



# Rapporti

## ISTISAN

13/9



**Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne**



ISSN 1123-3117

A cura del Gruppo Tecnico Operativo  
del Sistema di Sorveglianza  
PASSI d'Argento e P. Luzi

[www.iss.it](http://www.iss.it)



**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**Sperimentazione PASSI d'Argento  
(Progressi delle Aziende Sanitarie  
per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale  
di sorveglianza della popolazione ultra64enne**

A cura del Gruppo Tecnico Operativo  
del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento e Paola Luzi (a)

*(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*

ISSN 1123-3117

**Rapporti ISTISAN**

**13/9**



Istituto Superiore di Sanità

**Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne.**

A cura del Gruppo Tecnico di Coordinamento del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento e Paola Luzi  
2013, ix, 211 p. Rapporti ISTISAN 13/9

PASSI d'Argento, promosso dal Ministero della Salute e dalle Regioni con il supporto tecnico scientifico del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, costituisce una sperimentazione di un modello di sorveglianza sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, allo scopo di mettere a disposizione informazioni utili per le scelte di politiche sanitarie volte a migliorare la qualità di vita degli anziani. L'obiettivo della sorveglianza è di valutare la capacità dell'anziano di essere risorsa e di partecipare alla vita sociale, di rimanere in buona salute, di usufruire di cure e tutele avendo un reddito adeguato, al fine di disegnare un profilo della popolazione ultra64enne centrato sui tre pilastri per l'invecchiamento attivo, individuati dalla strategia *Active ageing* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: partecipazione, salute e sicurezza. Lo scopo di questo lavoro è quello di illustrare sinteticamente i risultati della sperimentazione PASSI d'Argento (2009-2010).

*Parole chiave:* Formazione; Sistema di sorveglianza; Invecchiamento attivo

Istituto Superiore di Sanità

**PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) pilot project: towards a national surveillance system on population aged over 64.**

Edited by the Coordinating Technical Group of PASSI d'Argento and Paola Luzi  
2013, ix, 211 p. Rapporti ISTISAN 13/9 (in Italian)

PASSI d'Argento is an Italian project for the implementation of a national surveillance system on population aged over 64 in order to collect through a cross sectional survey information on the quality of life, behavioural risk factors, health and health problems, perceived health care quality. The population surveillance followed a two-year pilot project sponsored by the Ministry of Health to which participated almost all Italian regions with a constant technical and scientific support provided by the National Centre of Epidemiology, Surveillance and Health Promotion of the Istituto Superiore di Sanità (the National Institute of Health in Italy). In order to provide to the regional and local health authorities decision makers useful information on programmes performance and interventions monitoring was collected to improve appropriate prevention programmes in favour of elderly population. The aim of the surveillance is to assess the ability of the elderly to be a resource within their own family and social environment, to remain in good health, to utilize adequately health services and to protect themselves in a changing environment in order to draw up a profile of the over 64 population based on the three pillars of active aging set by the World Health Organization: participation, health and security. The scope of this report is to summarise and explain methods and findings of the two-year pilot project (2009-2010).

*Key words:* Training; Surveillance system; Active ageing

Si ringraziano: Antonio Cherubini (Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale/Sez. di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Perugia); Fiammetta Landoni (Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute); Angela Giusti, Susanna Lana, Valerio Occhiodoro e Paola Scardetta (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità).

Un ringraziamento particolare è rivolto a tutti i referenti regionali, coordinatori regionali, coordinatori aziendali, intervistatori che hanno partecipato alla realizzazione dell'indagine e il cui contributo è stato determinante per la buona riuscita della raccolta dati.

Per informazioni su questo documento scrivere a: [alberto.perra@iss.it](mailto:alberto.perra@iss.it)

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it).

Citare questo documento come segue:

Gruppo Tecnico di Coordinamento del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento, Luzi P (Ed.). *Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/9).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Fabrizio Oleari*  
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988 (serie: *Rapporti e congressi ISTISAN*)

Redazione: *Paola De Castro e Sandra Salinetti*  
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



**Istituto Superiore di Sanità**

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute  
(coordinamento tecnico)*

*Stefania Salmaso (Direttore)*

*Benedetta Contoli, Arianna Dittami, Alberto Perra, Luana Penna, Monica Vichi*

*Ufficio Relazioni Esterne*

*Rita Ferrelli*

**Azienda Sanitaria Locale Novara, Regione Piemonte**

*Servizio Sovrazonale di Epidemiologia*

*Maria Chiara Antoniotti*

**Azienda Unità Sanitaria Locale Modena, Regione Emilia-Romagna**

*Dipartimento di Sanità Pubblica, Servizio Epidemiologia e Comunicazione*

*Giuliano Carrozzi*

**Azienda Sanitaria Locale 1 Massa Carrara, Regione Toscana**

*Società della Salute Lunigiana*

*Amedeo Baldi*

**Azienda Sanitaria Locale 3 Pistoia, Regione Toscana**

*Unità Operativa Assistenza Sociale*

*Luciana Chiti*

**Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio**

*Dipartimento di Prevenzione e Tutela della Salute*

*Lilia Biscaglia*

**Azienda Sanitaria Locale 4 Terni, Regione Umbria**

*Dipartimento di Prevenzione, Unità Operativa di Epidemiologia, Biostatistica e Promozione della Salute*

*Marco Cristofori*

**Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza, Regione Calabria**

*Unità Operativa Epidemiologia e Statistica Sanitaria*

*Amalia De Luca*

**Ministero della Salute**

*Direzione Generale Prevenzione Sanitaria*

*Teresa Di Fiandra (referente PASSI d'Argento)*

*Lorenzo Spizzichino*



# INDICE

<b>Premessa</b> .....	vii
<b>Prefazione</b> .....	ix
<b>Introduzione</b> .....	1

## PRIMA PARTE

---

### **Metodi e approccio sperimentale per affrontare le problematiche dell'invecchiamento**

<b>Impatto sociale ed economico dell'invecchiamento di popolazione</b> .....	5
Bibliografia .....	6
<b>Politiche sull'invecchiamento e sorveglianza della popolazione ultra64enne</b> .....	7
Politiche sull'invecchiamento .....	7
Quadro di riferimento internazionale .....	7
Prospettiva europea .....	8
Alcune iniziative in Italia .....	10
Ruolo della sorveglianza di popolazione .....	13
Sorveglianza per lo sviluppo di politiche sul tema dell'invecchiamento .....	14
Sorveglianza per la valutazione di politiche e strategie di intervento .....	14
Sorveglianza per la <i>governance</i> del sistema .....	15
Bibliografia .....	15
<b>Promozione della salute e prevenzione della disabilità negli ultra64enni: la sperimentazione PASSI d'Argento</b> .....	18
Sfide dell'invecchiamento di popolazione e indicazioni del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione .....	18
Sperimentazione del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento .....	19
Obiettivi della sperimentazione PASSI d'Argento .....	21
Approccio di studio basato su abilità bio-socio-funzionali .....	21
Uso della nuova classificazione della popolazione ultra64enne ai fini operativi .....	23
PASSI d'Argento come strumento di sviluppo del sistema socio-sanitario .....	24
Bibliografia .....	24
<b>Approccio metodologico della sperimentazione PASSI d'Argento</b> .....	25
Sperimentazione pilota .....	25
Protocollo del progetto di sperimentazione .....	25
Popolazione in studio .....	26
Modalità di campionamento .....	26
Strumenti per la raccolta dei dati .....	27
Raccolta e inserimento dei dati .....	27
Analisi dei dati .....	27
Definizioni utilizzate .....	27
Formazione .....	28
Costituzione della comunità di pratica .....	29



Valutazione di processo.....	30
Diffusione dei risultati e comunicazione .....	31
Gruppo tecnico operativo o di coordinamento .....	31
Etica e privacy .....	31
In sintesi .....	32
Bibliografia .....	32
<b>Ruolo della comunicazione in PASSI d'Argento .....</b>	<b>34</b>
Definizione condivisa di comunicazione .....	35
Approccio comunicativo di riferimento utilizzato .....	35
Processo comunicativo: uno sviluppo continuo e continuamente in itinere .....	35
Target: una realtà variegata .....	36
Decisori .....	37
Livello nazionale .....	37
Livello regionale.....	37
Livello aziendale (ASL) .....	38
Comunicazione orientata ai target.....	38
Bibliografia di approfondimento .....	40
<b>Indicatori di processo per il monitoraggio della sperimentazione .....</b>	<b>42</b>
<b>Valutazione della sperimentazione.....</b>	<b>44</b>
Bibliografia .....	46

## **SECONDA PARTE**

---

### **Risultati della sperimentazione**

<b>Caratteristiche socio-demografiche .....</b>	<b>49</b>
Età e genere.....	49
Stato civile e cittadinanza.....	51
Livello di istruzione .....	52
Convivenza.....	52
Lavoro principale svolto nella vita.....	53
Difficoltà economiche .....	54
Distribuzione della popolazione.....	55
In sintesi .....	56
Bibliografia .....	57
<b>Essere risorsa e partecipare alla vita sociale.....</b>	<b>58</b>
Introduzione .....	58
Essere una risorsa per la famiglia, i conoscenti e la collettività .....	59
Essere una risorsa per la famiglia o per i conoscenti.....	61
Essere una risorsa per la collettività .....	63
Partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione .....	64
Partecipazione ad attività sociali .....	64
Partecipazione a corsi di cultura o formazione per adulti .....	65
In sintesi .....	66
Bibliografia .....	66

<b>Rimanere in buona salute</b> .....	67
Percezione dello stato di salute .....	67
Percezione dello stato di salute nei 4 sottogruppi .....	69
Percezione dei giorni in cattiva salute.....	70
Percezione dello stato di salute rispetto all'anno precedente .....	72
In sintesi .....	72
Bibliografia .....	73
Bibliografia di approfondimento.....	73
<b>Abitudine all'attività fisica</b> .....	74
Ultra64enni attivi fisicamente .....	74
Attività fisica svolta .....	75
In sintesi .....	77
Bibliografia .....	77
Bibliografia di approfondimento.....	78
<b>Stato nutrizionale e abitudini alimentari</b> .....	79
Stato ponderale.....	79
Consumo di frutta e verdura.....	80
In sintesi .....	81
Bibliografia .....	81
<b>Consumo di alcol</b> .....	83
Bevitori a rischio e consiglio di ridurre il consumo .....	83
In sintesi .....	84
Bibliografia .....	85
<b>Abitudine al fumo</b> .....	86
Fumatori e consiglio di smettere di fumare.....	87
In sintesi .....	87
Bibliografia .....	88
<b>Problemi di vista, udito e difficoltà masticatorie</b> .....	89
Problemi di vista .....	89
Problemi di udito.....	90
Difficoltà masticatorie.....	90
Cure odontoiatriche.....	91
In sintesi .....	92
Bibliografia .....	92
<b>Cadute</b> .....	94
Luogo della caduta .....	95
Lesioni e ricoveri .....	95
Paura di cadere e uso dei presidi anti-caduta.....	96
In sintesi .....	97
Bibliografia .....	97
<b>Sintomi di depressione</b> .....	99
Conseguenze dei sintomi depressivi sulla qualità della vita.....	100
Assistenza per i sintomi depressivi .....	101
In sintesi .....	101
Bibliografia .....	102

<b>Isolamento sociale</b> .....	103
In sintesi .....	105
Bibliografia .....	105
<b>Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato</b> .....	107
Conoscenza e uso di programmi di intervento e servizi sociali.....	107
Misure di prevenzione delle ondate di calore.....	108
Vaccinazione antinfluenzale .....	109
Visite e controlli dal medico di famiglia.....	110
Ricoveri ospedalieri .....	111
In sintesi .....	112
Bibliografia di approfondimento .....	112
<b>Attività della vita quotidiana</b> .....	113
Limitazioni nelle IADL.....	113
Limitazioni nelle ADL .....	113
Assistenza ricevuta.....	114
In sintesi .....	115
Bibliografia di approfondimento.....	115
<b>Pensione e attività che producono reddito</b> .....	116
Reddito percepito e proprietà della casa.....	116
In sintesi .....	118
Bibliografia di approfondimento .....	118
<b>Conclusioni</b> .....	119
 <b>APPENDICE</b>	
Materiale utilizzato nelle due indagini di sperimentazione PASSI d'Argento.....	123

## PREMESSA

PASSI d'Argento costituisce un altro passo in avanti per il nostro Paese nella costituzione di un gruppo di sorveglianze di popolazione, facendo seguito a PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) per la popolazione di 18-69 anni, OKkio alla Salute per la popolazione di bambini delle scuole primarie e *Health Behaviour in School – Aged Children* (HBSC) per i ragazzi delle scuole secondarie di primo grado.

In Italia la popolazione ultra64enne è eterogenea al suo interno, presentando bisogni distinti, cui corrispondono un ventaglio di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari altrettanto diversificati. Al contrario, si registra una generale mancanza di informazioni sistematiche e dettagliate sui bisogni della popolazione anziana che permetta di valutare la qualità dell'assistenza e di razionalizzare le risorse disponibili, anche al fine di contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione. Per questo il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) – su proposta del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) – ha appoggiato la Regione Umbria nella sperimentazione del sistema di sorveglianza e oggi ne coordina la sua messa a regime.

L'evidenza prodotta finora mostra che i problemi sono tanti e complessi: circa il 40% della popolazione ultra64enne presenta fattori di rischio comportamentali e sociali e nel 13% diverse forme di disabilità, ma vi sono anche ampi spazi d'azione da una parte per rallentare o arginare l'evoluzione verso la disabilità con la partecipazione degli ultra64enni, delle loro famiglie, delle amministrazioni locali e delle organizzazioni della società civile, e dall'altra per migliorare la qualità dell'assistenza e delle azioni di prevenzione.

Le informazioni prodotte permettono confronti fra diverse realtà locali e nel tempo all'interno della stessa area promettendo in tal modo, se il sistema verrà esteso su vasta scala nel nostro Paese, di indirizzare, monitorare e valutare il sistema integrato di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari a favore ultra64enni in un'ottica di continuità assistenziale.

Il CNESPS ha promosso l'elaborazione di questo rapporto tecnico che ha come obiettivo precipuo non (ancora) quello di fornire dati utili alla presa di decisioni nelle aziende sanitarie, ma soprattutto di descrivere tecniche e metodi, adottati e sperimentati nella sorveglianza di popolazione, allo scopo di essere di riferimento per gli operatori che nei prossimi mesi si adopereranno per la messa a regime di PASSI d'Argento nelle aziende sanitarie e nei distretti socio-sanitari.

Le pagine di questo rapporto, che auguriamo siano di fruttuosa lettura, saranno utilmente integrate dall'azione di un Gruppo Tecnico Operativo del progetto che negli anni a venire fornirà un supporto agli operatori, direttamente e attraverso una piattaforma web, al fine di facilitare il consolidamento della sorveglianza di popolazione della popolazione ultra64enne nel nostro Paese.

Stefania Salmaso

*Direttore*

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza  
e Promozione della Salute*



## PREFAZIONE

Questo rapporto riassume l'esperienza della prima fase di sperimentazione di un sistema di sorveglianza sulla qualità della vita delle persone anziane che poi, in linea con il "padre" dei Sistemi di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che riguarda la popolazione 18-69 anni, ha preso il nome di PASSI d'Argento.

La Regione Umbria ha raccolto la sfida di fare da capo-fila alla messa a punto e alla realizzazione di questa sperimentazione PASSI promossa dal CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie).

Naturalmente in questa avventura l'interlocutore principale per la parte scientifica e operativa è stato l'Istituto Superiore di Sanità attraverso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute e ovviamente il CCM per la parte di supporto istituzionale e finanziario.

Già dall'inizio l'intento è stato quello di non fermare la sperimentazione in Umbria ma di aprirla a tutte le Regioni che si fossero dichiarate disponibili. Oltre ogni aspettativa questa apertura ha prodotto nei due anni di sperimentazione e mediante due indagini in momenti diversi, l'adesione di 15 Regioni che hanno effettuato la rilevazione e analizzato i dati con la produzione di rapporti.

Tutto questo spero sarà veramente utile alla successiva messa a punto del sistema di sorveglianza a livello nazionale, la popolazione anziana è in progressivo aumento un po' in tutte le realtà nazionali e in questo momento storico è assolutamente essenziale intercettare in modo preciso i bisogni espressi da questo target che sicuramente è strutturalmente debole e necessita di cure e tutele adeguate. Il termine adeguato vuol dire corrispondente alla domanda di salute e di protezione, perciò le risorse che sono sempre più contratte devono essere indirizzate sui temi e sulle problematiche prioritarie ottimizzando l'offerta dei servizi e costruendo percorsi assistenziali e soprattutto di prevenzione e promozione della salute basati sulle evidenze che non sono solo quelle derivate dalla letteratura internazionale ma prodotte localmente e soprattutto rilevate e analizzate dagli operatori del territorio.

Mi auguro vivamente che questo rapporto rappresenti solamente un solido punto di partenza per la prossima sperimentazione e che infine questo strumento rappresenti un sistema di rilevazione necessario per la programmazione sociale e sanitaria di ogni Regione, con dati importanti e soprattutto confrontabili.

Quindi è con questo auspicio che auguro un buon lavoro a tutti coloro che saranno impegnati per i prossimi anni e, spero, in futuro per la messa a regime di PASSI d'Argento.

Marcello Catanelli  
*Direzione Sanità e Servizi sociali - Regione Umbria*  
*Responsabile scientifico della sperimentazione*  
*PASSI d'Argento*



## INTRODUZIONE

Il presente rapporto è composto principalmente di due parti che presentano e descrivono il lavoro svolto nei due anni di sperimentazione del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento:

- *Prima parte*  
“*Metodi e approccio sperimentale per affrontare le problematiche dell'invecchiamento*”  
Presenta il problema dell'invecchiamento attivo a livello europeo e italiano, le strategie attuate negli ultimi anni per affrontarlo e l'aspetto metodologico e innovativo che caratterizza il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento per la popolazione con 65 anni e più.
- *Seconda parte*  
“*Risultati della sperimentazione*”  
Riporta i risultati ottenuti analizzando i dati raccolti attraverso le interviste effettuate durante la sperimentazione. I risultati sono suddivisi per tematica, oggetto di indagine e approfondimento nel sistema di sorveglianza.

Nella parte finale del rapporto vi sono allegati il materiale e gli strumenti utilizzati.





**PRIMA PARTE**  
**Metodi e approccio sperimentale**  
**per affrontare le problematiche dell'invecchiamento**



## IMPATTO SOCIALE ED ECONOMICO DELL'INVECCHIAMENTO DI POPOLAZIONE

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale. Secondo la *World Health Organization* (WHO) (che gli ha dedicato un'intera sezione sul suo sito <http://www.who.int/topics/ageing/en>), in quasi tutti i Paesi del mondo la proporzione di persone con più di 60 anni sta aumentando più velocemente delle altre fasce di età.

Le previsioni delle Nazioni Unite (1) indicano che nel 2050 le persone con più di 60 anni saranno quasi 2 miliardi (oltre il triplo rispetto al 2005) e rappresenteranno circa un quarto (22%) della popolazione mondiale. In particolare, nei 27 Paesi dell'Unione europea, è previsto un aumento vertiginoso della popolazione ultra64enne che, nei prossimi 40 anni, è destinata a raddoppiare passando dai quasi 87 milioni di persone a circa 148 milioni di persone (2).

Il numero sempre crescente di ultra64enni costituisce, come indicato dalla WHO (3), “un trionfo ed una sfida per la nostra società”. Un trionfo perché le persone vivono meglio e più a lungo rispetto al passato: il miglioramento delle condizioni generali di vita, unito al declino dei tassi di fertilità, spiega infatti l'invecchiamento della popolazione che, in alcuni Paesi tra cui l'Italia, è particolarmente rilevante per entità e velocità del fenomeno. Allo stesso tempo, l'invecchiamento di popolazione è un fenomeno che apre la strada a nuove sfide di ordine sociale, culturale ed economico. Sono necessari riassetti del mondo del lavoro, dei sistemi previdenziali ed economico-sociali per far fronte ai bisogni emergenti delle società che “progrediscono in età”.

Nel panorama mondiale ed europeo l'Italia continua ad essere uno dei Paesi con la maggiore proporzione di ultra64enni. Ad oggi, questi costituiscono circa il 20% della popolazione residente (una persona su cinque ha più di 64 anni) e nel 2051 costituiranno il 33% (una persona su tre avrà più di 64 anni). Con l'invecchiare della popolazione, cresceranno anche gli ultra 84enni, dal 2,3% al 7,8% del totale (4). Nel futuro, si prevede un ulteriore aumento della speranza di vita, più consistente per gli uomini, anche se di tenore non superiore a quello registrato nell'ultimo trentennio. Nel periodo 2010-2051, ci si aspetta, infatti, un aumento della durata media della vita di quasi 6 anni per gli uomini e di poco più di 5 anni per le donne: secondo le previsioni la vita media passa da circa 79 anni a quasi 85 anni per gli uomini e da circa 84 anni a quasi 90 anni per le donne. Questa evoluzione si traduce anche in un aumento dell'aspettativa di vita “in buona salute” o senza disabilità per le persone con più di 64 anni (5).

In prospettiva, anche il rapporto tra persone con più di 64 anni e persone fino a 14 anni di età è destinato ad aumentare nel nostro Paese. L'indice di vecchiaia (calcolato come rapporto tra persone con più di 64 anni e persone fino a 14 anni di età), oggi pari a circa 142 persone ultra64enni ogni 100 persone fino a 14 anni, si prevede che aumenti in futuro in progressione aritmetica, fino a pervenire, nel 2051 a 239% (6).

Questa evoluzione demografica pone molte questioni importanti in relazione alla sostenibilità dei sistemi socio-sanitari che devono far fronte ad un aumento delle richieste di servizi e prestazioni di cura, soprattutto di *long-term care* o assistenza continuativa legati alle condizioni di disabilità. Quest'ultima continua ad essere un fenomeno particolarmente rilevante tra gli ultra64enni. Secondo le ultime stime, in Italia la disabilità interessa oltre 2,6 milioni di persone che, per circa l'80% hanno più di 65 anni. Valori decisamente più alti sono raggiunti dopo gli 80 anni di età, quando il 44% della popolazione non ha più autonomia funzionale (7). Gli aspetti più evidenti del problema riguardano il carico assistenziale e la situazione di disagio che la persona e i *caregiver* vivono con riferimento allo svolgimento di compiti di cura gravosi, alla necessità di interventi socio-sanitari, agli investimenti necessari per permettere alla persona

con disabilità di rimanere nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile. A ciò si aggiunge che la difficile conciliazione tra tempi di cura e di lavoro per i *caregiver*, specie nelle società europee in cui l'aumento dei tassi di occupazione femminile e il modificarsi della struttura delle famiglie (8), suggerisce nel prossimo futuro la riduzione delle risorse di cura informali disponibili.

Alla luce di quanto evidenziato appare chiaro come l'invecchiamento della popolazione stia diventando sempre più un tema in primo piano nell'agenda politica, sia a livello internazionale che nazionale. Oggi più che mai, è fondamentale cogliere le opportunità e le sfide di questa trasformazione sociale, rivedendo modelli culturali, sociali ed economici.

## Bibliografia

1. Department of Economic and Social Affairs - Population Division. *Population Ageing 2006*. New York: United Nations; 2006.
2. Giannakouris K. Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. *Eurostat* 2008;72:1-12. Disponibile all'indirizzo: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF); ultima consultazione 18/03/13.
3. World Health Organization. *Active ageing: a policy frame work*. Geneva: WHO; 2002. (WHO/NMH/NPH/02.8). Disponibile all'indirizzo: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf); ultima consultazione 18/03/13.
4. Istituto Nazionale di Statistica. *Previsioni della popolazione: anni 2007-2051. Popolazione per età*. Roma: ISTAT. 1999-2008. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev/index.html?lingua=ita>; ultima consultazione 18/03/13.
5. Istituto Nazionale di Statistica. *Indicatori socio-sanitari regionali: speranza di vita, speranza di vita in buona salute, speranza di vita libera da disabilità*. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione 18/03/13.
6. Istituto Nazionale di Statistica. *Previsioni della popolazione: anni 2007-2051. Indicatori*. Roma: ISTAT. 1999-2008. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev/index.html?lingua=ita>; ultima consultazione 18/03/13.
7. Istituto Nazionale di Statistica. *La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale*. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: [http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513\\_00/arg\\_09\\_37\\_la\\_disabilita\\_in\\_Italia.pdf](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf); ultima consultazione 18/03/13.
8. Eurostat. *EU integration seen through statistics*. Luxembourg: Publications of the European Union; 2006; Disponibile all'indirizzo: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-71-05-691/EN/KS-71-05-691-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-71-05-691/EN/KS-71-05-691-EN.PDF); ultima consultazione 18/03/13.

# POLITICHE SULL'INVECCHIAMENTO E SORVEGLIANZA DELLA POPOLAZIONE ULTRA64ENNE

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale che interessa quasi tutti i Paesi del mondo, producendo trasformazioni di natura economica, sociale e culturale. Negli ultimi anni, sono state sviluppate numerose politiche a livello internazionale che considerano l'invecchiamento demografico come un processo che riguarda tutte le fasi della vita (*life-course approach*), interessando la società nel suo complesso e senza differenze di età. Ciò ha comportato un profondo cambiamento nella definizione stessa di età anziana. A oggi, l'approccio culturale, necessario alla definizione di nuove politiche sull'invecchiamento, porta a superare il concetto di "anziano" come persona fragile e solo da assistere. La persona di età più avanzata è invece considerata come una risorsa attiva per la società civile. In questo modo le persone anziane non costituiscono più target passivi di politiche e interventi di carattere prevalentemente assistenziale, ma l'intera società è coinvolta in un processo di riforme tese a favorire quello che, nella definizione della WHO, è indicato come invecchiamento attivo o *active ageing*.

Per invecchiamento attivo s'intende il processo volto a ottimizzare le opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane. Il termine "attivo" si riferisce alla partecipazione continua agli affari sociali, economici, culturali, spirituali e civici e non solo alla capacità di essere fisicamente attivi o di partecipare alla forza lavoro.

Le *best practice* nel campo dell'invecchiamento di popolazione dimostrano che una strategia adeguata di invecchiamento attivo si costruisce su una pluralità di politiche integrate (occupazionali, previdenziali, abitative, socio-sanitarie, ecc.), capaci di considerare le molteplici dimensioni e conseguenze dell'invecchiamento di popolazione.

Nelle pagine seguenti saranno prese in considerazione alcune significative politiche e strategie sull'invecchiamento sviluppate negli ultimi anni, a livello internazionale ed europeo. Si procederà quindi all'analisi degli assetti istituzionali e dei diversi soggetti che, nel nostro Paese, sono coinvolti nello sviluppo di politiche e azioni a favore degli anziani. Allo stesso tempo, saranno prese in considerazione alcune esperienze di promozione dell'invecchiamento attivo condotte presso alcune Regioni italiane. Infine, saranno illustrate le opportunità offerte, anche nel nostro Paese, da un sistema di sorveglianza della popolazione ultra64enne per lo sviluppo di politiche e strategie di invecchiamento attivo.

## Politiche sull'invecchiamento

### Quadro di riferimento internazionale

L'invecchiamento di popolazione è al centro dell'agenda politica internazionale. Il carattere globale e le enormi implicazioni del fenomeno richiedono risposte coordinate da parte dei vari Stati, al fine di promuovere politiche intersettoriali che riguardano un ampio spettro di questioni sociali ed economiche.

Nel contesto delle Nazioni Unite, al tema dell'invecchiamento sono state dedicate due assemblee mondiali. La prima "Assemblea mondiale sull'invecchiamento", che si è svolta a Vienna nel 1982, ha richiamato per la prima volta l'attenzione di tutti i Paesi sul tema

dell'invecchiamento di popolazione. Vent'anni dopo, nella seconda "Assemblea mondiale delle Nazioni Unite sull'invecchiamento", che si è tenuta a Madrid nell'aprile 2012, è stato approvato un Piano internazionale d'azione (2) mirante a favorire ovunque un invecchiamento in dignità e sicurezza e a promuovere la partecipazione dei cittadini ultra64enni alla vita culturale, economica, politica e sociale. Il Piano d'azione, che è tuttora un riferimento per gli stati membri, è uno strumento di ausilio ai *policy maker* per mettere a fuoco le priorità legate al fenomeno dell'invecchiamento individuale e di popolazione.

In occasione dell'Assemblea di Madrid, la WHO ha diffuso un documento di indirizzo per lo sviluppo di politiche e strategie di *active ageing* o invecchiamento attivo. Il termine "attivo" si riferisce alla partecipazione continua agli affari sociali, economici, culturali, spirituali e civici e non solo alla capacità di essere fisicamente attivi o di partecipare alla forza lavoro.

Salute, partecipazione e sicurezza sono, nella definizione della WHO, i pilastri dell'invecchiamento attivo: un processo che riguarda tutte le fasi della vita (*life-course approach*), interessando la società nel suo complesso e senza differenze di età. Oltre alla salute e alla garanzia di adeguati servizi sociali e sanitari, la WHO ha evidenziato quindi l'importanza di altri fattori che favoriscono un invecchiamento attivo quali la partecipazione alla vita comunitaria e la sicurezza dell'affermazione dei propri diritti e necessità.

Nel 2006, le Nazioni Unite si sono pronunciate sul tema della disabilità, una condizione particolarmente rilevante tra gli ultra64enni. È stata approvata la "Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità" (3) che, all'articolo 25 "Salute", indica agli stati membri di fornire alle persone con disabilità, e in modo particolare a minori e anziani, "i servizi destinati a ridurre al minimo e a prevenire ulteriori disabilità", sottolineando quindi l'importanza delle iniziative di prevenzione della disabilità.

## Prospettiva europea

A seguito degli interventi delle Nazioni Unite, a livello europeo sono stati presentati diversi atti e documenti sul tema dell'invecchiamento. Nel settembre del 2002, la Commissione Economica delle Nazioni Unite per l'Europa (*United Nations Economic Commission for Europe*, UNECE) ha organizzato a Berlino una conferenza dei Paesi europei per approvare una strategia d'implementazione regionale del Piano internazionale d'azione sull'invecchiamento, presentato a Madrid (4).

Cinque anni più tardi, nel 2007, si è svolta a Leòn, in Spagna, la Conferenza ministeriale dell'UNECE (12) che aveva l'obiettivo di valutare i progressi nell'implementazione del Piano internazionale d'azione di Madrid. In questa occasione, la Conferenza ha adottato la dichiarazione "Una società per tutte le età: sfide e opportunità" (5). Sono stati messi a fuoco gli interventi più urgenti e indicati alcuni obiettivi quali: riconoscere meglio il contributo fornito dalla popolazione ultra64enne alla società, garantire le condizioni materiali del loro benessere, favorire la loro autonomia e la loro partecipazione, rafforzare la solidarietà tra le generazioni. Nel 2008, è stato pubblicato il rapporto italiano sull'implementazione del Piano d'azione di Madrid (6).

Oltre agli interventi dell'UNECE, a partire dagli anni '90, si è registrata una crescente attenzione al tema dell'invecchiamento di popolazione da parte dell'attuale Unione Europea. Per comprendere gli indirizzi politici dell'Unione in tema di invecchiamento è fondamentale tener conto della "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea" (7) che, nelle disposizioni relative agli anziani (articolo 25), afferma il loro diritto a "partecipare alla vita sociale e culturale". I diritti degli anziani sono stabiliti nella Carta come un diritto alla parità, derivanti dalla non discriminazione per motivi di età.

Se da un lato le politiche e le strategie sull'invecchiamento rimangono di competenza dei singoli Stati, nel tempo sono state sempre più numerose le occasioni di confronto sul tema dell'invecchiamento promosse attraverso quegli strumenti, detti di *soft law*, quali comunicazioni, libri bianchi e altri provvedimenti di indirizzo. Si tratta di strumenti utilizzati dagli organismi comunitari, in *primis* dalla Commissione europea per coinvolgere gli stati membri nella definizione di obiettivi e prassi comuni in risposta al fenomeno di invecchiamento della popolazione.

Un tema di particolare interesse da parte dell'Unione Europea è quello che riguarda specificamente la capacità dei sistemi socio-sanitari di far fronte al mutamento delle esigenze di cura della popolazione in un regime di sostenibilità e tenuta finanziaria di medio e lungo periodo. Nel dicembre 2001 la Commissione europea ha posto con una comunicazione (8) il problema dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza agli anziani. I sistemi sanitari nazionali devono, infatti, fronteggiare alcuni fenomeni quali l'aumento della speranza di vita, il cambiamento delle strutture familiari, il rapido sviluppo delle tecnologie per il trattamento e le crescenti esigenze dei consumatori di assistenza sanitaria. La Commissione individua tre obiettivi comuni: l'assistenza sanitaria e l'assistenza agli anziani accessibile a tutti, il miglioramento della qualità delle cure e garantire la sostenibilità finanziaria a lungo termine dei sistemi di assistenza. Essa raccomanda agli Stati membri lo scambio di esperienze come strumento di valutazione delle politiche e delle riforme e l'identificazione delle migliori prassi.

A seguito di questa comunicazione, nel 2003, è stata presentata al Consiglio europeo di Bruxelles una relazione specifica sul tema della Salute e dell'assistenza, dal titolo "Sostenere le strategie nazionali per il futuro dei servizi sanitari e l'assistenza agli anziani" (9).

Nel contesto della nuova "Agenda sociale rinnovata" per il periodo 2008-2010 (10), la Commissione ha adottato il Libro verde dal titolo "Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici" (11) mirante ad avviare una discussione sulle sfide aperte dall'invecchiamento della popolazione al fine di gestire, a livello europeo, le conseguenze di questa evoluzione demografica. Il Libro verde tratta, in particolare, aspetti riguardanti le politiche del lavoro e previdenziali. Tuttavia, tra le componenti chiave individuate dalla Commissione sono menzionate anche "la lotta all'esclusione sociale e alle forme di discriminazioni specie quelle legate all'età" e "lo sviluppo della ricerca in campo medico e sociale per favorire un invecchiamento sano ed elaborare nuovi strumenti sanitari".

Nel Libro bianco "*Health Strategy 2008-2013*" (12), la Commissione europea indica come primo obiettivo quello di "Promuovere la buona salute in un'Europa che invecchia". In questo documento si sottolinea l'importanza di un approccio intersettoriale che porti a considerare "la Salute in tutte le politiche". È ormai consolidata, infatti, l'idea che l'invecchiamento di popolazione, oltre a riguardare le politiche per la Salute, sia un tema centrale nello sviluppo di tutte le politiche europee.

A livello europeo si segnala l'azione delle organizzazioni non governative anche nell'ambito dello sviluppo di politiche sull'invecchiamento. Già nel 1999, la Comunicazione della Commissione europea "Verso un'Europa di tutte le età: promuovere la prosperità e la solidarietà" (13) sottolineava la necessità di porre una maggiore attenzione sulla questione dell'invecchiamento e di "utilizzare pienamente il supporto fornito dalle organizzazioni intergovernative e non governative, comprese le associazioni dei pensionati e quelle delle persone anziane". Gli stessi anziani sono, infatti, spesso già molto attivi nell'ambito delle organizzazioni non governative in particolare quelle impegnate in attività di volontariato all'interno delle comunità locali.

Il 2012 è stato dichiarato "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà intergenerazionale" (14) anche grazie all'azione di un network denominato "AGE" costituito da 150 organizzazioni diversamente impegnate nella difesa dei diritti degli anziani (15). Secondo



queste organizzazioni, una maggiore solidarietà tra le generazioni può avere un ruolo chiave nello sviluppo di risposte eque e sostenibili alle grandi sfide economiche e sociali che l'Unione Europea si trova ad affrontare. Una maggiore solidarietà significa anche una più equa redistribuzione delle risorse, maggiore condivisione delle responsabilità e più ampia partecipazione e cooperazione tra le generazioni in tutti gli ambiti sociali ed economici. Inoltre, le organizzazioni fanno appello alle autorità pubbliche, alle istituzioni europee e agli Stati membri affinché sia elaborato un piano d'azione europeo su base decennale per sviluppare un modello sociale che includa tutte le generazioni e sia sostenibile nel lungo termine.

## **Alcune iniziative in Italia**

Anche in Italia sono state sviluppate diverse politiche e strategie in risposta alle tendenze recenti dell'invecchiamento di popolazione. In questo ambito, un tema di grande rilievo è sicuramente quello riguardante le politiche nazionali e regionali di assistenza continuativa. Si tratta di politiche che si inseriscono per destinatari, finalità e obiettivi nell'ambito delle linee di indirizzo elaborate dall'Unione Europea per far fronte ai bisogni socio-sanitari complessi della popolazione ultra64enne (16).

