enni con segni di fragilità riceve aiuto.
- L' 89% riceve aiuto principalmente da parte di familiari, l'11% da persone a pagamento e nessuno riceve aiuto da personale dei servizi pubblici.



Come giudicano l'aiuto ricevuto le persone con segni di fragilità?

- l'87% delle persone con segni di fragilità ha giudicato l'aiuto ricevuto soddisfacente, il 10 % appena sufficiente e il 3% non sufficiente.
- Nessuna persona ha giudicato l'aiuto ricevuto come gravemente insufficiente.



Il bisogno di aiuto nello svolgimento delle ADL: il sottogruppo degli ultra 64enni disabili

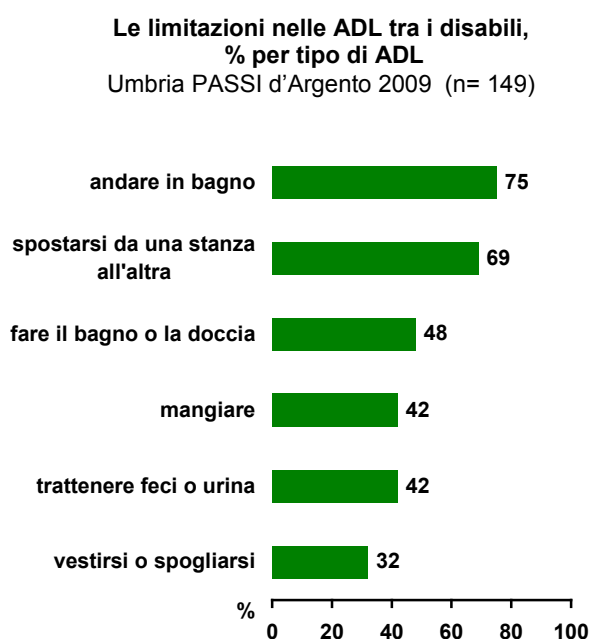
Quali sono le caratteristiche degli ultra 64enni disabili nelle ADL?

- Gli ultra 64enni disabili ovvero che presentano limitazioni nello svolgimento di 1 o più ADL sono il 12,9% (IC 95% 9%-17%).
- Tra questi:
 - il 78% è parzialmente disabile in quanto presenta limitazioni in un numero di ADL che va da 1 a 5.
 - il 22% è totalmente disabile poiché presenta limitazioni nelle 6 ADL.
- I disabili sono risultati essere in maggior parte donne (18%), avere un'età media di 83 anni, vivere nel 35% con un coniuge o coetaneo ma nell'8% da solo e nel 14% con una badante. Nel 75% dei casi hanno percepito il proprio reddito come insufficiente.

Caratteristiche dei disabili Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 149)		
Caratteristiche	Disabili	
	Parzialmente (1-5 ADL)	Gravemente (6 ADL)
Età media	82 anni	85 anni
Genere		
uomini	81 %	19%
donne	77 %	23%
Vive		
da solo	9,6%	0%
con familiari di pari generazione	37,7%	21,4%
con figli/nipoti	21,4%	8,4%
Con familiari e figli	11,4	3,0
con badante	11,4%	25,0%
Reddito percepito		
sufficiente	26,9%	18,8%
insufficiente	73,1	81,3

Quali sono le ADL in cui necessitano aiuto i disabili?

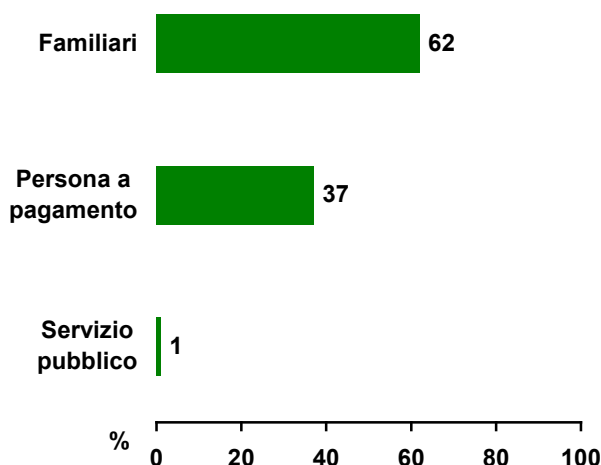
- Le attività in cui le persone in condizioni di disabilità hanno dichiarato di avere maggiori problemi sono il recarsi in bagno per fare i propri bisogni (75%), lo spostarsi da una stanza all'altra (69%) e fare il bagno o la doccia (48%).



Quanti ricevono aiuto e chi fornisce principalmente questo aiuto?

- il 99 % delle persone disabili ricevono aiuto nelle ADL che non sono in grado di svolgere da soli; in particolare il 98% tra chi è parzialmente disabile e il 100 % tra chi è totalmente disabile.
- Il 62% riceve aiuto principalmente da parte di familiari: tra questi il 32% dal coniuge, il 47% da un figlio e il 21 % da un altro parente.
- Il 37 % riceve aiuto principalmente da una persona a pagamento che lo aiuta; tra questi il 9 % usufruisce di un contributo da familiari o dai servizi pubblici.
- Solo l'1% dichiara di ricevere aiuto principalmente da personale dei servizi pubblici.

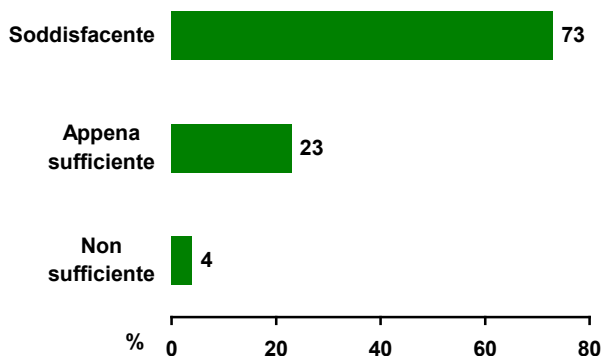
Da chi ricevono aiuto gli ultra 64enni disabili nelle ADL (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 144)



Come giudicano l'aiuto ricevuto le persone disabili nelle ADL?

- Il 73 % delle persone disabili ha giudicato l'aiuto ricevuto soddisfacente, il 23 % appena sufficiente e il 4 % non sufficiente.
- Nessuna persona ha giudicato l'aiuto ricevuto come gravemente insufficiente.

Giudizio dell'aiuto ricevuto (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 142)



Reddito percepito e proprietà della casa

Vivere in una abitazione adeguata ai propri bisogni individuali, in un contesto sicuro, ricco di socialità, dove la libertà di movimento è assicurata, 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 poi, estremamente importante per una buona qualità della vita. E' per questo che le più recenti politiche abitative tengono sempre più conto delle esigenze delle persone più anziane, nell'intento di far fronte a bisogni emergenti che derivano dal generale invecchiamento della popolazione. Gli aspetti dell'abitare delle persone più anziane da considerare sono numerosi: dalla presenza di barriere architettoniche alla manutenzione e sicurezza degli alloggi.

In PASSI d'Argento è stata valutata la condizione di possesso dell'alloggio e tale informazione è stata incrociata con un altro aspetto importante costituito dalla percezione del reddito ovvero dalle difficoltà che le persone dichiarano nell'arrivare a fine mese con le risorse economiche a loro disposizione.

Difficoltà economiche percepite

- Con le risorse finanziarie a disposizione (da reddito proprio o familiare), le persone ultra 64enni dichiarano di arrivare a fine mese:
 - molto facilmente il 6,4 %
 - abbastanza facilmente il 32,9%
 - con alcune difficoltà il 44,8 %
 - con molte difficoltà economiche il 15,9%.
- Complessivamente ha riferito difficoltà economiche il 61 % degli ultra 64enni.
- Questa percentuale è più alta:
 - nelle donne
 - nelle persone con un basso livello d'istruzione
 - nelle persone che non hanno una casa di propria proprietà o del coniuge

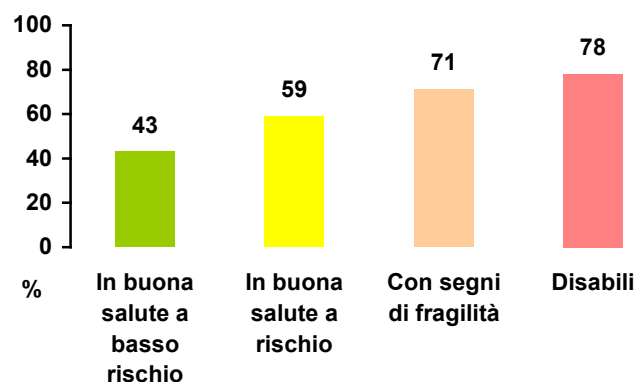
Difficoltà economiche percepite*
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 993)

Totale		60,7%
		IC95% 57,6 – 63,7%
Classi di età		
	65-74	57,8
	75 e oltre	63,2
Genere		
	uomini	54,4
	donne	65,5
Istruzione		
	bassa	67,8
	alta	43,9
Proprietà della casa		
	Casa propria o del coniuge	58,8
	Di familiari o amici	66,6
	Usufrutto/comodato	59,9
	Affitto	74,4

* Persone ultra 64enni che dichiarano di arrivare a fine mese con alcune difficoltà o con molte difficoltà

- Il 78% dei disabili, il 71% delle persone in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità e il 59 % delle persone con segni di fragilità hanno riferito difficoltà economiche.
- Il 43 % delle persone in buona salute a basso rischio di malattia ha dichiarato il proprio reddito insufficiente ad arrivare a fine mese.

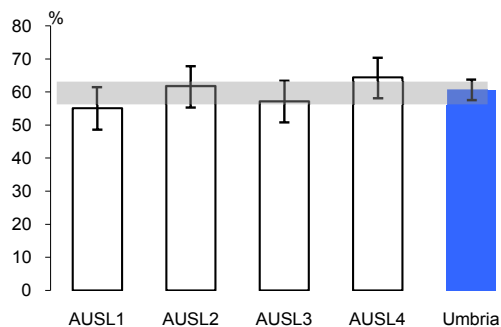
Difficoltà economiche percepite* per sottogruppi di popolazione (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=993)



* Persone ultra 64enni che dichiarano di arrivare a fine mese con alcune difficoltà o con molte difficoltà

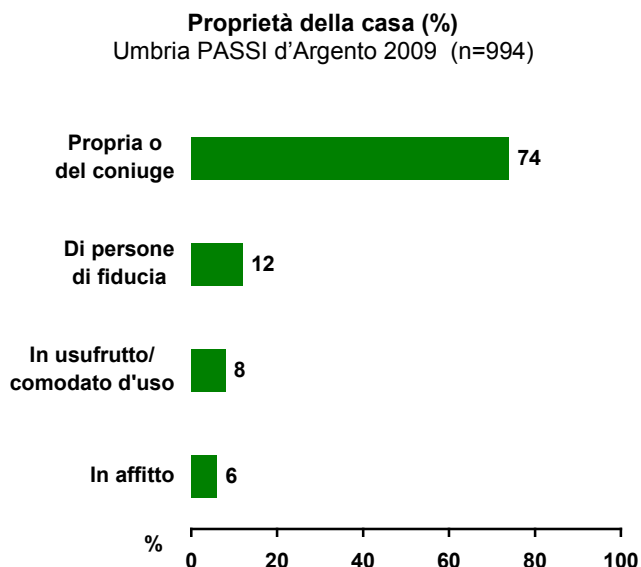
Difficoltà economiche percepite nelle 4 ASL

- Non ci sono differenze significative fra le 4 ASL,



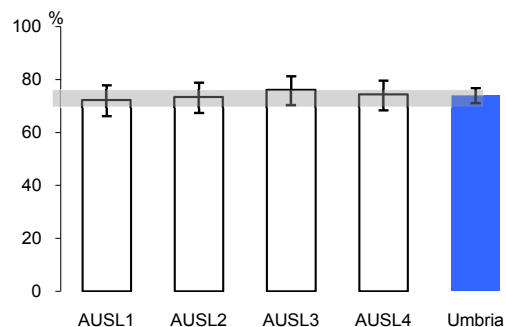
Proprietà della casa

- La casa in cui vivono gli ultra 64enni è:
 - di proprietà loro o del coniuge nel 74 % dei casi
 - di persone di fiducia nel 12 % dei casi.
 - in usufrutto o comodato d'uso nell'8% dei casi.
- Le persone che pagano un affitto sono il 6 %.



Quanti hanno la proprietà della casa nelle 4 ASL?

- Non ci sono differenze significative fra le 4 ASL,

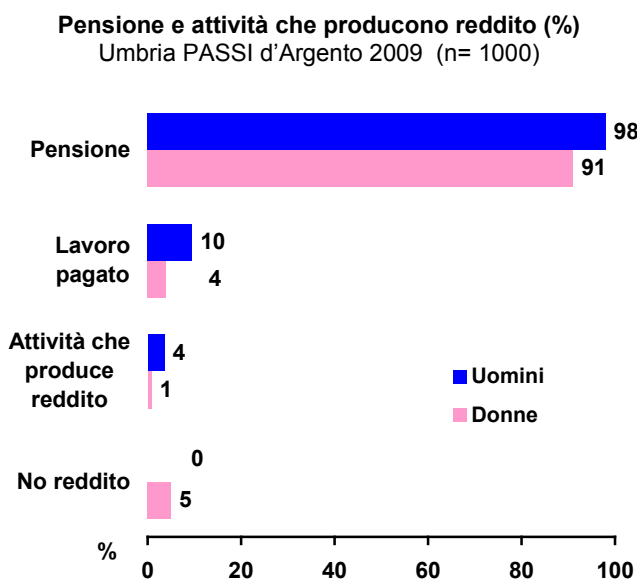


Pensione e attività che producono reddito

Il passaggio anagrafico all'età anziana non significa necessariamente ritiro dal mondo del lavoro: se è vero infatti che la principale fonte di reddito degli anziani deriva dalla pensione, non è da sottovalutare il fatto che alcuni di loro vivono grazie ad un reddito da lavoro autonomo o dipendente, particolarmente diffuso tra gli uomini e tra i giovani anziani. Inoltre alcuni pensionati hanno comunque redditi integrativi derivanti da attività lavorativa e rendite da locazione.

Quante persone ultra 64enni percepiscono una pensione, lavorano o hanno altre forme di reddito?

- Il 95 % riceve una pensione. Questa percentuale è del 91 % nei 65-74enni e di 97 % negli ultra 74enni.
- Il 6,5 % ha un lavoro pagato: 10% nella classe 65-74 anni e 3,6 % in quella 75 anni e più.
- Il 2% ha una attività che produce reddito: 4,3% tra i 65-74enni e 0 % tra gli ultra 74enni.
- Il 3 % è risultato essere senza reddito: 5% nella classe 65-74 anni e 1 % in quella 75 anni e oltre.
- Gli uomini hanno dichiarato in proporzione maggiore rispetto alle donne di ricevere una pensione, di avere un lavoro pagato o un'attività che produce reddito.



Considerazioni

Le informazioni della sorveglianza PASSI d'Argento forniscono indicazioni utili alla pianificazione di interventi e programmi di tutela e promozione della qualità della vita delle persone ultra 64enni. I dati raccolti mostrano che in Umbria la conoscenza dei centri e circoli o associazioni per anziani è abbastanza diffusa tra gli ultra 64enni ma non altrettanto la partecipazione a tali centri: infatti meno del 30% ha dichiarato di averli frequentati negli ultimi 12 mesi. Tra gli ultra 64enni è bassa anche la conoscenza dei programmi locali.

Il 54% ha riferito di avere avuto informazioni da un operatore socio-sanitario su come proteggersi dalle ondate di calore. Il 26% ha dichiarato di non aver fatto la vaccinazione antinfluenzale e il 7% di non averne mai ricevuto il consiglio. L'1% delle persone con disabilità hanno riferito di non disporre di un aiuto per le attività di base che non sono in grado di svolgere da soli. Tra chi riceve aiuto il 4% lo ha ritenuto appena sufficiente o non sufficiente. Tra chi ha limitazioni nelle attività strumentali il 9% ha dichiarato di non ricevere alcun aiuto.

Dai dati di PASSI d'Argento anche la protezione economica sembra essere tra le necessità espresse dagli ultra 64enni intervistati: il 61% ha riferito difficoltà economiche.

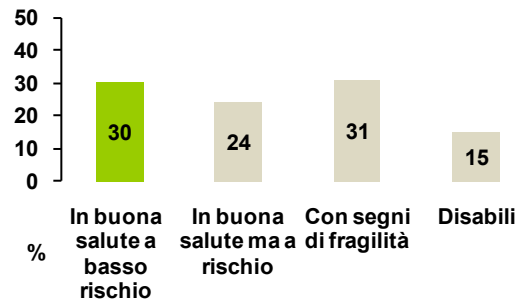
I dati sottolineano la presenza di diversi problemi le cui soluzioni vanno accuratamente vagliate e realizzate a cura delle famiglie e del sistema socio-sanitario. In particolare va però notato che in molti casi, come le ondate di calore, si sono rilevati semplici mancanze di informazione, da parte degli ultra 64enni, che potrebbero essere corretti con adeguate campagne di informazione

PARTE III

Profili dei sottogruppi di popolazione ultra 64enne

- In buona salute e a basso rischio di malattia
- In buona salute ma a rischio di malattia e fragilità
- Con segni di fragilità
- Disabili

Profilo degli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia



Le persone ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia, presentano, complessivamente, una migliore qualità della vita legata alla salute psico-fisica. La maggior parte costituisce inoltre una risorsa per la famiglia o la comunità, mentre una parte limitata presenta sintomi di depressione o è a rischio di isolamento sociale.