In anni più recenti, accanto a politiche e interventi di carattere prettamente assistenziale, si moltiplicano le strategie che, soprattutto a livello regionale e locale, promuovono una concezione di invecchiamento attivo con lo sviluppo di politiche integrate secondo una logica di "piano regolatore sociale". Il nostro Paese è peraltro contraddistinto da un assetto giuridico-istituzionale, caratterizzato dalla storica separatezza tra settore "sociale" e "sanitario", che influisce sullo sviluppo delle politiche socio-sanitarie in genere e, in particolare, su quelle destinate alla popolazione ultra64enne. Ciò determina una situazione estremamente diversificata tra le diverse realtà regionali sotto il profilo degli assetti organizzativi, del livello di servizi erogati, delle stesse politiche e delle strategie messe in campo per fronteggiare i problemi relativi alla salute e al benessere della popolazione, con particolare riguardo alle persone ultra64enni. Si evidenziano realtà ancora contraddistinte da difficoltà e potenzialità inesprese, accanto a realtà che invece si sono spinte nell'adozione di modelli avanzati.

In questa cornice generale, è sempre più marcato l'emergere di modelli territoriali (regionali) di regolazione e di *governance* delle politiche a favore della popolazione ultra64enne.

Di seguito sono presentati sinteticamente gli orientamenti regionali in tema di politiche e strategie per l'invecchiamento attivo sviluppati in due Regioni italiane: Liguria ed Emilia-Romagna. Nelle pagine successive, saranno descritte alcune strategie che, ai vari livelli d'intervento, sono state formulate rispetto al tema dell'assistenza continuativa agli ultra64enne non autosufficienti.

## **Invecchiamento attivo in Liguria**

Secondo l'ISTAT, la Liguria è la Regione italiana dove complessivamente è maggiore l'incidenza delle persone ultra64enni: l'indice di vecchiaia è pari a 236,1 vs il valore nazionale di 142,8 (17).

La Regione Liguria, nel 2006, ha adottato la legge n. 12 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari" e il relativo "Piano Sociale Integrato Regionale 2007-2010" (18) compiendo un importante passo verso l'integrazione delle politiche e dei servizi. Tra questi assumono priorità gli interventi rivolti alle persone non autosufficienti e gli interventi volti a favorire l'invecchiamento attivo della popolazione. Il Piano prevede che i soggetti istituzionali incaricati dell'attuazione del Piano, ossia gli Ambiti territoriali sociali, le Province e i Distretti socio-sanitari, collaborino tra loro per costruire una rete integrata d'offerta di interventi per

l'invecchiamento attivo, anche in collaborazione con fondazioni ed enti del terzo settore. Gli interventi da attuare individuati dal Piano riguardano soprattutto alcune aree quali la promozione della partecipazione, la solidarietà inter-generazionale, l'educazione alla Salute.

Più recentemente la Liguria si è dotata di una legge regionale di "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo" (19) al fine di dare seguito e concretezza a quanto stabilito nel Piano. Come indicato nell'articolo 1 (Finalità) la legge "promuove e sostiene politiche a favore degli anziani, per favorire un invecchiamento attivo capace di valorizzare ogni persona come risorsa, rendendola protagonista del proprio futuro". Un'ulteriore finalità riguarda il contrasto a "tutti i fenomeni di esclusione e discriminazione verso le persone anziane, sostenendo azioni che rimuovano gli ostacoli ad una piena inclusione sociale".

La Regione persegue le finalità di questa legge mediante la programmazione, in favore delle persone ultra64enni, di interventi coordinati che riguardano soprattutto alcuni ambiti quali: la protezione e promozione sociale, il lavoro, la formazione permanente, la cultura e il turismo sociale, lo sport e il tempo libero.

### **Invecchiamento attivo in Emilia-Romagna**

Di fronte al fenomeno dell'invecchiamento di popolazione, la Regione Emilia-Romagna ha adottato misure per il coordinamento delle politiche e delle strategie a favore degli ultra64enni. Tale approccio intersettoriale è in linea con lo sviluppo di interventi di promozione dell'invecchiamento attivo.

Nel novembre del 2004 è stato approvato con Delibera di Giunta regionale n. 2299 il Piano di Azione Regionale (PAR) per la popolazione anziana (20). Il Piano è essenzialmente uno strumento integrato e, quindi, non appartiene ad alcuna area specifica della programmazione regionale (ad esempio il Piano Sociale e Sanitario o i Piani di Zona), ma delinea obiettivi e sinergie per lo sviluppo integrato di tutte le politiche. Esso è stato concepito come una novità d'approccio intersettoriale capace di aiutare tutti gli attori (istituzioni, organizzazioni sindacali e terzo settore) a comprendere meglio come migliorare le politiche pubbliche e del privato sociale verso la popolazione ultra64enne e garantire a tutti la fruizione dei diritti in tutte le fasi della vita, realizzando l'obiettivo di "Una Società per tutte le età". La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento (21) è stata indicata come uno strumento essenziale per la pianificazione e la valutazione degli interventi attuati nella cornice del PAR.

Tra le iniziative effettuate si segnala la ricognizione delle politiche di settore rivolte agli ultra64enni in ambiti molto diversi che includono: cultura, formazione e educazione degli adulti, distribuzione commerciale, pianificazione dei trasporti, sistema dei trasporti pubblici, nuove tecnologie, pari opportunità, qualità urbana, politiche sociali e sanitarie, formazione e aggiornamento degli operatori, sicurezza, sport e attività motorie, agricoltura, sviluppo economico, turismo. L'obiettivo di questa ricognizione "è il processo che la rendicontazione sociale genera, basato sul confronto, sulla collaborazione reciproca tra soggetti diversi e sulla condivisione delle politiche e degli interventi che hanno impatto sulla qualità della vita."

### **Assistenza continuativa agli ultra64enni non autosufficienti**

L'invecchiamento della popolazione comporta un aumento delle forme di disabilità, di cronicizzazione delle malattie e, più in generale, della perdita di autosufficienza con conseguente incremento della domanda di assistenza e cura di lungo periodo (*long term care*).

In passato le soluzioni erano individuate all'interno della famiglia, secondo il tipico modello di welfare familistico che connota la realtà nazionale italiana; oggi tale soluzione non è più sostenibile per il maggiore impegno delle donne nel mercato del lavoro, al di fuori della

famiglia, e per l'indebolimento del tessuto familiare e parentale. Le famiglie, pertanto, ricorrono sempre più frequentemente al "mercato delle badanti" anche attraverso canali sommersi.

Il ricorso da parte delle famiglie ai servizi e agli interventi offerti dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e dai Comuni, anche attraverso rapporti di convenzione con soggetti privati profit e non-profit, costituisce, infatti, solo una parte della spesa per l'assistenza a cui si aggiunge la spesa sociale "privata" che, secondo dati 2010 dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) sarebbe pari al 2,1% del PIL.

A questo dato si aggiunge, per le caratteristiche di frammentarietà del nostro sistema socio-sanitario, una marcata separazione degli interventi tra i vari livelli di governo (22) per cui, nel quadro attuale:

- il *livello nazionale* si occupa delle agevolazioni fiscali e di finanziare l'indennità di accompagnamento;
- il *livello regionale* è sostanzialmente responsabile delle politiche sanitarie che si connettono alle politiche per la non autosufficienza;
- il *livello locale* resta responsabile degli interventi socio-assistenziali e di sostegno al reddito.

A livello nazionale, l'indennità di accompagnamento nasce come strumento di una politica nazionale di assistenza continuativa (23). In realtà, la gestione pratica dell'indennità di accompagnamento prevede una gestione da parte delle Regioni attraverso specifiche commissioni di valutazione territoriale incorporate nelle ASL. Si tratta di commissioni che effettuano una valutazione e una certificazione del bisogno in base a criteri regolativi definiti dal livello nazionale. Nonostante la gestione "localizzata" della misura non esista alcun coordinamento o connessione tra questa misura e le politiche implementate dagli enti locali.

Il secondo livello di intervento nell'ambito delle politiche di assistenza agli anziani riguarda invece il sistema sanitario che vede le Regioni responsabili del finanziamento e dell'organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera, dei servizi sanitari, e dei servizi integrati di assistenza domiciliare e residenziale per le persone anziane non autosufficienti.

Il terzo livello di intervento nelle politiche e strategie di assistenza agli anziani non autosufficienti riguarda il settore dei servizi sociali, la cui responsabilità in termini programmatori e gestionali, è in capo agli enti locali e in particolare ai Comuni che, in generale, anche nel caso degli interventi agli anziani, dispongono di un'ampia discrezionalità nella programmazione e attuazione delle politiche socio-assistenziali, che deve tener conto delle effettive disponibilità di risorse degli enti locali.

Le principali criticità nell'assistenza continuativa risiedono nell'elevata differenziazione dei livelli di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e nella mancanza di livelli "essenziali" per le prestazioni sociali.

A queste criticità si aggiunge l'uso di definizioni diverse di non autosufficienza per cui le norme nazionali accertano l'"invalidità civile" o del lavoro con valutazioni di tipo assicurativo legate alla capacità di deambulare e compiere gli atti della vita quotidiana; la non autosufficienza accertata dalle Regioni verifica prevalentemente autonomia, stato di salute e condizioni socio-economiche; l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) definisce "anziano non autosufficiente" un individuo in età anziana, in stato di invalidità permanente o affetto da malattia cronica, con conseguente riduzione dell'autonomia personale tale da richiedere l'aiuto di altre persone in modo continuo o per svolgere funzioni importanti della vita quotidiana (24). Anche quello della definizione rappresenta un ostacolo reale nello sviluppo di un modello di integrazione socio-sanitaria-assistenziale. Come indicato recentemente nel Libro verde sul futuro del modello sociale "La vita buona nella società attiva" (25), lo sviluppo della integrazione tra i molteplici servizi sul territorio è un punto cruciale. Tale integrazione richiede un monitoraggio continuo, sia riguardo agli investimenti effettuati per offrire sostegni alla persona, sia rispetto alla qualità dei risultati ottenuti, che devono essere sintetizzati attraverso

degli indicatori obiettivi che muovono da una definizione univoca e condivisa di non autosufficienza e disabilità. A tal proposito si segnala la recente Legge 18/2009 (26) di ratifica della “Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità”. La Convenzione delle Nazioni Unite pone al centro del sistema il cittadino con disabilità e la sua famiglia, nella loro interazione con l’ambiente sociale e le istituzioni. In tale ottica acquista sempre maggior rilievo una definizione di disabilità basata sul modello interattivo bio-psico-sociale proposto dalla WHO con la *International classification of functioning, disability and health* (27). L’uso di tale classificazione è volta infatti al superamento di assistenza (intesa come l’insieme degli interventi compensativi e sostitutivi rispetto alle limitazioni nelle attività dell’individuo), bensì alla promozione di un processo integrato socio sanitario che agisca su due elementi, sia sulla persona che sull’ambiente in cui questa vive.

### **Contributo delle organizzazioni non governative**

Anche in Italia sono presenti numerose associazioni non governative che offrono il loro contributo per l’elaborazione di politiche e strategie a favore della popolazione ultra64enne. Tra queste si segnalano AUSER, Caritas, il Centro Maderna e l’associazione *Ageing Society* – Osservatorio della Terza Età.

Il Centro Maderna è una cooperativa sociale che si occupa di documentazione, formazione e ricerca sulla condizione anziana, allo scopo di fornire un valido supporto formativo e informativo al lavoro degli operatori del settore e di promuovere e diffondere una “cultura dell’anzianità attiva”.

*Ageing Society* – Osservatorio Terza Età è invece un’associazione che ha lo scopo di contribuire allo sviluppo delle conoscenze scientifiche e all’ottimizzazione delle strategie sociali e politiche necessarie per affrontare il fenomeno dell’invecchiamento di popolazione.

Accanto a queste associazioni è presente un universo di organizzazioni che, soprattutto a livello locale, si muovono per favorire lo sviluppo e la realizzazione di interventi di promozione dell’invecchiamento attivo e di difesa dei diritti delle persone ultra64enni. Non è semplice fare un quadro completo delle realtà di questo tipo esistenti in Italia. Nondimeno appare chiaro come, nella definizione delle politiche di invecchiamento attivo, sarà sempre più importante in futuro tener conto di queste organizzazioni, che contribuiscono a far cogliere, anche in Italia, le opportunità e le sfide dell’invecchiamento di popolazione.

## **Ruolo della sorveglianza di popolazione**

L’invecchiamento attivo è un concetto multidimensionale che, per essere reso effettivo, richiede il passaggio da politiche e strategie di settore a politiche e strategie maggiormente integrate e capaci di tener conto dei vari ambiti d’intervento: dalla formazione all’organizzazione del mondo del lavoro, dalla tutela e promozione della salute a questioni riguardanti la formazione ed educazione degli adulti, la sicurezza, l’organizzazione dei trasporti e la qualità urbana. Per far questo è necessario coinvolgere un numero molto elevato di stakeholder, tenendo conto della molteplicità di bisogni della popolazione ultra64enne.

In tale contesto, la sorveglianza di popolazione assume diverse funzioni in quanto:

- è uno strumento utile per lo sviluppo di politiche sul tema dell’invecchiamento (*evidence based policy*);
- fornisce indicazioni sulla penetrazione ed efficacia degli interventi e pertanto può essere di ausilio nella valutazione delle politiche e delle strategie di intervento;
- favorisce la *governance* del sistema.

## Sorveglianza per lo sviluppo di politiche sul tema dell'invecchiamento

Negli ultimi anni, è sempre più forte la spinta ad “allineare” le politiche pubbliche, in particolare quelle socio-sanitarie, alle evidenze scientifiche, e sono disponibili diverse esperienze a riguardo (28). In particolare, la sorveglianza di popolazione costituisce una fonte di informazioni per la formulazione di politiche riguardanti le cosiddette patologie croniche (29). Si tratta di patologie che aumentano al progredire dell'età e in cui entrano in gioco i cosiddetti determinanti modificabili di Salute, quelli cioè che sono suscettibili di essere corretti e trasformati, come gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita.

In Europa, la WHO ha emanato per il periodo 2008-2013, un “Piano d'azione per una strategia globale di prevenzione e controllo delle patologie croniche” (30), seguito da un piano di implementazione della strategia per il periodo 2012-2016 (31). In questi documenti la WHO assegna un ruolo fondamentale alla sorveglianza come strumento capace di fornire dati affidabili sui problemi di salute, i loro determinanti, la percezione dei cittadini, la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute, in particolare con informazioni “disaggragate sui determinanti sociali”. La sorveglianza di popolazione consente, infatti, di stimare in una popolazione il peso di tali determinanti, soprattutto quelli per i quali sono disponibili interventi di provata efficacia, e per questo diventa uno strumento utile per informare le politiche e le strategie di intervento riducendo il peso delle patologie croniche sul sistema sanitario nazionale e sulla società.

## Sorveglianza per la valutazione di politiche e strategie di intervento

Per misurare il contributo di più politiche e strategie specifiche all'obiettivo generale dell'invecchiamento attivo, i decisori politici e i programmatori sono chiamati a definire gli strumenti necessari a valutare una combinazione di politiche (*policy mix*) miranti a raggiungere un unico obiettivo. L'attenzione è posta sui risultati e sugli output, cioè sull'effettiva implementazione delle politiche di invecchiamento attivo attraverso una serie di programmi e progetti (32).

La sorveglianza di popolazione è uno degli strumenti utili a valutare la complessità delle possibili combinazioni di politiche e strategie. Una sorveglianza di popolazione, che sia effettivamente “completa” deve cogliere, infatti, diversi fenomeni simultaneamente. Tali fenomeni possono essere “misurati” attraverso diversi indicatori (33) che, per convenienza, possono essere distinti in indicatori che descrivono:

- livello di salute (*health indicator*);
- rischi di salute (*risk indicator*);
- interventi messi in atto (*intervention indicator*).

Gli indicatori di rischio possono direttamente esitare in cambiamenti nei trend di salute, e gli interventi possono direttamente o indirettamente (attraverso i loro effetti sull'esposizione al rischio) esitare in cambiamenti di salute. Per questo motivo, un sistema di monitoraggio continuo sugli indicatori di rischio e di intervento può aiutarci a prevedere dei cambiamenti nei trend di salute e permette di identificare problemi di salute emergenti (*early warning*). Interventi efficaci determineranno quindi dei cambiamenti sia nelle esposizioni al rischio (*risk exposure*) che negli esiti di salute (*health outcome*). Per valutare i cambiamenti prodotti da politiche di larga scala, che possono manifestare i loro effetti dopo lunghi periodi, è fondamentale utilizzare dei sistemi istituzionalizzati di monitoraggio dei fenomeni in analisi.

## Sorveglianza per la *governance* del sistema

Ad oggi, in Italia, alcune tematiche come quella previdenziale sono prerogativa del livello nazionale mentre ve ne sono altre, soprattutto relative alla salute e alla tutela del benessere sociale delle persone, sulle quali il ruolo delle Regioni e degli altri enti locali sta diventando sempre più rilevante. Un sistema di sorveglianza della popolazione ultra64enne può favorire il raccordo tra questi diversi livelli di governo favorendo forme di coordinamento e cooperazione tra le istituzioni, i diversi livelli territoriali e i soggetti locali coinvolti. In quest'ottica la sorveglianza è uno strumento di *governance*. La sorveglianza favorisce, infatti, la messa in atto di modalità di programmazione e valutazione integrate tra i diversi soggetti chiamati ad implementare politiche e strategie di intervento per l'invecchiamento attivo. Questa integrazione assume le forme di modalità di collaborazione inter-istituzionale, di documenti di programmazione o di pianificazione strategica integrata. In particolare, la sorveglianza sulla popolazione ultra64enne può favorire lo sviluppo di forme di coordinamento e reale integrazione tra i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali che, a livello locale, si occupano di interventi a favore di questa fascia di popolazione.

## Bibliografia

1. United Nations. *Report of the Second World Assembly on Ageing. Madrid, 8-12 April 2002*. New York: United Nations; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.un-ngls.org/orf/pdf/MIPAA.pdf>; ultima consultazione 18/03/13.
2. United Nations. *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. Second World Assembly on Ageing. Madrid, 8-12 April 2002*. New York: United Nations; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://social.un.org/index/Portals/0/ageing/documents/Fulltext-E.pdf>; ultima consultazione 9/7/13.
3. United Nations. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>; ultima consultazione 28/03/13.
4. United Nations Economic Commission for Europe. *Regional Ministerial Conference on Ageing will review 10 years of implementation of Madrid International Plan of Action on Ageing*. Geneva: UNECE; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.unece.org/press/pr2010/10env\\_p40e.html](http://www.unece.org/press/pr2010/10env_p40e.html); ultima consultazione 9/7/13.
5. United Nations Economic Commission for Europe - Working Group on Ageing. *Third Meeting of Working Group on Ageing; Geneva 22-23 November 2010*. Geneva: UNECE. Disponibile all'indirizzo: <http://www.unece.org/pau/age/wg3/welcome.html>; ultima consultazione 9/7/13.
6. United Nations Economic Commission for Europe. *Ministerial Conference on Ageing, León (Spain), 6-8 November 2007*. Geneva: UNECE; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.unece.org/pau/age/mica2007/welcome.html>; ultima consultazione 28/03/13.
7. United Nations Economic Commission for Europe. *Report of the UNECE Ministerial Conference On Ageing "A society for all ages: challenges and opportunities" León, Spain, 6-8 November 2007*. Geneva: UNECE; 2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/\\_docs/ece/2007/ECE\\_AC30\\_2007\\_2.e.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/ece/2007/ECE_AC30_2007_2.e.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
8. Europe. Charter of fundamental rights of the European Union. *Official Journal of the European Communities* C 364/1, 18 December 2000. Disponibile all'indirizzo: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
9. Commissione Europea. *Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico e Sociale e al Comitato delle Regioni. Il futuro dei servizi sanitari e*

- dell'assistenza agli anziani: garantire accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria. Bruxelles: Commissione delle Comunità Europee; 2001. (COM (2001) 723 definitivo). Disponibile all'indirizzo: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/disability\\_and\\_old\\_age/c11310\\_it.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/c11310_it.htm); ultima consultazione 28/03/13.
10. Council of the European Union. *Joint report by the Commission and the Council on supporting National strategies for the future of health care and care for the elderly*. Bruxelles: Council of the European Union.; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/socprot/healthcare/elderly\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/socprot/healthcare/elderly_en.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
  11. Commissione delle Comunità Europee. *Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni. Agenda sociale rinnovata: opportunità, accesso e solidarietà nell'Europa del XXI secolo*. Bruxelles: Commissione delle Comunità Europee; 2008. (COM(2008) 412 definitivo). Disponibile all'indirizzo: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0412:FIN:IT:PDF>; ultima consultazione 28/3/13.
  12. Commissione delle Comunità Europee. *Libro verde: "Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici"*. Bruxelles: Commissione delle Comunità Europee; 2005. (COM(2005) 94 definitivo). Disponibile all'indirizzo: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0094:FIN:IT:PDF>; ultima consultazione 28/03/13.
  13. Commission of the European Communities. *White paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. Brussels: Commission of the European Communities; 2007. (COM(2007) 630 final). Disponibile all'indirizzo [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
  14. Commissione delle Comunità Europee. *Comunicazione della Commissione. Verso un'Europa di tutte le età - Promuovere la prosperità e la solidarietà fra le generazioni*. Bruxelles: Commissione delle Comunità Europee; 1999. (COM(1999) 221 def). Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_situation/docs/com221\\_it.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/com221_it.pdf) ultima consultazione 28/03/13.
  15. European Commission. *European year for active ageing and solidarity between generations*. Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/ey2012/>; ultima consultazione 28/03/13.
  16. AGE Platform Europe. *The Intergroup co-chairs call Predident Barroso to promote the European Year 2012 on active ageing and intergenerational solidarity*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.age-platform.eu/en/activities/989-the-intergroup-co-chairs-call-pdt-barroso-to-ensure-the-european-year-on-active-ageing-and-intergenerational-solidarity-in-2012>; ultima consultazione 28/03/13.
  17. European Commission. *Long term care in European Union*. Brussels: European Commission; 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>; ultima consultazione 28/03/13.
  18. Istituto Nazionale di Statistica. *Indice di vecchiaia: confronti regionali*. Roma: ISTAT; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://noi-italia2011.istat.it/index.php?id=7&user\\_100ind\\_pi1\[id\\_pagina\]=20&cHash=1e254bbef3b60](http://noi-italia2011.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1[id_pagina]=20&cHash=1e254bbef3b60); ultima consultazione 28/03/13.
  19. Regione Liguria. *Piano sociale integrato regionale. Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.regione.liguria.it/argomenti/sanita-e-politiche-sociali/servizi-sociali/promozione-del-sistema-integrato-di-servizi-sociali-e-socio-sanitari.html>; ultima consultazione 28/03/13.
  20. Regione Liguria. Legge regionale 3 novembre 2009 n. 48 "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo". *Bollettino ufficiale della Regione Liguria* n. 19, 4 novembre 2009. Disponibile all'indirizzo: [http://www.bur.liguriainrete.it/archiviofile/B\\_000000123909191000.pdf](http://www.bur.liguriainrete.it/archiviofile/B_000000123909191000.pdf); ultima consultazione 28/03/13.

21. Emilia-Romagna. Linee guida per un piano di azione regionale per l'inclusione e la re-integrazione degli anziani nella vita della comunità. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2007. Disponibile all'indirizzo: [http://www.i2i-project.net/pdfs/RAP\\_EmiaRomagna.pdf](http://www.i2i-project.net/pdfs/RAP_EmiaRomagna.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
22. Emilia-Romagna. *PASSI d'Argento: la qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più - Indagine 2009*. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2012/Emilia-Romagna2009.pdf>; ultima consultazione 28/03/13.
23. Da Roit B. Le politiche di assistenza agli anziani. In: Kazepov Y (Ed.). *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*. Roma: Carocci editore; 2009. p. 201-21.
24. Network Non Autosufficienza (Ed.). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore; 2009. Disponibile all'indirizzo: [http://www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza\\_anziani.pdf](http://www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
25. Istituto Nazionale di Statistica. *La disabilità in Italia: il quadro della statistica ufficiale*. Roma: ISTAT; 2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513\\_00/arg\\_09\\_37\\_la\\_disabilita\\_in\\_Italia.pdf](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
26. Italia. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. *La vita buona nella società attiva. Libro verde sul futuro del modello sociale*. Roma: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/B8453482-9DD3-474E-BA13-08D248430849/0/libroverdeDEF25luglio.pdf>; ultima consultazione 28/03/13.
27. Italia. Legge 3 marzo 2009, n. 18. Ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. *Gazzetta Ufficiale* n. 61, 16 marzo 2009.
28. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*. Trento: Erickson; 2001.
29. Morrato EH, Elias M, Gericke CA. Using population-based routine data for evidence-based health policy decisions: lessons from three examples of setting and evaluating national health policy in Australia, the UK and the USA. *J Public Health (Oxf)* 2007;29(4):463-71. Disponibile all'indirizzo: <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/29/4/463.full.pdf+html>; ultima consultazione 28/03/13.
30. Stachenko S. Challenges and opportunities for surveillance data to inform public health policy on chronic non-communicable diseases: Canadian perspectives. *Public Health* 2008;122(10):1038-41.
31. World Health Organization. *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf); ultima consultazione 01/03/13.
32. World Health Organization - Regional Office for Europe. *Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011. (EUR/RC61/12). Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/147729/wd12E\\_NCDs\\_111360\\_revision.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
33. Campostrini S, Holtzman D, McQueen DV, Boaretto E. Evaluating the effectiveness of health promotion policy: changes in the law on drinking and driving in California. *Health Promot Int* 2006;21(2):130-5.
34. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st century. *Chronic Diseases in Canada* 1998;19(4):145-51.



## **PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLA DISABILITÀ NEGLI ULTRA64ENNI: LA SPERIMENTAZIONE PASSI D'ARGENTO**

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

### **Sfide dell'invecchiamento di popolazione e indicazioni del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione**

Nel panorama mondiale l'Italia continua ad essere uno dei Paesi con la maggiore proporzione di ultra64enni. Questa evoluzione demografica è associata a un ulteriore incremento delle patologie cronico-degenerative legate all'invecchiamento, con conseguente aumento dei costi di cura e assistenza delle persone ultra64enni. In particolare, la disabilità costituisce spesso un epilogo a tale condizione che implica una diminuzione della qualità di vita delle persone ultra64enni e un aggravio in termini di costi socio-economici non solo per il sistema socio-sanitario ma anche per le famiglie che, nel 10,3% dei casi, nel nostro Paese hanno un una persona con disabilità di cui occuparsi. La disabilità, che interessa (stima conservativa) oltre 2,6 milioni di persone per l'80% con oltre 65 anni, è maggiormente diffusa fra gli ultra75enni e le donne. Attualmente un punto di riferimento per la comprensione del fenomeno è la Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, ratificata in seguito anche nel nostro Paese con Legge 18/2009.

Non è facile tuttavia elaborare un quadro universalmente condivisibile della disabilità e delle sue dimensioni nel nostro Paese a causa delle diverse definizioni utilizzate negli anni e dalla instabilità di un inquadramento obiettivo, così come riconosciuto anche dalla Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità, che afferma che "la disabilità è un concetto in evoluzione e il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali e barriere attitudinali e ambientali, che impedisce la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di uguaglianza con gli altri".

Benché nel nostro Paese si proceda verso l'adozione di linee guida, ai fini di una valutazione funzionale di carattere bio-psico-sociale, realizzabile con l'utilizzo della classificazione ICF (*International Classification of Functioning, disability and health*) (1), rimane inalterata la difficoltà di definire degli strumenti che, non solo a livello individuale ma anche di un'unità territoriale, permettano di quantificare il fenomeno disabilità nella popolazione ultr64enne e la sua gravità.

Tali premesse pongono una sfida importante agli operatori e alle organizzazioni della società civile in prima istanza ma anche ai responsabili dei sistemi di monitoraggio sulla popolazione

generale per la misura degli effetti degli interventi sociali e sanitari sulla disabilità. Infatti, il miglioramento delle condizioni familiari, sociali e urbanistiche possono ridurre il grado di disabilità delle persone, soprattutto se associati a interventi di promozione, di prevenzione e di assistenza alle persone con disabilità.

Al contrario, nel nostro Paese si registra una generale mancanza di informazioni sistematiche e dettagliate sui bisogni della popolazione ultra64enne che permetta di valutare la qualità dell'assistenza e di razionalizzare le risorse disponibili, anche al fine di contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione.

Queste informazioni tempestive e utili agli operatori socio-sanitari per guidare gli interventi, sono tanto più necessarie al momento in cui si stanno varando in tutto il Paese i Piani Regionali di Prevenzione, cui sono associati dei vincoli operativi previsti nell'intesa della Conferenza Permanente Stato-Regioni 2010 del 29 aprile (2). In tale documento, infatti, le Regioni si impegnano a sviluppare interventi all'interno delle 4 macro-aree del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 (3) e a sviluppare e finanziare la sorveglianza di popolazione, di cui il Paese si sta progressivamente dotando, per monitorare a livello regionale e nazionale la realizzazione del Piano.

In sintesi, per effetto del Piano Nazionale di Prevenzione, formalmente parte del Piano Sanitario Nazionale, le Regioni si sono impegnate a sviluppare azioni anche nella Macroarea 4 che prevedono:

- interventi di valorizzazione, di promozione e di prevenzione della disabilità a favore della popolazione anziana;
- attivazione di sistemi di sorveglianza di popolazione capaci di documentare i problemi ma anche la diffusione degli interventi in atto.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, nella Macroarea 4, per la messa a punto di azioni a favore degli anziani fa specifico riferimento a un documento di strategia internazionale della WHO per la promozione dell'invecchiamento attivo. In tale documento si ribadisce la necessità di porre in atto politiche e strategie di contenimento dei costi pubblici e sociali che si accompagnano alle società che invecchiano, attraverso interventi di promozione della Salute e del benessere dell'anziano, associati ad interventi di prevenzione miranti a ridurre la disabilità e il rischio di disabilità. A supporto di queste strategie, si raccomanda altresì la messa in atto di attività di monitoraggio di tali interventi.

## **Sperimentazione del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento**

Nel nostro Paese la popolazione ultra64enne è eterogenea al suo interno, presentando bisogni distinti, cui corrispondono un ventaglio di interventi socio-sanitari-assistenziali altrettanto diversificati.

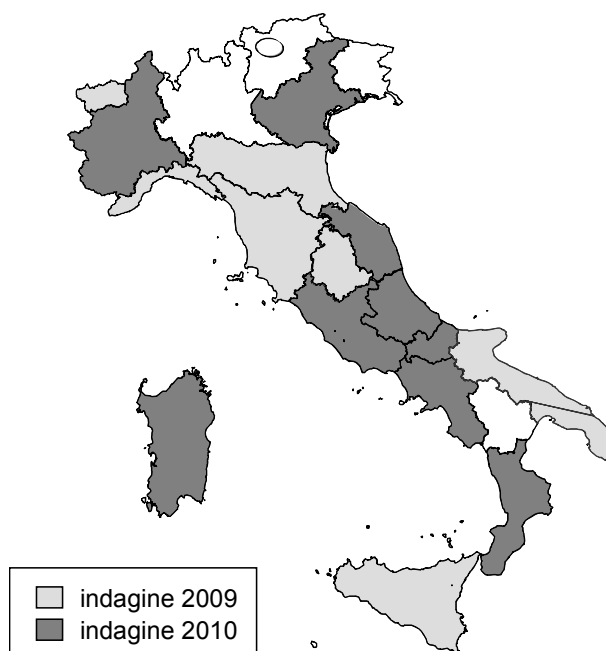
Per rispondere a tali evidenze, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha sostenuto la sperimentazione, in 16 fra Regioni e Province Autonome italiane, di un sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra64enne, denominato PASSI d'Argento.

Nel 2007, il Ministero della Salute, tramite il CCM, ha incaricato la Regione Umbria di definire un modello di indagine periodica, da promuovere a livello nazionale, sulla qualità della vita nelle persone ultra64enni. È così che, nel 2008, prende avvio PASSI d'Argento, un progetto di sperimentazione di un sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra64enne.

Per la conduzione del progetto, che ha coinvolto complessivamente 16 Regioni italiane, la Regione Umbria ha fatto ricorso all'esperienza accumulata dal CNESPS dell'ISS. Negli anni passati, il CNESPS ha infatti promosso e realizzato, sempre su mandato del CCM, diverse sperimentazioni di sorveglianza, quali PASSI, OKkio alla Salute, l'HBSC. In questi ultimi anni, prima il PASSI e poi OKkio alla Salute stanno gradualmente diventando sistemi di sorveglianza messi a regime nella quasi totalità delle Regioni italiane.

Come PASSI e OKkio alla Salute, la sperimentazione PASSI d'Argento è centrata sulle Regioni, nel senso che le Regioni e le unità territoriali che le costituiscono (aziende sanitarie, distretti, Comuni, ecc.) sono i beneficiari delle informazioni raccolte dal sistema. Il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, a somiglianza dei sistemi di sorveglianza di popolazione già esistenti, sarà sostenibile con le risorse attualmente a disposizione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, permettendo di monitorare, da una parte l'evoluzione delle problematiche sanitarie e sociali legate al progredire dell'età, e dall'altra di valutare, allo stesso tempo, l'efficacia e la penetrazione degli interventi realizzati dai servizi socio-sanitari, socio-assistenziali e dalle famiglie. La sorveglianza di popolazione, fra cui anche PASSI d'Argento, per sua natura implica dei costi limitati, mette a disposizione dati di qualità, perché le informazioni sono raccolte sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi. Le informazioni raccolte in tale monitoraggio saranno utilizzate a livello locale per una valutazione degli interventi e dei processi allo scopo di ri-orientare la programmazione degli interventi in maniera più efficiente.

La sperimentazione, avviata alla fine del 2008 e conclusasi nel 2010, si è articolata in due indagini trasversali su campioni rappresentativi della popolazione ultra64enne. Le indagini hanno coinvolto 7 Regioni nel 2009 e 9 Regioni nel 2010 (Figura 1). In ciascuna Regione, il campione era rappresentativo a livello di una o più unità territoriali (ad esempio una o più ASL, uno o più distretti o l'intera Regione).



**Figura 1. Le 2 indagini sperimentali PASSI d'Argento**

Le attività di sorveglianza sono state realizzate da alcuni operatori dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali operanti nelle stesse aree di indagine. I responsabili di progetto e gli operatori dei servizi coinvolti hanno offerto le loro indicazioni per la valutazione della sperimentazione. In particolare è stato utilizzato un approccio valutativo in itinere, misto (quantitativo e qualitativo), che ha permesso di operare alcuni cambiamenti fra il primo e il secondo anno di sperimentazione. Ciò ha consentito di migliorare il sistema sperimentato, adattando metodi e procedure alle realtà locali in vista di una messa a regime del sistema di sorveglianza.

## Obiettivi della sperimentazione PASSI d'Argento

La sorveglianza proposta nella sperimentazione PASSI d'Argento aveva degli obiettivi precisi. Nell'ambito di un sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra64enne, sostenibile con le risorse dei servizi sociali e sanitari, ad uso nelle diverse Regioni italiane, ci si prefiggeva di:

- sperimentare un sistema di informazione, basato sui principi della sorveglianza di popolazione, di utilità per Regioni, aziende e distretti socio-sanitari (o altre unità territoriali);
- produrre informazioni utili per suggerire e (ri)programmare azioni in favore e con la popolazione a livello locale, regionale, di ASL, distrettuale (o di altra unità territoriale);
- concretizzare le condizioni per una collaborazione a livello locale del personale dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali al fine di organizzare congiuntamente non solo la raccolta di dati ma anche e soprattutto l'azione conseguente suggerita dai risultati dell'indagine.

## Approccio di studio basato su abilità bio-socio-funzionali

Il PASSI d'Argento, seguendo la strategia della WHO e le indicazioni di questi ultimi anni della politica del nostro Paese, tende a misurare e comprendere non solo gli aspetti assistenziali, di prevenzione e promozione delle persone ultra64enni, ma anche valutare la capacità valorizzante da parte della società, dell'entourage e della famiglia. La sorveglianza misura quindi quanto un ultra64enne sia capace di auto-valorizzarsi, frequentando centri sociali, corsi di formazione, di essere valorizzato come risorsa dalla sua famiglia in termini di attenzione a familiari o amici, o dalla società, ad esempio, in termini di prestazione di attività di volontariato all'interno della comunità.

Lo stesso modello concettuale è stato utilizzato per studiare la qualità di vita e le condizioni di salute delle persone ultra64enni: non un approccio squisitamente bio-medico ma una struttura teorica di studio che vede l'abilità della persona ultra64enne (e la disabilità) come risultato dell'interazione più o meno complessa dell'anziano stesso con la società. In tal senso, ad esempio, lo studio di una certa popolazione di ultra64enne, del rischio di disabilità e della disabilità si è realizzato attraverso la valutazione (riferita) delle *Activities of Daily Living* (ADL) e delle *Instrumental Activities of Daily Living* (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 (4) 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.