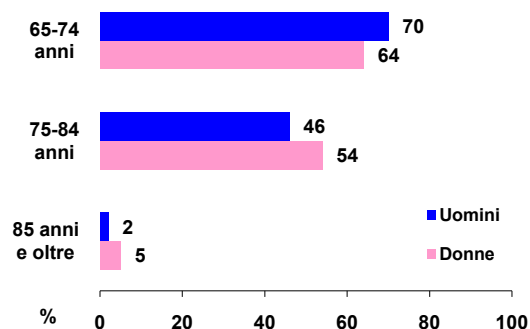
Le informazioni riportate di seguito hanno l'obiettivo di caratterizzare i bisogni di questo sottogruppo di persone che possono giovare primariamente di interventi di tipo sociale a valenza promozionale o preventiva quali ad esempio promozione della socializzazione e del mantenimento delle funzioni cognitive, relazionali e motorie, interventi di tipo culturale ricreativo e interventi di promozione di attività socialmente utili.

La definizione adottata in questa indagine è riportata a pag. 90.

Quante sono le persone ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia?

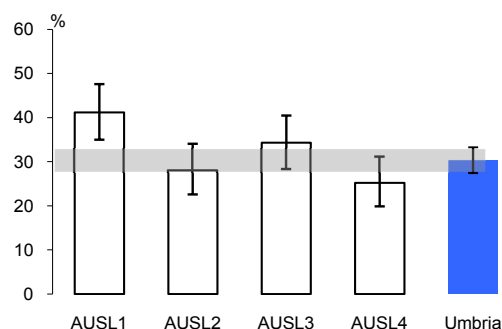
- Gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia sono il 30%; questa stima corrisponde in Umbria a oltre 60mila persone ultra 64enni.
- La maggior parte delle persone in buona salute a basso rischio di malattia ha 65-74 anni (70%), il 27 % ha 75-84 anni, mentre il 3 % ha più di 85 anni e più.
- L'età media è di 72 anni
- Le donne sono il 53%.

Persone in buona salute e a basso rischio di malattia per genere e classe di età (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 302)



Quante sono le persone ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia nelle 4 ASL Umbre?

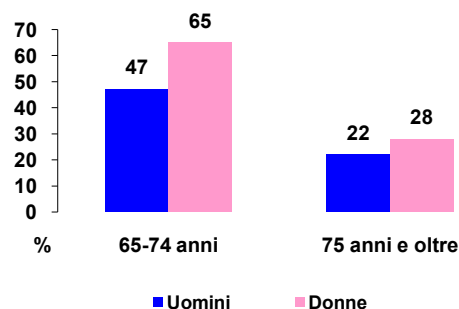
- Ci sono differenze significative fra la ASL 1 e la media regionale, soprattutto con la ASL 4 che ha il minor numero di persone in buona salute e a basso rischio di malattia.



Quanti sono risorsa?

- Il 59% è una risorsa per la famiglia, i conoscenti e/o l'intera collettività:
 - il 55% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti)
 - il 38% ha fatto attività di volontariato (risorsa per la collettività).
- Questa proporzione è maggiore nelle persone di 65-74 anni (62% contro 51%) e nelle donne 66% contro 51%).

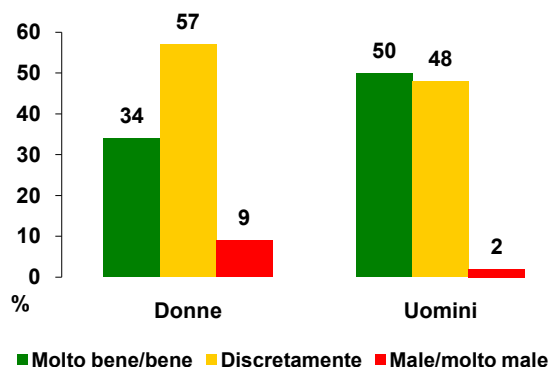
Essere risorsa per genere e classe di età (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 302)



Come percepiscono il proprio stato di salute?

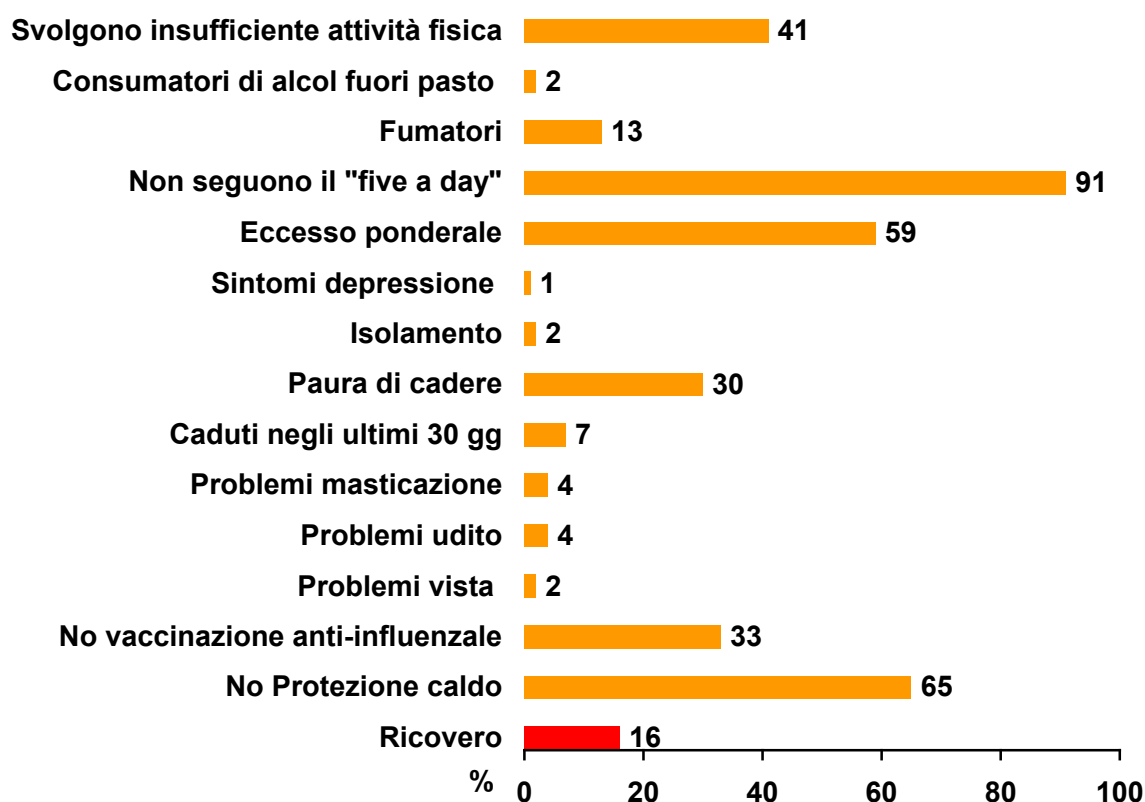
- Il 41% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia ha percepito il proprio stato di salute positivamente, il 53% discretamente e il 6% negativamente.

Percezione della propria salute per genere (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 302)

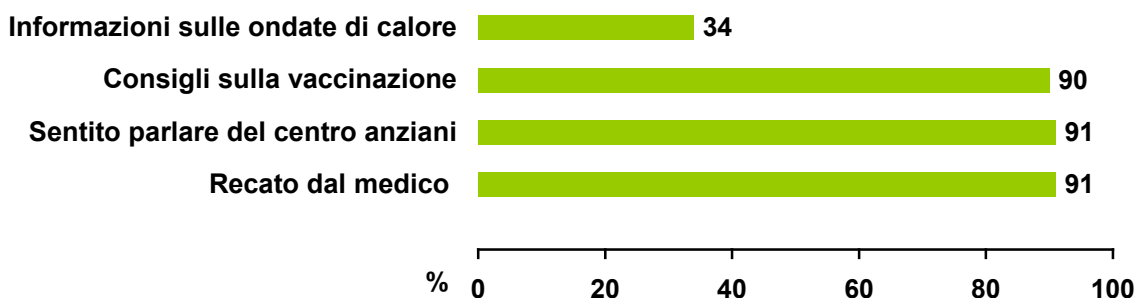


Il «barometro»: pochi indicatori per l'azione

Ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia: dove agire?

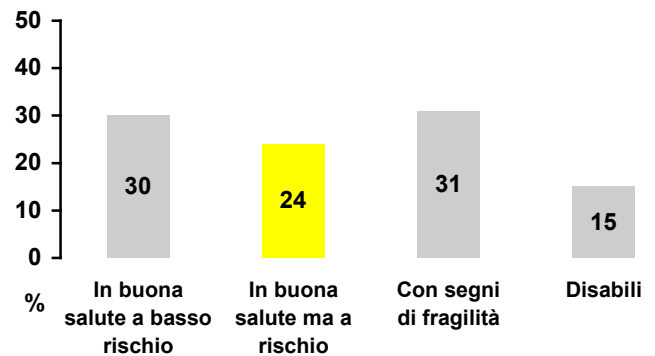


Ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia: azioni di promozione e tutela della Salute



Il barometro conferma che in questo gruppo di popolazione le aree di maggior interesse per l'azione gravitano attorno alla prevenzione e promozione della salute, in particolare sugli "stili di vita"; come in tutti i sottogruppi considerati rimangono inoltre essenziali le iniziative miranti a valorizzare le persone come risorsa.