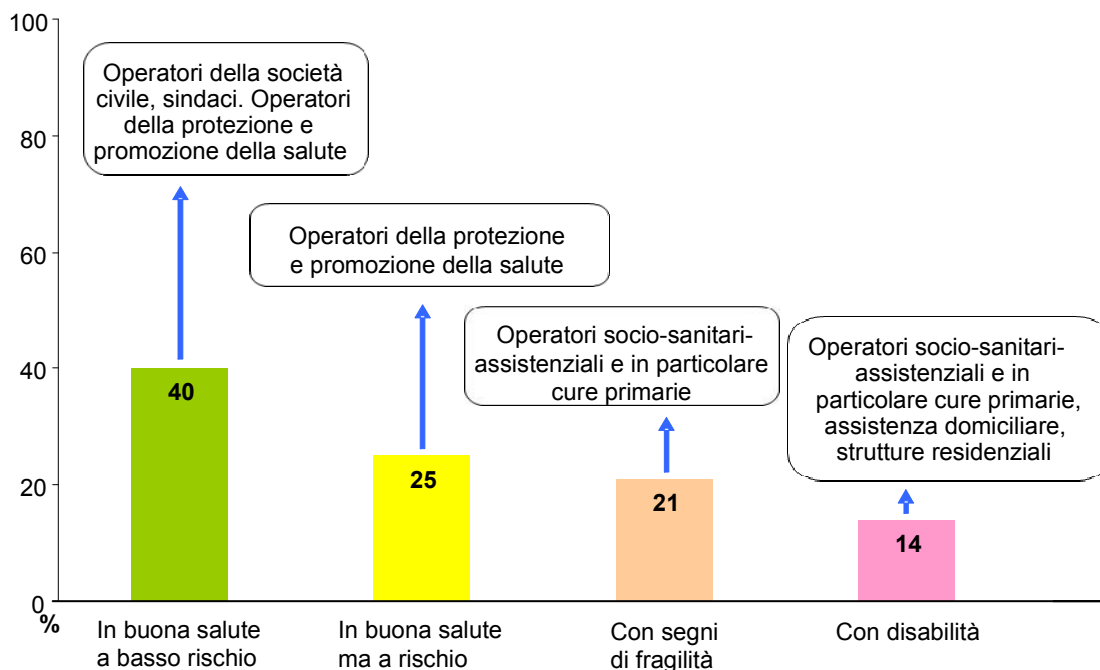
Le IADL sono attività più complesse rispetto alle ADL, dal punto di vista fisico e/o cognitivo, e possono essere svolte anche al di fuori dell'ambiente domestico. Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto sia autonomo. Ad esempio, un soggetto che 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 (5) 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.

Basandosi sulle capacità bio-socio-funzionali dell'anziano fondato sulla misura delle ADL e IADL è stato così possibile suddividere la popolazione degli ultra64enni in 4 gruppi che per le loro caratteristiche possono far appello a tipologia di operatori sociali, sanitari ma anche della società civile, differenti.

Combinando i risultati di questi due indici, sono stati definiti vari sottogruppi di popolazione ultra64enne che costituiscono il target di specifici interventi di Tutela e Promozione della Salute e del Benessere dell'anziano. Le definizioni utilizzate per l'identificazione dei due sottogruppi sono riportate in Appendice (Allegato A1). Si tratta di definizioni che hanno subito delle variazioni nella prima e nella seconda indagine.

Nella Figura 2, viene esemplificata la suddivisione della popolazione ultra64enne in quattro sottogruppi, basata sulle abilità nelle ADL e IADL, utilizzando un campione della popolazione limitato. Per la precisione, i dati si riferiscono al campione dell'indagine PASSI d'Argento 2009, costituito da 3.837 persone di età superiore ai 64 anni estratte casualmente dalle anagrafi sanitarie delle unità territoriali delle Regioni partecipanti.



**Figura 2. Suddivisione della popolazione e operatori coinvolti**

Come verrà illustrato nelle pagine successive, in linea con un'ottica di sperimentazione, le definizioni utilizzate per l'individuazione dei sottogruppi e la stessa denominazione dei sottogruppi sono state modificate nel passaggio dalla prima alla seconda indagine sperimentale. Nondimeno, la suddivisione della popolazione nei sottogruppi ha mostrato di avere delle importanti implicazioni operative: come illustrato sempre nella Figura 2, i gruppi di popolazione individuati, per ciò che riguarda aspetti di promozione della salute, di prevenzione e assistenziali, fanno appello ad una tipologia di operatori socio-sanitari e socio-assistenziali con

caratteristiche professionali differenti. È per questo motivo che il sistema di sorveglianza proposto può portare un beneficio al sistema sanitario e sociale in termini di apporto conoscitivo, e alla popolazione di ultra64enni grazie ad un aumento dell'attenzione da parte del sistema e un aumento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi ad essi rivolti.

### Uso della nuova classificazione della popolazione ultra64enne ai fini operativi

Nella fase sperimentale, gli indicatori misurati dal PASSI d'Argento hanno mostrato a responsabili regionali e di azienda sanitaria che in circa il 40% della popolazione ultra64enne sono presenti fattori di rischio comportamentali, sociali e di disabilità. La sperimentazione ha evidenziato, inoltre, che all'interno della popolazione ultra64enne risultata portatrice di disabilità, vi sono ampi spazi d'azione per il miglioramento della qualità dell'assistenza e delle azioni di prevenzione. Le informazioni prodotte permettono confronti fra diverse realtà locali e, nel tempo, all'interno della stessa area geografica promettendo in tal modo, se il sistema verrà esteso su vasta scala nel nostro Paese, di indirizzare, monitorare e valutare il sistema integrato di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari a favore delle persone ultra64enni in un'ottica di continuità assistenziale.

A tal scopo la sorveglianza non si limita a rilevare aspetti problematici riguardante fattori di rischio comportamentali, bio-medici o sociali, ma anche rileva con indicatori reattivi e facili da misurare, la copertura e la penetrazione delle azioni che il sistema socio-sanitario-assistenziale produce nel prevenire o limitare tali fattori. Questo approccio viene presentato in forma di "bilancia" dove a fronte di ciascun "fattore di rischio" viene misurata anche la "diffusione" delle misure di contenimento o di prevenzione (Figura 3).

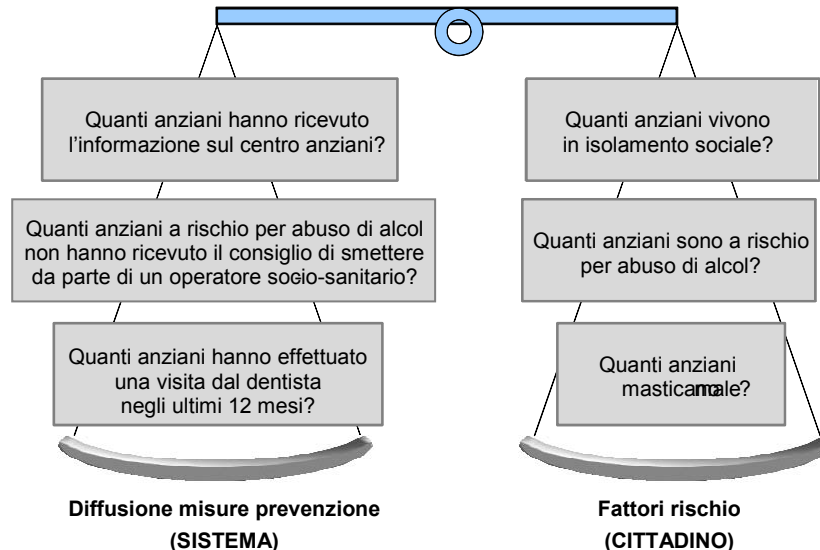


Figura 3. L'approccio "bilanciato" della sorveglianza di popolazione

Una delle caratteristiche della sorveglianza PASSI d'Argento è quindi la stretta relazione esistente fra la "misura", cioè la raccolta di dati su aspetti e indicatori di salute e malattia degli

ultra64enni e l'azione che ne dovrebbe derivare. Ad esempio nelle 7 Regioni che hanno sperimentato la sorveglianza nel 2009 e nelle 9 che l'hanno sperimentata nel 2010 è possibile identificare i problemi di salute (ad esempio quanti anziani masticano male) ma anche l'intensità della risposta del sistema (quanti anziani sono stati visitati da un dentista nell'ultimo anno). Questo divario fra un problema e la sua soluzione può costituire un'indicazione semplice perché a livello locale vengano orientate più efficientemente alcune risorse o attività di informazione e comunicazione.

## **PASSI d'Argento come strumento di sviluppo del sistema socio-sanitario**

Uno dei vincoli essenziali prospettati nel progetto del CCM è quello dell'integrazione operativa degli operatori dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali nell'effettuazione della sorveglianza in vista di un'utilizzazione congiunta dei suoi risultati e nella pianificazione e realizzazione di azioni congiunte che siano basate sulla *evidence* prodotta dal sistema stesso.

Nella realtà, il modello organizzativo messo in piedi per la conduzione delle indagini sperimentali è stato fortemente influenzato dall'organizzazione locale dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali che, nelle varie Regioni coinvolte, presentavano livelli di collaborazione e integrazione molto diversi. In ogni caso si deve considerare che già in questa fase sperimentale, i servizi e gli operatori coinvolti a livello locale, hanno potuto giovare di una crescita in competenza grazie alla partecipazione diretta nella pianificazione, realizzazione e utilizzazione del sistema di sorveglianza. In molte occasioni, la creazione di un gruppo di coordinamento e operativo misto regionale sociale e sanitario si è dimostrato nella fase sperimentale utile non solo a contenere i costi ma anche a promuovere una sinergia fra i 2 settori che avrà un effetto positivo anche sulla sostenibilità del progetto. Nel prossimo futuro, la sostenibilità politico-amministrativa e finanziaria della sorveglianza proposta trova nel quadro istituzionale dei Piani Regionali di Prevenzione e dell'Intesa che li accompagna una garanzia solida per gli anni a venire, mentre per la sostenibilità tecnica, cioè la capacità del sistema socio-sanitario-assistenziale di mantenere un inalterato livello di qualità della performance nella sorveglianza, sarà affrontato nei 2 anni di progetto in termini di integrazione con gli altri sistemi di sorveglianza di popolazione. Infine è da citare il fatto che i costi della sorveglianza di popolazione sono ridotti (12.000 euro l'anno per una ASL media di 200.000 persone) che configurano delle condizioni di costo efficacia del sistema fortemente vantaggiose.

## **Bibliografia**

1. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*. Trento: Erickson; 2001
2. Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Rep. Atti n. 63/CSR del 29 aprile 2010. La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano*. Disponibile all'indirizzo: [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_026549\\_63%20csr.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_026549_63%20csr.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
3. Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012*. Roma: CCM; 2011. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ccm-network.it/Pnp\\_2010-2012](http://www.ccm-network.it/Pnp_2010-2012); ultima consultazione 18/3/13.
4. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;10:20-30.
5. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-85.

## **APPROCCIO METODOLOGICO DELLA SPERIMENTAZIONE PASSI D'ARGENTO**

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 informazioni essenziali per descrivere i problemi e gli aspetti di salute e monitorare gli interventi messi in atto al fine di individuare strategie d'intervento e azioni. 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).

### **Sperimentazione pilota**

Il progetto di sperimentazione del sistema di sorveglianza sulla popolazione anziana, affidato dal CCM alla Regione Umbria e denominato, "La qualità della vita vista dalle persone con 65 anni e più (PASSI d'Argento)", è iniziato ufficialmente nel settembre del 2008 e si è concluso nell'agosto del 2010. Il progetto era stato preceduto da uno studio pilota svolto nel mese di maggio 2008, sul Distretto 3 dell'orvietano, della ASL 4 di Terni, che comprende 13 Comuni. La sperimentazione pilota era uno studio trasversale di popolazione realizzato nell'area di Orvieto, che presenta il tasso di invecchiamento tra i più alti della Regione Umbria e d'Italia (nel 2007 circa il 27% della popolazione aveva un'età superiore ai 64 anni). Per lo studio era stato estratto dalle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL di Terni un campione casuale di 200 residenti nel Distretto sanitario di Orvieto, di età superiore ai 64 anni che vivevano nella comunità ovvero che, al momento dell'indagine non si trovavano in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o case di cura. Al campione selezionato di titolari e dei primi 300 sostituti e, per conoscenza anche ai rispettivi Medici di Medicina Generale (MMG), era stata inviata una lettera preliminare nella quale venivano descritti i motivi e le modalità dell'indagine.

Lo studio pilota così realizzato ha permesso di testare aspetti metodologici e procedurali per la realizzazione del progetto di sperimentazione PASSI d'Argento, basato su studi trasversali ripetuti periodicamente. È risultata fondamentale la collaborazione con gli operatori dell'area sociale, in vista della sostenibilità del sistema di sorveglianza.

### **Protocollo del progetto di sperimentazione**

Fin dall'inizio, la sperimentazione PASSI d'Argento si è caratterizzata per una modalità di progettazione e programmazione di tipo partecipativo, con l'organizzazione di numerosi workshop cui hanno partecipato gli operatori che, a vario livello, erano coinvolti nella realizzazione delle indagini sperimentali. In particolare, il 27 e 28 ottobre 2008 è stato organizzato a Orvieto un workshop, con i referenti e coordinatori regionali, che ha portato ad una prima stesura del protocollo del progetto. Il protocollo prevedeva una forma di sorveglianza di popolazione basata su indagini epidemiologiche ripetute su campioni rappresentativi della popolazione.



In particolare, il progetto PASSI d'Argento prevedeva la realizzazione di due indagini sperimentali che, di fatto, sono state realizzate nei mesi di marzo-giugno 2009 e marzo-giugno 2010. Solo in alcune Regioni l'inizio e la fine dell'indagine sono state differite di diverse settimane per motivi organizzativi.

L'indagine PASSI d'Argento 2009 si è svolta in sette Regioni italiane: Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta. La seconda indagine (2010) ha visto invece la partecipazione di nove Regioni italiane: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Veneto.

La sorveglianza effettuata, secondo protocollo, era orientata alla raccolta di poche informazioni essenziali, che rispondevano ad una duplice finalità:

- descrivere i problemi e gli aspetti di salute della popolazione ultra64enne;
- monitorare gli interventi messi in atto e suggerire azioni efficaci e strategie d'intervento.

Gli strumenti e le procedure definite nel protocollo erano semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili con le risorse dei servizi coinvolti nelle attività di sorveglianza; per la realizzazione delle indagini era raccomandata la collaborazione tra servizi del settore socio-sanitario e socio-assistenziale.

A causa dell'approccio sperimentale, il protocollo ha subito numerose modifiche nel passaggio dalla prima alla seconda indagine (Allegato A1).

## **Popolazione in studio**

La popolazione in studio era costituita dai residenti di età superiore ai 64 anni iscritti nelle liste dell'anagrafe sanitaria. Erano escluse le persone istituzionalizzate in casa di cura o RSA ovvero ricoverate in ospedale durante il periodo dell'indagine, quelle che non disponevano di un recapito telefonico e coloro che non erano in grado di sostenere una conversazione in italiano.

## **Modalità di campionamento**

Un obiettivo operativo della sorveglianza PASSI d'Argento era quello di ottenere un livello di rappresentatività dei risultati che permettesse di avere dei dati di sorveglianza e di monitoraggio a livello di unità territoriale (ASL, Distretto, Comune, ecc.) e/o di Regione. Allo stesso tempo, si intendeva stimare e seguire nel tempo quanto i servizi sanitari e sociali progredissero nell'attuazione di interventi efficaci di tutela e promozione della Salute e del benessere della popolazione anziana. Per rispondere a questi obiettivi, in ciascuna Regione partecipante è stato estratto un campione rappresentativo di persone di età maggiore ai 64 anni utilizzando le liste anagrafiche sanitarie (1-3). Nella maggior parte delle Regioni (14 su 16), è stato estratto un campione casuale semplice stratificato per genere e classe di età. In Emilia-Romagna è stato realizzato un campionamento a cluster stratificato. In Toscana il campionamento è stato casuale semplice con stratificazione territoriale. 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. Abruzzo, Calabria, Sardegna, Veneto, Molise e Marche campionamento a livello aziendale 1 sola ASL. Piemonte e Campania regionale e aziendale rispettivamente con 5 e 7 ASL. Nel Lazio hanno partecipato Latina, Viterbo e Roma E con campionamento a livello aziendale (1 sola ASL).

## Strumenti per la raccolta dei dati

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario strutturato e standardizzato (Allegato A2 e Allegato A3), messo a punto con la collaborazione dell'ISS. Somministrato alle persone campionate da operatori specificamente formati che operano nei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali delle aree di indagine, l'intervista poteva avvenire attraverso una duplice modalità: telefonica o faccia a faccia. Per confrontare le due modalità e verificarne l'effettiva intercambiabilità, si è realizzato un *test-retest* su un campione di convenienza di ultra64enni. L'analisi, effettuata misurando accordi e disaccordi con il coefficiente kappa ( $k$ ) di Cohen, ha evidenziato una sostanziale sovrapposibilità delle modalità di intervista faccia a faccia e telefonica (4-6). Per la scelta della modalità di somministrazione si è tenuto conto della disponibilità e della preferenza dell'intervistando, e della presenza di eventuali ostacoli all'intervista telefonica. In alcuni casi, come da algoritmo previsto dal protocollo, le interviste sono state realizzate grazie ad un familiare o persona di fiducia che ha sostenuto e aiutato la persona ultra64enne durante l'intervista. Un altro strumento fondamentale per la raccolta dei dati era il diario dell'intervistatore (Allegato A4) che raccoglieva informazioni sul processo, registrando ad esempio il numero di tentativi telefonici effettuati prima di intervistare la persona campionata.

## Raccolta e inserimento dei dati

Gli stessi operatori che hanno effettuato la raccolta dei dati hanno anche realizzato, nella maggior parte dei casi, l'informatizzazione dei dati raccolti su supporto cartaceo, utilizzando una base dati predisposta con il software Epi-Info versione 3.5.1. I dati inseriti su supporto informatico erano anonimi. I supporti cartacei sono stati conservati sottochiave in un luogo sicuro dai coordinatori regionali o locali delle indagini per tre mesi dalla fine della raccolta dati e successivamente distrutti.

Il CNESPS si è fatto carico della pulitura dei dati inviati dagli operatori, prima di mettere a disposizione di ciascuna Regione e unità territoriale coinvolta la propria base dati.

## Analisi dei dati

L'analisi dei dati, prevalentemente di tipo descrittiva, era in linea con gli obiettivi delle indagini 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 ultra64enni. 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 sperimentale, le differenze tra sottogruppi di popolazione non sono state valutate mediante l'uso di test statistici e devono quindi 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.

## Definizioni utilizzate

Le indagini PASSI d'Argento hanno permesso di indagare fenomeni molto diversi che vanno dalla salute percepita, agli stili di vita, dall'isolamento sociale alla qualità percepita dell'aiuto o

dell'assistenza ricevuti e all'uso dei farmaci. Le aree indagate con il questionario PASSI d'Argento erano numerose anche in ragione della molteplicità dei bisogni della popolazione ultra64enne. Sono state evidenziate le differenze nelle definizioni tra le due indagini sperimentali. Le definizioni utilizzate sono riportate nell'Allegato A5.

## Formazione

La formazione degli operatori è un elemento chiave per la realizzazione delle attività di sorveglianza. Nel progetto PASSI d'Argento, la formazione risponde all'esigenza primaria di standardizzare le procedure di sorveglianza nei diversi contesti regionali e locali in modo da favorire:

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

Per rispondere a questa esigenza, si è deciso di adottare un approccio costruttivista basato sul modello di apprendimento andragogico (7), collaborativo (orientato ai processi) e cooperativo (orientato ai risultati).

Nel 2008 è stato predisposto un piano formativo che aveva come obiettivo principale quello di favorire l'adozione di procedure standardizzate nei servizi coinvolti nelle attività di sorveglianza. Il Piano formativo prevedeva un'articolazione in moduli del percorso formativo. I moduli sono stati progettati sulla base delle analisi delle attività e dei compiti dei soggetti coinvolti. In questo modo è stato possibile favorire l'acquisizione delle conoscenze, abilità e competenze necessarie per la realizzazione dell'indagine e il funzionamento del sistema, secondo un'ottica che valorizza il collegamento tra strategie organizzative e bisogni formativi degli operatori coinvolti. La proposta di un percorso formativo modulare ha permesso, inoltre, di conciliare l'esigenza di omogeneità della formazione e delle procedure con l'esigenza di flessibilità e di contestualizzazione richieste dalle singole realtà regionali.

Per favorire l'adozione delle procedure di sorveglianza si è proposto un modello formativo con una forte componente esperienziale attraverso l'alternanza della formazione in presenza alla "formazione sul campo" ovvero la formazione nel contesto professionale dei partecipanti, sul modello dell'*action learning*.

I moduli in presenza privilegiavano un approccio collaborativo, basato sull'apprendimento attivo. Per questo motivo era prevista l'alternanza di momenti espositivi teorici e metodologici, momenti esperienziali, discussioni, simulazioni e lavori in gruppo. Ciò ha favorito, da una parte, l'apprendimento e la condivisione di contenuti teorici, dall'altra, lo sviluppo di meta-competenze di tipo sociale quali la cooperazione e la collaborazione professionale richieste dai compiti della sorveglianza da realizzare "sul campo". In questo modo, l'apprendimento collaborativo e cooperativo hanno trovato quindi piena applicazione sia "in aula", al momento di analizzare criticamente gli strumenti e le procedure di sorveglianza, sia al momento di utilizzare gli strumenti e le procedure di sorveglianza durante la formazione sul campo.

La formazione è stata oggetto della valutazione di processo che ha fatto seguito alla fase di raccolta dei dati in ciascuna delle due indagini sperimentali.

Per ottimizzare le risorse, è stato predisposto un percorso formativo costituito da 2 livelli sequenziali, che hanno fornito l'acquisizione delle competenze necessarie alla gestione e al funzionamento del sistema di indagini (selezione del campione, utilizzo degli strumenti, somministrazione del questionario nella modalità faccia a faccia o telefonica, gestione e analisi dei dati raccolti, comunicazione dei risultati).

Il primo livello di formazione è costituito dai coordinatori regionali che durante la formazione in presenza hanno acquisito le competenze e gli strumenti necessari per diventare a loro volta formatori per il secondo livello (Allegato A6-A9).

Architettura modulare dei 3 moduli (M):

- M1: formazione frontale (2 giornate, 16 ore) (residenziale);
- M2: formazione sul campo (circa 4 mesi) (nella Regione di appartenenza);
- M3: formazione frontale e valutazione del percorso formativo svolto (1 giornata, 8 ore) (residenziale).

Il secondo livello era rivolto agli operatori della rete sociale e sanitaria regionale che partecipavano alle indagini come intervistatori e/o coordinatori locali.

Architettura modulare dei 3 moduli (M):

- M1: formazione frontale (1 giornata, 8 ore) (residenziale);
- M2: formazione sul campo (circa 3 mesi) (nella ASL o area locale di appartenenza);
- M3: formazione frontale e valutazione del percorso formativo suddivisa (1 giornata, 8 ore) (residenziale)

## Costituzione della comunità di pratica

La seconda indagine sperimentale è stata arricchita dall'utilizzo da un nuovo applicativo web denominato "Piattaforma PASSI d'Argento". Le attività sono state gestite e monitorate attraverso una piattaforma informativa, già sperimentata in diversi Paesi per la sorveglianza epidemiologica, che consente a tutte le persone coinvolte (es: referenti regionali, coordinatori regionali, coordinatori aziendali/locali, intervistatori) di accedere on-line, aggiornare le informazioni e avere in tempo reale l'andamento delle attività. La piattaforma di erogazione a cui si fa riferimento è gestita in *outsourcing* è disponibile all'indirizzo <http://www.passidargento.it>. Strumento complesso che mette in condizioni una comunità di pratica (CoP) di esprimersi e costruire idee e conoscenza sul *web* (8-12). La piattaforma utilizza il software *open source* Moodle che permette la costruzione e la gestione di un ambiente virtuale nel quale è possibile condividere risorse inserendo materiali, disporre di forum, chat, pagine *wiki* per la costruzione di documenti elaborati a più mani, video e banche dati. Lo spazio virtuale permette un sistema di archiviazione di tutti i materiali prodotti suddiviso per singole sezioni (come per esempio la formazione, il piano di comunicazione, l'avvio dell'indagine, la raccolta dati ecc.) contenenti lo storico di ogni singola azione (autore, revisione, data e ora). Tale strumento in particolare è stato utilizzato per consentire l'accesso differenziato a gruppi selezionati per specifiche caratteristiche ad ambienti della piattaforma. Sono stati individuati i membri del Gruppo Tecnico Operativo (GTO) come gruppo iniziale, che a seguito di una formazione ad hoc sono stati abilitati per acquisire dalla piattaforma le informazioni sullo stato dell'arte del progetto PASSI d'Argento e per permettere l'inserimento e l'aggiornamento dati nelle sezioni dedicate. Con tale modalità, è possibile una relazione con una numerosità elevata di utenti nello stesso momento. Tale sistema garantisce la privacy dell'utente avvalendosi di sistemi di autenticazione con codici e password assegnate con modalità univoca. Attraverso l'utilizzo dello spazio dedicato il GTO ha potuto proseguire le attività e la condivisione dell'esperienza fatta in presenza e sul campo attraverso una modalità formativa di tipo misto (*blended*). Fra gli usi della piattaforma si segnalano: la pianificazione dell'indagine, la preparazione delle riunioni in presenza del GTO, la discussione e lo sviluppo degli strumenti di sorveglianza, la ridefinizione delle procedure di sorveglianza sulla base dei risultati dell'indagine 2009, la risoluzione delle problematiche sollevate dai coordinatori regionali e da tutti gli operatori di sorveglianza. il CNESPS ha fornito il supporto di tutor con competenze di tipo organizzativo.

## Valutazione di processo

Il carattere sperimentale di PASSI d'Argento, necessario per mettere a punto metodi e procedure per la sorveglianza sulla popolazione ultra64enne, spiega l'importanza della valutazione di processo che ha l'obiettivo di identificare gli aspetti di funzionamento del progetto passibili di miglioramento per la fattibilità e la sostenibilità del sistema stesso di sorveglianza.

In linea con l'approccio partecipativo del progetto, gli stessi operatori coinvolti nelle attività di sorveglianza hanno identificato le informazioni necessarie a migliorare l'efficienza del progetto in corso e a porre le basi per la sostenibilità della sorveglianza e la sua messa a regime.

Come prima tappa si è proceduto a identificare tutte le "domande di valutazione" ovvero quegli aspetti che, per gli operatori del sistema, sono particolarmente importanti per il processo dell'intervento. Le aree di valutazione così individuate sono state diverse:

- pianificazione dell'intervento;
- aspetti etici;
- organizzazione dell'indagine;
- raccolta dati;
- qualità dei dati;
- disegno dello studio;
- organizzazione della base informatica, inserimento dati;
- impiego delle risorse umane;
- impiego delle risorse materiali;
- comunicazione;
- costi;
- assistenza tecnica;
- formazione;
- informazione;
- contesto istituzionale.

La seconda tappa è stata incentrata sulla scelta del disegno dello studio. Essendo prevalentemente descrittiva, la valutazione di processo si è basata essenzialmente sulla raccolta di dati attraverso questionari, in caso di dati quantitativi, o griglie messe a punto per la raccolta di dati qualitativi (analisi SWOT: *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). I dati sono stati raccolti secondo due principali modalità:

- con questionari semi-strutturati somministrati ai coordinatori regionali o locali tramite riempimento informatizzato;
- con una analisi SWOT (riflessione a gruppi su punti di forza e di debolezza, opportunità e difficoltà nella realizzazione della sorveglianza proposta) realizzata nelle Regioni in occasione della formazione/informazione degli operatori aziendali in maniera tale da assicurare il massimo di partecipazione.

La terza tappa è stata costituita dall'analisi dei dati (in prevalenza qualitativi) mentre l'ultima tappa è stata la comunicazione dei risultati della valutazione e la ri-programmazione migliorativa del progetto per la messa a regime della sorveglianza.

Per gli aspetti che hanno riguardato specificamente la formazione a cascata è stato compilato un altro questionario autocompilato somministrato ai coordinatori e formatori regionali del progetto. Infine per alcuni aspetti riguardanti essenzialmente l'area del disegno dello studio sono stati utilizzati dati provenienti direttamente dalla base di dati raccolti tramite i questionari destinati agli anziani. Sono stati presi in considerazione anche alcuni aspetti riguardanti i costi o la previsione di costi imputabili alla messa a regime della sorveglianza.

## Diffusione dei risultati e comunicazione

L'utilità del sistema di sorveglianza dipende essenzialmente dal livello di utilizzazione dei dati e delle informazioni che produce. È per questo motivo che un piano di comunicazione strutturato e ampio è essenziale per favorire l'utilizzazione dei dati da parte dei rappresentanti politici e istituzionali, degli operatori della rete dei servizi sociali e sanitari di supporto agli anziani, delle associazioni di utenti e familiari di tali servizi. Nel progetto PASSI d'Argento, gli operatori delle varie Regioni hanno messo a punto delle strategie di comunicazione che, pur seguendo delle indicazioni comuni, rispondevano alle diverse esigenze regionali. Una prima azione di diffusione dei dati è consistita nella messa a punto, da parte del CNESPS, di un modello di rapporto che gli operatori regionali hanno compilato, usando i risultati delle analisi effettuate sulle loro basi di dati. Il supporto web alla comunicazione ha caratterizzato la sperimentazione per una strategia comunicativa mirata che, a partire dai risultati della sorveglianza, ha permesso di indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento settoriali e intersettoriali.

Sono state messe in atto le seguenti azioni:

- Monitoraggio e manutenzione continua delle pagine di Epicentro per PASSI d'Argento nei siti dedicati ([www.epicentro.iss.it/](http://www.epicentro.iss.it/) e [www.epicentro.iss.it/passi-argento/default.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/default.asp)).
- Pubblicazione settimanale, su questi siti, di news, primi piani, segnalazioni di eventi, rapporti, normative sociali a carattere regionale; in particolare si è inserita una nuova voce di menu e relativa raccolta di materiale a livello nazionale inerente le normative sociali regionali.
- Pubblicazione di articoli sul Bollettino Epidemiologico Nazionale (inserto del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*) e su riviste dedicate.

## Gruppo tecnico operativo o di coordinamento

Per un ottimale avanzamento delle attività è stato istituito un Gruppo Tecnico Operativo (GTO) o di coordinamento che aveva il compito di:

- coordinare a livello centrale le varie attività di sorveglianza;
- valutare aspetti riguardanti i temi in studio e le definizioni utilizzate nelle due indagini;
- proporre idonei criteri di utilizzo dei dati ottenuti dal sistema di sorveglianza in previsione dei corrispettivi interventi di promozione e tutela della salute;
- identificare strategie di comunicazione efficaci per promuovere PASSI d'Argento ai diversi stakeholder.

Il GTO era composto da varie figure professionali e comprendeva i coordinatori regionali della Regione Umbria e di altre Regioni, e alcuni ricercatori del CNESPS.

## Etica e privacy

È stata chiesta una valutazione sull'indagine PASSI d'Argento al Comitato Etico dell'ISS, 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 (DL.vo 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 e la validazione del questionario, i dati nominativi delle persone selezionate sono eliminati. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati e quindi non è possibile in alcun modo risalire all'intervistato.

## In sintesi

Nel corso dei due anni di attività del progetto di sperimentazione PASSI d'Argento, è stata definita e testata una metodologia per un sistema di raccolta dati sulla popolazione ultra64enne basato su indagini periodiche.

Grazie alla stretta collaborazione tra il Referente e il Coordinatore regionale della Regione Umbria e il CNESPS, sono stati formati 687 operatori (348 nella prima indagine e 339 nella seconda) che, attraverso degli strumenti e una metodologia standardizzati, hanno misurato e raccolto dati su un campione di ultra64enni rappresentativo della popolazione anziana a livello regionale e/o locale. I risultati ottenuti sembrano indicare che la metodologia definita sia valida e sostenibile nel tempo per la messa a regime del sistema di sorveglianza.

## Bibliografia

1. Leti G, Cicchitelli G, Cortese A, Montanari GE. *Il campionamento da liste anagrafiche: effetti della qualità della base di campionamento sui risultati delle indagini*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Commissione di Garanzia dell'Informazione Statistica; 2004.
2. Colagrande V. *Campionamento statistico e distribuzioni campionarie. Pianificazione di una ricerca o indagine statistica*. Chieti: Università G. D'Annunzio. Disponibile all'indirizzo: [http://www.biostatistica.unich.it/mat\\_didattica/prof\\_colagrande/Campion\\_Statistico.pdf](http://www.biostatistica.unich.it/mat_didattica/prof_colagrande/Campion_Statistico.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
3. Istituto Nazionale di Statistica. *Disegno del campione*. Roma: ISTAT. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/strumenti/metodi-e-software/software/disegno-del-campione>; ultima consultazione 28/3/13.
4. Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: The Kappa statistic. *Fam Med* 2005;37(5):360-3 Disponibile all'indirizzo: [http://www1.cs.columbia.edu/~julia/courses/CS6998/Interrater\\_agreement.Kappa\\_statistic.pdf](http://www1.cs.columbia.edu/~julia/courses/CS6998/Interrater_agreement.Kappa_statistic.pdf); ultima consultazione 28/3/13.
5. *Cohen's Kappa. Index of inter-rater reliability*. Disponibile all'indirizzo: <http://psych.unl.edu/psycrs/handcomp/hckappa.PDF>; ultima consultazione 28/03/13.
6. Contoli B, Nucera A, Bestagni P, Antoniotti MC, Dittami A, Perra A. L'interscambiabilità dell'intervista telefonica e faccia-a-faccia nella sorveglianza della popolazione ultrasessantatreenne: un'applicazione del test-retest. *Not Ist Super Sanità* 2011;24(4):i-ii.
7. Knowles M, Holton E.F, Swanson RA. *Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona*. Milano: Franco Angeli; 2008.
8. Wenger E, McDermott R, Snyder WM. *Coltivare comunità di pratica. Prospettive ed esperienze di gestione della conoscenza*. Milano: Guerini e Associati; 2007.
9. Wenger E. *Learning for small planet*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ewenger.com/research/index.htm>; ultima consultazione 28/03/13.

10. Wenger E, McDermott R, Snyder WM. *Cultivating communities of practices*. Boston: Harvard Business School Press; 2002.
11. Wenger E. *Communities of practice: a brief introduction*. 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ewenger.com>; ultima consultazione 28/03/13.
12. Wenger E. *Communities of practice. Learning, meaning and identity*. Oxford: Oxford University Press; 1998.



## **RUOLO DELLA COMUNICAZIONE IN PASSI D'ARGENTO**

La comunicazione è una componente fondamentale nei sistemi di sorveglianza di popolazione e rappresenta un mezzo indispensabile per garantire l'interazione e la partecipazione attiva degli individui e delle entità istituzionali e sociali coinvolte.

Una comunicazione diventa tanto più efficace quanto più è in grado di:

- favorire il dialogo e l'integrazione tra i soggetti istituzionali e sociali partecipanti al Sistema con ruoli, responsabilità, interessi e percezioni diverse;
- facilitare, soprattutto nella fase iniziale, il consenso e la condivisione degli obiettivi;
- favorire il riconoscimento dei diversi ruoli, funzioni e compiti;
- contribuire a costruire una leadership per il sistema di Sorveglianza;
- sviluppare lo scambio delle informazioni anche in merito ad attività e iniziative intraprese;
- garantire la conoscenza e la condivisione dei risultati;
- attivare processi d'intervento e di cambiamento.

Il processo comunicativo è trasversale rispetto alle diverse fasi di organizzazione e sviluppo della sorveglianza PASSI d'Argento (fase preparatoria, fase di avvio, fase di rilevazione dei dati, fase di diffusione dei risultati e fase di proposte d'intervento e azione), nei diversi livelli (nazionale, regionale e locale). Per questo è opportuno che la comunicazione non venga improvvisata o ricordata solo alla fine, nel momento di comunicazione dei risultati, ma piuttosto pianificata e "curata" fin dall'inizio, sia all'interno del sistema (comunicazione interna), sia all'esterno (comunicazione esterna).

L'elaborazione di un piano di comunicazione, secondo criteri metodologici condivisi, è quindi parte integrante del sistema di sorveglianza e va considerata come elemento indispensabile per la partecipazione al PASSI d'Argento: infatti costituisce, nella fase attuale, oggetto di monitoraggio e valutazione.

Ad ogni livello, nazionale, regionale e locale è stata pertanto pianificata una strategia di comunicazione con l'obiettivo di favorire sia un'efficace comunicazione interna tra le figure direttamente coinvolte nella struttura organizzativa e nella realizzazione del sistema (organi centrali, organi regionali e locali, referenti regionali, coordinatori/vice-coordinatori regionali e locali, intervistatori), sia un'efficace comunicazione esterna tra soggetti che con ruoli e interessi diversi possono essere coinvolti nella sorveglianza (altri operatori e servizi presenti sul territorio, gruppi di interesse, media, amministrazioni locali, cittadini) (Allegato A10-A15).