Profilo degli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità

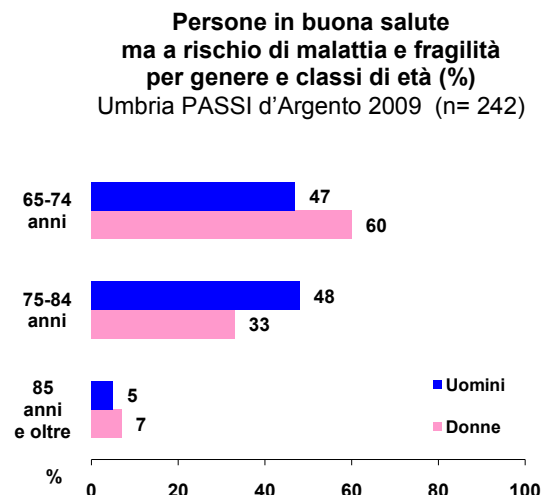


Negli ultimi anni la letteratura scientifica ha ben sottolineato la relazione delle patologie più frequenti negli ultra 64enni con diversi fattori comportamentali, alcune situazioni di rischio fisico o biomedico (es. la cattiva masticazione) o condizioni di natura psico-sociale (es. l'isolamento sociale). In generale, la *sindrome di fragilità* fa riferimento ad uno stato di "aumentata vulnerabilità a eventi stressanti che deriva da una ridotta riserva funzionale e cattiva regolazione multi-sistemica" (Fried et al., 2004). Tutto ciò conduce ad una spirale di decadimento drammaticamente rapido della persona, che può portare ad una condizione di disabilità o alla morte nel giro di poco tempo. La fragilità non è un processo inevitabile, ma una condizione che può essere prevenuta o trattata (Harris et al.). E' ormai accettata l'idea di un processo dinamico che conduce alla fragilità col passaggio da uno stato di "robustezza" ad uno di pre-fragilità, che può condurre o meno alla fragilità (Topinková, 2008). Questa concezione dinamica apre un'importante finestra di intervento per rallentare o rendere reversibile sia la pre-fragilità sia la fragilità, identificando ed agendo sui fattori di rischio "modificabili" della fragilità.

Ad oggi, sono stati sviluppati interventi di prevenzione efficaci che agiscono non solo sulle condizioni di salute fisica, ma anche sul benessere psicologico e sociale della persona ultra 64enne. Per questo identificare le persone a maggior rischio offre quindi un'opportunità unica per gli operatori sanitari e sociali per effettuare azioni più mirate ed efficaci di prevenzione della fragilità. Nello studio PASSI d'Argento, per definire le condizioni di "rischio di malattia e fragilità" sono stati considerati contemporaneamente diversi fattori fisici, psicologici e sociali, in linea con una definizione bio-psicosociale della salute e del benessere della persona, che spinge ad andare oltre la semplice identificazione del "fenotipo fisico" della fragilità. La definizione adottata in questa indagine è riportata a pag. 90.

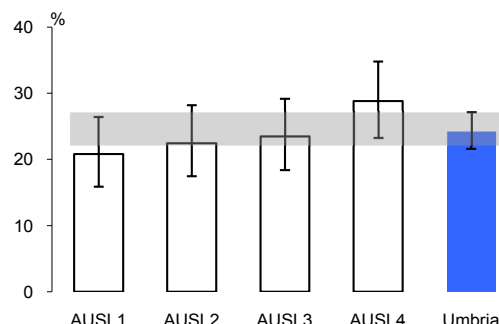
Quante sono le persone ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità?

- Gli ultra 64enni in buona salute e ma a rischio di malattia sono il 24%; questa stima corrisponde in Regione a oltre 50.000 mila persone ultra 64enni.
- Il 54% delle persone in buona salute ma basso rischio di malattia ha 65-74 anni il 40 % ha 75-84 anni, mentre il 6% ha 85 anni e più.
- L'età media è di 74 anni.
- Le donne sono il 56%.



Quante sono le persone ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità nelle 4 ASL Umbre?

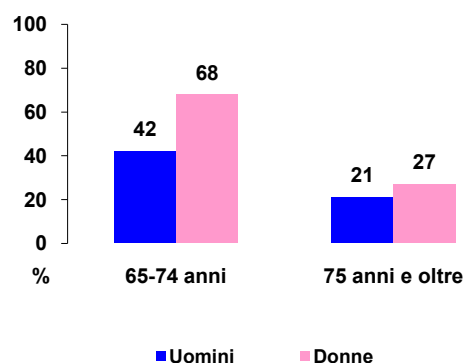
- Non ci sono differenze significative fra le ASL anche se si conferma nella ASL 4 una popolazione anziana più a rischio di malattia (in riferimento anche ai valori dei precedenti capitoli)



Quanti sono risorsa?

- Il 51% risulta essere una risorsa per la famiglia o i conoscenti e/o per l'intera collettività:
 - il 50% degli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti)
 - il 13% ha svolto attività di volontariato (risorsa per la collettività).
- Questa proporzione è più frequente nelle persone di 65-74 anni (62% contro 36%) e nelle donne (67% contro 31%).

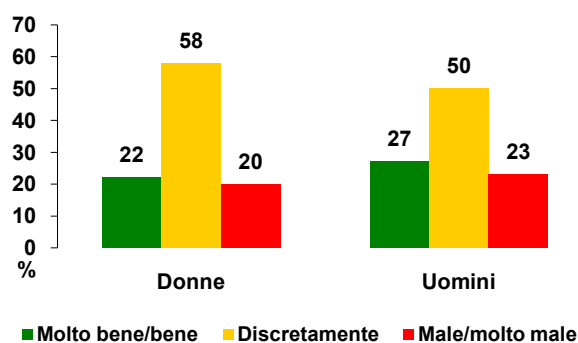
Essere risorsa per genere e classe di età (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=242)



Come percepiscono il proprio stato di salute?

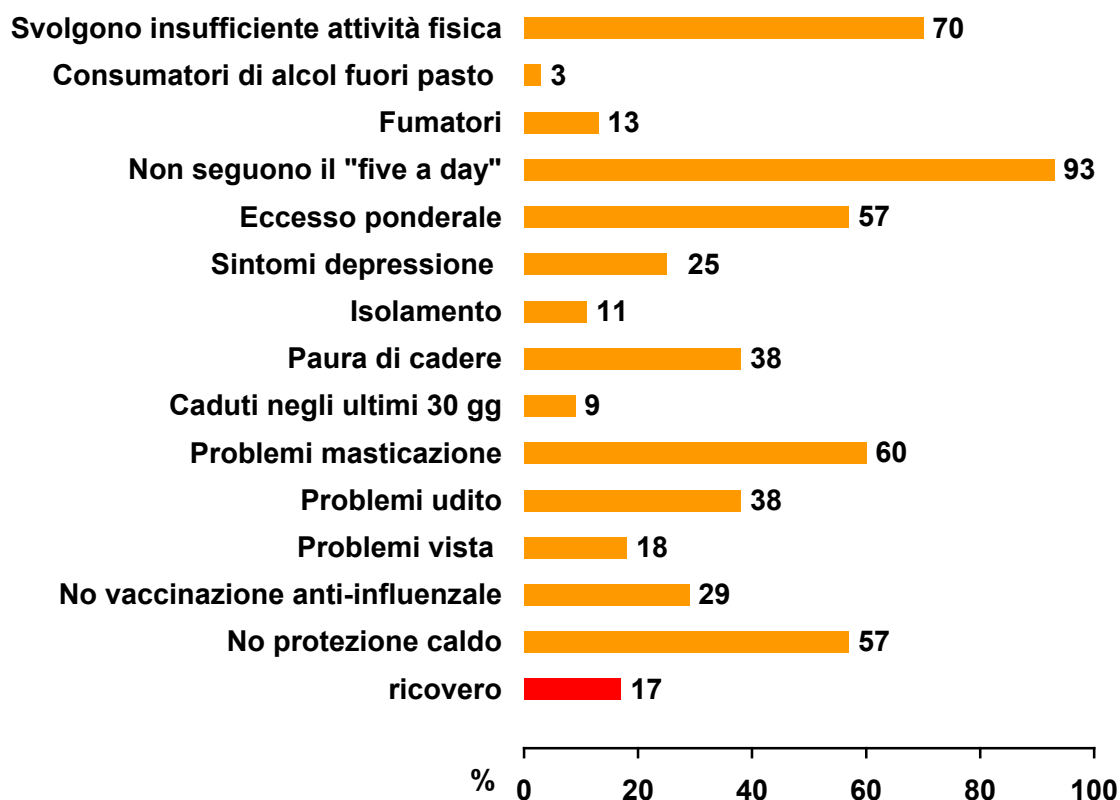
- Il 24% delle persone in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità ha percepito il proprio stato di salute positivamente, il 55% discretamente e il 21% negativamente.