Per facilitare un'impostazione omogenea del piano di comunicazione il GTO PASSI d'Argento ha ritenuto essenziale esplicitare alcuni principi e criteri di riferimento che sono stati condivisi con gli altri organi del sistema in specifici contesti d'incontro, compreso quello formativo:

- una comune definizione di comunicazione;
- l'approccio comunicativo al quale fare riferimento;
- uno schema per la pianificazione;
- modalità e mezzi di comunicazione da utilizzare per la comunicazione interna ed esterna.

## Definizione condivisa di comunicazione

Comunicare significa mettere in comune, condividere, significa rendere comprensibile quanto si dice ed essere interessati alle necessità informative del proprio interlocutore, significa capire e farsi capire per rendere partecipe “l’altro” in un processo bidirezionale e circolare.

La comunicazione è reciprocità e quindi per comunicare efficacemente e per costruire messaggi che assumano un significato per gli interlocutori ai quali sono rivolti (target) è necessario prima di tutto “ascoltare”.

Nel sistema di sorveglianza PASSI d’Argento la comunicazione è quindi interazione, scambio bidirezionale, di informazioni, esigenze conoscitive, bisogni, atteggiamenti, intenti, punti di vista, convinzioni tra tutti i soggetti coinvolti, soggetti che rivestono ruoli e responsabilità diversi e che molto spesso esprimono percezioni e interessi diversi all’interno di un processo di circolarità. Affinché tali soggetti possano comunicare efficacemente tra loro, cioè interagire in modo reale, sostanziale e non solo formale, è necessario che prima di tutto si ascoltino. Solo l’ascolto reciproco può offrire l’opportunità di capirsi e di agire in modo consapevole e finalizzato. Questo facilita molto la messa a regime di attività di promozione della salute e la loro misurazione sia nel processo che negli *outcome*.

### Approccio comunicativo di riferimento utilizzato

In sintonia con la definizione di comunicazione sopra esposta l’approccio comunicativo al quale si fa riferimento è un approccio di “tipo partecipativo”, che si basa sul “principio della chiarezza e della trasparenza” degli obiettivi, dei processi attivati e delle relazioni che li caratterizzano. Tale approccio pone particolare attenzione alla valorizzazione dello scambio interattivo, all’ascolto, al dialogo e all’integrazione tra tutte le parti coinvolte nel Sistema di Sorveglianza al fine di costruire fiducia e credibilità, sia tra i “soggetti” interni al sistema sanitario (livello nazionale, regionale, locale) protagonisti principali nella fase di preparazione, avvio e svolgimento del PASSI d’Argento, sia tra questi e i soggetti sociali esterni al sistema sanitario, che comunque dovranno essere costantemente informati sulle attività intraprese e sugli sviluppi.

Nel Sistema di Sorveglianza PASSI d’Argento la fiducia tra i soggetti coinvolti e la credibilità delle istituzioni nazionali, regionali e locali sono investimenti che, in una prospettiva a lungo termine, potranno creare solide premesse per potenziare l’efficacia delle proposte d’intervento e delle azioni di prevenzione e promozione della salute.

Nella fase di avvio e di rilevazione l’approccio partecipativo è essenziale per creare consenso e condivisione.

Nella fase di diffusione dei risultati e di proposte d’intervento e azione, l’approccio partecipativo è essenziale per rendere le informazioni raccolte in forma di conoscenza utilizzabile dai cittadini, per poter successivamente attivare processi di empowerment e per comprendere eventuali problematiche sociali e individuali.

### Processo comunicativo: uno sviluppo continuo e continuamente *in itinere*

Lo sviluppo del processo comunicativo avviene *in itinere*. Con tale termine si intende un processo comunicativo che pur essendo pianificato fin dall’inizio per le diverse fasi di organizzazione e svolgimento del sistema, può variare in rapporto alle evidenze disponibili al momento e quindi corretto e modificato in base alle esigenze che si presentano durante il percorso.

La comunicazione *in itinere* è una condizione essenziale per favorire il coinvolgimento degli organi centrali, regionali e locali e di tutti i tutti i soggetti attivi all'interno del Sistema di Sorveglianza e, più in generale, all'interno del sistema salute regionale e locale. Essa garantisce, infatti, l'attivazione di interazioni nella fase di preparazione/avvio e il mantenimento di reti relazionali nelle fasi successive, sia all'interno (comunicazione interna) che all'esterno (comunicazione esterna) del PASSI. Rappresenta la base di partenza per l'impostazione del Piano Regionale di Prevenzione in tema di anziani e di non autosufficienza.

## Target: una realtà variegata

La comunicazione interna, soprattutto nella fase di preparazione e di rilevazione dei dati, è particolarmente importante per identificare i destinatari.

I destinatari della comunicazione interna sono:

– *Target primario*

Gli operatori e le strutture del Servizio Sanitario direttamente coinvolti nell'organizzazione e nella realizzazione della sorveglianza ai diversi livelli (Ministero, CCM, Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Assessorati, Direttori delle ASL, referenti e coordinatori/vice coordinatori regionali e di ASL, Sociale dei Comuni, intervistatori).

– *Target secondario*

Decisori, figure professionali presenti sul territorio (Medici di Medicina Generale, Gerontologi), operatori impiegati in Servizi (servizi vaccinali, consultori, ambulatori, unità operative), istituzioni presenti sul territorio, altri portatori di interesse compresi i cittadini che possono contribuire alla promozione della sorveglianza nel contesto sociale, alla sua realizzazione e, in seguito, all'utilizzo dei risultati e alle conseguenti azioni.

È inoltre fondamentale che nel processo di comunicazione interna sia garantita la conoscenza e la condivisione degli obiettivi del sistema di sorveglianza e delle modalità di realizzazione.

La conoscenza del sistema da parte di tutti gli operatori (favorito dalla formazione) è importante per promuovere in modo adeguato l'iniziativa e per permettere ai diversi soggetti direttamente coinvolti di fare i conti con la propria motivazione e di sentirsi partecipi del contesto più ampio. Inoltre la conoscenza del sistema offre l'opportunità di individuare:

- i punti di forza da utilizzare per poter rispondere in modo argomentato a possibili obiezioni (per ogni interlocutore si può far leva su alcune sensibilità specifiche e su determinate argomentazioni);
- le criticità, per evidenziarle e proporre, in un'ottica di tipo partecipativo, eventuali possibilità di soluzione, utilizzando gli spazi comunicativi destinati a tale scopo (per esempio la piattaforma Moodle);
- una chiara definizione dei ruoli, delle funzioni, delle attività, dei compiti e delle responsabilità dei diversi soggetti. La chiarezza dei ruoli e delle responsabilità è importante affinché ognuno sia consapevole del proprio impegno, di ciò che è chiamato a fare, ne colga le caratteristiche e il significato per sentirsi parte del sistema e per svolgere in modo adeguato i suoi compiti. In questo senso la comunicazione è fondamentale per attivare la motivazione, il processo di consapevolezza e l'integrazione;
- un reale e costante scambio di informazioni tra livello nazionale regionale e locale e all'interno di ogni livello;
- la formazione di reti, interne alle ASL e alle Regioni, per agevolare lo scambio di esperienze e la diffusione dei risultati. In particolare potrà essere utile la condivisione delle

esperienze tra le ASL che hanno partecipato e quelle che ancora non hanno partecipato. Gli incontri di comunicazione dei risultati nelle indagini PASSI d'Argento dovrebbero essere sfruttati come momenti di informazione e di promozione del sistema di sorveglianza.

Per quanto riguarda la comunicazione verso l'esterno, verso i cittadini e verso quelle istituzioni/organizzazioni e figure che fanno costantemente da "ponte" tra contesto esterno e interno al sistema: decisori, figure professionali presenti sul territorio (MMG, gerontologi, ecc.), operatori impiegati in Servizi (servizi vaccinali, centri di salute, ambulatori), altre istituzioni non sanitarie (enti locali, associazioni per anziani, ecc.) e portatori di interesse, (opinion leader, associazioni scientifiche, associazioni sociali, di consumatori, media ecc), è molto importante fare attenzione all'omogeneità dei messaggi diffusi. Quindi cercare il più possibile di concordare i contenuti in modo da non veicolare messaggi discordanti e rischiare di perdere fiducia e credibilità.

A tal proposito è essenziale esplicitare nelle diverse fasi di svolgimento della Sorveglianza cosa si sta facendo, motivare e argomentare le decisioni, indicare chi sono i soggetti (persone, istituzioni, ecc.) coinvolti, chiarire le tappe che si prevede di percorrere, individuare spazi e modalità per raccogliere i punti di vista ed eventuali proposte, quindi per "ascoltare il territorio". Questo impegno può rappresentare una risorsa per le tappe successive.

## Decisori

### Livello nazionale

Le attività di comunicazione pianificate nella fase di avvio a livello nazionale hanno rappresentato e dovranno rappresentare ancora di più un contributo fondamentale per facilitare l'avvio di PASSI d'Argento a livello regionale e locale. La comunicazione sul PASSI d'Argento è stata indirizzata a vari contesti anche per creare le basi per lo sviluppo di una rete di relazioni formali e informali all'interno del sistema sanitario e tra mondo sanitario e altre componenti sociali.

In particolare:

- all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) favorendo l'avvio e lo sviluppo della struttura organizzativa e verificando che per tutti i soggetti coinvolti fossero chiari e condivisi obiettivi, ruoli, responsabilità e compiti. Anche se in questo senso nello sviluppo futuro si dovranno standardizzare delle modalità generali e forti di coinvolgimento;
- nel contesto scientifico/accademico creando le condizioni per la condivisione e il consenso tra gli esperti/studiosi interessati;
- nel contesto sociale preparando i cittadini alla richiesta di interviste e chiarendo anche ai diversi "portatori di interesse" l'organizzazione, gli obiettivi e il contributo per la prevenzione e la promozione della salute.

È senza dubbio fondamentale lo scambio comunicativo e la collaborazione tra i tre gruppi al vertice del sistema per favorire il confronto tra i gruppi e all'interno di ogni gruppo e per facilitare la comunicazione con gli altri livelli e con i soggetti esterni al Sistema.

### Livello regionale

Il livello regionale è stato informato del progetto nelle varie conferenze e *workshop* organizzate dalla Regione Umbria e dal CNESPS, nelle numerose riunioni effettuate anche con

il gruppo tecnico, sono stati condivisi gli obiettivi, le finalità, le procedure e tutto il percorso. Sono stati naturalmente presentati ai decisori regionali i risultati dei due studi pilota Orvieto e Regioni del primo turno. L'approccio integrato nell'uso dei mezzi di comunicazione, scelti in modo consapevole e finalizzato in base all'obiettivo, ai destinatari, alle disponibilità economiche, alle risorse umane, ai tempi e al contesto, rappresenta una strategia per favorire la promozione della sorveglianza, per facilitare la diffusione di informazioni circa il suo svolgimento e per sensibilizzare nella fase di utilizzo dei dati e dell'azione. Interfaccia *web*, media, tavoli di lavoro, *newsletter*, comunicazione interpersonale vis a vis o telefonica, lettere, posta elettronica, opuscoli informativi, locandine, dibattiti pubblici, pubblicazioni scientifiche, convegni scientifici.

## **Livello aziendale (ASL)**

Le Regioni partecipanti sia alla prima che alla seconda indagine, attraverso gli operatori dell'SSN, hanno riunito le ASL tramite i Direttori Generali comunicando le intenzioni di aderire al progetto, informando soprattutto riguardo alla necessità di avere dati epidemiologici con la possibilità di elaborazione locale del dato e del suo utilizzo per la programmazione. L'intero sistema di sorveglianza dovrebbe poggiare su una rete, articolata a vari livelli, nazionale, regionale e aziendale, di operatori formati e motivati e che condividono gli stessi obiettivi; questo è uno dei motivi per cui tutti gli attori appartengono all'SSN e al sistema sociale della ASL o dei Comuni o di altre istituzioni coinvolte. Gli operatori che partecipano alla sorveglianza hanno ruoli e compiti ben definiti, infatti, la consapevolezza del proprio ruolo e delle proprie responsabilità è rilevante affinché ognuno sia conscio dell'impegno assunto, ne colga le peculiarità e il significato per sentirsi parte del sistema e per svolgere in modo adeguato i propri compiti.

Il referente regionale (figura necessaria e al momento non sempre presente) garantisce il supporto decisionale e amministrativo necessario per il regolare svolgimento della sperimentazione a livello territoriale e collabora con il coordinatore regionale nelle attività di comunicazione e di promozione dell'utilizzo dei risultati. Infine contribuisce a mantenere il collegamento con il Gruppo Tecnico nazionale, che è composto da uno staff centrale incaricato del management e della conduzione del sistema di sorveglianza, e coadiuvato, di volta in volta, da esperti che provengono dalle Regioni/ASL.

## **Comunicazione orientata ai target**

La messa in funzione del Sistema di Sorveglianza ha una logica epidemiologica e di salute pubblica ben precisa. La raccolta, l'analisi e l'interpretazione di dati sui fattori comportamentali di rischio e sulle attività di prevenzione messe in atto per contrastarli *deve* essere seguita da azioni in salute pubblica consequenziali e efficaci. Venendo meno la possibilità o la disponibilità degli operatori di mettere in atto tali azioni suggerite dai risultati del sistema di sorveglianza, verrebbe meno anche la ragion d'essere di tale sistema. Non sarebbe un caso isolato visto che ancora nel nostro Paese disponiamo di numerosi esempi in cui dati di qualità che potrebbero orientare le scelte di strategia sanitaria sono solo parzialmente o affatto utilizzati.

Si possono individuare alcune condizioni fondamentali che devono essere soddisfatte per evitare lo "scollamento" fra la misura e l'azione, fra la messa di indicazioni provenienti dalla base di dati della sorveglianza e il miglioramento della prevenzione e della promozione di salute.

La prima condizione riguarda essenzialmente la qualità dei dati prodotti dal PASSI d'Argento. Il sistema deve poter garantire gli utenti esterni e convincere gli operatori del sistema che i dati sono sufficientemente validi e affidabili per orientare la programmazione sanitaria e il *decision-making*.

Tradizionalmente i dati prodotti da un sistema di sorveglianza hanno come obiettivo principale quello di descrivere una situazione in evoluzione identificando dei cambiamenti o delle tendenze. La sorveglianza per sua natura non produce dati tali da descrivere in maniera esaustiva un fenomeno o un aspetto di salute.

Le aree di studio all'interno delle quali sono stati identificati gli indicatori da misurare sono state scelte dalle Regioni e fatte oggetto di un consenso nazionale. Questi indicatori sono di qualità elevata. Scelti fra i tanti offerti dalla letteratura internazionale, rispondono a numerosi requisiti, fra i quali la validità e l'affidabilità. Il fatto che la sorveglianza si attui all'interno della popolazione generale e non su una popolazione selezionata, per esempio gli utilizzatori di questo o quel servizio sanitario, contribuisce ad aumentarne la qualità. Si potrà ottimizzare la misura di tali indicatori se si arriverà a un'integrazione con altre basi di dati disponibili in loco che permetteranno di comporre un quadro più completo e quindi utile degli aspetti di salute in studio.

A fianco a tali indicatori sensibili e utili per l'identificazione di cambiamenti e tendenze, il sistema produce anche una quantità di indicatori che analizzati secondo certi modelli permetteranno un approfondimento e una migliore conoscenza per esempio di alcuni gruppi a rischio per alcuni fattori comportamentali di rischio o per la non utilizzazione di alcuni servizi.

È evidente quindi che uso dei dati significa prima di tutto che il sistema deve fare in modo che la popolazione possa in maniera più ampia possibile, ricevere messaggi adeguati di informazione da parte del sistema di sorveglianza, messaggi che devono essere amplificati dai gruppi di interesse e dai media con l'obiettivo di creare consapevolezza nel cittadino e ispirare fiducia nel cambiamento personale.

A tal proposito l'obiettivo è stato quello di mettere a punto un documento utile per la comunicazione orientato specificamente a un gruppo relativamente omogeneo di interlocutori.

Sono stati individuati 7 gruppi di destinatari dell'informazione:

1. Area sanitaria, decisori territoriali o di area metropolitana:
  - direttori generali e sanitari di ASL, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
  - direttori di distretto;
  - direttori di dipartimenti di prevenzione;
  - direttori regionali;
  - decisori regionali, delle conferenze sociali e sanitarie locali;
  - assessorato salute della Regione e città di aree metropolitane;
  - uffici di Piano regionali o aziendali;
  - Ministero della Salute.
2. Area sanitaria, operatori:
  - MMG;
  - centri di salute mentale;
  - operatori di residenze protette;
  - operatori e organizzatori di assistenza domiciliare integrata;
  - dipartimenti ospedaliere;
  - operatori che hanno contribuito all'indagine;
  - farmacisti;
  - centri di elaborazione dati delle ASL per i numeri di telefono;
  - operatori delle strutture per anziani.

3. Area scientifica:
  - associazioni scientifiche (geriatri, gerontologi, fisiatri)
  - ordine dei medici, assistenti sociali
  - società scientifiche della sanità pubblica
  - gruppi e facoltà universitarie
  - gruppi di ricerca privati e pubblici su invecchiamento
4. Area amministrativa manageriale locale e sociale:
  - direttori dei servizi sociali di ASL, Comuni, comunità di valle per le Province Autonome e comunità montane;
  - assessori ai servizi sociali regionali e comunali;
  - assessorato ai servizi sociali regionali o di aree metropolitane;
  - enti dei gestori dei servizi socio-assistenziali;
  - consorzi territoriali;
  - sindaci e amministratori comunali;
  - conferenza dei sindaci;
  - consigli di circoscrizione.
5. Area sociale operativa:
  - circoli ricreativo-culturali;
  - cooperative sociali;
  - associazioni di promozione sociale;
  - associazioni culturali e di volontariato;
  - organizzazioni non governative e ONLUS e gruppi parrocchiali;
  - cooperative per l'assistenza privata;
  - operatori sociali che hanno contribuito all'indagine;
  - università della terza età;
  - comitati di quartiere;
  - amministratori di sostegno.
6. Area informativa dei mass-media:
  - giornalisti;
  - radio;
  - TV;
  - siti web dedicati agli anziani che fanno capo a fondazioni e associazioni di volontariato quali Auser, Caritas, Centro Maderna, ecc.;
7. Area informativa della famiglia degli anziani:
  - ultra64enni
  - famiglie di ultra64enni.

## **Bibliografia di approfondimento**

- Alfano A. *La comunicazione della salute nei servizi sanitari e sociali*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2002.
- Cheli E. *Teorie e tecniche della comunicazione interpersonale*. Milano: Franco Angeli; 2004.
- Cheli E, Morcellini M. *La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa*. Milano: Franco Angeli; 2004.
- Coupland N, Wiemann J, Giles H. *Talks as problem and communication as miscommunication*. London: Sage; 1991.
- Davitz JR. *The communication of emotional meaning*. New York: Mc Graw-Hill; 1964.

- Ekman P. *Emotion in the human face*. Cambridge: Cambridge University Press; 1982.
- Ferretti F, Gambarra D. *Comunicazione e scienza cognitiva*. Roma: La Terza; 2006.
- Livosi M. *Manuale di sociologia della comunicazione*. Roma: La Terza; 2006.
- Mc Luhan M. *Gli strumenti del comunicare*. Milano: Il Saggiatore; 1967.
- Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio; 1971.
- Zuanelli Sonino E. *La competenza comunicativa*. Torino: Boringhieri; 1981.
- Zuckerman M, Depaulo B, Rosenthal P. Verbal and nonverbal communication of deception. Vol 14. In: Berkowitz L (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press; 1981. p. 1-59.



## INDICATORI DI PROCESSO PER IL MONITORAGGIO DELLA SPERIMENTAZIONE

Per la realizzazione della sperimentazione PASSI d'Argento sono state previste una serie di attività, dal cui corretto svolgimento dipende il conseguimento dei risultati attesi e la qualità del dato rilevato. Il controllo di queste attività è affidato a figure con ruolo "manageriale", come il coordinatore regionale, aziendale e gli stessi intervistatori, i quali hanno la necessità di disporre di informazioni per poter eventualmente modificare le modalità di realizzazione delle attività che ricadono sotto la propria responsabilità. L'insieme delle procedure che consentono il passaggio di queste informazioni, necessarie per prendere decisioni e intervenire sul processo, prende il nome di monitoraggio.

Nonostante siano state messe a disposizione degli operatori una serie dettagliata di procedure e istruzioni, per evitare possibili errori dipendenti da irregolarità e disattenzioni è necessario osservare e documentare le varie fasi operative della sorveglianza. A questo scopo nel protocollo del progetto sono stati individuati degli indicatori di processo, coerenti con gli standard internazionali e misurabili a partire da informazioni registrate nel diario, una delle principali fonti utilizzate per il monitoraggio.

Il flusso dei dati per il monitoraggio è stato stabilito in relazione allo svolgimento delle varie fasi, in modo da rendere disponibile l'informazione in tempo utile.

Per ciascuna area locale di indagine sono stati calcolati:

- 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.

Il *tasso di risposta* (RR1) dà conto dell'adesione all'indagine in quanto misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non).

$$RR1 = \frac{n. interviste}{n. interviste + rifiuti + non reperibili} * 100$$

Il *tasso di sostituzione* misura la proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili, così indicato:

$$\frac{non\ reperibili + rifiuti}{n. interviste + rifiuti + non\ reperibili} * 100$$

Il *tasso di rifiuto* (REF1) misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili:

$$REF1 = \frac{rifiuti}{n. interviste + rifiuti + non\ reperibili} * 100$$

Il *tasso di non reperibilità* misura la proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente su tutte le persone eleggibili:

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

Il *tasso di eleggibilità "e"* misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità.

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

La *distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità* consente di individuare le cause che hanno portato all'esclusione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria. Questo indicatore 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.

La *modalità di reperimento del numero telefonico* riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile".

La *distribuzione delle interviste per orari* consente di stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore e quindi è un indicatore indiretto dei costi aggiuntivi legati alle risorse umane

L'analisi dei dati di monitoraggio ha permesso di identificare gli aspetti di funzionamento del progetto passibili di miglioramento e di mettere in atto azioni correttive sia in corso di indagine, sia nella fase di ri-programmazione, consentendo di formulare giudizi sulla semplicità, l'accettabilità, l'economicità, la tempestività e, in ultima analisi, sull'utilità del Sistema di Sorveglianza.

## VALUTAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE

La valutazione, genericamente intesa, è il processo che porta ad attribuire un valore a qualcosa o qualcuno. Valutare in sanità pubblica, secondo la WHO (1), significa decidere il merito o il valore degli interventi attraverso misure e osservazione (ricerca valutativa) e confronti con criteri e standard (in genere gli obiettivi del programma). Inevitabilmente il percorso valutativo porta all'acquisizione di conoscenze specifiche sul sistema e accresce le competenze, contribuendo esso stesso a produrre *evidence* da utilizzare per migliorare la performance.

Il primo aspetto della sorveglianza che è necessario valutare è l'andamento del processo, allo scopo di migliorare l'efficienza del progetto in corso; l'obiettivo è in comune con il monitoraggio delle attività, descritto in precedenza, ma mentre quest'ultimo misura semplicemente il livello di realizzazione delle attività, la valutazione mette a fuoco le ragioni e la logica causale alla base di eventuali problemi.

Altri aspetti da prendere in considerazione nella valutazione di un sistema di sorveglianza riguardano la sua capacità di raggiungere l'obiettivo specifico di sorveglianza, la qualità delle informazioni epidemiologiche prodotte, l'influenza dei risultati della sorveglianza sulle scelte di politica sanitaria.

Seguendo le indicazioni delle linee guida dei *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2), un primo approccio valutativo è costituito dall'attribuzione di un valore alla pertinenza, alla accettabilità, alla sensibilità, alla efficacia, alla utilità della sorveglianza, alla qualità e rappresentatività dei dati prodotti. Dare un giudizio sulla *pertinenza* significa stabilire se gli aspetti di salute "sotto sorveglianza" sono ancora importanti e tali da giustificare l'impegno di risorse richiesto. L'*accettabilità* è definibile come la disponibilità delle persone e organizzazioni a partecipare al sistema di sorveglianza, la *sensibilità* è misurabile con la percentuale di casi di un evento di salute rilevati dal sistema, l'*efficacia* ha a che fare con il raggiungimento dei risultati previsti, l'*utilità* con la capacità di contribuire alla prevenzione e al controllo degli eventi avversi connessi alla salute.

Per PASSI d'Argento, come per altri sistemi di sorveglianza che seguono nel tempo numerosi aspetti di salute con rilevanza a volte diversa per le diverse Regioni, è importante verificare periodicamente la pertinenza dei vari aspetti studiati e decidere con i gruppi di interesse regionali l'opportunità di mantenere la sorveglianza di tali aspetti o di modificarne/integrarne la scelta, in relazione alle necessità e ai bisogni del sistema sanitario regionale.

Per la valutazione di efficacia del sistema di sorveglianza è necessario distinguere un'efficacia di sistema, intesa come grado di raggiungimento degli obiettivi, e un'efficacia reale, definibile come grado di copertura territoriale o geografica.

Per la prima è necessario fare riferimento agli obiettivi previsti dal protocollo ed esprimere un giudizio attraverso le "domande di valutazione" proposte dai diversi gruppi di interesse partecipanti alla sorveglianza, con riferimento valori standard (alcuni dei quali già previsti nel protocollo).

Questo tipo di valutazione che prevede la partecipazione attiva dei gruppi d'interesse, è essenziale per le prospettive di miglioramento del sistema stesso e richiede la programmazione di un piano di valutazione fin dall'inizio dalla progettazione.

Per la valutazione di altri aspetti, come la sensibilità del sistema, spesso la difficoltà è rappresentata dalla mancanza di un *gold standard*, cioè una metodica di riferimento sulla quale ipotizzare il reale andamento nella popolazione dell'aspetto in studio; in alcuni casi può essere

necessario pensare a uno studio di valutazione *ad hoc* che preveda il confronto dei dati raccolti attraverso le interviste con quelli misurati da operatori sanitari con tecniche standardizzate.

Infine può essere particolarmente utile per i decisori e, in ultima analisi, anche per la comunità procedere a una valutazione costo-efficacia, rispondendo a domande che riguardano ad esempio i costi delle attività di rilevazione dei dati, quanto costa all'ASL la singola intervista, le possibili alternative.

Per la valutazione delle due indagini multi regionali, in vista della messa a regime del sistema, sono stati per prima cosa identificati i Gruppi di Interesse (GI), rappresentati essenzialmente da figure interne al progetto, che ai vari livelli, nazionale, regionale e locale, hanno collaborato alla realizzazione delle due indagini: in particolare referenti e operatori regionali e aziendali, tecnici e ricercatori dell'ISS, membri del gruppo tecnico e responsabili del progetto. Sono state selezionate le "domande di valutazione", attraverso l'identificazione di tutti gli aspetti del sistema di sorveglianza che, a giudizio degli stessi operatori, sono risultati particolarmente importanti. Le domande sono state raccolte in occasione di incontri diretti o attraverso e-mail.

L'approccio metodologico è stato di tipo quali-quantitativo: per ciascuna area oggetto dell'indagine di valutazione è stato identificato il tipo di dati più idoneo a formulare la "risposta"; i dati necessari si sono raccolti attraverso questionari, standardizzati e semi-strutturati auto-somministrati e analisi SWOT, strumento duttile e ritenuto particolarmente appropriato in un contesto in cui è necessario prendere decisioni sul proseguimento e sulle modalità di un intervento di salute pubblica.

Sono stati utilizzati tre questionari, uno per i coordinatori regionali, uno per i coordinatori locali e uno per la formazione che hanno studiato il contesto istituzionale e il sostegno all'indagine, la creazione della rete di progetto, il campionamento, l'inserimento dei dati e la qualità degli strumenti di raccolta dati. Il questionario destinato ai coordinatori locali ha indagato oltre al contesto istituzionale e sostegno all'indagine, alla creazione della rete di progetto e alla qualità degli strumenti di raccolta dati, anche le risorse umane e materiali impiegate e l'organizzazione dell'indagine. Il questionario per la Formazione ha riguardato sia i partecipanti al corso per formatori accreditati tenuto dal CNESPS-ISS, sia i destinatari del corso regionale per intervistatori e coordinatori locali e ha indagato il raggiungimento degli obiettivi di apprendimento: conoscere il progetto, conoscere le modalità della formazione a cascata, conoscere gli strumenti per garantire procedure omogenee, conoscere le procedure per la selezione del campione, acquisire le competenze necessarie per la conduzione di *role play* ed esercitazioni.

Le aree d'indagine prese in esame dall'analisi SWOT sono state: il contesto istituzionale e sostegno all'indagine, l'organizzazione dell'indagine, la collaborazione fra settore sociale e sanitario, le risorse umane, la collaborazione con i gruppi di interesse, gli aspetti etici e l'assistenza tecnica.

Inoltre, attraverso apposite schede, sia nella prima che nella seconda indagine multiregionale, sono state rilevate altre informazioni, relative alle modalità di svolgimento delle varie fasi dell'indagine. Destinatari delle schede sono state i coordinatori regionali, cui era demandato il compito della gestione tecnica-operativa; la scelta dei tempi per l'invio è stata fatta tenendo conto delle scadenze delle varie fasi indicate nel cronogramma.

Le schede sono state strutturate con una serie di domande riguardanti: l'avvio formale dell'indagine, la definizione delle aree, l'identificazione degli intervistatori, la loro provenienza e il numero, le modalità e tempi della formazione di II livello, il campionamento, la data di inizio e di termine delle interviste, l'inserimento dati, l'analisi e la comunicazione.

È stata preparata una scheda anche per le Regioni non partecipanti, ma che hanno mostrato interesse per l'indagine, con l'intento di indagare le motivazioni alla base della non adesione

allo studio, l'eventuale previsione della sorveglianza PASSI d'Argento nel Piano Regionale di Prevenzione, l'esistenza di programmi di integrazione socio-sanitaria a livello regionale, l'eventuale adesione futura.

I dati, provenienti dai questionari, dalle SWOT e dalle schede di valutazione di processo, sono stati inseriti in basi di dati separate e analizzati utilizzando il software Epi Info versione 3.5 e il foglio elettronico Excel.

I risultati sono stati comunicati a tutti coloro che hanno partecipato alla valutazione al fine di provocare proposte sulla ri-programmazione migliorativa del progetto per la messa a regime della sorveglianza.

Le principali criticità segnalate hanno riguardato: i carichi di lavoro, le risorse non sempre adeguate, la discontinuità nella collaborazione socio sanitaria, carenze strutturali, riconoscimento del ruolo del coordinatore locale, lo scarso coinvolgimento in alcuni casi dei MMG, Anagrafe sanitaria poco aggiornata, carenze formative sulle tecnica dell'intervista, il riconoscimento del ruolo di operatore di sorveglianza.

Tra i punti di forza di PASSI d'Argento sono emersi: il miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria, lo stimolo per una programmazione mirata ai problemi di salute, la promozione dei servizi socio-sanitari, il miglioramento del rapporto cittadino operatore, la conoscenza degli ambienti di vita delle persone ultra64enni e delle tipologie di *caregiver*, la valorizzazione e motivazione degli operatori territoriali.

In conclusione, dalla valutazione complessiva della sperimentazione del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento emerge che c'è stata una larga partecipazione delle Regioni (complessivamente 16 Regioni); le due indagini nazionali hanno fornito indicazioni importanti per la messa a punto del protocollo e degli strumenti di indagine; le informazioni raccolte, oltre che rappresentare una importante base di partenza per la Sorveglianza, possono essere immediatamente utilizzate per l'Azione.

Rimangono ancora alcune criticità (carenza di risorse umane e materiali, aspetti organizzativi, strumenti di indagine, qualità dei dati ecc.), ma è indubbio che PASSI d'Argento ha rappresentato uno stimolo per il confronto ed la crescita degli operatori sanitari e sociali sui temi di salute pubblica, oltre che un'occasione di miglioramento del rapporto fra Servizio Sanitario e cittadino.

## Bibliografia

1. World Health Organization. *Protocol for the evaluation of epidemiological surveillance systems*. Geneva: WHO; 1997. Disponibile all'indirizzo: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO EMC DIS\\_97.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO EMC DIS_97.2.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guide-lines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the Guidelines Working Group. *Morbidity and Mortality Weekly Reports* 2001;50:1e35. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>; ultima consultazione 28/03/13.

**SECONDA PARTE**  
**Risultati della sperimentazione**



## CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

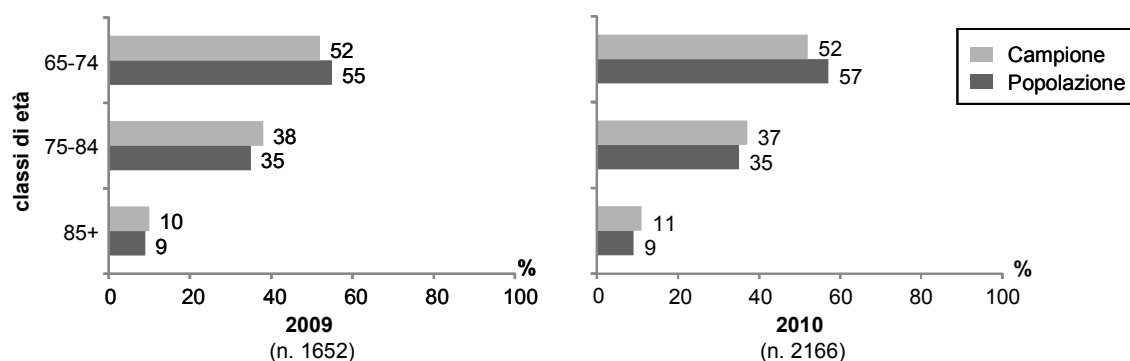
Il campione PASSI d'Argento è costituito da persone di età superiore ai 64 anni estratte casualmente dalle anagrafi sanitarie delle aziende sanitarie locali delle Regioni partecipanti: nell'indagine 2009 sono state raccolte un totale di 3.837 mentre in quella del 2010 sono state 5.077 (Tabella 1); la popolazione totale in studio dell'indagine 2009 è costituita da circa 4 milioni di persone ultra64enni residenti mentre quella del 2010 da circa 5 milioni (1).

**Tabella 1. PASSI d'Argento: numero di interviste per Regione**

Anno	Regione	n. interviste
2009	Valle d'Aosta	329
	Liguria	320
	Emilia-Romagna	620
	Toscana	706
	Umbria	1.000
	Puglia	489
	Sicilia	359
2010	Piemonte	1.569
	Veneto	320
	Marche	321
	Lazio	698
	Abruzzo	319
	Molise	300
	Campania	1.078
	Calabria	251
	Sardegna	221

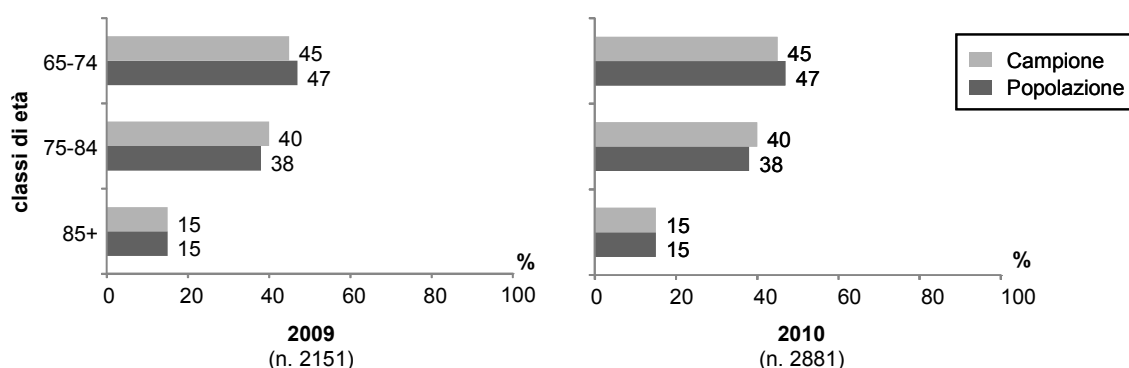
### Età e genere

Sia per l'indagine PASSI d'Argento 2009 che 2010 la distribuzione per genere e classi di età del campione è sovrapponibile a quella della popolazione residente nelle Regioni partecipanti rispettivamente al 1° gennaio 2009 e al 1° gennaio 2010 (Figure 4 e 5).



**Figura 4. PASSI d'Argento: distribuzione nella popolazione e nel campione delle classi d'età negli uomini**





**Figura 5. PASSI d'Argento: distribuzione nella popolazione e nel campione delle classi d'età nelle donne**

In Tabella 2 sono riassunte le principali caratteristiche socio-demografiche dei campioni delle due edizioni. Le donne rappresentano il 57% del campione complessivo sia del 2009 che del 2010.

**Tabella 2. PASSI d'Argento: caratteristiche socio-demografiche delle persone intervistate**

Caratteristiche	Modalità	Anno 2009	Anno 2010
<b>Classi di età</b>	65-74	47,8	48,2
	75-84	39,1	38,8
	85 e oltre	13,1	13,1
<b>Genere</b>	uomini	43,5	42,9
	donne	56,5	57,1
<b>Istruzione</b>	bassa	67,9	68,2
	alta	32,1	31,8
<b>Difficoltà economiche</b>	molte	15,6	17,1
	qualche	41,3	43,0
	nessuna	43,1	39,8
<b>Sottogruppi*</b>	in buona salute a basso rischio	39,8	48,3
	in buona salute ma a rischio	25,2	14,0
	con segni di fragilità	21,4	23,1
	con disabilità	13,5	14,6

\* La definizione dei 4 sottogruppi è stata modificata per la seconda rilevazione dei dati

Il dato riflette il fenomeno di femminilizzazione della popolazione anziana, particolarmente evidente nelle classi di età più avanzate. La percentuale di donne passa ad esempio nel 2009 dal 53% nella classe 65-74 anni, al 58% in quella 75-84 e al 66% tra gli ultra 85enni.

## Stato civile e cittadinanza

Nell'indagine 2009 i coniugati o conviventi sono il 62%, i vedovi/e il 30%, i celibi/nubili il 6% e i separati/divorziati il 2%; nell'indagine 2010 tali percentuali sono rispettivamente del 60%, 32%, 6% e 2% (Figura 6).

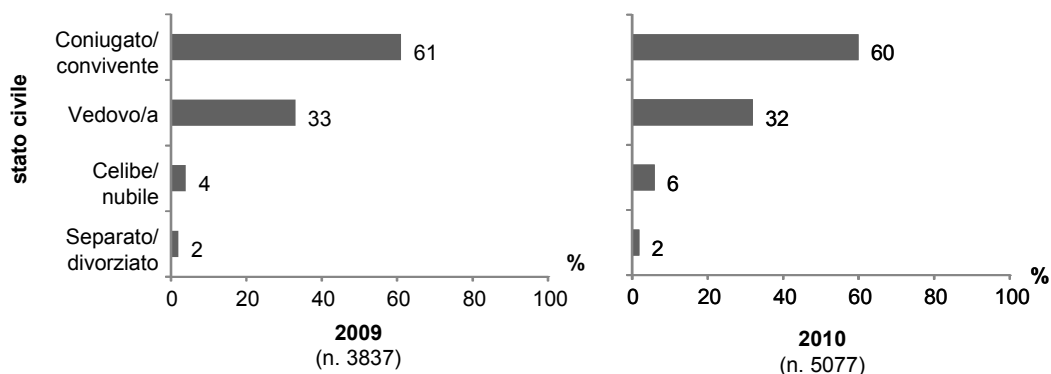


Figura 6. PASSI d'Argento: distribuzione dello stato civile

Complessivamente circa la metà delle donne è vedova (46% sia nel 2009 che nel 2010), mentre gli uomini vedovi sono solo il 10% nel campione 2009 e 15% in quello 2010; questa differenza nello stato civile che è presente sia nell'indagine 2009 che 2010 in tutte le fasce d'età (Figura 7) è riconducibile alla minor durata della vita media degli uomini.

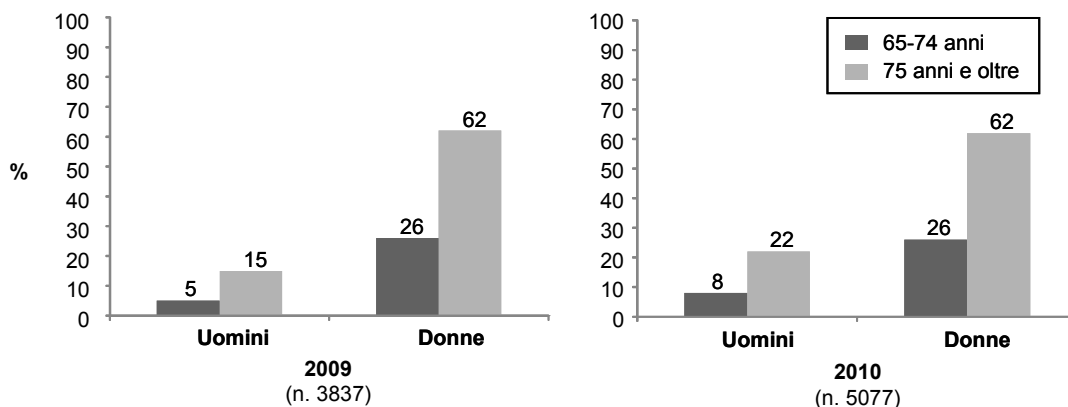


Figura 7. PASSI d'Argento: distribuzione della vedovanza per genere e classi d'età

Per quanto riguarda la cittadinanza, lo 0,3% dell'indagine 2009 e il 0,5% di quella 2010 ha cittadinanza straniera, valore leggermente inferiore per entrambi gli anni alla percentuale di stranieri ultra64enni residenti nelle Regioni partecipanti (0,6% del 2009 e 0,8% del 2010).

Come previsto nel protocollo di entrambe le due indagini, sono esclusi gli stranieri che non risiedono legalmente in Italia e quelli non in grado di sostenere l'intervista in italiano.

## Livello di istruzione

In entrambe le edizioni dell'indagine il 68% ha un basso livello di istruzione ovvero nessun titolo di studio o licenza elementare (Figura 8). Il basso livello d'istruzione è più diffuso tra le donne (circa 74%) rispetto agli uomini (circa 60%) e nelle classi di età 75 anni e più (circa 77% contro 59%) (Figura 9).

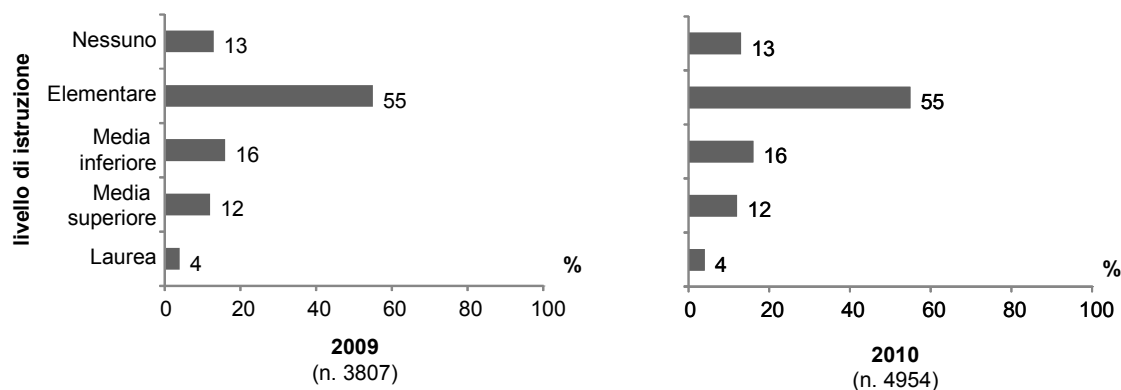


Figura 8. PASSI d'Argento: distribuzione del livello d'istruzione

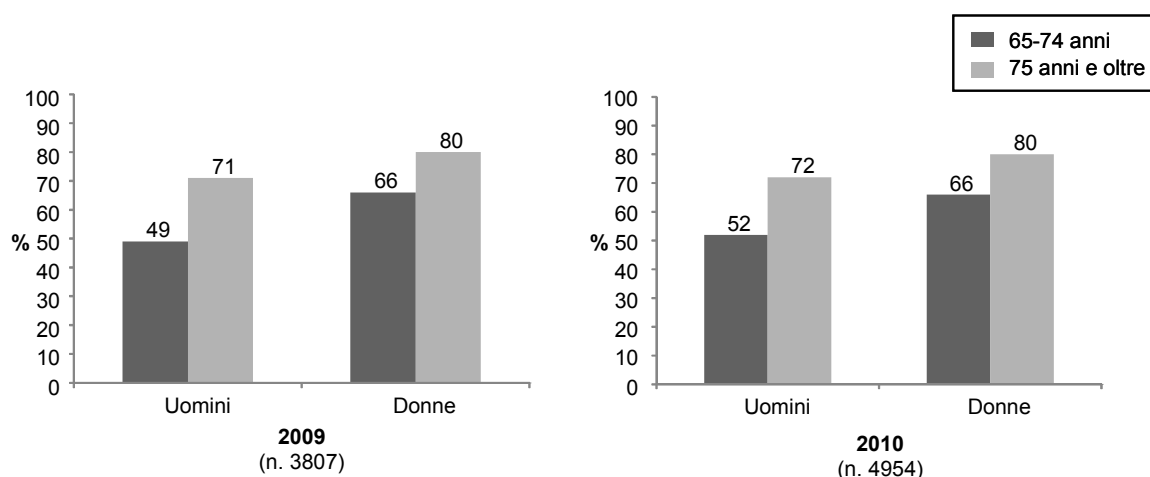


Figura 9. PASSI d'Argento: distribuzione del livello d'istruzione per genere e classi d'età

## Convivenza

Nel campione 2009 oltre il 55% vive con familiari della stessa generazione (coniuge, fratelli o sorelle), il 12% con figli/nipoti e l'8% con entrambi; valori sovrapponibili anche nel campione 2010 (rispettivamente del 55%, 15% e 7%). In entrambe le edizioni circa il 20% vive da solo/a e il 2% solo con una badante (Figura 10); il vivere da soli complessivamente è più frequente nelle donne (circa 28% contro 10%) e nella fascia di età 75 e più (circa 25% contro 15%).

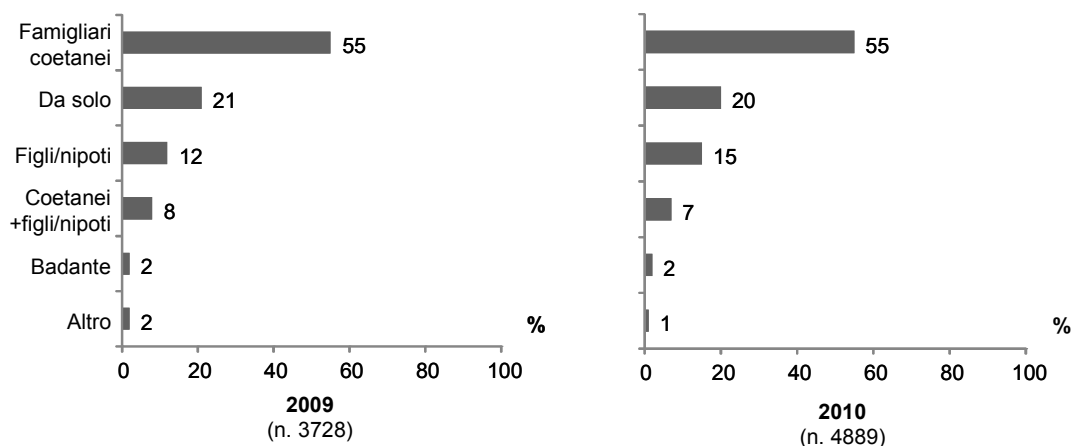


Figura 10. PASSI d'Argento: distribuzione della convivenza

La maggiore diffusione di persone che vivono da sole oltre i 75 anni è un fenomeno che si osserva principalmente tra le donne (Figura 11). Come previsto dal protocollo, sono state escluse le persone istituzionalizzate.

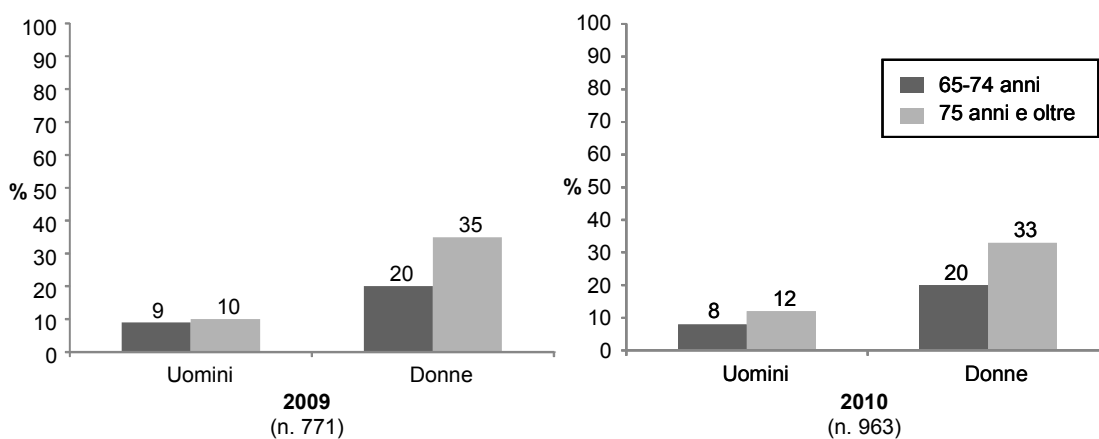
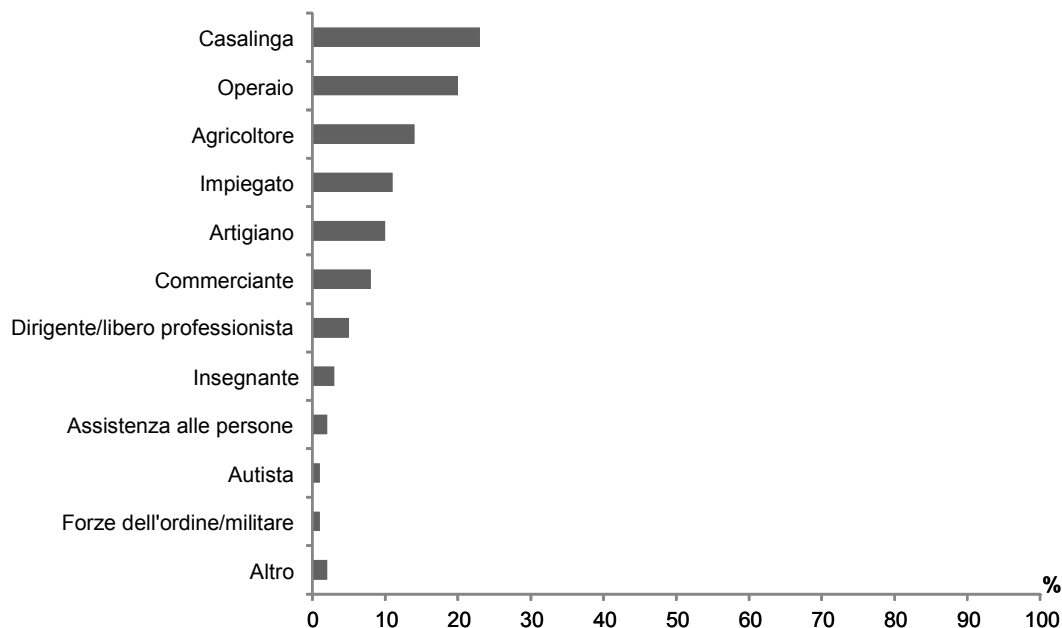


Figura 11. PASSI d'Argento: distribuzione del "vivere da soli" per genere e classi d'età

## Lavoro principale svolto nella vita

Nell'indagine 2009 era presente anche una domanda su qual era il lavoro principalmente svolto prima del pensionamento, che non era presente nell'edizione 2010.

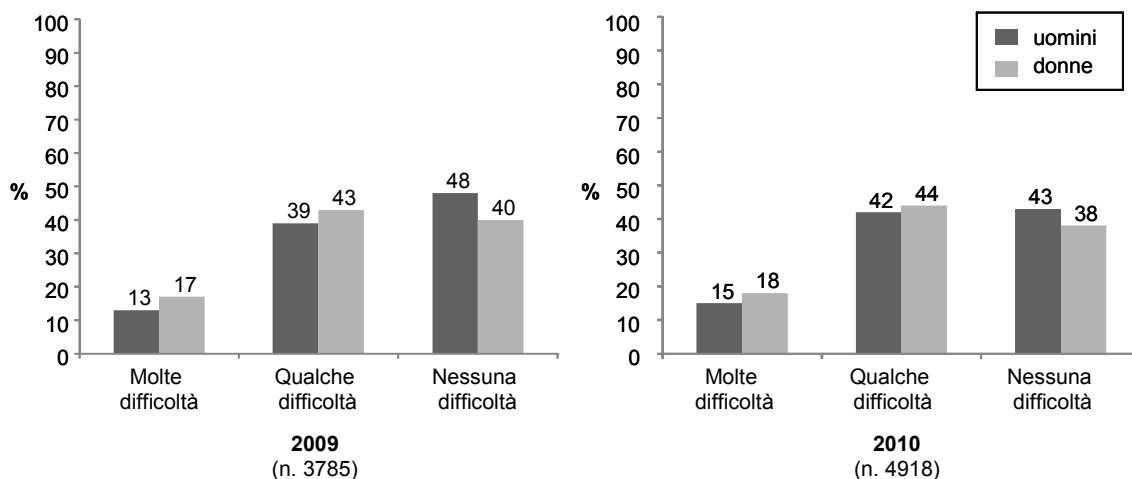
I lavori principalmente svolti nella vita sono stati la casalinga (23%), l'operaio (20%) e l'agricoltore (14%) (Figura 12).



**Figura12. PASSI d'Argento 2009 (n. 3773): distribuzione del lavoro svolto in età attiva**

## Difficoltà economiche

Il 16% riferisce di avere molte difficoltà nell'arrivare a fine mese, il 41% qualche difficoltà e il 43% nessuna. Le difficoltà economiche sono maggiormente riferite dalle donne (Figura 13); non ci sono differenze per classe d'età. Maggiori dettagli verranno fornite nel capitolo sul reddito e la proprietà della casa.



**Figura 13. PASSI d'Argento: distribuzione della percezione di difficoltà economiche per genere**

## Distribuzione della popolazione

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 ultra64enne 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 ultra64enne con una suddivisione in quattro sottogruppi di persone ultra64enni:

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

In un'ottica di orientamento all'azione, ciascun sottogruppo identifica target di interventi specifici che vanno dalle azioni di prevenzione terziaria per le persone con disabilità, alle azioni di prevenzione primaria per le persone a rischio di malattia e fragilità (Figura 14) alle azioni di valorizzazione e protezione sociali trasversali a tutti i sottogruppi.

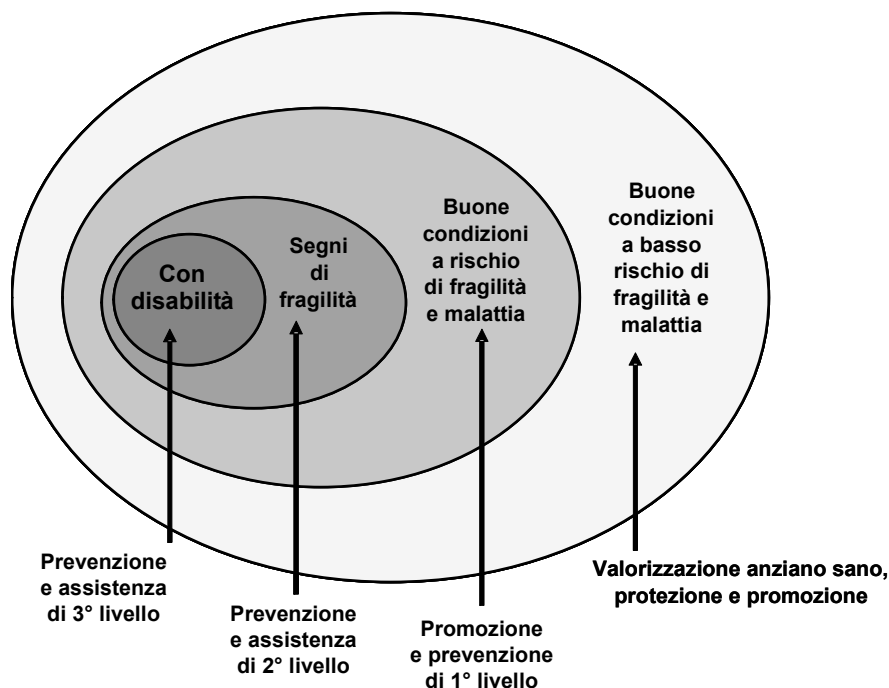


Figura 14. Sottogruppi delle popolazione ultra64enne

Nel campione 2009 il 40% delle persone risulta in buona salute e a basso rischio di malattia, il 25% è in buona salute ma a più alto rischio di malattia e fragilità, il 21% mostra segni di fragilità e il 14% risulta avere una forma di disabilità ovvero ha bisogno di aiuto in almeno

un'attività della vita quotidiana (ADL); nell'edizione 2010, a seguito dei cambiamenti apportati alla definizione degli indicatori di sintesi (compresa quella dei sottogruppi) al questionario, il 48% degli intervistati risulta in buona salute e a basso rischio di malattia, il 14% è in buona salute ma a più alto rischio di malattia e fragilità, il 23% mostra segni di fragilità e il 15% presenta disabilità (Figura 15).

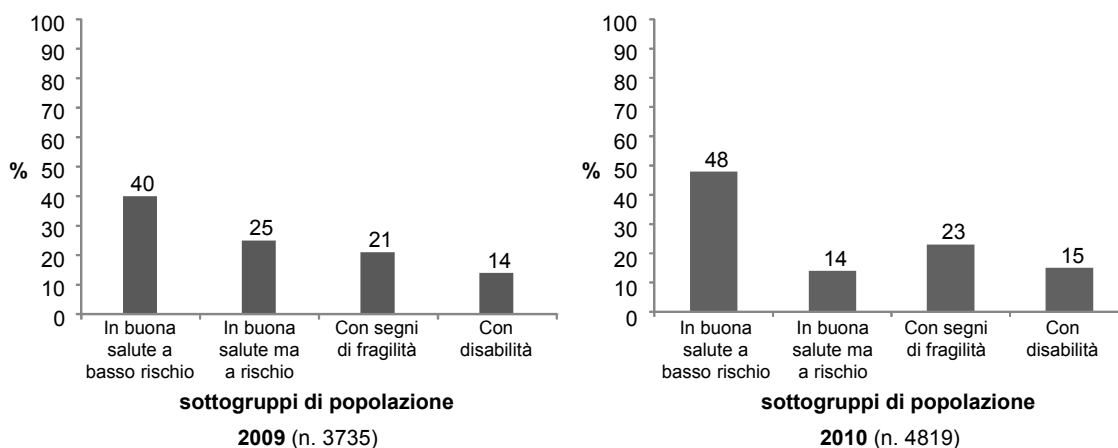


Figura 15. PASSI d'Argento: distribuzione dei sottogruppi di popolazione

## In sintesi

Il campione selezionato in entrambe le indagini presenta un sufficiente 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 nei dati raccolti 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 di età superiore a 85 anni. 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.

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 (3).

La maggior parte della popolazione è compresa nei primi due sottogruppi: presenta cioè buona salute, anche se una quota consistente delle persone ha fattori di rischio, che sono però modificabili. Per questa considerevole fetta di popolazione ultra64enne 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 (4).

## Bibliografia

1. Istituto Nazionale di Statistica. *Popolazione legale, 14° censimento generale della popolazione e delle abitazioni 2011*. Roma: ISTAT; 2012. Disponibile all'indirizzo: [http://www.istat.it/dati/catalogo/20080618\\_01/](http://www.istat.it/dati/catalogo/20080618_01/); ultima consultazione 28/03/13.
2. Istituto Nazionale di Statistica. *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e Regione. Anni 2001-2051*. Roma: ISTAT; 2003. (Informazioni n. 13) Disponibile all'indirizzo: [http://www.istat.it/dati/catalogo/20030326\\_01/](http://www.istat.it/dati/catalogo/20030326_01/); ultima consultazione 28/03/13.
3. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. *Anziani: quali bisogni da soddisfare?* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/focus/anziani/anziani-bisogni.asp>; ultima consultazione 28/3/13.
4. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *Journal of Gerontology* 2007;62(7):722-7.



## ESSERE RISORSA E PARTECIPARE ALLA VITA SOCIALE

### Introduzione

Già nel 1996 con la dichiarazione di Brasilia, la WHO definiva la persona anziana come una risorsa per la famiglia, la comunità e l'economia (1). 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.

Una recente indagine stima il valore dell'apporto economico degli ultra64enni risorsa in 18,3 miliardi di euro all'anno pari all'1,2% del PIL (2). 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. Inoltre, è stata valutata la partecipazione ad attività sociali e a corsi di cultura e formazione, che, pur non rientrando nella definizione adottata di "ultra64enne risorsa", permettono di valutare indirettamente le azioni messe in atto dalla società per valorizzare gli ultra64enni (3). Il concetto di "ultra64enne risorsa" parte da una visione positiva della persona, che è in continuo sviluppo ed è in grado di contribuire, in ogni fase della vita, alla propria crescita individuale e collettiva (4). In questa 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. Si considerano in questo modo anche forme non strettamente economiche dell'essere risorsa come la trasmissione culturale, la saggezza, il sostegno o il supporto emozionale (5). 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 a innalzare la qualità della propria vita. La Figura 16 offre una visione sintetica dei principi e di alcune delle azioni preconizzate affinché gli ultra64enni possano rimanere una risorsa all'interno dei diversi ambiti di vita.



Figura 16. Azioni di promozione dell'essere "risorsa" negli ultra64enni

## Essere una risorsa per la famiglia, i conoscenti e la collettività

Nelle indagini PASSI d'Argento si è valutato il supporto fornito dalla persona ultra64enne ai propri familiari, ai conoscenti e alla collettività.

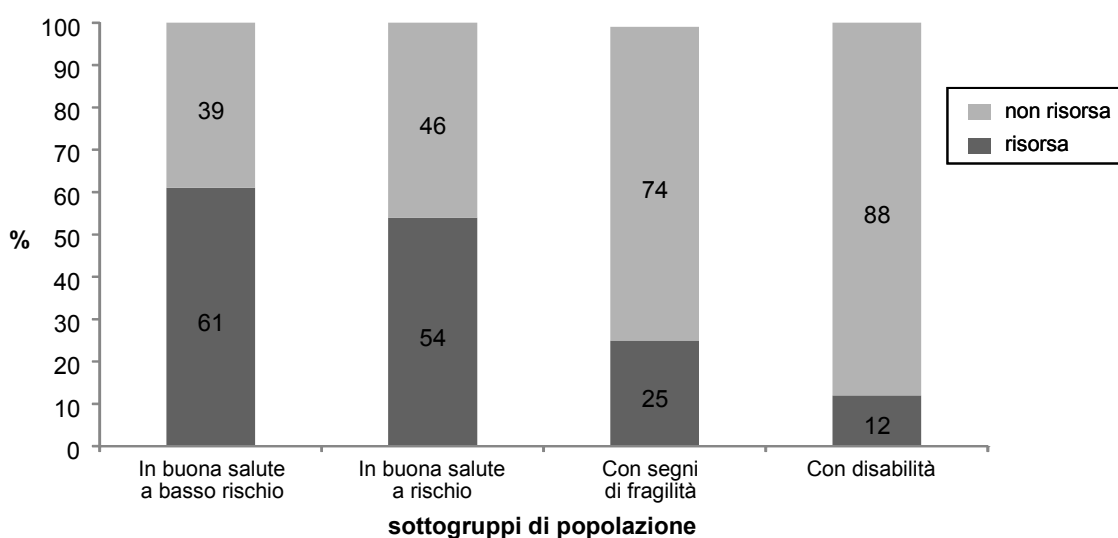
Nell'indagine 2009 si definisce "risorsa" chi accudisce e aiuta tutti i giorni o per più della metà dei giorni in una settimana normale nipoti con meno di 14 anni o altri familiari (come congiunto, figli, fratelli e/o sorelle) oppure chi nei 12 mesi precedenti l'intervista ha prestato assistenza ad altri anziani oppure ha fatto attività di volontariato (ovvero fa attività gratuitamente a favore di altri, come bambini, persone con disabilità, ospedali, scuole) (6).

Nell'edizione 2010, invece, si identifica come "risorsa" chi in una settimana normale accudisce e aiuta quasi tutti i giorni nipoti con meno di 14 anni o altri familiari (come congiunto, figli, fratelli e/o sorelle) oppure chi nei 12 mesi precedenti all'intervista ha prestato assistenza ad altri familiari anziani oppure ha fatto attività di volontariato (ovvero fa attività gratuitamente a favore di altri, come bambini, persone con disabilità, ospedali, scuole) oppure ha aiutato altri anziani (amici o conoscenti).

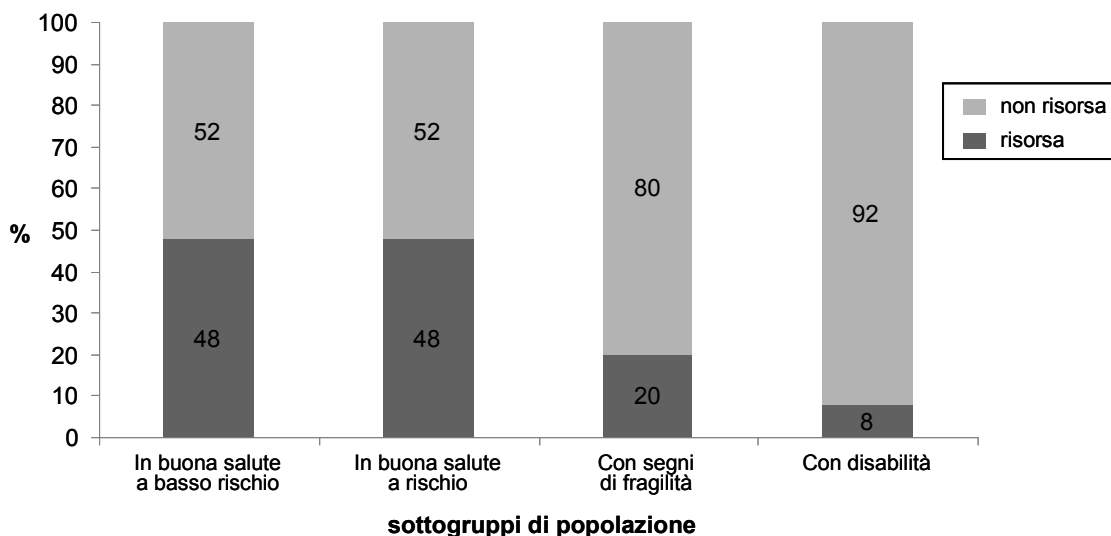
Nel campione 2009 circa il 45% degli ultra64enni rappresenta una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività. Più in particolare il 36% è risorsa solo per l'ambito familiare e amicale, il 2% solo per la collettività e il 7% per entrambi.

Nel campione 2010 invece il 36% è risultato una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività. Più in particolare il 26% è risorsa solo per l'ambito familiare, il 5% solo per i coetanei e la collettività e il 5% per entrambi. Le differenze osservate tra le due edizioni sono in parte riferibili anche ai diversi approcci sperimentati nei due questionari.

In entrambe le due indagini l'essere risorsa si distribuisce in percentuale diversa nei sottogruppi di popolazione; pur riducendosi, non si annulla neanche negli ultra64enni con segni di fragilità o disabilità: nel 2009 continua a essere risorsa soprattutto all'interno dell'ambito familiare un quarto degli intervistati con segni di fragilità e poco più di un decimo di quelli con segni di disabilità; mentre nel 2010 un quinto degli ultra64enni con segni di fragilità e poco meno di un decimo di quelli con disabilità (Figura 17a e 17b).



**Figura 17a. PASSI d'Argento 2009 (n. 3677):**  
distribuzione dell'essere risorsa per sottogruppi di popolazione



**Figura 17b. PASSI d'Argento 2010 (n. 4623):  
distribuzione dell'essere risorsa per sottogruppi di popolazione**

Costituiscono maggiormente una risorsa le persone sotto i 75 anni, di genere femminile, con un livello d'istruzione alto, senza difficoltà economiche percepite e in buona salute (Tabella 3).

**Tabella 3. PASSI d'Argento: essere risorsa per la famiglia, i conoscenti e la collettività**

Caratteristiche	Anno 2009*		Anno 2010**	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>45,3</b>	<b>43,6-46,9</b>	<b>36,1</b>	<b>34,7-37,5</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	58,6	56,3-60,9	47,4	45,4-49,5
75 e oltre	32,6	30,5-34,8	24,9	23,2-26,7
<b>Genere</b>				
uomini	41,4	39,0-43,9	34,5	32,4-36,6
donne	48,2	46,0-50,4	37,4	35,5-39,3
<b>Istruzione</b>				
bassa	40,1	38,1-42,0	32,6	30,9-34,2
alta	56,2	53,3-59,0	43,9	41,4-46,5
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	40,2	36,1-44,4	33,0	29,5-36,6
qualche	43,6	41,1-46,2	34,4	32,3-36,5
nessuna	48,7	46,3-51,2	39,4	37,1-41,6
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	61,2	58,7-63,7	48,2	46,2-50,3
in buona salute ma a rischio	54,3	51,0-57,6	47,5	43,6-51,4
con segni di fragilità	26,4	23,4-29,6	20,1	17,8-22,7
con disabilità	12,4	9,7-15,7	7,9	6,0-10,3

\* Risorsa è la persona ultra64enne che accudisce in una settimana normale frequentemente nipoti con meno di 14 anni o altri familiari o ha prestato assistenza ad altri anziani o ha fatto attività di volontariato nei 12 mesi precedenti l'intervista

\*\* Risorsa è la persona ultra64enne che accudisce in una settimana normale quasi tutti i giorni nipoti con meno di 14 anni o altri familiari o nei 12 mesi precedenti l'intervista ha prestato assistenza a famigliari anziani o ad altri anziani in generale o ha fatto attività di volontariato

## Essere una risorsa per la famiglia o per i conoscenti

Nell'indagine 2009 il 43% degli ultra64enni rappresenta una risorsa per la famiglia e i conoscenti in quanto in una settimana normale si occupa quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni dei nipoti di meno 14 anni o di altri familiari oppure in quanto ha prestato assistenza ad altri anziani nei 12 mesi precedenti all'intervista.

Costituiscono maggiormente una risorsa per la famiglia e i conoscenti le donne, le persone sotto i 75 anni, quelle con un livello d'istruzione alto e quelle in buona salute (Tabella 4).

Nell'indagine 2010 il 31% degli ultra64enni risulta risorsa per la famiglia poiché in una settimana normale si prende cura dei nipoti con meno di 14 anni o di altri familiari quasi tutti i giorni oppure perché ha prestato assistenza ad anziani della famiglia nei 12 mesi precedenti all'intervista.

Costituiscono maggiormente una risorsa per la famiglia le donne, le persone sotto i 75 anni, quelle con un livello d'istruzione alto e quelle in buona salute e a basso rischio di malattia (Tabella 4).

**Tabella 4. PASSI d'Argento: essere risorsa per la famiglia o per i conoscenti**

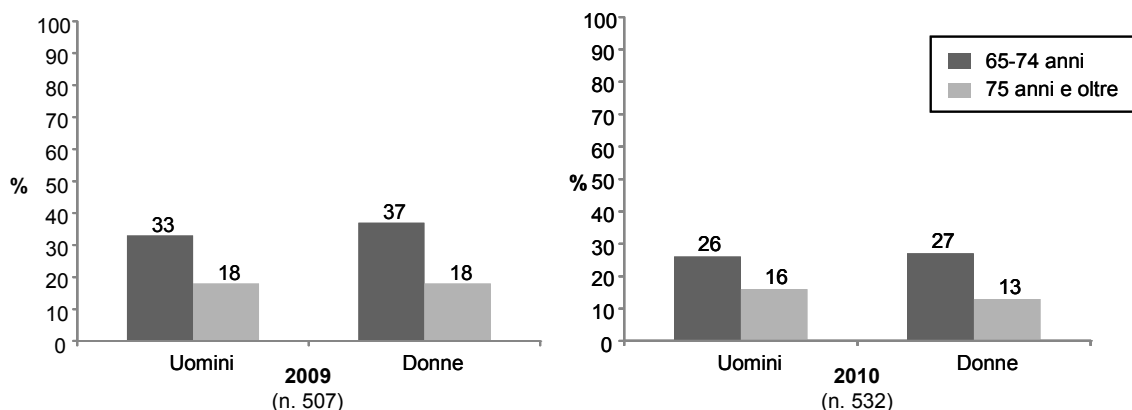
Caratteristiche	Anno 2009*		Anno 2010**	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>42,8</b>	<b>41,2-44,4</b>	<b>30,6</b>	<b>29,3-31,9</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	55,7	53,4-58,0	40,4	38,4-42,4
75 e oltre	30,5	28,5-32,7	21,0	19,4-22,7
<b>Genere</b>				
uomini	38,5	36,2-41,0	28,6	26,7-30,6
donne	46,1	43,9-48,3	32,1	30,3-33,9
<b>Istruzione</b>				
bassa	38,5	36,6-40,5	28,6	27,0-30,2
alta	51,7	48,9-54,6	35,1	32,7-37,5
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	38,7	34,7-42,9	27,9	24,7-31,3
qualche	42,2	39,7-44,7	29,7	27,7-31,8
nessuna	44,9	42,5-47,4	32,8	30,7-34,9
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	57,6	55,0-60,1	41,1	39,0-43,1
in buona salute ma a rischio	52,4	49,2-55,7	41,3	37,5-45,1
con segni di fragilità	25,0	22,1-28,2	17,2	15,1-19,6
con disabilità	11,0	8,4-14,1	6,0	4,3-8,1

\* Risorsa è la persona ultra64enne che accudisce in una settimana normale frequentemente nipoti con meno di 14 anni o altri familiari o ha prestato assistenza ad altri anziani o ha fatto attività di volontariato nei 12 mesi precedenti l'intervista

\*\*Risorsa è la persona ultra64enne che accudisce in una settimana normale quasi tutti i giorni nipoti con meno di 14 anni o altri familiari o nei 12 mesi precedenti l'intervista ha prestato assistenza a familiari anziani o ad altri anziani in generale o ha fatto attività di volontariato

In particolare, il 29% delle persone con nipoti sotto ai 14 anni nel campione 2009 e il 22% in quello 2010 si occupa di loro in una settimana normale quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni. In entrambe le edizioni un terzo (32%) si occupa dei nipoti solo per alcuni giorni e il rimanente 39% mai.