Percezione della propria salute per genere (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 242)

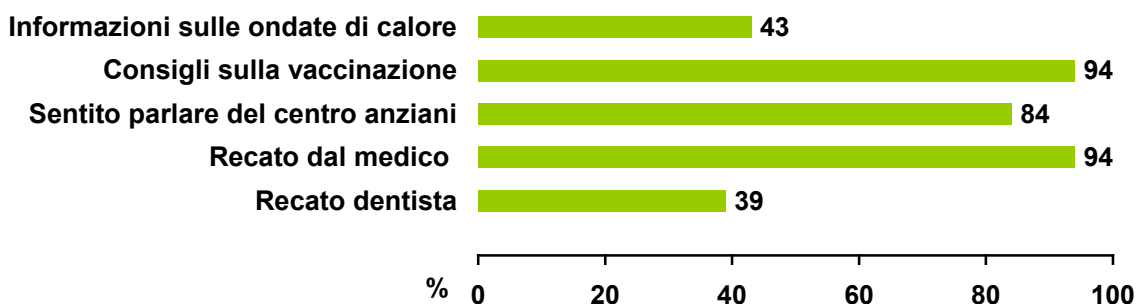


Il «barometro»: pochi indicatori per l'azione

Ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità: dove agire?

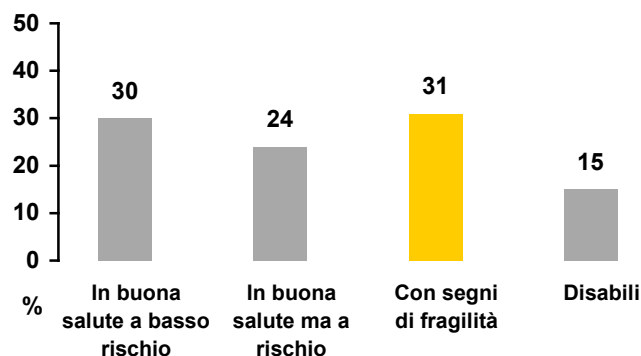


Ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità: azioni di promozione e tutela della Salute



Il barometro conferma che in questo gruppo di popolazione le aree di maggior interesse per l'azione gravitano attorno alla prevenzione e promozione della salute, in particolare sugli "stili di vita" e verso azioni di miglioramento di alcune condizioni, quali problemi di masticazione e sensoriali che possono fragilizzare l'anziano predisponendolo alla disabilità; come in tutti i sottogruppi considerati rimangono inoltre essenziali le iniziative miranti a valorizzare le persone come risorsa.

Profilo degli ultra 64enni con segni di fragilità



La fragilità è uno "stato di aumentata vulnerabilità a eventi stressanti che deriva da una ridotta riserva funzionale e cattiva regolazione multi-sistemica". Si tratta di una sindrome definita da un gruppo di sintomi e segni che vanno a costruire il "fenotipo clinico della fragilità"; anche se la fragilità da un punto di vista fisico è maggiormente indagata, è ormai accettata una più ampia definizione di fragilità che include il dominio cognitivo, funzionale e sociale. Attualmente si riconoscono due approcci principali per la misura della fragilità: il primo è basato sulla misura dei deficit che la persona ha accumulato (indice di fragilità) e il secondo su uno specifico "fenotipo" con la presenza di almeno 3 dei seguenti 5 segni:

- involontaria perdita di peso (10 libbre nell'ultimo anno pari a 4,5 kg)
- prestazioni rallentate (riduzione della velocità del cammino)
- affaticamento o scarsa resistenza
- riduzione della forza muscolare (in particolare della presa della mano)
- ridotta attività fisica.

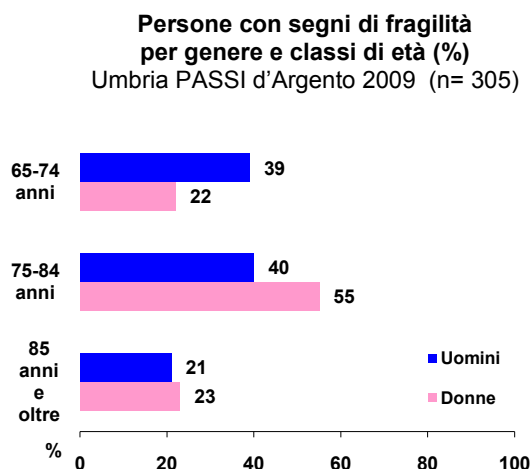
La fragilità, strettamente collegata anche se distinta dalla disabilità, è pertanto la conseguenza di un più o meno lento declino delle funzioni di organi ed apparati che indice vulnerabilità con risultati negativi sulle prestazioni funzionali che possono essere misurate anche mediante la valutazione periodica delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL). La salute percepita è un altro indicatore usato per l'individuazione di soggetti fragili. Nel PASSI d'Argento non si è adottata una definizione particolare di fragilità, ma, basandosi sulle evidenze disponibili in diversi studi, si sono identificati alcuni segni che, pur non configurando interamente la sindrome di fragilità, tuttavia ne segnalano la sua presenza con una certa probabilità. Le persone con segni di fragilità sono stati divisi in due gruppi: quelli con segni di fragilità e quelli con marcati segni di fragilità. La definizione adottata in questa indagine è riportata a pag. 90.

Quante sono le persone ultra 64enni con segni di fragilità?

- Il 31% degli anziani intervistati presenta segni di fragilità (35% con segni di fragilità e il 65% con marcati segni di fragilità).

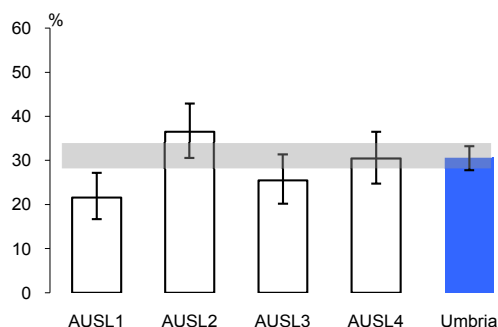
Questa stima corrisponde in Umbria a circa di 60mila persone ultra64enni (rispettivamente 21mila e a 39mila).

- Tra le persone con segni di fragilità il 29% ha 65-74 anni, il 48% ha 75-84 anni, mentre il 22% ne ha 85 e oltre.
- L'età media è di 77 anni negli uomini e di 80 anni nelle donne.
- Le donne sono il 57%



Quante sono le persone ultra 64enni con segni di fragilità nelle 4 ASL Umbre?

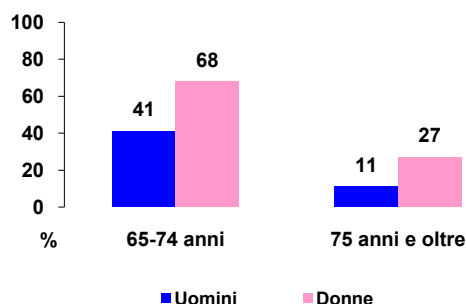
- Ci sono differenze significative fra la ASL 1 e la ASL 2



Quanti sono risorsa?

- Il 27% è una risorsa per la famiglia, i conoscenti e/o per l'intera collettività:
 - il 26% degli ultra 64enni con segni di fragilità accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti)
 - l'8% ha svolto attività di volontariato (risorsa per la collettività).
- L'essere risorsa è una caratteristica più frequente nelle persone di 65-74 anni (49% contro 18%); ed è più frequente nelle donne.

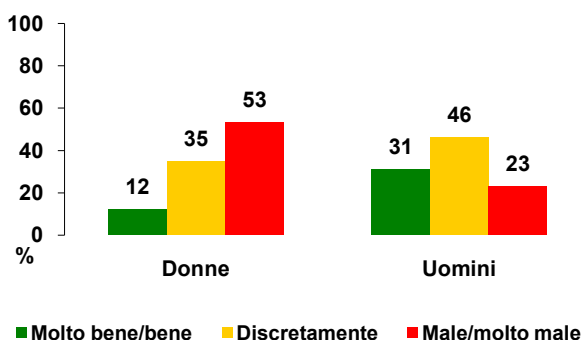
Essere risorsa per genere e classe di età (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 305)



Come percepiscono il proprio stato di salute?