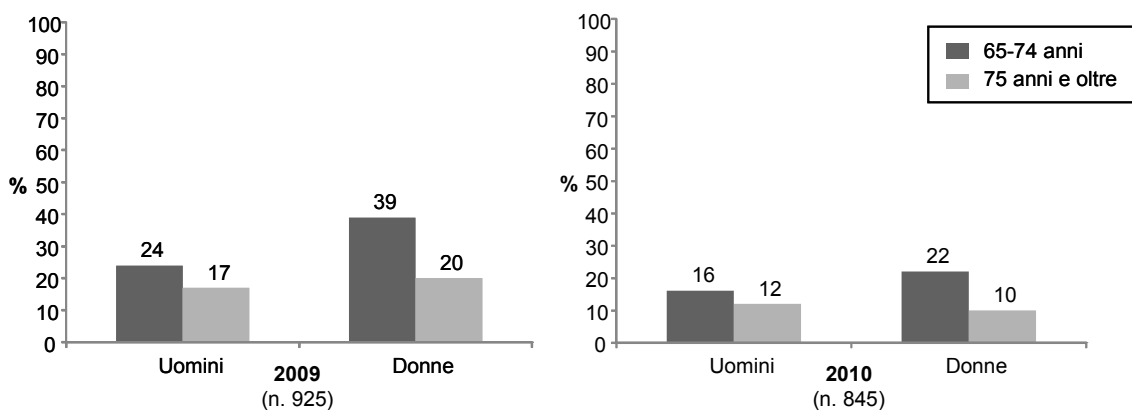
In entrambe le indagini l'assistenza quasi quotidiana ai propri nipoti è più alta tra le persone con meno di 75 anni e non mostra forti differenze di genere (Figura 18).



**Figura 18. PASSI d'Argento: prendersi cura di nipoti con meno di 14 anni quasi quotidianamente per genere e classe di età**

Dall'indagine 2009 risulta che il 25% accudisce e aiuta altri famigliari in una settimana normale quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni, il 14% per alcuni giorni e il 61% mai. Da quella 2010 appare invece che il 18% accudisce e aiuta altri familiari in una settimana normale quasi tutti i giorni, il 18% per alcuni giorni e il 64% mai.

In entrambe le edizioni l'assistenza quasi quotidiana ai familiari è più diffusa nelle donne con meno di 75 anni (Figura 19).



**Figura 19. PASSI d'Argento: prendersi cura di altri famigliari quasi quotidianamente per genere e classe di età**

Nell'indagine 2009 si è valutato chi nei 12 mesi precedenti l'intervista ha prestato assistenza ad altri anziani, senza distinguere se familiari o meno: il 26% degli ultra64enni ha riferito questa attività; tale percentuale è più alta nelle donne e nelle persone con meno di 75 anni. Nell'indagine 2010 invece si è distinto se l'assistenza è a beneficio di anziani della famiglia o meno. Chi ha prestato assistenza ad altri anziani della famiglia nei 12 mesi precedenti l'intervista è rientrato nella definizione della risorsa per la famiglia, come già riportato (15% del campione). Questa attività è leggermente più alta nelle donne e nelle persone con meno di 75 anni (Figura 20).

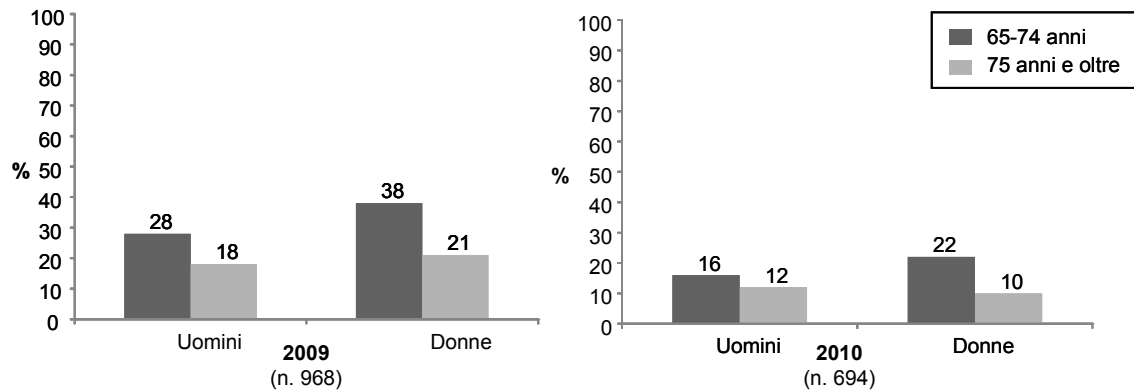


Figura 20. PASSI d'Argento: assistenza ad altri anziani della famiglia per genere e classe di età

## Essere una risorsa per la collettività

Nell'indagine 2009 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'intervista. Il 9% degli intervistati ha dichiarato di aver preso parte nell'ultimo anno ad attività di volontariato. Tale proporzione è più alta nelle persone sotto i 75 anni, con livello d'istruzione alto, senza difficoltà economiche percepite e in buona salute. Non si evidenziano differenze di genere per le attività di volontariato. (Tabella 5).

Tabella 5. PASSI d'Argento: essere risorsa per la collettività

Caratteristiche	Anno 2009*		Anno 2010**	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>42,8</b>	<b>41,2-44,4</b>	<b>30,6</b>	<b>29,3-31,9</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	55,7	53,4-58,0	40,4	38,4-42,4
75 e oltre	30,5	28,5-32,7	21,0	19,4-22,7
<b>Genere</b>				
uomini	38,5	36,2-41,0	28,6	26,7-30,6
donne	46,1	43,9-48,3	32,1	30,3-33,9
<b>Istruzione</b>				
bassa	38,5	36,6-40,5	28,6	27,0-30,2
alta	51,7	48,9-54,6	35,1	32,7-37,5
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	38,7	34,7-42,9	27,9	24,7-31,3
qualche	42,2	39,7-44,7	29,7	27,7-31,8
nessuna	44,9	42,5-47,4	32,8	30,7-34,9
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	57,6	55,0-60,1	41,1	39,0-43,1
in buona salute ma a rischio	52,4	49,2-55,7	41,3	37,5-45,1
con segni di fragilità	25,0	22,1-28,2	17,2	15,1-19,6
con disabilità	11,0	8,4-14,1	6,0	4,3-8,1

\* Persona ultra64enne che ha svolto attività di volontariato nei 12 mesi precedenti

\*\*Persona ultra64enne che nei 12 mesi precedenti all'intervista ha prestato assistenza ad altri anziani conoscenti oppure ha svolto attività di volontariato

Nell'indagine 2010 il 10% del campione è stato indicato come risorsa per gli altri anziani conoscenti e la collettività in quanti nei 12 mesi precedenti l'intervista ha prestato assistenza ad altri anziani della famiglia o ha fatto attività di volontariato. Questa percentuale è più alta nelle persone sotto i 75 anni, con livello d'istruzione alto, senza difficoltà economiche percepite e in buona salute. Non si evidenziano particolari differenze di genere (vedi Tabella 5).

La proporzione di chi ha dichiarato di aver prestato assistenza ad altri anziani conoscenti nei 12 mesi precedenti l'intervista (6%) è più alta nelle persone sotto i 75 anni, con livello d'istruzione alto e in buona salute. Non emergono particolari differenze per genere e difficoltà economiche percepite. La percentuale invece di chi ha partecipato nell'ultimo anno ad attività di volontariato a favore di altri come bambini, disabili, ospedali, scuole, ecc. (7%) è più alta nelle persone sotto i 75 anni, negli uomini, con livello d'istruzione alto, senza difficoltà economiche percepite e in buona salute.

## Partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione

### Partecipazione ad attività sociali

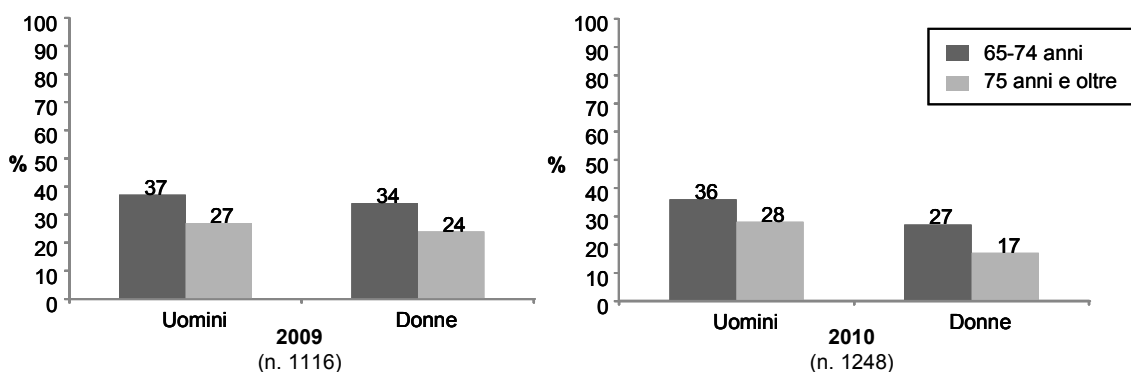
In entrambe le edizioni si è valutato la partecipazione in una settimana tipo ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia, al teatro. Nel campione 2009 il 30% degli ultra64enni partecipa ad attività con altre persone e nel 2010 il 26%. La partecipazione è maggiore nelle persone con meno di 75 anni, in quelle con un alto livello d'istruzione, in quelle senza difficoltà economiche percepite, in quelle in buona salute e tra gli uomini, questa ultima differenza è più forte nel 2010 (Tabella 6).

**Tabella 6. PASSI d'Argento: partecipazione ad attività sociali**

Caratteristiche	Anno 2009*		Anno 2010**	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>30,3</b>	<b>28,9-31,9</b>	<b>26,3</b>	<b>25,1-27,6</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	35,6	33,4-37,9	31,1	29,2-33,0
75 e oltre	25,2	23,3-27,2	21,7	20,0-23,4
<b>Genere</b>				
uomini	32,4	30,1-34,7	32,3	30,3-34,4
donne	28,7	26,8-30,8	21,7	20,1-23,3
<b>Istruzione</b>				
bassa	27,4	25,7-29,2	23,3	21,8-24,8
alta	36,5	33,8-39,3	21,7	20,1-23,3
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	21,4	18,1-25,1	22,8	19,9-26,1
qualche	29,6	27,3-31,9	25,9	24,0-27,9
nessuna	34,3	32,0-36,7	28,3	26,3-30,4
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	40,0	37,5-42,5	34,5	32,5-36,5
in buona salute ma a rischio	31,1	28,2-34,3	24,7	21,5-28,2
con segni di fragilità	23,4	20,5-26,5	21,1	18,7-23,6
con disabilità	10,8	8,3-14,0	8,7	6,7-11,1

\* Partecipazione in una settimana tipo ad attività con altre persone (es. al centro anziani, al circolo, in parrocchia, al teatro)

Le differenze d'età nella partecipazione ad attività sociali si mantengono in entrambi i generi: gli intervistati con 65-74 anni hanno riferito di aver partecipato nell'ultimo anno ad attività con altre persone in percentuale maggiore rispetto gli ultra74enni (Figura 21).



**Figura 21. PASSI d'Argento:**  
partecipazione ad attività sociali per genere e classe di età

## Partecipazione a corsi di cultura o formazione per adulti

Chi ha partecipato, nei 12 mesi precedenti l'intervista, a qualche corso di cultura o formazione, come ad esempio corso di inglese, di cucina o di computer è leggermente superiore al 3% in entrambe le edizioni. La partecipazione è maggiore nelle persone con meno di 75 anni, con più alto livello d'istruzione, senza difficoltà economiche riferite, nelle persone in buona salute e a basso rischio di malattia (Tabella 7).

**Tabella 7. PASSI d'Argento: partecipazione a corsi**

Caratteristiche	Anno 2009*		Anno 2010**	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>3,8</b>	<b>3,3-4,5</b>	<b>3,2</b>	<b>2,8-3,8</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	5,4	4,4-6,5	4,5	3,7-5,5
75 e oltre	2,4	1,8-3,3	2,0	1,5-2,6
<b>Genere</b>				
uomini	4,3	3,4-5,4	3,9	3,1-4,8
donne	3,5	2,8-4,4	2,7	2,2-3,4
<b>Istruzione</b>				
bassa	1,1	0,7-1,6	1,0	0,7-1,5
alta	9,6	8,0-11,4	7,7	6,5-9,2
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	1,8	0,9-3,3	1,1	0,5-2,2
qualche	2,7	2,0-3,7	2,0	1,4-2,7
nessuna	5,7	4,6-7,0	5,4	4,4-6,5
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	6,8	5,6-8,2	5,1	4,2-6,1
in buona salute ma a rischio	2,8	1,9-4,2	2,7	1,7-4,4
con segni di fragilità	1,3	0,6-2,4	1,2	0,7-2,1
con disabilità	1,0	0,4-2,5	0,7	0,3-1,8

\* Partecipazione, nei 12 mesi precedenti, a corsi di cultura o di formazione per adulti (es. di inglese, di cucina, di computer)



## In sintesi

I risultati dell'indagine mostrano che nelle Regioni partecipanti le persone ultra64enni rappresentano un'importante risorsa per la società, sia per le attività prestate all'interno della famiglia sia per quelle rivolte verso la collettività. L'essere una risorsa per la famiglia e la collettività è un fenomeno trasversale, presente anche tra le persone ultra64enni con segni di fragilità o condizioni di disabilità, anche se in misura più ridotta rispetto a quelle in buona salute; costituiscono maggiormente una risorsa le donne, le persone con 65-74 anni e quelle con istruzione più elevata.

Il valore economico del "lavoro" non retribuito a favore della famiglia e della società è elevatissimo quasi dell'ordine di grandezza delle prestazioni assistenziali erogate a loro favore. Non va visto però solamente in termini economici ma anche per il doppio vantaggio dell'autotutela di salute e dell'integrazione sociale.

La partecipazione a momenti di vita sociale rileva alcune criticità: circa tre quarti degli ultra64enni non partecipano mai ad attività con altre persone (centro anziani, circolo, parrocchia, teatro) e solo una quota molto ristretta segue corsi di cultura o formazione.

Le azioni di valorizzazione e tutela dell'essere risorsa della persone ultra64enne 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 ultra64enni, 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.

## Bibliografia

1. World Health Organization. *Brasilia declaration on ageing*. Geneva: WHO; 1997.
2. De Sario B, Sabbattini A, Mirabile ML. *Il capitale sociale degli anziani. Stima sul valore dell'attività non retribuita*. Roma: IRES; 2010.
3. ACLI *Anziani risorsa sociale: laboratori sperimentali per lo sviluppo di una comunità propositiva, solidale e competente*. Roma: ACLI - Associazioni cristiane lavoratori italiani. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ars.135.it/>; ultima consultazione 28/03/13.
4. Istituto per gli Affari sociali. *Qualità della vita dell'anziano. Il ruolo della famiglia e delle altre reti sociali*. Disponibile all'indirizzo: [http://www.centromaderna.it/news\\_dettaglio.php?num=2785](http://www.centromaderna.it/news_dettaglio.php?num=2785); ultima consultazione 11/12/12.
5. Mirabile M, De Sario B, Mastropietro E. *L'anziano come risorsa. Casi, testimonianze e condizioni per lo sviluppo della partecipazione sociale degli anziani*. Roma: Istituto Ricerche Economiche e Sociali; 2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ires.it/files/rapporti/AREE\\_DI\\_RICERCA/Welfare/Rapporti\\_di\\_Ricerca/2008-L'ANZIANO\\_COME\\_RISORSA\\_-\\_Area\\_Welfare.pdf](http://www.ires.it/files/rapporti/AREE_DI_RICERCA/Welfare/Rapporti_di_Ricerca/2008-L'ANZIANO_COME_RISORSA_-_Area_Welfare.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
6. Carrozzi G, Sampaolo L, Bolognesi L. *L'anziano risorsa in Emilia-Romagna. I dati dell'indagine PASSI d'Argento 2009*. *Notiziario dell'Istituto Superiore della Sanità* 2010;23(5):iii-iv. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/cont/ONLINEmaggio.pdf>; ultima consultazione 05/12/12.

## RIMANERE IN BUONA SALUTE

Un invecchiamento attivo e in buona salute è frutto di diversi fattori che agiscono durante tutto il corso della vita ma che devono essere particolarmente osservati dopo i 50 anni e che, in base alle indicazioni della WHO, possono essere distinti in:

- determinanti socio-demografici: genere e cultura;
- determinanti legati al sistema dei servizi sanitari e sociali (es. le attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie);
- determinanti comportamentali (es. attività fisica e fumo);
- determinanti legati a fattori individuali (es. fattori biologici e psicologici);
- determinanti economici (es. 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) (1).

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

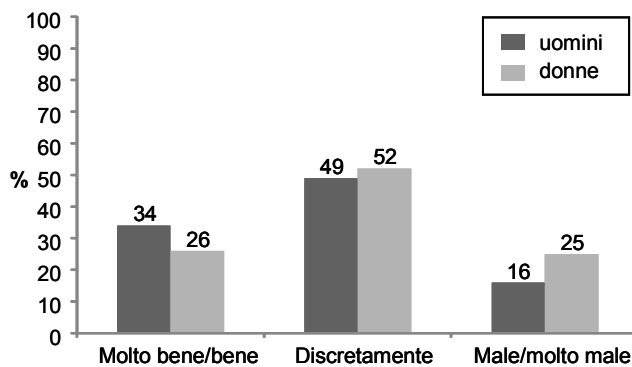
La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita. Nelle persone con più di 64 anni, indicatori negativi sulla percezione del proprio stato di salute sono correlati ad un aumento del rischio di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti (2).

In entrambe le indagini sperimentali PASSI d'Argento, realizzate nel 2009 e nel 2010, la salute percepita è stata valutata col metodo dei “giorni in salute” (*Healthy Days*) (3-4), 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 e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

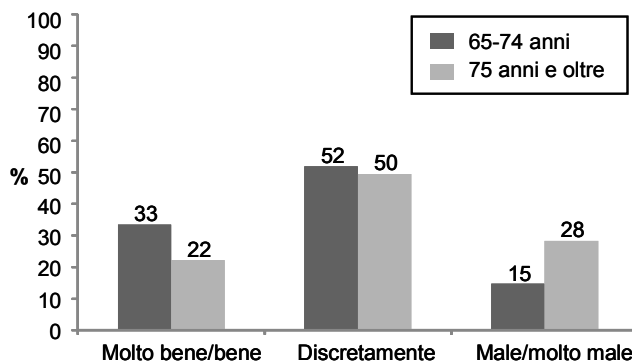
A queste domande è stata aggiunta quella sullo stato di salute rispetto all'anno precedente, informazione rilevante in particolare nelle persone di età avanzata.

Nell'indagine multi regionale condotta nel 2009, il 28% degli intervistati ha giudicato il proprio stato di salute positivamente (molto bene o bene), il 51% discretamente e il rimanente 21% in modo negativo (male o molto male), con differenze statisticamente significative per genere (Figura 22) e per fasce d'età (Figura 23).

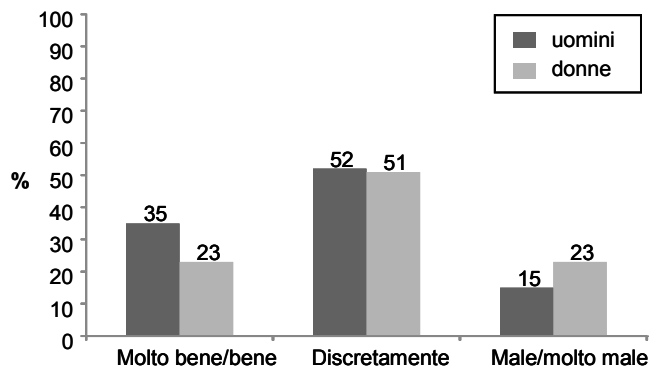
Nell'indagine 2010 il 29% degli intervistati ha giudicato il proprio stato di salute positivamente (molto bene o bene), il 51% discretamente e il rimanente 20% in modo negativo (male o molto male), con differenze statisticamente significative per genere (Figura 24) e per fasce d'età (Figura 25).



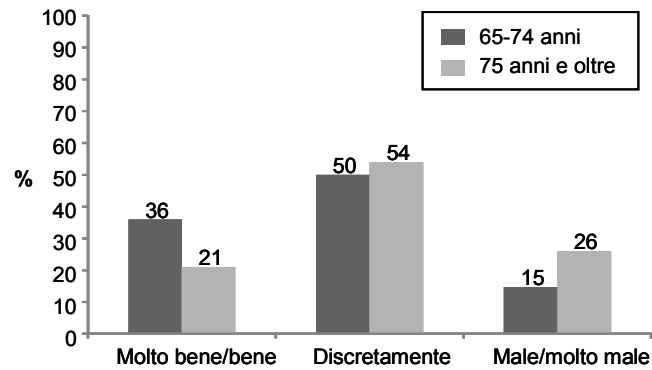
**Figura 22. PASSI d'Argento 2009 (n. 3238): percezione della propria salute per genere**



**Figura 23. PASSI d'Argento 2009 (n. 3243): percezione della propria salute per classe d'età**



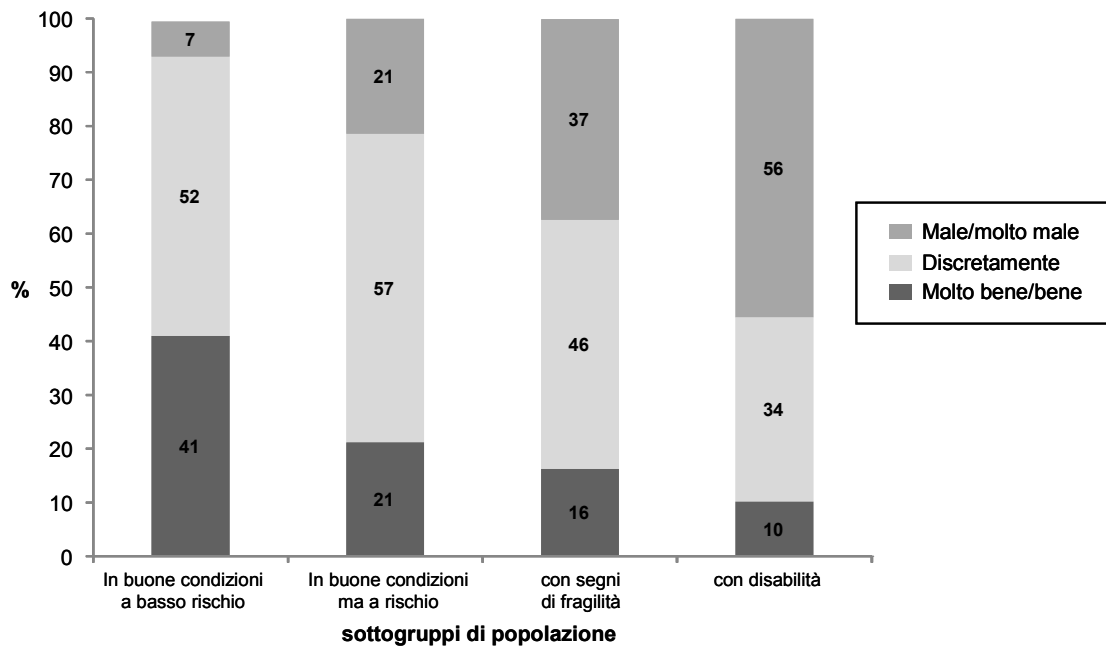
**Figura 24. PASSI d'Argento 2010 (n. 4071): percezione della propria salute per genere**



**Figura 25. PASSI d'Argento 2010 (n. 4071):**  
percezione della propria salute per classe d'età

### Percezione dello stato di salute nei 4 sottogruppi

Nell'indagine 2009 hanno riferito 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 21% delle persone in buona salute ma a rischio di malattia. Questa percentuale scende nei restanti sottogruppi: è del 16% tra le persone con segni di fragilità e del 10% tra le persone con disabilità. La proporzione di coloro che si percepiscono in cattiva salute sale dal 7% del primo gruppo al 56% con disabilità (Figura 26).



**Figura 26. PASSI d'Argento 2009 (n. 3167):**  
percezione della propria salute per sottogruppi

Analogamente nell'indagine 2010 la proporzione di anziani con percezione di salute buona o molto buona è maggiore nel sottogruppo in buona salute e a basso rischio di malattia (41%) e decresce nei restanti sottogruppi: 19% tra le persone in buona salute ma a rischio di malattia, 15% tra coloro che presentano segni di fragilità e 11% tra le persone con disabilità. Andamento inverso si osserva per coloro che si percepiscono in cattiva salute: si passa infatti da più della metà del sottogruppo con disabilità al 32% di coloro che presentano segni di fragilità, al 24% delle persone in buone condizioni ma a rischio, fino al 7% di coloro che sono in buone condizioni di salute e a basso rischio (Figura 27).

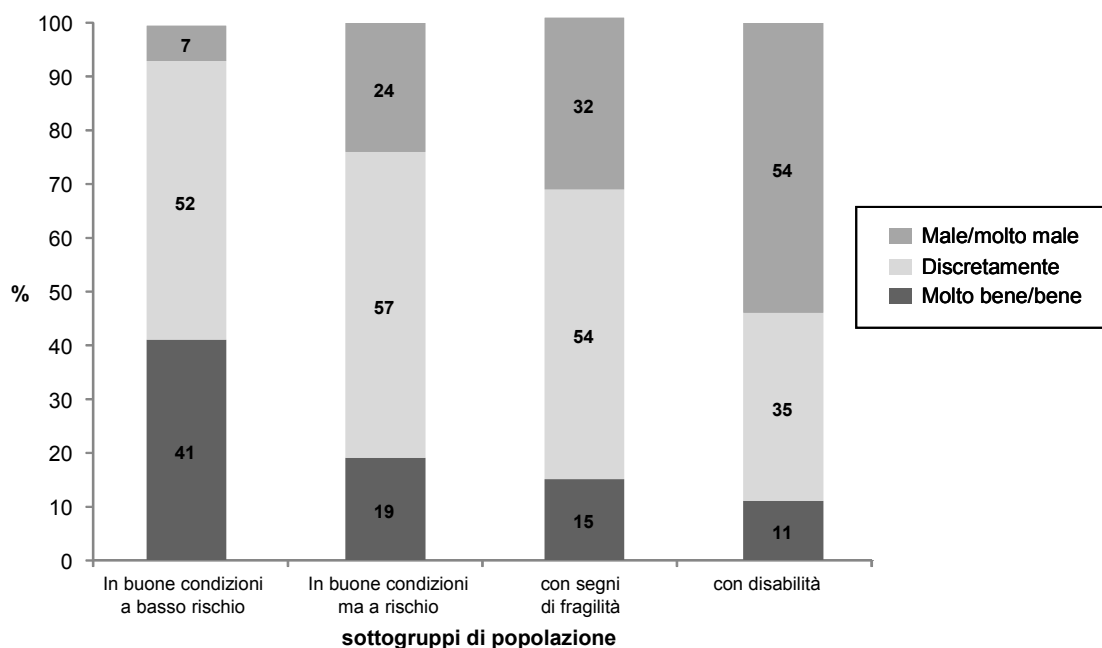


Figura 27. PASSI d'Argento 2010 (n. 3842): percezione della propria salute per sottogruppi

### Percezione dei giorni in cattiva salute

Il numero medio di giorni vissuti in cattiva salute per motivi fisici, psichici o per limitazioni di attività aumenta al progredire dell'età. 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 ultra64enni in buona salute e a basso rischio di malattia hanno riferito un minor numero di giorni in cattiva salute, mentre le persone con disabilità sono un numero nettamente superiore a quello degli altri sottogruppi, soprattutto per le giornate con attività limitata.

La Tabella 8 mostra la media e la Deviazione Standard (DS) relativa dei giorni di cattiva salute percepita in un mese per motivi fisici e psicologici e la misura delle attività limitate di tutti i giorni riferiti all'indagine 2009. Nella Tabella 9 è riportata la media e la deviazione standard relativa dei giorni di cattiva salute percepita in un mese per motivi fisici e psicologici e la misura delle attività limitate di tutti i giorni, riferiti all'indagine 2010.

Tabella 8. PASSI d'Argento 2009: giorni percepiti in cattiva salute al mese

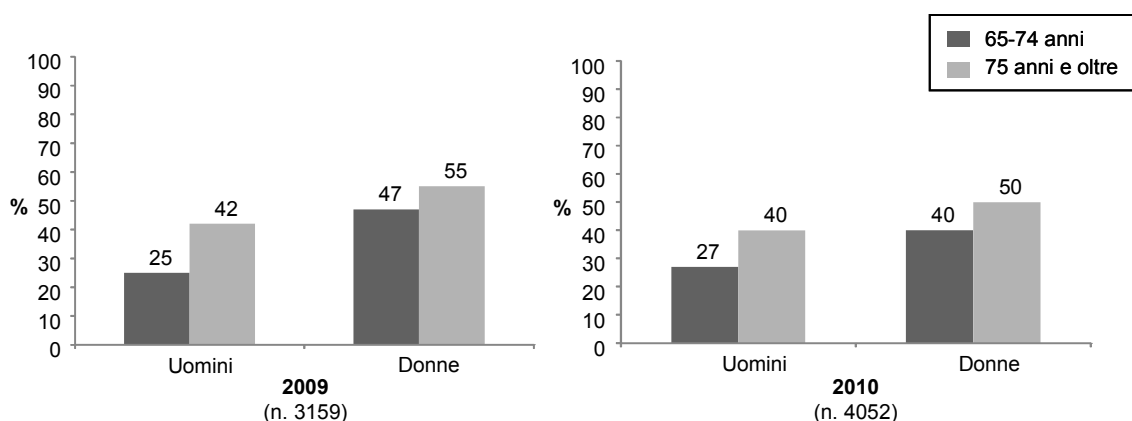
Caratteristiche	N. giorni/mese per					
	motivi fisici (n. 2966)		motivi psicologici (n. 2931)		attività limitata (n. 2890)	
	media	DS	media	DS	media	DS
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>10</b>
<b>Classi di età</b>						
65-74	7	10	6	10	4	8
75 e oltre	11	12	9	12	8	11
<b>Genere</b>						
uomini	6	10	5	9	5	9
donne	10	11	10	12	7	10
<b>Istruzione</b>						
bassa	10	11	9	11	7	10
alta	6	10	6	10	4	8
<b>Difficoltà economiche</b>						
molte	13	12	13	12	10	12
qualche	10	11	9	11	7	10
nessuna	6	9	5	9	4	8
<b>Sottogruppi</b>						
in buona salute a basso rischio	4	8	3	7	2	5
in buona salute ma a rischio	10	11	10	11	6	9
con segni di fragilità	12	12	11	12	10	11
con disabilità	19	12	17	13	18	13

Tabella 9. PASSI d'Argento 2010: giorni percepiti in cattiva salute al mese

Caratteristiche	N. giorni/mese per					
	motivi fisici (n. 3892)		motivi psicologici (n. 3875)		attività limitata (n. 3836)	
	media	DS	media	DS	media	DS
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>Classi di età</b>						
65-74	7	10	6	10	5	8
75 e oltre	10	11	8	11	7	10
<b>Genere</b>						
uomini	6	9	5	9	5	8
donne	10	11	9	11	7	10
<b>Istruzione</b>						
bassa	9	11	8	10	7	10
alta	6	9	6	9	4	8
<b>Difficoltà economiche</b>						
molte	13	12	12	12	10	11
qualche	8	10	7	10	6	9
nessuna	6	9	5	9	4	8
<b>Sottogruppi</b>						
in buona salute a basso rischio	4	8	4	7	2	6
in buona salute ma a rischio	11	11	11	11	7	10
con segni di fragilità	12	11	10	11	10	11
con disabilità	16	12	14	12	15	12

## Percezione dello stato di salute rispetto all'anno precedente

Nell'indagine 2009 il 43% degli ultra64enni riferisce di star peggio rispetto un anno prima, il 49% allo stesso modo e solo l'8% meglio. Il 35% degli uomini ha segnalato un peggioramento nella propria salute rispetto all'anno precedente; nelle donne questa percentuale sale al 49%. Il peggioramento dello stato di salute è più consistente al crescere dell'età in entrambi i sessi. Nell'indagine 2010 il 39% degli ultra64enni riferisce di star peggio rispetto un anno prima, il 50% allo stesso modo e l'11% meglio. Il 32% degli uomini ha segnalato un peggioramento nella propria salute rispetto all'anno precedente; nelle donne questa percentuale sale al 45%. Anche nel 2010 il peggioramento dello stato di salute è più consistente al crescere dell'età in entrambi i sessi (Figura 28).



**Figura 28. PASSI d'Argento: peggioramento dello stato di salute rispetto l'anno precedente**

## In sintesi

Il concetto di salute correlato alla qualità di vita (*Health Related Quality Of Life, HRQOL*) è sempre più frequentemente utilizzato come misura dell'*outcome* di salute. Dagli anni 80 e per effetto di una validazione internazionale, un pacchetto di misura standard dell'HRQOL è stato gradualmente inglobato in diversi sistemi di sorveglianza, compreso il PDA, e di *survey* di popolazione prevalentemente grazie alla sua associazione con gli effetti della presenza negli individui di patologie croniche o degli stessi determinanti e fattori di rischio di malattia. Nel nostro Paese si assiste a un costante aumento dell'attesa dei vita per uomini e donne con una quota importante tuttavia di attesa di anni di vita con disabilità: in tal senso l'HRQOL può rivelarsi uno strumento di particolare importanza per contribuire alla misura "percepita" di questo scostamento. A questa misura soggettiva dovrà essere aggiunta anche il livello di soddisfazione della propria vita in quanto tale dimensione affettiva è ritenuta importante per completare il quadro bio-psico-sociale dell'ultra64enne in quanto gli *outcome* biologici tradizionali non sono sempre correlati con lo stato funzionale e il benessere generale, inoltre il valore assegnato a tali *outcome* dagli erogatori di cura del sistema sanitario può scostarsi significativamente da quello del singolo individuo che ne beneficia. Per avere una dimensione complessiva di quanto il "peso" di una malattia diminuisca all'interno di una comunità è

necessario misurare il decremento HRQOL generato dalla malattia stessa che ha delle implicazioni “di equità ed è un principio fondamentale della economia sanitaria”. Nella popolazione che invecchia, e di pari passo aumenta la prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili, la misura HRQOL è fondamentale a differenza delle affezioni acute dove indici come la mortalità o la letalità o il tasso di guarigione possono essere più significativi. Quando analizzabili separatamente per le diverse patologie, le informazioni raccolte possono dare indicazioni non solo sul carico di malattia relativa alla singola malattia, in particolare le MCNT, ma anche sulla qualità del *disease management* o di modelli più specifici come il *chronic care model*.

## Bibliografia

1. Commissione Europea. *Salute-UE Il portale dell'Unione Europea sulla salute pubblica*. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_health/elderly/index\\_it.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/index_it.htm); ultima consultazione 12/12/12.
2. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21-37.
3. Moriarty DG, et al. The Centers for Disease Control and Prevention's Healthy Days Measures – Population tracking of perceived physical and mental health over time. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1:37.
4. Horner-Johnson W, Krahn G, Andresen E, Hall T. Developing summary scores of health-related quality of life for a population-based survey. *Public Health Rep* 2009;124(1):103-10.

## Bibliografia di approfondimento

- Bertozzi N, Vitali P, Binkin N, Perra A, D'argenio P, ed il Gruppo di Lavoro “Studio Argento”. La “Qualità di vita” nella popolazione anziana: indagine sulla percezione dello stato di salute in 11 Regioni italiane (Studio Argento, 2002). *Igiene e Sanità Pubblica* 2005;61:545-59.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring healthy days*. Atlanta, Georgia: CDC; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>; ultima consultazione 12/12/12.
- Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res* 2002;14(6):499-508.
- Nelson DE, Holtzman D, Bolen J, Stanwyck CA, Mack KA. Reliability and validity of measures from the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). *Soz Präventivmed* 2001;46 Suppl 1:S3-42.
- Ôunpuu S, Chambers LW, Patterson C, Chan D, Yusuf S. Validity of the United States Behavioral Risk Factor Surveillance System's health-related quality of life survey tool in a group of older Canadians. *Chronic Diseases in Canada* 2001;22(3-4):93-101.
- Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept. *Scientific World Journal* 2003 Oct 13;3:1030-40.



## ABITUDINE ALL'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 (1-2). Negli ultra64enni 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. Le raccomandazioni WHO per l'attività fisica degli anziani prevedono almeno 150 minuti di attività fisica aerobica di moderata intensità o almeno 75 minuti di attività fisica aerobica alla settimana o una combinazione equivalente delle due attività: se la mobilità è scarsa si raccomanda l'attività fisica per tre o più giorni alla settimana al fine di migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute; se le condizioni di salute non consentono il livello previsto di attività fisica si raccomanda di adottare uno stile di vita attivo adeguato alle capacità e condizioni (3).

Nell'indagine PASSI d'Argento 2009 è stato definito attivo un anziano che, in una settimana normale per almeno 10 minuti di seguito, fa attività fisica strutturata o non che fa sudare o faticare un po'.

Nell'indagine 2010, per raccogliere informazioni in grado di documentare in maniera più confrontabile il livello di attività fisica, è stato utilizzato il questionario PASE (*Physical Activity Scale for the Elderly*), indice validato a livello internazionale e utilizzato da circa 25 anni per la rilevazione dell'attività fisica negli anziani (4-11).

L'attività fisica presa in esame dal PASE, riferita agli ultimi 7 giorni, è distinta in 3 gruppi (*attività di svago, casalinga e lavorativa*) con 4 livelli di risposta per il primo gruppo (0,1,2,3), sì/no per i restanti due gruppi. Il punteggio PASE è calcolato per ciascuna domanda. Nel primo gruppo di domande viene chiesto l'ammontare di tempo dedicato all'attività, negli altri 2 gruppi no. Nel primo caso, per ogni domanda il PASE viene calcolato moltiplicando il tempo (ore per giorno) per un peso attività-specifico. Nel caso in cui invece viene chiesta solo la partecipazione (sì/no) all'attività, il PASE, in caso di risposta affermativa, è pari direttamente al peso attività specifico assegnato alla singola domanda. Il PASE totale è ottenuto sommando i singoli PASE score calcolati per ciascuna domanda. Sono state escluse dall'analisi sul PASE le interviste in cui è intervenuto il *proxy* e quelle in cui l'anziano è risultato non autonomo nella deambulazione.

Nella distribuzione del punteggio PASE è stato considerato come valore di riferimento il 25° percentile e sono stati classificati "meno attivi" coloro il cui punteggio è risultato, rispetto a tale valore, pari o al disotto o "più attivi" se al di sopra.

### Ultra64enni attivi fisicamente

Nell'indagine 2009 il 39% svolge quasi tutti i giorni un'attività fisica che fa sudare o faticare per almeno dieci minuti. La condizione di non attività è maggiore nella fascia d'età oltre i 74 anni, nelle donne, nelle persone con scolarità bassa, in quelle con difficoltà economiche e aumenta progressivamente passando dal sottogruppo degli anziani in buona salute a quello dei disabili (Tabella 10).

Tabella 10. PASSI d'Argento 2009 (n. 3837): non attivi fisicamente

Caratteristiche	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>61</b>	<b>59,4-62,5</b>
<b>Classi di età</b>		
65-74	51,0	48,7-53,4
75 e oltre	69,7	67,6-71,7
<b>Genere</b>		
uomini	52,0	49,5-54,4
donne	67,6	65,5-69,5
<b>Istruzione</b>		
bassa	64,5	62,6-66,4
alta	52,7	49,9-55,6
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	72,1	68,2-75,6
qualche	64,7	62,3-67,1
nessuna	52,6	50,2-55,1
<b>Sottogruppi</b>		
in buona salute a basso rischio	38,4	35,9-40,9
in buona salute ma a rischio	64,8	61,6-67,8
con segni di fragilità	75,3	72,1-78,2
con disabilità	90,5	87,5-92,8

## Attività fisica svolta

I tipi di attività fisica maggiormente praticati sono il camminare a passo svelto (34%) seguito dal giardinaggio (29%), dai lavori nell'orto o nei campi (24%), dai lavori di casa pesanti (23%), dall'andare in bicicletta (13%) e dall'attività sportiva o ricreativa (12%) (Figura 29).

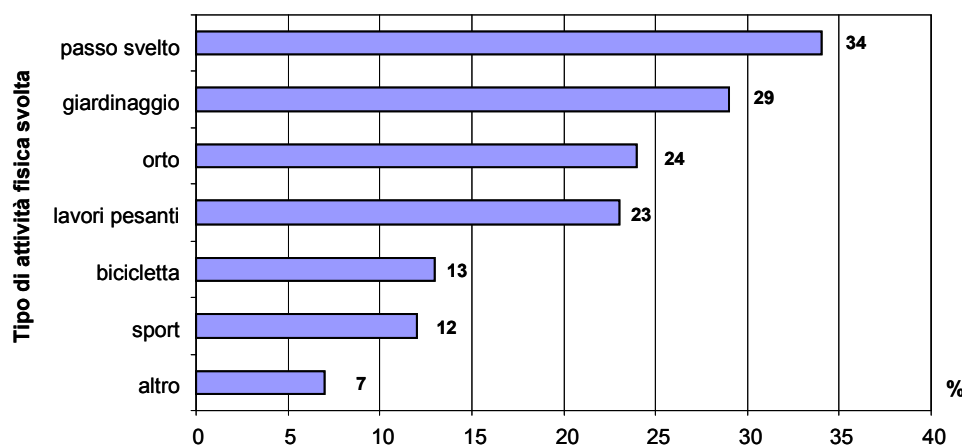


Figura 29. PASSI d'Argento 2009 (n. 3837): attività fisica svolta

Nel 2010, utilizzando il PASE è stato possibile rilevare il livello di attività fisica e descrivere il fenomeno complessivamente e stratificato per le variabili che rappresentano l'eterogeneità della popolazione anziana.

Il PASE score è espresso in termini di valore mediano e *range*. Sono risultati significativamente più attivi fisicamente gli anziani con età fra i 65-74 anni, le persone senza difficoltà economiche e le persone con istruzione più alta. I valori mediani del PASE sono ben distribuiti nei 4 sottogruppi di popolazione (Tabella 11 e Tabella 12).

Valori più bassi del PASE score indicanti minori livelli di attività fisica sono rilevabili, in accordo a quanto noto in letteratura, in coloro che dichiarano sintomi di depressione, problemi sensoriali (udito, vista), uso di un maggior numero di medicinali e limitazione nelle IADL. La presenza di cattiva masticazione come anche di insufficiente assunzione di frutta e verdura, può essere indirettamente associata, attraverso uno stato di nutrizione inadeguato, alla diminuzione del livello di attività fisica.

**Tabella 11. PASSI d'Argento 2010 (n. 3529): valori del punteggio PASE per variabili socio-demografiche e sottogruppi**

Caratteristiche	Mediana (range)	P value*
<b>Totale</b>	<b>85 (0-458)</b>	
<b>Classi di età</b>		
65-74	96 (0-458)	0,00
75 e oltre	70 (0-377)	
<b>Genere</b>		
uomini	86 (0-458)	0,00
donne	84 (0-377)	
<b>Strati genere/età specifici</b>		
uomini		
65-74	93 (0-458)	0,00
75-84	83 (0-256)	
85 e oltre	34 (0-211)	
donne		
65-74	99 (0-288)	0,00
75-84	70 (0-377)	
85 e oltre	46 (0-246)	
<b>Istruzione</b>		
bassa	82 (0-277)	0,00
alta	92 (0-458)	
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	70 (0-266)	0,00
qualche	81 (0-317)	
nessuna	95 (0-458)	
<b>Sottogruppi</b>		
in buona salute a basso rischio	101 (0-377)	0,00
in buona salute ma a rischio	86 (0-458)	
con segni di fragilità	45 (0-244)	
con disabilità	30 (0-201)	

\* Il test della mediana è un test di verifica di ipotesi, usato nell'ambito della statistica non parametrica dove i modelli matematici non necessitano di ipotesi a priori sulle caratteristiche della popolazione o comunque le ipotesi sono meno restrittive di quelle usuali nella statistica parametrica. Si usa per testare se due campioni sono estratti da popolazioni con la stessa mediana. La scelta di questo test è giustificata dalla presenza di diverse osservazioni "fuori scala".

Tabella 12. PASSI d'Argento 2010 (n. 3529): valori del punteggio PASE per alcuni fattori di rischio

Fattori di rischio	Mediana (range)	P value*
<b>Problemi di depressione</b>		
sì	63 (0-458)	0,00
no	90 (0-377)	
<b>Consumo di frutta</b>		
basso	72 (0-458)	0,00
alto	96 (0-377)	
<b>Problemi di vista</b>		
sì	60 (0-317)	0,00
no	89 (0-458)	
<b>Problemi di udito</b>		
sì	70 (0-232)	0,00
no	86 (0-458)	
<b>Problemi di masticazione</b>		
sì	61 (0-272)	0,00
no	87 (0-458)	
<b>Uso di medicinali al dì</b>		
4 o più	70 (0-353)	0,00
meno di 4	90 (0-458)	
<b>Dipendenza nelle IADL</b>		
≤1	99 (0-458)	0,00
≥ 2	45 (0-244)	

## In sintesi

Valori più bassi del PASE score indicanti minori livelli di attività fisica sono rilevabili, in accordo a quanto noto in letteratura, in coloro che dichiarano sintomi di depressione, problemi sensoriali (udito, vista), uso di un maggior numero di medicinali e limitazione nelle IADL. La presenza di cattiva masticazione come anche di insufficiente assunzione di frutta e verdura, può essere indirettamente associata, attraverso uno stato di nutrizione inadeguato, alla diminuzione del livello di attività fisica.

## Bibliografia

1. Klavestrand J, Vingard E. The relationship between physical activity and health-related quality of life: a systematic review of current evidence. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2009;19(3):300-312.
2. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev Med* 2007;45(6):401-15.
3. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf); ultima consultazione 27/03/13.
4. Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): development and evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology* 1993 Feb;46(2):153-62.

5. Schuit AJ, Schouten EG, Westerterp KR, Saris WH. Validity of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): according to energy expenditure assessed by the doubly labeled water method. *J Clin Epidemiol* 1997;50(5):541-6.
6. Washburn RA, McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Boileau RA. The physical activity scale for the elderly (PASE): evidence for validity. *Journal of Clinical Epidemiology* 1999;52(7):643-51.
7. Washburn RA, Ficker JL. Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): the relationship with activity measured by a portable accelerometer. *J Sports Med Phys Fitness* 1999;39(4):336-40.
8. Johansen KL, Painter P, Kent-Braun JA, Ng AV, Carey S, Da Silva M, Chertow GM. Validation of questionnaires to estimate physical activity and functioning in end-stage renal disease. *Kidney International* 2001;59(3):1121-7.
9. Dinger MK, Oman RF, Taylor EL, Vesely SK, Able J. Stability and convergent validity of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE). *J Sports Med Phys Fitness* 2004;44(2):186-92.
10. Chad KE, Reeder BA, Harrison EI, Ashworth NI, Sheppard SM, Schultz SL, Bruner BG, Fisher KL, Lawson JA. Profile of physical activity levels in community-dwelling older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2005;37(10):1774-84.
11. Hagiwara A, Ito N, Sawai K, Kazuma K. Validity and reliability of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) in Japanese elderly people. *Geriatrics and Gerontology International* 2008;8(3):143-51.

## Bibliografia di approfondimento

- Auyeung TW, Kwok T, Lee J, Leung PC, Leung J, Woo J. Functional decline in cognitive impairment--the relationship between physical and cognitive function. *Neuroepidemiology* 2008;31(3):167-73.
- Bonnefoy M, Boutitie F, Mercier C, Gueyffier F, Carre C, Guetemme G, Ravis B, Laville M, Cornu C. Efficacy of a home-based intervention programme on the physical activity level and functional ability of older people using domestic services: a randomised study. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 2012;16(4):370-7.
- Denehy L, Berney S, Whitburn L, Edbrooke L. Quantifying Physical Activity Levels of Survivors of Intensive Care: A prospective Observational Study. *Journal of the American Physical Therapy Association* 2012;92(12):1507-17.
- Ewald B, McEvoy M, Attia J. Pedometer counts superior to physical activity scale for identifying health markers in older adults. *British Journal of Sports Medicine* 2010;44(10):756-61.
- Liu RD, Buffart LM, Kersten MJ, Spiering M, Brug J, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Psychometric properties of two physical activity questionnaires, the AQuAA and the PASE, in cancer patients. *BMC Medical Research Methodology* 2011;11:30.
- Milton K, Bull FC, Bauman A. Reliability and validity testing of a single-item physical activity measure. *British Journal of Sports Medicine* 2011;45(3):203-8.
- Moore DS, Ellis R, Allen PD, Cherry KE, Monroe PA, O'Neil CE, Wood RH. Construct validation of physical activity surveys in culturally diverse older adults: a comparison of four commonly used questionnaires. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 2008;79(1):42-50.
- Ngai SP, Cheung RT, Lam PL, Chiu JK, Fung EY. Validation and reliability of the Physical Activity Scale for the Elderly in Chinese population. *J Rehabil Med* 2012;44(5):462-5.
- Parker SJ, Strath SJ, Swartz AM. Physical activity measurement in older adults: relationships with mental health. *Journal of Aging and Physical Activity* 2008;16(4):369-80.

## 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 (1-3), mentre la perdita di peso non intenzionale rappresenta un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

La malnutrizione proteico-energetica si manifesta quasi esclusivamente nella popolazione anziana ed è determinata sia da cause organiche sia da fattori di natura psicologica e sociale (4-7).

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).

### Stato ponderale

Nella Figura 30 è descritto lo stato ponderale del campione di popolazione oggetto di indagine nel 2009 e nel 2010 secondo due sottogruppi, individuati in base alla distribuzione del BMI calcolato sui dati riferiti durante l'intervista: sotto o normopeso e in eccesso ponderale (sovrappeso e obeso). Le persone in eccesso ponderale rappresentano ben il 56% del totale nel 2009 e il 58% nel 2010.

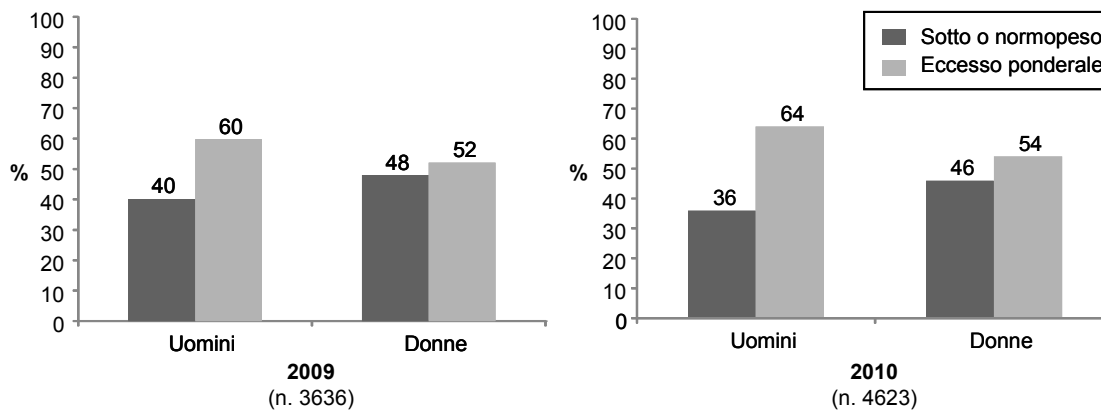


Figura 30. PASSI d'Argento: stato ponderale per genere

L'eccesso ponderale è maggiormente diffuso nelle persone con meno di 75 anni, di genere maschile, con basso livello d'istruzione (Tabella 13).

Tabella 13. PASSI d'Argento: eccesso ponderale (BMI  $\geq 25$ )

Caratteristiche	Anno 2009*		Anno 2010**	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	55,5	53,9-57,1	58,2	56,8-59,70
<b>Classi di età</b>				
65-74	60,5	58,2-62,8	63,6	61,6-65,6
75 e oltre	50,6	48,3-52,9	52,8	50,7-54,8
<b>Genere</b>				
uomini	59,8	57,3-62,2	64,0	61,8-66,1
donne	52,0	49,8-54,2	53,8	51,8-55,7
<b>Istruzione</b>				
bassa	57,8	55,8-59,8	59,5	57,7-61,2
alta	50,8	48-53,7	55,8	53,2-58,3
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	55,6	51,3-59,8	60,4	56,7-64,0
qualche	58,1	55,6-60,6	60,0	57,8-62,2
nessuna	53,2	50,7-55,6	56,2	53,9-58,4
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	57,1	54,5-59,7	59,6	57,8-61,8
in buona salute ma a rischio	56,7	53,4-60,0	59,2	54,4-62,1
con segni di fragilità	55,6	52,0-59,1	59,4	56,4-62,3
con disabilità	48,2	43,6-52,8	50,6	46,7-54,6

## Consumo di frutta e verdura

Nell'indagine 2009 (Figura 31) solo il 6,3% consuma almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura raccomandate; più della metà consuma solo 1-2 porzioni. Tra gli ultra64enni in buona salute a basso rischio di malattia il 10,8% ha dichiarato di seguire il "five a day"; la percentuale scende al 4,2% nelle persone in buona salute, ma a rischio di malattia e fragilità, al 2,5% nelle persone con segni di fragilità e al 2,8% negli ultra 65enni con disabilità.

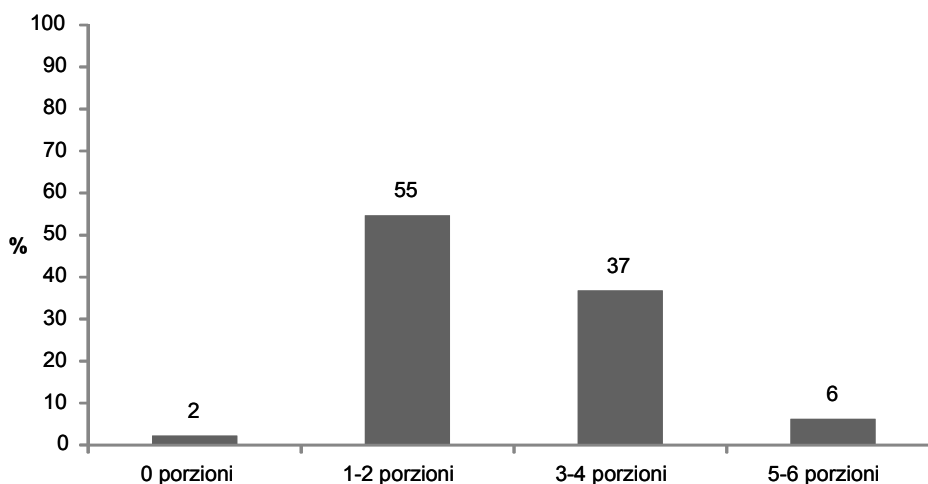


Figura 31. PASSI d'Argento 2009 (n. 3725): consumo di frutta e verdura (in porzioni)

La rilevazione 2010 (Figura 32) conferma che la proporzione di anziani che consuma 5 porzioni di frutta e verdura al giorno è bassa.

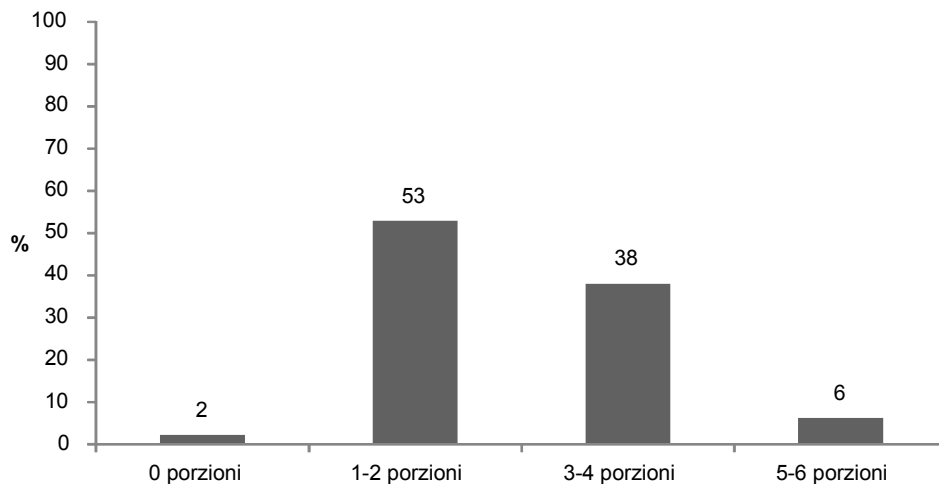


Figura 32. PASSI d'Argento 2010 (n. 4770): consumo di frutta e verdura (in porzioni)

## In sintesi

L'IMC negli ultra64enni riveste grande importanza in quanto non solo indica, come nelle altre età, la normalità (o più spesso) un eccesso di peso, ma anche una condizione iniziale di fragilizzazione che, condizione determinante di fattori biologici individuali, familiari, sociali, economici, ambientali, se non adeguatamente affrontata può portare in breve tempo la persona ultra64enne verso la disabilità. Da una parte è quindi importante seguire individualmente le condizioni di peso ma dall'altra, da parte dei responsabili della salute pubblica locale, anche studiare e utilizzare un algoritmo che permetta di identificare i "più fragili" e intervenire con mezzi adeguati. La promozione della salute, realizzata come da raccomandazioni, in *setting* particolari (centri di aggregazioni, circuiti di cure, strutture di cura) deve tendere a migliorare la quantità di frutta e verdura consumata.

## Bibliografia

1. Progetto cuore. *Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari. Anziani: sovrappeso e obesità*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cuore.iss.it/fattori/anziani-obe.asp>; ultima consultazione 28/3/13.
2. Bouchard DR, Pickett W, Janssen I. Association between obesity and unintentional injury in older adults. *Obes Facts* 2010;3(6):363-9.
3. Balboa-Castillo T, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Graciani A, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Physical activity and mortality related to obesity and functional status in older adults in Spain. *Am J Prev Med* 2011;40(1):39-46.



4. Buffa R, Marini E, Mereu RM, Putzu PF, Floris G. La malnutrizione proteico-energetica nell'anziano: tecniche di analisi e applicazioni. *Antropo* 2007;14:19-27. Disponibile all'indirizzo: <http://www.didac.ehu.es/antropo/14/14-2/Bufa.pdf>; ultima consultazione 28/03/13.
5. Pais ME, Congiu MG, Saba A, Aresu M, Brundu AL, Cadeddu S, Cappai S, Caria RV, Cocco M, Corda E, Curreli NMC, Ibba D, Muçaka N, La Sala A, Pedditzi E, Pintus M, Trogu E, Mandas A. Valutazione dello stato nutrizionale in una popolazione di soggetti anziani: correlazione del MNA con altre aree dimensionali geriatriche. *G Gerontol* 2010;58:162-7. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sigg.it/public/doc/GIORNALEART/1310.pdf>; ultima consultazione 8/01/13.
6. Phillips MB, Foley AL, Barnard R, Isenring EA, Miller MD. Nutritional screening in community-dwelling older adults: a systematic literature review. *Asia Pac J Clin Nutr* 2010;19(3):440-9. Review.
7. Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging* 2010;5:207-16. Review.

## CONSUMO DI ALCOL

In Europa l'alcol causa 195.000 morti l'anno e costituisce la terza causa di morte prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco, con costi altissimi sul piano sanitario, sociale ed economico (1).

Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età e, sebbene l'attenzione sia in genere focalizzata sui giovani, i disordini legati all'abuso alcolico non sono infrequenti nell'anziano (2), che risulta ad elevata vulnerabilità in conseguenza delle mutate condizioni fisiologiche e metaboliche.

I medici di medicina generale possono non essere sufficientemente sensibilizzati a porre la necessaria attenzione nel cogliere i segnali dell'abuso di alcol negli anziani, nei quali, peraltro, la sintomatologia alcol correlata può essere confusa con i sintomi generici dell'invecchiamento (3-4).

In generale, a partire dai 50 anni circa la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce, con la conseguenza che, a parità di alcol ingerito, il tasso alcolemico risulta maggiore e, di conseguenza, gli effetti dannosi sono più marcati.

A questo fenomeno nell'anziano si aggiunge il ridotto funzionamento di alcuni organi come il fegato e i reni, che non riescono più a svolgere pienamente la funzione di inattivazione dell'azione tossica dell'alcol e della sua eliminazione dall'organismo. Sempre in conseguenza dell'età spesso sono presenti problemi di equilibrio, dovuti all'indebolimento della muscolatura, nonché ad una ridotta mobilità; in tali circostanze il consumo di alcol può aggravare la situazione, facilitando le cadute e le fratture.

Infine l'alcol interferisce con numerosi farmaci, che le persone anziane assumono più frequentemente. Pertanto, in età avanzata, anche un consumo moderato di alcol può causare problemi di salute (5-9).

Le linee guida dell'INRAN (Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione), in accordo con le indicazioni della WHO, consigliano agli anziani di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 Unità Alcolica (330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) senza distinzioni tra uomini e donne (10-11).

Nell'indagine PASSI d'Argento 2009 è stata raccolta l'informazione sul numero di anziani che bevono solitamente una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno ed è stato indagato il momento della giornata durante il quale il consumo avveniva. In questa prima indagine sono stati considerati a rischio coloro che hanno riferito di consumare alcol fuori pasto.

Nell'indagine 2010, in accordo con le indicazioni della WHO e dell'ISS la definizione di bere a rischio per l'anziano è il consumo di più di una unità alcolica al giorno (10 grammi o un bicchiere di alcolici) indipendentemente dal momento della giornata in cui ciò avviene.

In entrambe le indagini è stato valutato il numero di persone che hanno ricevuto da parte di un operatore sanitario, il consiglio di ridurre il consumo di alcol.

## Bevitori a rischio e consiglio di ridurre il consumo

Nell'indagine 2009 il 47% consuma alcol in una giornata tipo; si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (68% contro 31%); non si sono rilevate differenze per le due classi di età (65-74 anni e 75 e oltre), per livello di istruzione, difficoltà economiche e sottogruppi. Tra coloro che bevono abitualmente, il 6% ha dichiarato di bere fuori pasto.

L'indagine 2010 ha permesso di precisare la quantità di alcol introdotta giornalmente e di stimare la proporzione di anziani "bevitori a rischio". Coloro che hanno dichiarato di consumare alcol sono il 40% del totale, tra questi quelli a rischio, ossia coloro che bevono più di una unità alcolica al giorno (rappresentata da un bicchiere di vino, una lattina di birra o un bicchierino di liquore) sono il 46%.

Nella Figura 33 sono rappresentati i bevitori a rischio per sottogruppi di anziani. Sono bevitori a rischio maggiormente gli uomini (57% vs 28%), mentre non si riscontrano differenze per grado di istruzione e difficoltà economiche.

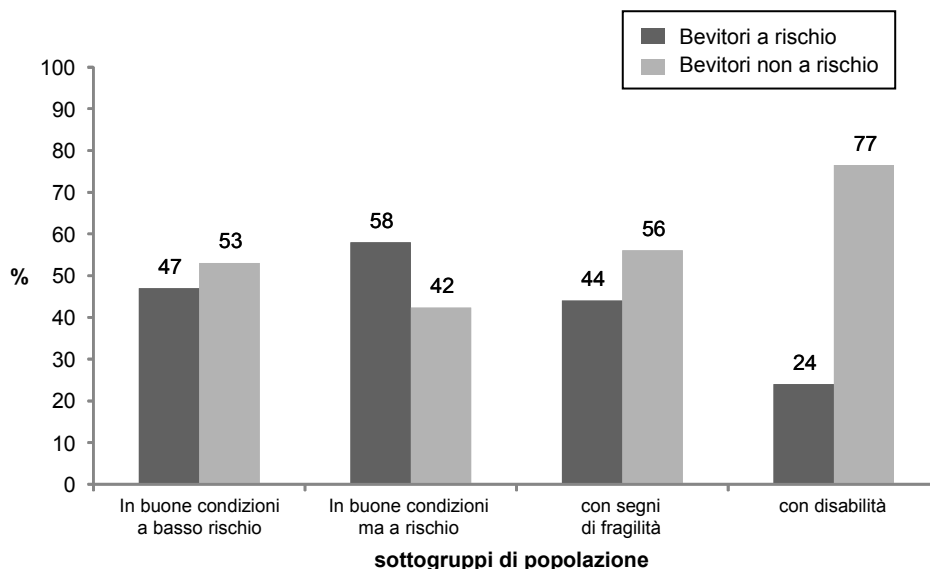


Figura 33. PASSI d'Argento 2010 (n. 887): consumo di alcol a rischio per sottogruppi

Nell'indagine 2009 tra chi consuma alcol, solo il 10% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno alcol da parte di un medico o di un operatore sanitario. Questo consiglio è più frequente tra i bevitori fuori pasto rispetto a chi consuma alcol solo durante i pasti (27 vs 9%).

Nel 2010 il 12% degli anziani che consumano abitualmente alcol ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno alcol, tra i bevitori a rischio ha ricevuto il consiglio solo il 15%.

## In sintesi

L'eccesso di consumo è più grave nell'ultra64enne perché dopo i 60 anni l'organismo ha via via più difficoltà a metabolizzare l'alcol contribuendo a provocare cadute, malattie dell'intestino o disturbi cerebrali e effetti gravi se consumato in concomitanza con farmaci. La rilevazione del PDA mostra che circa la metà consuma alcol, ma fra questi 1 su 2 ne consuma troppo. Gli operatori sanitari dovranno utilizzare canali formali e informali per rinforzare le attività di promozione del consumo moderato di alcol e delle implicazioni della combinazione alcol-farmaci.

## Bibliografia

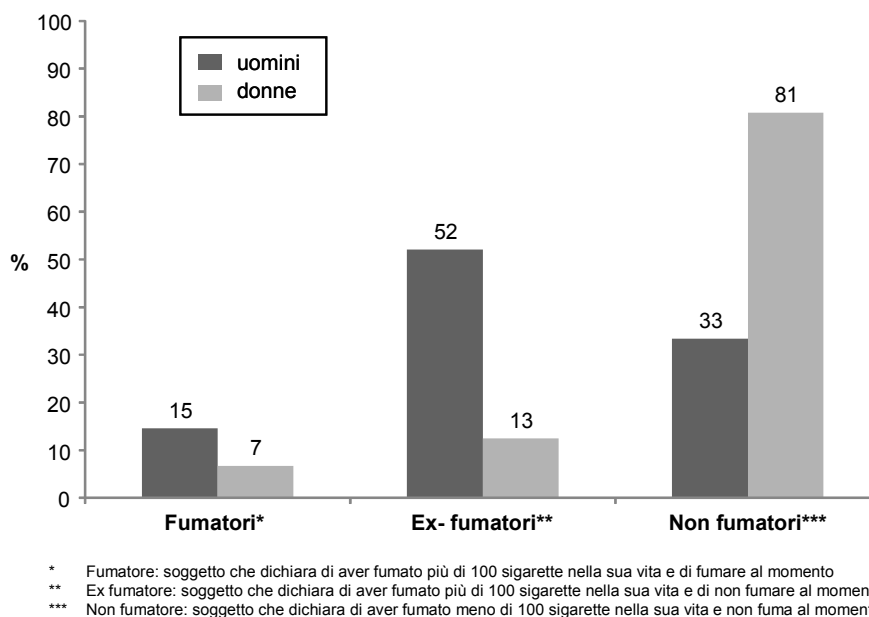
1. Italia. Ministero della Salute, Direzione generale della Prevenzione Sanitaria, Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Alcol e Salute*. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_623\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf); ultima consultazione 28/03/13.
2. Reid MC, Anderson PA. Geriatric substance use disorders. *Med Clin North Am* 1997;81:999-1016.
3. Lakhani N. Alcohol use amongst community-dwelling elderly: a review of the literature. *J Adv Nurs* 1997;25:1227-32.
4. Khan N, Davis P, Wilkinson TJ, Sellman JD, Graham P. Drinking patterns among older people in the community: hidden from medical attention? *N Z Med J* 2002;115:72-5.
5. Scafato E. Alcohol and the elderly: the time to act is now! *Eur J Public Health* 2010;20(6):617-8.
6. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people- redefining an age old problem in old age. *BMJ* 2003;327(7416):664-7.
7. Rigler SK. Alcoholism in the Elderly. *Am Fam Physician* 2000;61:1710-6.
8. Mäkelä P, Havio M, Seppä K. Alcohol-related discussions in health care - a population view. *Addiction* 2011;106(7):1239-48.
9. Immonen S, Valvanne J, Pitkälä Kh. Older adults' own reasoning for their alcohol consumption. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26(11):1169-76.
10. Scafato E, Gandin C, Patussi V, il gruppo di lavoro IPIB (Ed.). *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee\\_guida\\_cliniche.pdf](http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf); ultima consultazione 9/1/13.
11. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Rossi A e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Rapporti ISTISAN 10/5).

## ABITUDINE AL FUMO

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronic-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) (1-6).

Le conseguenze negative del fumo aumentano con l'aumentare dell'età, a causa dei tempi più lunghi di esposizione. Le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con più di 60 anni sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Smettere di fumare rimane il modo più efficace per contrastare gli effetti nocivi del fumo, anche se negli anziani i vantaggi sono un pò meno evidenti che nei fumatori più giovani (7).

Nel 2009 il 10% degli ultra64enni ha riferito di fumare, con differenze statisticamente significative per genere (Figura 34). Il 30% ha detto di aver fumato almeno cento sigarette ma di aver smesso e il 60% 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).



**Figura 34. PASSI d'Argento 2009 (n. 3670): abitudine al fumo per genere**

Nell'indagine 2010 il 9% del campione ha dichiarato di essere fumatore, il 25% ex fumatore e il 65% non fumatore. La Figura 35 mostra le differenze nei due sessi.

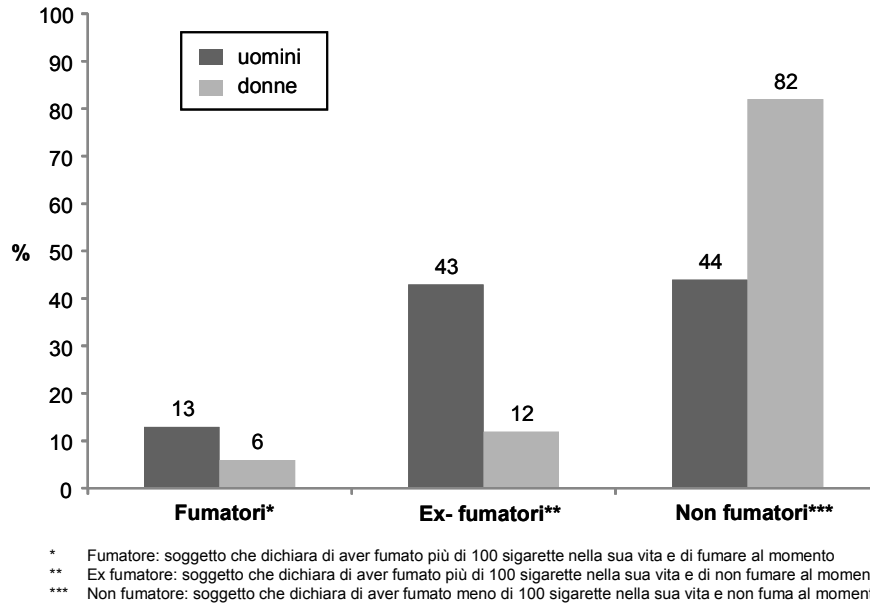


Figura 35. PASSI d'Argento 2010 (n. 4644): abitudine al fumo per genere

## Fumatori e consiglio di smettere di fumare

I risultati dell'indagine 2009 indicano che i fumatori rappresentano l'11% degli ultra64enni in buona salute e a basso rischio di malattia, il 14% di quelli in buona salute ma rischio di malattia, l'8% delle persone con segni di fragilità e il 4% di quelle con segni di disabilità. Il 68% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o altro operatore sanitario; l'abitudine al fumo è risultata più alta negli uomini, nella classe d'età 65-74 anni, nelle persone con alto livello d'istruzione, nelle persone con molte difficoltà economiche percepite.