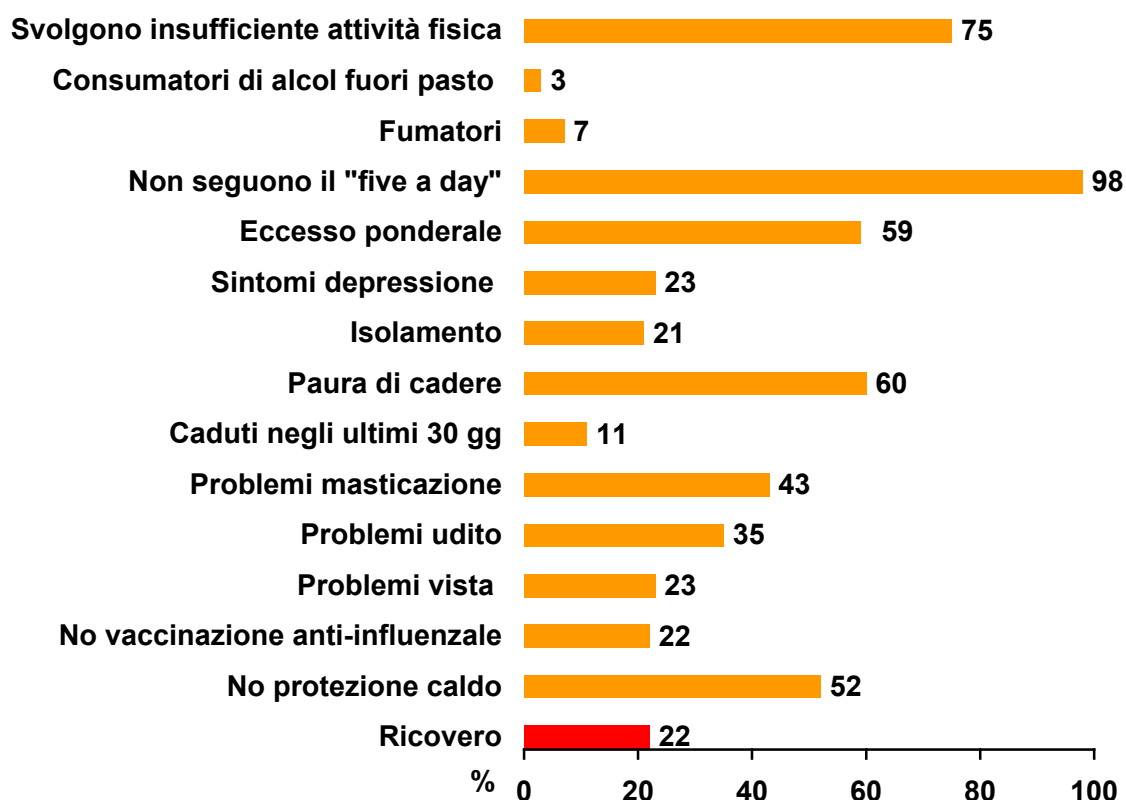
- Il 20% delle persone con segni di fragilità ha percepito il proprio stato di salute positivamente, il 40% discretamente e il 40% negativamente.

Percezione della propria salute per genere (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=305)

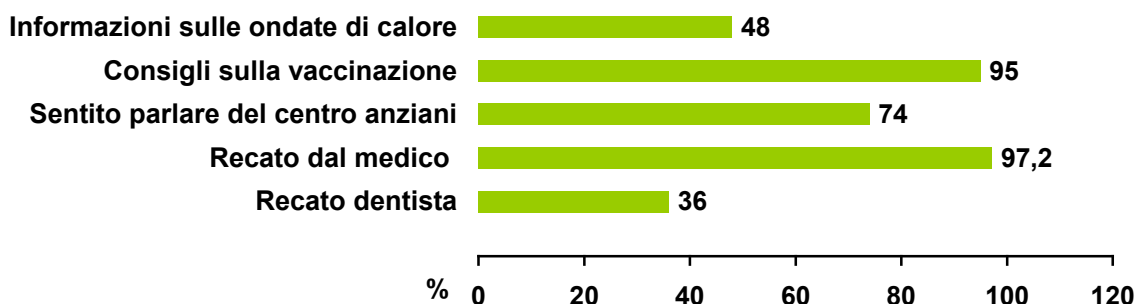


Il «barometro»: pochi indicatori per l'azione

Ultra 64enni con segni di fragilità: dove agire?



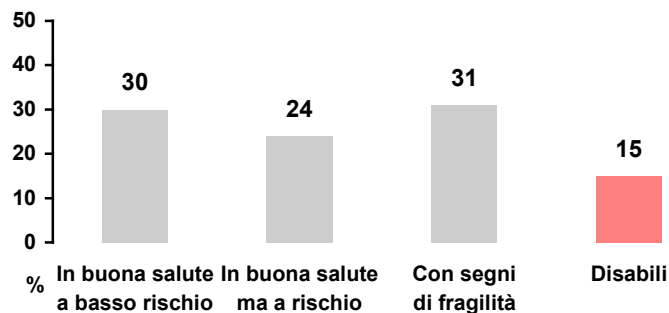
Ultra 64enni con segni di fragilità: azioni di promozione e tutela della Salute



Il barometro conferma che questo gruppo di popolazione necessita di un'attenzione particolare in quanto, versando in una generica condizione di fragilità, i diversi fattori presi in considerazione possono favorire una rapida evoluzione verso la disabilità.

Le aree di interesse per l'azione devono essere attentamente vagliate e tutte prese in uguale considerazione, dalla vaccinazione antinfluenzale ai problemi di masticazione o ai fattori di rischio comportamentali, tra cui in particolare la sedentarietà.

Profilo degli ultra 64enni disabili



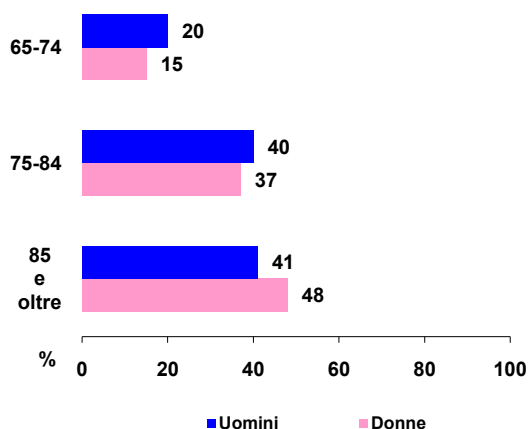
Le persone ultra 64enni con disabilità richiedono un maggiore carico assistenziale sia sanitario che sociale. In PASSI d'Argento sono stati definiti come disabili le persone che hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di almeno una delle attività di base della vita quotidiana indagate con lo strumento ADL (*Activities of Daily Living*).

La disabilità è stata modulata su due livelli d'intensità a seconda del numero di ADL: disabilità parziale e totale. La definizione adottata in questa indagine è riportata a pag. 90.

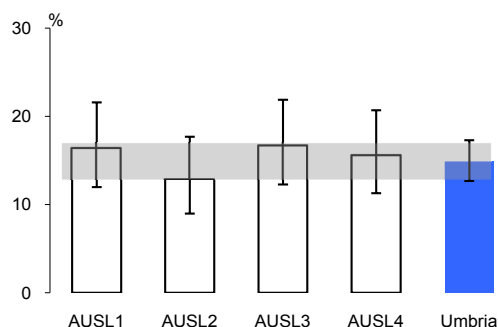
Quante sono le persone ultra 64enni disabili?

- Il 15% degli anziani intervistati è disabile ovvero non riesce a svolgere autonomamente almeno un'attività di base della vita quotidiana (79% parzialmente disabili e 21% totalmente disabili). Questa stima corrisponde in Umbria a circa 31mila persone ultra 64enni disabili (25mila parzialmente disabili e 6mila totalmente disabili).
- Tra le persone con disabilità il 17% ha 65-74 anni, il 38% ha 75-84 anni, mentre il 46% ha 85 anni e più.
- L'età media è di 82 anni per gli uomini e di 83 per le donne.
- Le donne sono il 66%.

**Persone disabili
per genere e classi di età (%)**
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=148)



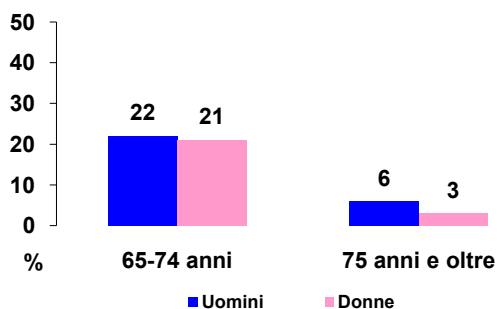
- Non ci sono differenze significative fra le 4 ASL.



Quanti sono risorsa?

- L' 8% delle persone disabili è una risorsa per la famiglia, i conoscenti e/o per l'intera collettività:
 - il 6,6% accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti)
 - l' 1% ha svolto attività di volontariato (risorsa per la collettività)
- Questa proporzione è maggiore nelle persone di 65-74 anni (22% contro 4%); non sono emerse differenze per genere.

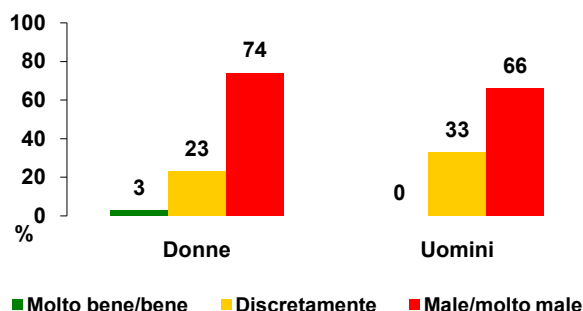
**Essere risorsa
per genere e classe di età (%)**
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=148)



Come percepiscono il proprio stato di salute?

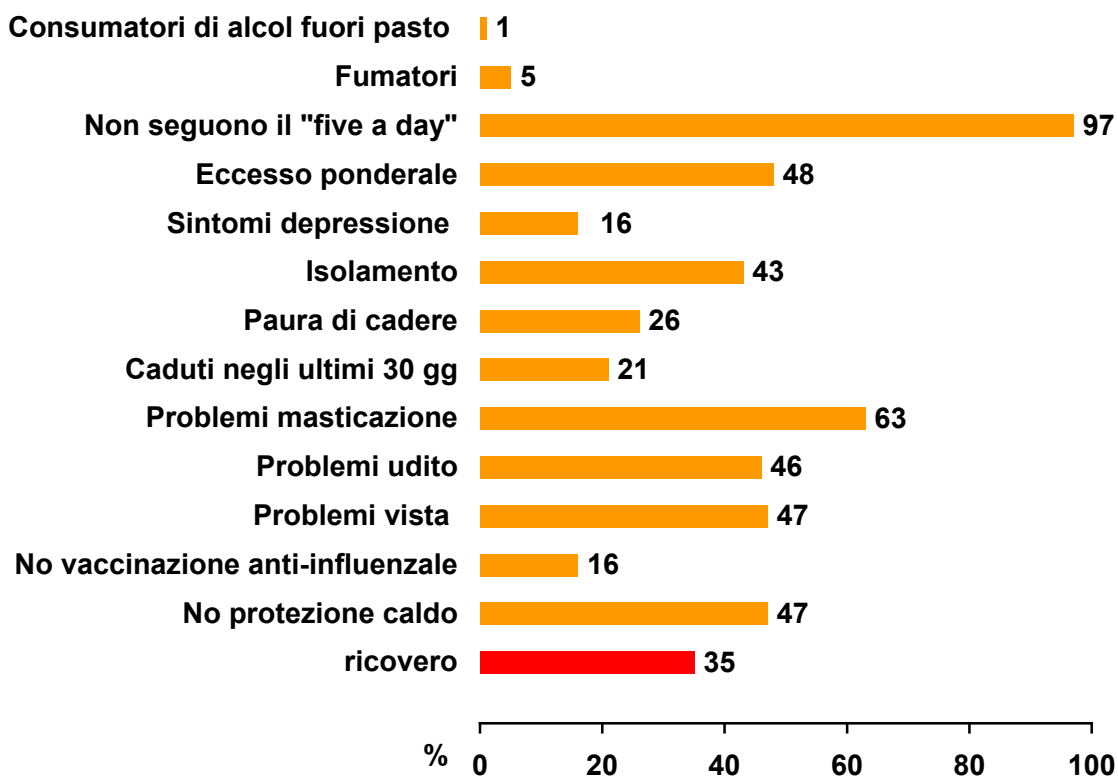
- Solo il 2% dei disabili percepisce il proprio stato di salute positivamente, il 27% discretamente e il 71% negativamente.

Percezione della propria salute per genere (%)
Umbria PASSI d'Argento 2009 (n=148)

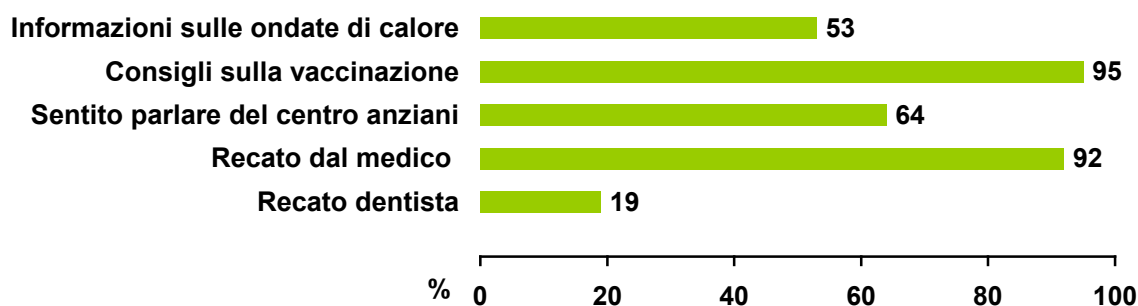


Il «barometro»: pochi indicatori per l'azione

Ultra 64enni disabili: dove agire?



Ultra 64enni disabili: azioni di promozione e tutela della Salute



Il barometro conferma che questo gruppo di popolazione necessita di attenzioni e assistenza particolari, come testimoniato ad esempio da un'alta frequenza di cadute (un disabile su dieci è caduto durante gli ultimi 30 giorni). La scarsa mobilità e la paura di cadere possono essere dei fattori aggravanti una situazione già difficile. I problemi di masticazione e sensoriali possono compromettere ulteriormente le condizioni delle persone ultra 64enni.

Appendice

- Sottogruppi di persone ultra 64enni: le definizioni
- Monitoraggio dell'indagine

Sottogruppi di persone ultra 64enni: le definizioni

Nell'indagine PASSI d'Argento si è sperimentata, per la prima volta, una nuova descrizione della popolazione ultra 64enne con una suddivisione in quattro sottogruppi di **persone ultra 64enni**:

- **in buona salute a basso rischio di malattia**
- **in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità**
- **con segni di fragilità**
- **disabili**

Gli ultra 64enni in buona salute a basso rischio di malattia

Si tratta di persone che:

- ✓ sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL
- ✓ non sono autonomi in al massimo in 1 IADL
- ✓ presentano **al massimo 1** delle seguenti caratteristiche o condizioni:
 - problemi di masticazione o di vista o di udito;
 - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo di frutta e verdura;
 - sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale.

Gli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità

Come il gruppo precedente, si tratta di persone che:

- ✓ sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL
- ✓ non sono autonomi in al massimo in 1 IADL
- ✓ in più presentano **almeno 2** delle seguenti caratteristiche o condizioni:
 - problemi di masticazione o vista o udito;
 - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo di frutta o verdura;
 - sintomi di depressione o di isolamento, mancanza di supporto sociale.

Gli ultra 64enni con segni di fragilità

- ✓ sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL
- ✓ non sono autonomi **in almeno 2** IADL.

All'interno di questo sottogruppo si distinguono le persone con marcati segni di fragilità che presentano **almeno 1** delle seguenti condizioni:

- percezione dello stato di salute "male o molto male", o 10 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici/psicologici e 5 giorni con limitazioni negli ultimi 30 giorni, o fin dall'inizio l'intervista è effettuata con l'aiuto del proxy
- perdita di appetito e peso (4,5 kg o 5% o più) nell'ultimo anno.

Gli ultra 64enni disabili

- ✓ non sono autonomi **in una o più** ADL.

All'interno di questo sottogruppo si distinguono le persone:

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

Monitoraggio dell'indagine

Per la valutazione della qualità dell'indagine 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
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La tabella seguente mostra i valori dei principali indicatori di controllo della Regione Umbria:

	valore (%)
Tasso di risposta	94,0
Tasso di sostituzione	6,1
Tasso di rifiuto	4,6
Tasso di non reperibilità	1,4
Tasso di eleggibilità	95,0

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

- Popolazione indagata: persone ultra 64enni residenti in Umbria 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 in Umbria in grado di sostenere una intervista telefonica.
- Non eleggibilità: le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana da parte dell'intervistato o del suo proxy.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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*), che fa parte degli indicatori standard internazionali, 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:

$$RR1 = \frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

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, così indicato:

$$\frac{\text{non reperibili} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

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:

$$REF1 = \frac{\text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto viene raccomandato 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).

Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che non ci siano realtà, quali comuni, intervistatori, con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

. Tasso di non reperibilità

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

$$\frac{\text{non reperibili}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Nel caso in cui il tasso risulti troppo alto viene raccomandato di verificare che i non reperibili si distribuiscano uniformemente e che non ci siano realtà (comuni, 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. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il numero di individui classificati in queste due categorie. Queste stime sono importanti per il calcolo di indicatori più complessi:

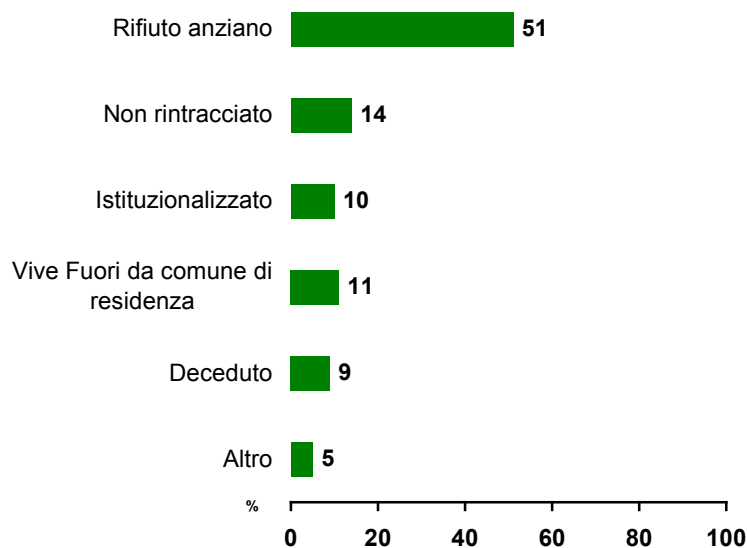
$$e = \frac{n^{\circ} \text{interviste} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{int.} + \text{rif.} + \text{residenti altrove} + \text{istituz.} + \text{deceduti} + \text{non conoscenza italiano}} * 100$$

. Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

E' 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.

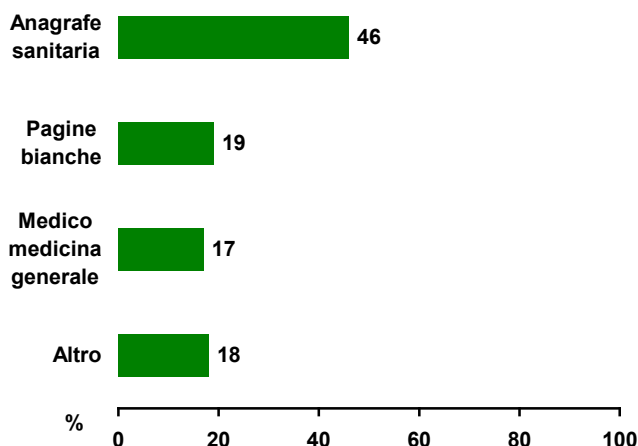
E' un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); la proporzione di persone che risulta "senza telefono rintracciabile", cioè che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.

Nel grafico è mostrata la distribuzione dei motivi di non eleggibilità o rifiuto.



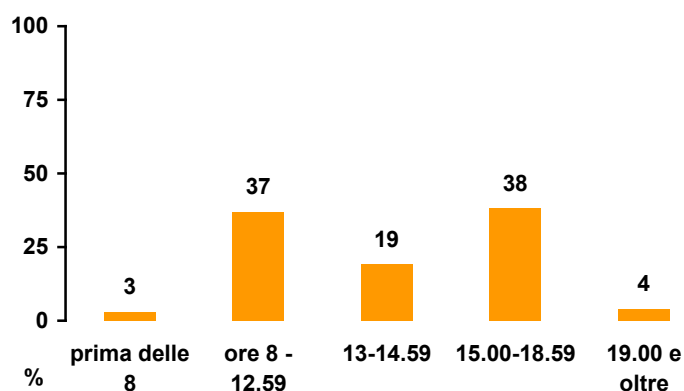
. Modalità di reperimento del numero telefonico

Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.



. Distribuzione delle interviste per orari

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore.



Il 91% delle interviste è stata fatta dal lunedì al venerdì e il restante 9% il sabato o la domenica.

Il campionamento:

Il disegno di campionamento adottato dalla regione Umbria è quello causale semplice stratificato per sesso e classi di età (65 – 74 anni e 75 anni e più) identico per le 4 ASL (250 interviste) che poi ha costituito il campione regionale (1000 interviste). In ogni ASL quindi sono state calcolate le numerosità specifiche genere-classe di età in modo da evitare sproporzioni casuali rispetto a genere ed età nel campione. Questo ha fatto sì che il campione sia fortemente rappresentativo della popolazione in studio e che la precisione delle stime a livello regionale sia ± 3 per prevalenze al 50% con intervalli di confidenza al 95%. Per la precisione di stime con altre prevalenze vedere la tabella sottostante nell'Intervallo di confidenza al 95%.

% Expected Prevalence	% Level of Confidence				
	90	95	97.5	99	99.5
0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10	1,56	1,85	2,12	2,44	2,66
20	2,08	2,47	2,83	3,25	3,54
30	2,38	2,83	3,24	3,72	4,06
40	2,54	3,03	3,46	3,98	4,34
50	2,59	3,09	3,54	4,06	4,43
60	2,54	3,03	3,46	3,98	4,34
70	2,38	2,83	3,24	3,72	4,06
80	2,08	2,47	2,83	3,25	3,54
90	1,56	1,85	2,12	2,44	2,66
100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Utilizzo della pesatura

Le analisi sono state fatte utilizzando dei pesi che avevano lo scopo di controllare la proporzionalità tra le interviste effettuate e la popolazione ultra 64enne residente in Umbria per ognuna delle quattro ASL - aree. In questo modo vengono corrette eventuali differenze che si vengono a creare per popolazioni differenti con uno stesso numero campionario..

La pesatura migliora l'affidabilità delle stime, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità tra le aree; la procedura di pesatura influenza inoltre l'ampiezza degli intervalli di confidenza (garantisce la correttezza delle stime pur accettando, di solito, una minor precisione).

La pesatura utilizzata è risultata essere poco "invasiva" e conferma, indirettamente, anche la bontà delle metodologie campionarie utilizzate.



Bibliografia essenziale

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia essenziale

Sorveglianze, progetti e indagini sulle persone anziane in Italia

- *Anziani: quali bisogni da soddisfare?* (Consultato: Dicembre 2009). <http://www.epicentro.iss.it/focus/anziani/anziani-bisogni.asp>
- *Anziani: studi a confronto.* (Consultato: Dicembre 2009). <http://www.epicentro.iss.it/focus/anziani/scafato-farchi.pdf>
- Bertozzi N, Vitali P, Binkin N et al. (2005) Gruppo di lavoro Studio Argento. La "qualità della vita" nella popolazione anziana: indagine sulla percezione dello stato di salute in 11 regioni Italiane (Studio Argento, 2002). *Igiene e sanità pubblica* 61(6):545-559.
- Colitti S, Cristofori M, Casaccia V et al. (2006) Vetus a Orvieto un'indagine sulla qualità della vita delle persone con più di 64 anni nel comune di Orvieto. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*. 2006;19(11):iii-iv. <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/novembre/Novembre.pdf>

Politiche di indirizzo per un invecchiamento attivo

- World Health Organization. *Active Ageing. A policy framework*. 2002. (Consultato: Dicembre 2009). http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html

Situazione demografica

- ISTAT. *14° censimento generale della popolazione e delle abitazioni 2001*. (Consultato: Dicembre 2009). http://www.istat.it/dati/catalogo/20080618_01/
- ISTAT. *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione. Anni 2001- 2051* (Consultato: Dicembre 2009). http://www.istat.it/dati/catalogo/20030326_01/

Fragilità nelle persone ultra 64enni

- Fried L. P. Tangen CM, Walston J et al. (2001) Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol* 56: 146-156. (Consultato: Dicembre 2009). <http://biomed.gerontologyjournals.org/cgi/content/full/56/3/M146>.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J et al. (2004) Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol Biol Sci Med Sci* 59: 255-263.
- Harris T, Kovar MG, Suzman R et al. (1989) Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. *Am J Public Health* 79(6):698-702.
- Lawton M.P, Brody M (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9: 179-186.
- Nourhashémi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, et al. (2001) Instrumental Activities of Daily Living as a Potential Marker of Frailty: A Study of 7364 Community-Dwelling Elderly Women (the EPIDOS Study). *Journal of Gerontology* 56A: 448-453. (Consultato: Dicembre 2009). <http://biomed.gerontologyjournals.org/cgi/reprint/56/7/M448.pdf>
- Rockwood K, Mitnitski A. (2007) Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 62(7):722-7.
- Topinková E. (2008) Aging, Disability and Frailty. *Annals of Nutrition & Metabolism* 52, Suppl 1:6-11. (Consultato: Dicembre 2009). <http://www.online.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=Ausgabe&Ausgabe=235742&ProduktNr=223977>

Disabilità nelle persone ultra 64enni

- Daniel R. van Rossum E, de Witte L et al. (2008) Interventions to prevent disability in frail community-dwelling, elderly: a systematic review. *BMC Health Services Research* 8:278. (Consultato: Dicembre 2009). <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/278>
- Katz S, Ford A, Moskowitz R, et al. (1963) Studies of illness in the aged. the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 21,185:914-9.
- Katz S. et al. (1970) Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 10:20-30.

Cadute

- Gates S, Fisher JD, Cooke MW et al. (2008) Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 19:130-3.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC et al. (2003) Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* (4).
- Rubenstein L.Z. 2006) Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing* 35-S2: ii37–ii41.

Depressione

- Djernes. (2006) Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psych Scand* 113 (5), 372 – 387.

Vaccinazioni

- D'Argenio P et al. (1995) Antinfluenza vaccination among the aged in three southern Italian towns. *Igiene Moderna* 103: 209-222.
- Pregliasco F, Sodano L, Mensi C, et al. (1999) *Influenza vaccination among the elderly in Italy*. Bull WHO 77: 127-131.

Stili di vita

- Gardner MM, Robertson MC, Campbell AJ. (2000) Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med* 34(1):7-17.
- Gregg EW, Pereira MA, Caspersen CJ. (2000) Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *J Am Geriatr Soc* 48:883-93.
- Progetto Guadagnare Salute. (Consultato dicembre 2009)
http://www.ccm-network.it/GS_intro

Ultra 64-enne risorsa

- Morrow-Howell N, Hinterlong J, Sherraden M. (2003) Effects of Volunteering on the Well-being of Older adults *J Gerontol* 2: 137-45.
- Morrow-Howell N, Hinterlong J, Rozario PA. (2001) *Productive Ageing: concepts and challenges* The John Hopkins University Press, Baltimore (MD)
- Birren JE. (2001) Psychological implications of Productive Ageing, in Morrow-Howell N, Hinterlong J, Rozario PA. *Productive Ageing: concepts and challenges* The John Hopkins University Press, Baltimore (MD) pp 102-119.