Nel 2010 i fumatori si ritrovano prevalentemente tra gli uomini (13% vs 6%), nella classe di età 65-74 anni piuttosto che in quella degli ultra settantacinquenni (13% vs 6%), tra coloro che hanno un livello di istruzione più alta (13% vs 8%). Il 71% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o altro operatore sanitario.

Quanto alla distribuzione per sottogruppi, l'indagine 2010 ha confermato la maggiore prevalenza dei fumatori nel sottogruppo degli anziani in buona salute ma a rischio di malattia (16%), mentre sono fumatori il 9% degli anziani in buona salute a basso rischio, l'8% delle persone con segni di fragilità e il 5% delle persone con segni di disabilità.

## In sintesi

La dipendenza dal fumo di tabacco ha delle conseguenze gravi sulla salute degli ultra64enni fra i quali 1 su 10 fuma, in prevalenza di sesso maschile. L'attenzione degli operatori sanitari a questo problema e, di conseguenza, alle potenziali azioni correttive, prima di tutto la

promozione della salute, è ancora limitata. Un'azione sistematica di sensibilizzazione degli ultra64enni e delle loro famiglie, eventualmente anche multifattoriale (alcol, attività fisica e sana nutrizione) potrebbe incidere positivamente sulla loro salute e sulla qualità di vita.

## Bibliografia

1. Centers for Disease Control and Prevention. *Health effects of cigarette smoking*. Atlanta: CDC; 2013. Disponibile all'indirizzo: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/health\\_effects/effects\\_cig\\_smoking/](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/); ultima consultazione 3/12/12.
2. Polańska K, Hanke W, Konieczko K. Hospitality workers' exposure to environmental tobacco smoke before and after implementation of smoking ban in public places: a review of epidemiological studies. *Med Pr* 2011;62(2):211-24.
3. McClave AK, Dube SR, Strine TW, Mokdad AH. Associations between health-related quality of life and smoking status among a large sample of U.S. adults. *Prev Med* 2009;48(2):173-9.
4. Steevens J, Schouten LJ, Driessen AL, Huysentruyt CJ, Keulemans YC, Goldbohm RA, van den Brandt PAA. Prospective cohort study on overweight, smoking, alcohol consumption, and risk of Barrett's esophagus. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011;20(2):345-58.
5. Land T, Rigotti NA, Levy DE, Paskowsky M, Warner D, Kwass JA, Wetherell L, Keithly L. A Longitudinal study of medicaid coverage for tobacco dependence treatments in Massachusetts and associated decreases in hospitalizations for cardiovascular disease. *PLoS Medicine* 2010;7(12):e1000375.
6. Love SJ, Sheffer CE, Bursac Z, Prewitt TE, Krukowski RA, West DS. Offer of a Weight Management Program to Overweight and Obese Weight-concerned Smokers Improves Tobacco Dependence Treatment Outcomes. *American Journal on Addictions* 2011;20(1):1-8.
7. Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation *Am J Health Promot* 2000;14(6):357-61.

## PROBLEMI DI VISTA, UDITO E DIFFICOLTÀ MASTICATORIE

Le disabilità sensoriali legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione della persona ultra64enne peggiorandone notevolmente la qualità della vita (1-4).

I problemi di vista costituiscono inoltre un importante fattore di rischio per le cadute (5). Nel 1997, la WHO 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 con disabilità. I problemi masticatori influenzano inoltre la qualità della vita della persona ultra64enne, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico (6).

### Problemi di vista

Per entrambe le indagini (2009 e 2010) si rileva che circa 2 persone su 10 riferiscono di avere problemi di vista. La prevalenza di questo problema sensoriale è più rilevante nella fascia di età 75 e oltre, tra le donne, le persone con molte difficoltà economiche, con segni di fragilità e con disabilità (Tabella 14).

**Tabella 14. PASSI d'Argento: persone con problemi di vista**

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 3831)		Anno 2010 (n. 4791)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>17,5</b>	<b>16,4-18,8</b>	<b>20,7</b>	<b>19,6-21,9</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	10,3	8,9-11,8	13,8	12,4-15,2
75 e oltre	24,1	22,2-26,0	27,3	25,5-29,1
<b>Genere</b>				
uomini	13,6	12,0-15,3	16,5	15,0-18,2
donne	20,5	18,9-22,3	23,7	22,1-25,4
<b>Istruzione</b>				
bassa	20,3	18,8-21,9	23,7	22,2-25,2
alta	11,1	9,4-13,1	13,0	11,4-14,8
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	35	32,8-38,4	29,7	26,4-33,1
qualche	17,6	15,8-19,6	23,0	21,2-24,9
nessuna	12,3	10,7-14,0	13,2	11,8-14,9
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	1,4	0,9-2,2	2,5	2,1-3,5
in buona salute ma a rischio	18,7	16,3-21,3	30,1	27,1-34,2
con segni di fragilità	27,2	24,1-30,4	30,7	28,0-33,5
con disabilità	45,9	41,5-50,4	55,3	51,4-59,0



## Problemi di udito

Nelle indagini PASSI d'argento 2009 e 2010 rispettivamente il 24,2% e il 13,3% delle persone intervistate ha riferito problemi di udito (nell'indagine 2010 è stata modificata la domanda relativa come già riferito).

La prevalenza di questo problema sensoriale è particolarmente rilevante nella fascia di età 75 e più anni, tra le persone con bassa istruzione, tra quelle in buona salute ma a rischio, tra quelle con segni di fragilità con disabilità (Tabella 15). Il 6,5% 2009 e il 3,6% 2010 ha riferito di sentire bene solo con l'ausilio dell'apparecchio acustico.

**Tabella 15. PASSI d'Argento: persone con problemi di udito**

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 3829)		Anno 2010 (n. 4782)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>24,2</b>	<b>22,8-25,6</b>	<b>13,3</b>	<b>12,4-14,3</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	15,3	13,7-17,1	7,2	6,2-8,3
75 e oltre	32,2	30,1-34,3	19,2	17,7-20,8
<b>Genere</b>				
uomini	27,1	25,0-29,3	14,6	13,1-16,2
donne	21,8	20,1-23,6	12,3	11,1-13,6
<b>Istruzione</b>				
bassa	28,4	26,6-30,2	15,7	14,4-17,0
alta	15,1	13,2-17,3	7,3	6,1-8,8
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	28,9	25,3-32,8	18,9	16,1-21,9
qualche	26,0	23,9-28,3	14,0	12,5-15,6
nessuna	20,3	18,4-22,3	9,4	8,2-10,8
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	4,6	3,7-5,9	2,2	1,7-3,0
in buona salute ma a rischio	35,6	32,5-38,7	20,6	17,6-23,9
con segni di fragilità	33,2	29,9-36,6	17,4	15,3-19,8
con disabilità	45,7	41,3-50,2	36,3	32,7-40,1

## Difficoltà masticatorie

Nelle indagini PASSI d'argento 2009 e 2010 rispettivamente il 33,4% e il 15,6% degli ultra64enni riferisce di avere problemi di masticazione (nell'indagine 2010 è stata modificata la domanda relativa come già riferito).

La prevalenza dei problemi masticatori è particolarmente rilevante nelle donne, tra le persone con bassa istruzione, con molte difficoltà economiche, in buona salute ma a rischio, con segni di fragilità e di disabilità (Tabella 16).

Tabella 16. PASSI d'Argento: persone con problemi di masticazione

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 3824)		Anno 2010 (n. 4792)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>33,4</b>	<b>32-35</b>	<b>15,6</b>	<b>14,6-16,7</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	25,1	23,1-27,2	10,3	9,1-11,6
75 e oltre	41,2	39,0-43,4	20,6	19,0-22,3
<b>Genere</b>				
uomini	28,0	25,9-30,2	14,1	12,7-15,7
donne	37,9	35,9-40	16,6	15,2-18,1
<b>Istruzione</b>				
bassa	38,5	36,6-40,4	18,2	16,8-19,6
alta	22,7	20,4-25,2	9,9	8,5-11,5
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	47,1	43,0-51,2	24,5	21,4-27,8
qualche	36,4	34,0-38,8	16,5	14,9-18,2
nessuna	25,6	23,5-27,8	10,7	9,3-12,2
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	4,8	3,8-6,0	1,6	1,3-2,4
in buona salute ma a rischio	52,3	49,0-55,5	25,4	22,4-29,1
con segni di fragilità	45,4	41,9-48,9	21,4	19,0-23,9
con disabilità	60,7	56,3-65,0	43,2	39,5-47,0

## Cure odontoiatriche

Tra gli ultra64enni intervistati 1 su 3 si è recato dal dentista negli ultimi 12 mesi (36% 2009 e 33% 2010). Anche tra coloro che hanno riferito difficoltà a masticare, solo il 34% si è recato dal dentista nel 2009 e il 25% nel 2010. Il ricorso al dentista è simile nei sottogruppi delle persone in buona salute, mentre è inferiore in quelle con disabilità (Figura 36 e Figura 37).

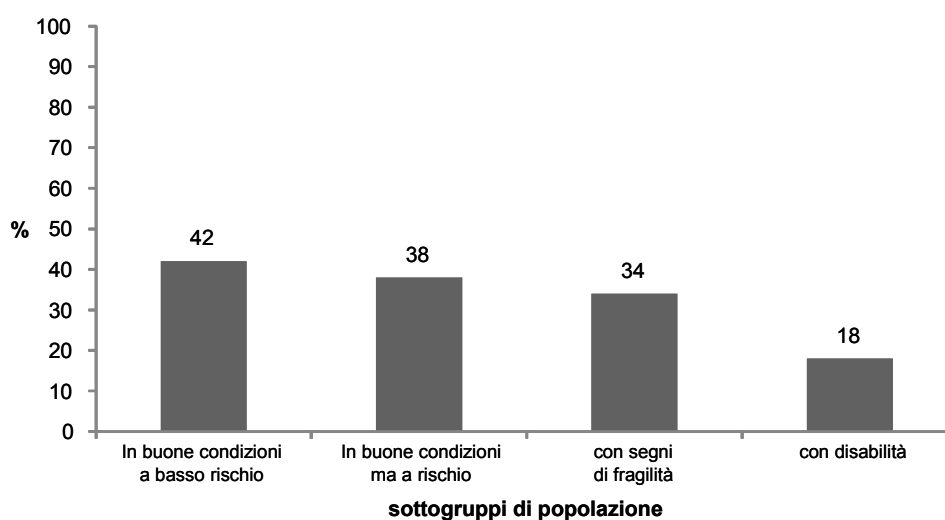
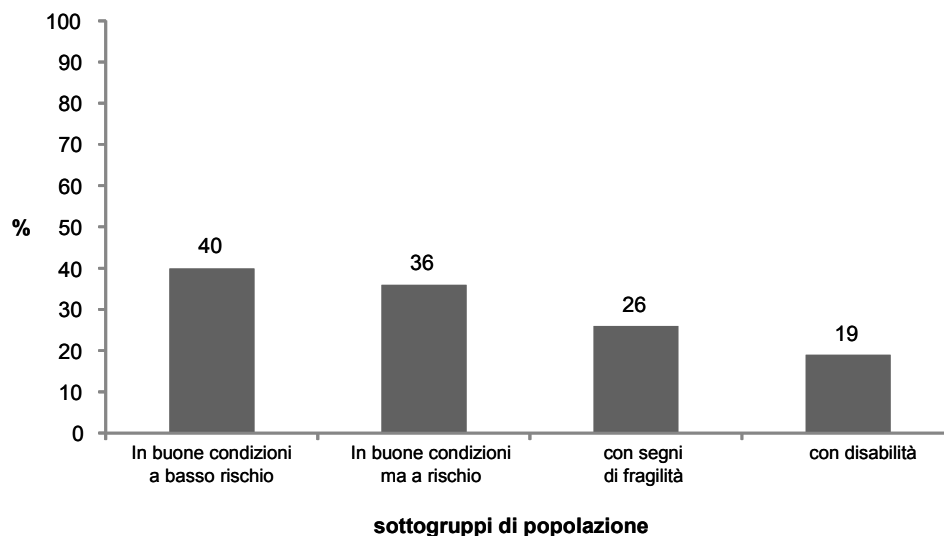


Figura 36. PASSI d'Argento 2009 (n. 1320): abitudine alle cure odontoiatriche nell'ultimo anno per sottogruppi di popolazione



**Figura 37. PASSI d'Argento 2010 (n. 1561): d abitudine alle cure odontoiatriche nell'ultimo anno per sottogruppi di popolazione**

Il motivo principale per cui le persone con problemi di masticazione non si sono recate dal dentista è il non averne sentito bisogno.

## In sintesi

I problemi sensoriali studiati dal PDA hanno un peso preponderante sulla qualità della vita degli ultra64enni dal punto di vista individuale e comunitario, vista la loro elevata prevalenza. Molte situazioni possono tuttavia essere risolvibili o, almeno, migliorabili tramite protesi o occhiali. I risultati del PDA mostrano che credenze consolidate (esempio, non c'è bisogno di protesi acustiche perché comunque in vecchiaia l'udito diminuisce) e la percezione dei costi elevati (e non sostenibili) contribuisce ad avere una percentuale relativamente bassa di ultra64enni che tentano di correggere i propri deficit sensoriali. Una loro informazione più capillare e sistematica associata ad un atteggiamento pro-attivo da parte di tutti gli operatori sociali e sanitari con cui vengano in contatto può favorire la correzione di questi deficit. Le ASL potrebbero inoltre consolidare o dar vita a progetti, per esempio, di odontoiatria sociale miranti a offrire il servizio a un target più ampio e a costi accettabili.

## Bibliografia

1. Liffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck A. Self-reported visual function in healthy older people in Britain: an exploratory study of associations with age, sex, depression, education and income. *Fam Pract* 2005;22(6):585-90.
2. Gerson Lw, Jarjoura D, Mccord G. Risk of imbalance in elderly people with impaired hearing or vision. *Oxford Journals Medicine Age and Ageing* 1989;18(1):31-4.
3. Li Y, Crews JE, Elam-Evans LD, Fan AZ, Zhang X, Elliott AF, Balluz L. Visual impairment and health-related quality of life among elderly adults with age-related eye diseases. *Qual Life Res* 2011;20(6):845-52.

4. Gates GA, Gibbons LE, McCusry SM, Crane PK, Feeney MP, Larson EB. Executive dysfunction and presbycusis in older persons with and without memory loss and dementia. *Cogn Behav Neurol* 2010;23(4):218-23.
5. Crews JE, Campbell VA. Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older americans: implications for health and functioning. *Am J Public Health* 2004;94(5):823-829.
6. McGrath C, Zhang W, Lo EC. A review of the effectiveness of oral health promotion activities among elderly people. *Gerodontology* 2009;26(2):85-96.

## CADUTE

La WHO 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 la sua frequenza, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadute successive può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana e i rapporti interpersonali con tendenza ad un progressivo isolamento.

Riguardo alle cause delle cadute i dati di letteratura riportano due tipologie di fattori di rischio: i fattori intrinseci e quelli estrinseci. I primi sono rappresentati da eventi patologici di diversa natura (neurologica, cardiovascolare, metabolica ecc.) di cui una persona può soffrire, i secondi includono i rischi connessi all’ambiente familiare come i pavimenti e gli scalini sdruciolevoli e la scarsa illuminazione. Altro aspetto importante nella genesi delle cadute degli anziani è l’assunzione di alcune categorie di farmaci come gli antipertensivi, gli antidepressivi, gli ipnotici/sedativi; per questi ultimi in particolare è documentato un rischio relativo di cadute per i consumatori ultrasessantenni 28 volte superiore rispetto ai non consumatori. Per prevenire le cadute sono necessari programmi di intervento mirati a ridurre i principali fattori di rischio, a creare le condizioni per un ambiente sicuro e favorevole alle persone più anziane e a promuovere l’attività fisica (1-5).

Le indagini PASSI d’argento 2009 e 2010 hanno rilevato che circa 1 persona su 10 tra gli ultra64enni è caduta nei 30 giorni precedenti all’intervista (Tabella 17).

**Tabella 17. PASSI d’Argento: persone cadute negli ultimi 30 giorni**

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 3732)		Anno 2010 (n. 4791)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>10,7</b>	<b>9,8-11,8</b>	<b>10,7</b>	<b>9,8-11,6</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	8,5	7,3-9,9	8,0	7,0-9,2
75 e oltre	12,7	11,2-14,2	13,3	12,0-14,8
<b>Genere</b>				
uomini	9,7	8,3-11,2	8,3	7,2-9,6
donne	11,3	10,0-12,7	12,6	11,4-13,9
<b>Istruzione</b>				
bassa	11,5	10,3-12,9	12,0	10,9-13,2
alta	8,5	7,1-10,3	7,8	6,6-9,3
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	16,6	13,7-20,0	14,2	11,8-16,9
qualche	9,8	8,3-11,4	11,5	10,2-13
nessuna	9,2	7,8-10,7	8,5	7,3-9,8
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	6,0	4,9-7,4	6,4	5,5-7,5
in buona salute ma a rischio	8,1	6,4-10,1	8,2	6,3-10,6
con segni di fragilità	14,6	12,2-17,3	13,5	11,6-15,7
con disabilità	23,1	19,5-27,0	22,6	19,6-26,0

La prevalenza delle cadute aumenta con il crescere dell'età e tra le persone che hanno riferito molte difficoltà economiche; inoltre, sono un fenomeno particolarmente frequente tra gli ultra64enni con segni di fragilità e con segni di disabilità.

## Luogo della caduta

La maggior parte delle persone intervistate è caduta in casa; seguono come luoghi di frequente caduta la strada, il giardino e le scale (Figura 38).

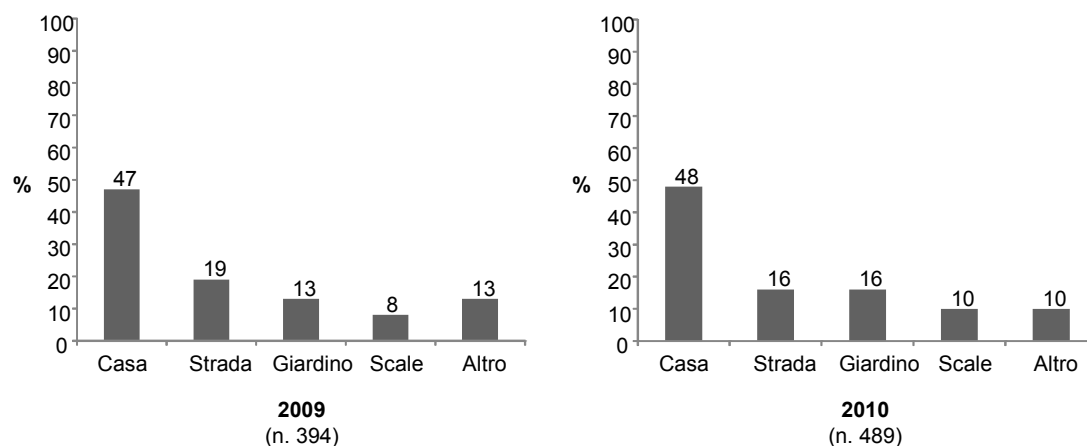


Figura 38. PASSI d'Argento: luogo della caduta

## Lesioni e ricoveri

Tra gli ultra64enni che sono caduti, 1 su 2 riferisce di essersi fatto male a seguito della caduta. Questa percentuale risulta più alta tra le donne (Tabella 19).

Tabella 19. PASSI d'Argento: persone che si sono fatte male dopo una caduta

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 389)		Anno 2010 (n. 512)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>51,9</b>	<b>46,8-57</b>	<b>53,1</b>	<b>48,2-57,1</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	55,5	47,0-63,7	50,8	43,2-57,8
75 e oltre	50,0	43,5-56,5	54,3	48,3-59,6
<b>Genere</b>				
uomini	45,2	37,2-53,3	47,3	39,0-54,6
donne	57,0	50,3-63,5	55,9	50,2-61,0
<b>Istruzione</b>				
bassa	52,6	46,7-58,5	52,5	47,3-57,7
alta	51,0	40,7-61,3	55,8	46,5-64,9

*segue*

continua

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 389)		Anno 2010 (n. 512)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	57,4	46,8-67,6	52,5	42,3-62,5
qualche	56,6	48,1-64,8	53,8	47,2-60,3
nessuna	45,1	36,7-53,6	52,5	44,4-60,5
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	44,0	33,2-55,3	38,0	29,8-46,1
in buona salute ma a rischio	58,1	46,1-69,5	58,9	45,0-71,9
con segni di fragilità	57,0	47,4-66,3	60,1	51,4-67,7
con disabilità	49,6	40,1-59,0	57,5	49,3-65,5

Circa il 14% degli ultra64enni sono stati ricoverati per più di un giorno a seguito della caduta (Tabella 20), in particolare le persone con segni di fragilità e con disabilità.

**Tabella 20. PASSI d'Argento: persone che sono state ricoverate dopo una caduta**

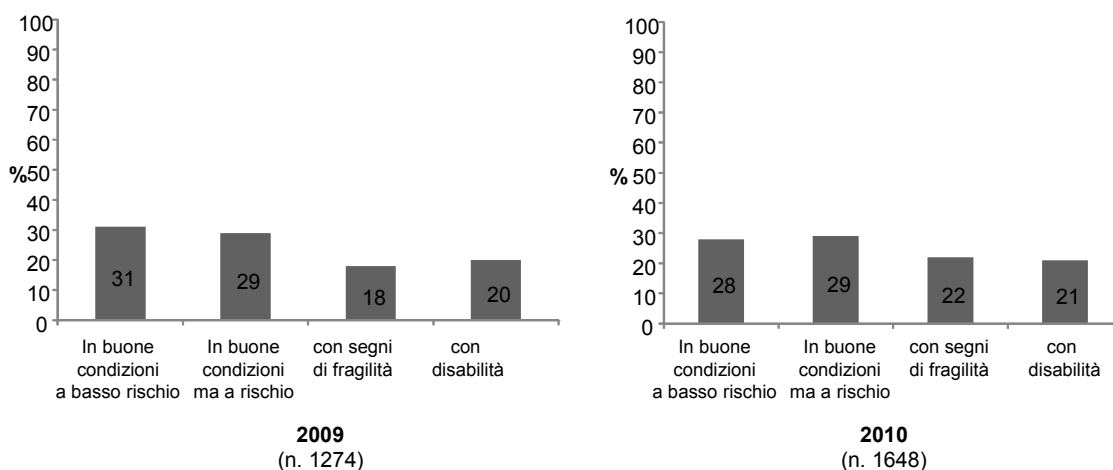
Caratteristiche	Anno 2009 (n. 3829)		Anno 2010 (n. 4782)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>14,4</b>	<b>10,5-19,1</b>	<b>13,8</b>	<b>10,7-17,5</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	10,4	5,3-17,8	13,4	8,9-20,2
75 e oltre	17,2	11,8-23,7	14,1	10,1-18,7
<b>Genere</b>				
uomini	17,8	10,9-26,7	14,9	9,6-21,6
donne	12,8	8,2-18,7	13,3	9,7-18,0
<b>Istruzione</b>				
bassa	13,9	9,4-19,4	13,2	9,8-17,5
alta	17,4	9,3-28,4	17,0	10,2-25,8
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	15,5	8,0-26,0	14,6	8,0-23,7
qualche	15,3	9,2-23,4	13,6	9,2-19,0
nessuna	13,5	7,2-22,4	13,7	8,4-20,8
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	3,8	0,5-13,0	10,1	5,7-18,0
in buona salute ma a rischio	8,8	2,9-19,3	3,9	0,5-13,5
con segni di fragilità	16,5	9,3-26,1	10,8	6,0-17,3
con disabilità	22,5	13,9-33,2	23,5	16,7-31,6

## Paura di cadere e uso dei presidi anti-caduta

Circa 4 ultra64enni su 10 hanno paura di cadere (39% 2009 e 46% 2010). La paura di cadere è una condizione più frequente nelle donne (50% vs 25% degli uomini 2009 e 58% vs 31% degli uomini 2010) e negli ultra 74enni (47% vs 32% dei 65-74enni 2009 e 56% vs 39% dei 65-74enni 2010). Inoltre, la paura di cadere è maggiore tra le persone cadute nell'ultimo mese (57% 2009 e 76% 2010) rispetto a quelle che non sono cadute (38% 2009 e 46% 2010). Tra gli ultra64enni che sono caduti la paura di cadere è più frequente tra le persone con segni di fragilità e con disabilità.

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 26% nel 2009 e il 24% nel 2010 degli ultra64enni caduti e il 25% nel 2009 e il 21% nel 2010 di chi ha paura di cadere non adotta misure anticaduta in bagno, percentuale che varia tra il 31%-28% di quelli in buona salute e il 20%-21% tra quelli con disabilità (riferito alla paura di cadere) (Figura 39).



**Figura 39. PASSI d'Argento: persone che hanno paura di cadere ma non usano presidi anticaduta in bagno per sottogruppi di popolazione**

## In sintesi

In generale, la percezione della gravità potenziale degli incidenti domestici (fra cui le cadute) è bassa nella popolazione del nostro Paese.

Essendo la popolazione ultra64enne, assieme ai bambini, il gruppo a rischio più importante, alcune Regioni hanno iniziato interventi sistematici per la messa in atto di misure di prevenzione delle cadute.

In tale gruppo è necessario mettere in atto una duplice azione, da una parte tendente ad evidenziare, ad opera degli operatori sanitari, ragioni individuali di predisposizione alle cadute, dall'altra un'azione sistematica di prevenzione delle cadute mettendo in sicurezza il domicilio, dove anche il PDA, ha dimostrato avvenire la maggior parte delle cadute.

## Bibliografia

1. Rubenstein L.Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing* 2006;35(S2): ii37-ii41.
2. Brigoni P, De Masi S, Di Franco M, et al. *Linea guida. Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute; 2007.



(Documento PNLG 13). Disponibile all'indirizzo: [http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_incidenti\\_domestici.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_incidenti_domestici.pdf); ultima consultazione 28/03/13.

3. Gates S, Fisher JD, Cooke MW et al. 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* 2008;19:130-3.
4. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC et al. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD000340.
5. Sommeregger U, Iglseder B, Böhmendorfer B, Benvenuti-Falger U, Dovjak P, Lechleitner M, Otto R, Roller Re, Gosch M. Polypharmacy and falls in the elderly. *Wien Med Wochenschr* 2010;160(11-12):293-6.

## 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 (1-5).

Nelle indagini PASSI d'Argento 2009 e 2010 sono state considerate persone con sintomi di depressione gli ultra64enni con punteggio uguale o maggiore di 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 sentita giù di morale, depressa o senza speranza (6).

I risultati delle due indagini multiregionali mostrano che circa due persone su dieci hanno riferito sintomi di depressione, in particolare ne soffrono le persone con più di 75 anni, le donne, le persone con molte difficoltà economiche, le persone con segni di fragilità e con disabilità (Tabella 20).

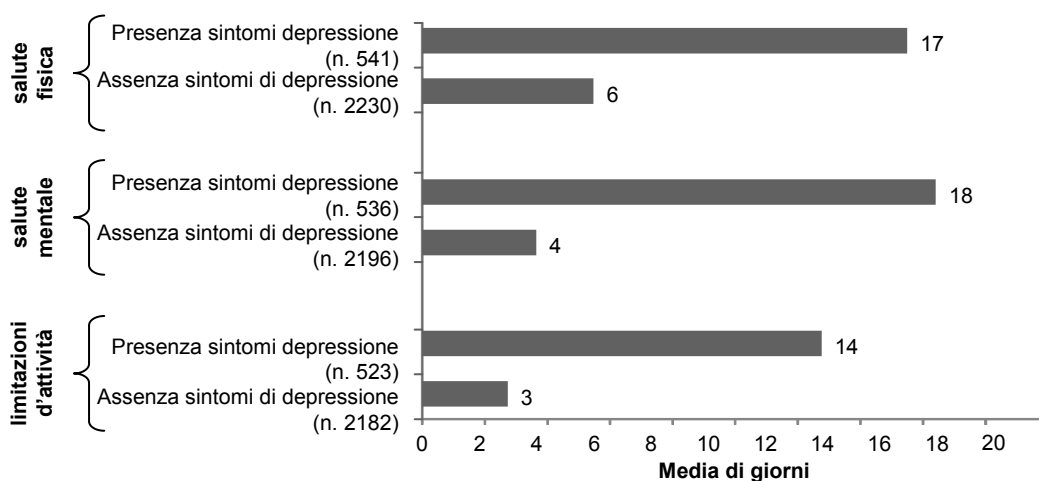
**Tabella 20. PASSI d'Argento: depressione**

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 3209)		Anno 2010 (n. 4044)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>18,7</b>	<b>17,4-20,1</b>	<b>23,8</b>	<b>22,5-25,1</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	17,1	15,3-19,0	20,0	18,4-21,8
75 e oltre	20,5	18,5-22,7	28,4	26,4-30,5
<b>Genere</b>				
uomini	12,4	10,8-14,3	16,2	14,5-18,0
donne	23,5	21,6-25,6	29,4	27,6-31,3
<b>Istruzione</b>				
bassa	20,8	19,1-22,7	27,5	25,8-29,2
alta	14,8	12,8-17,1	16,7	14,8-18,7
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	31,0	26,9-35,4	45,3	41,5-49,2
qualche	21,3	19,2-23,7	23,5	21,5-25,6
nessuna	12,1	10,5-14,0	14,7	13,0-16,5
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	2,2	1,5-3,1	4,5	4,0-5,8
in buona salute ma a rischio	34,4	31,3-37,7	51,7	48,2-56,3
con segni di fragilità	28,4	25,0-32,0	35,6	32,3-39,0
con disabilità	28,4	23,1-34,1	54,1	47,5-60,7

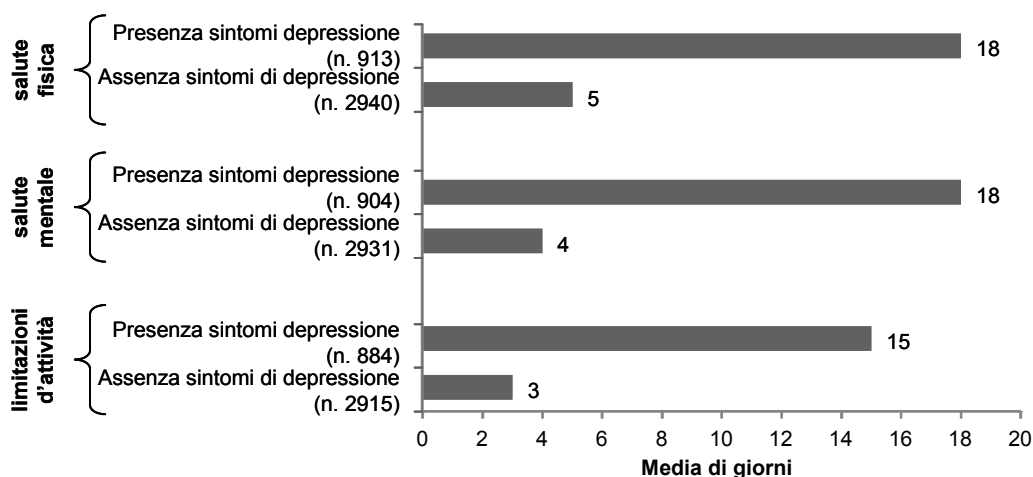
## Conseguenze dei sintomi depressivi sulla qualità della vita

Gli ultra64enni che presentano sintomi di depressione hanno una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone senza sintomi.

Infatti, 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, nelle persone con sintomi di depressione, il numero medio di giorni con limitazioni raggiunge 14-15 giorni rispetto ai 3 nelle persone senza sintomi (Figure 40a e 40b).



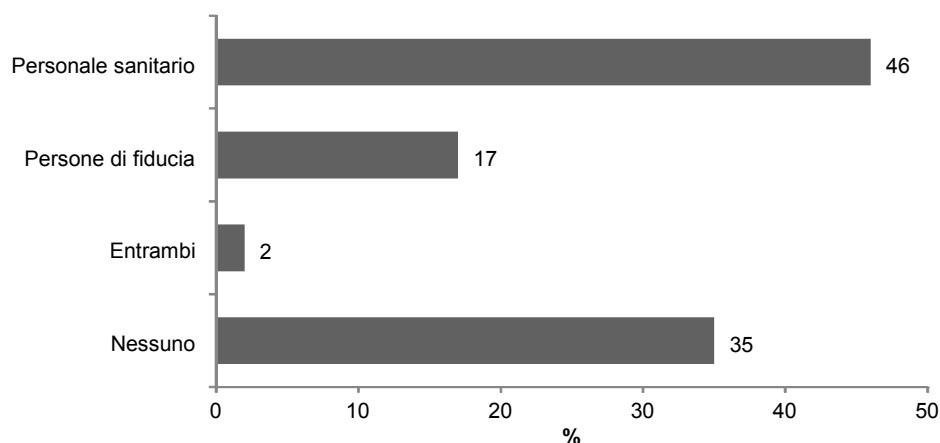
**Figura 40a. PASSI d'Argento 2009: depressione**  
(media dei giorni in cattiva salute fisica, mentale e con limitazione di attività)



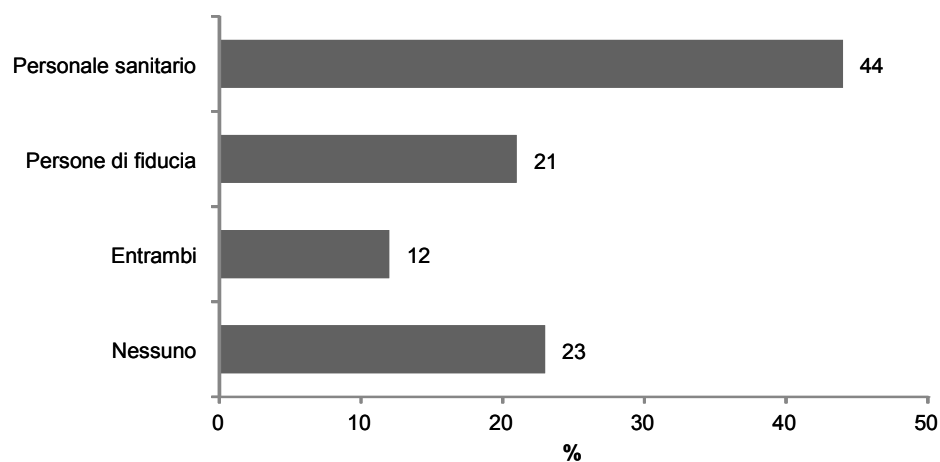
**Figura 40b. PASSI d'Argento 2010: depressione**  
(media dei giorni in cattiva salute fisica, mentale e con limitazione di attività)

## Assistenza per i sintomi depressivi

Circa due terzi delle persone con sintomi di depressione richiede aiuto: in particolare, di questi quasi la metà si rivolge a medici od operatori sanitari, mentre circa 2 su 10 a persone di fiducia. Molte delle persone intervistate pur avendo sintomi di depressione non chiedono aiuto a nessuno (Figura 41a e 41b).



**Figura 41a. PASSI d'Argento Anno 2009 (n. 549): figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione**



**Figura 41b. PASSI d'Argento Anno 2010 (n. 907): figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione**

## In sintesi

Il PDA ha messo in evidenza un'elevata prevalenza dei sintomi di depressione e delle conseguenze sulla qualità di vita degli ultra64enni che ne dichiarano la presenza. Il personale sanitario sottostima la presenza di quest'affezione, che non è parte del bagaglio dell'invecchiamento, e non è generalmente preparato ad affrontarlo. Anche gli ultra64enni e le loro famiglie sottostimano il problema, tant'è che circa il 30% degli anziani pur percependo lo

stato depressivo non si rivolge a nessuno per ricevere aiuto. La prognosi a lungo termine di quest'affezione è buona ma è necessario che gli operatori socio-sanitari strutturino un approccio sistematico all'identificazione del problema nelle singole persone e che il sistema sanitario garantisca una continuità nell'approccio alla cura e al follow-up che ne permetta un'adeguata soluzione.

## Bibliografia

1. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psych Scand* 2006;113(5):372-387.
2. Dozeman E, van Marwijk HW, van Schaik DJ, Stek ML, van der Horst HE, Beekman AT, van Hout HP. High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community. *Aging mental Health* 2010;14(7):828-33.
3. McGuire LC, Strine TW, Vachirasudlekha S, Anderson LA, Berry JT, Mokdad AH. Modifiable characteristics of a healthy lifestyle and chronic health conditions in older adults with or without serious psychological distress, 2007 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Int J Public Health* 2009;54 Suppl 1:84-93.
4. Madhusoodanan S, Ibrahim FA, Malik A. Primary prevention in geriatric psychiatry. *Ann Clin Psychiatry* 2010 Nov;22(4):249-61.
5. Garrido MM, Kane RL, Kaas M, Kane RA. Use of Mental Health Care by Community-Dwelling Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(1):50-6.
6. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. W. DSW The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-92.

## ISOLAMENTO SOCIALE

La relazione tra invecchiamento e isolamento sociale riveste una particolare importanza per le sue implicazioni sulla salute (1).

Anche se non è possibile rintracciare in letteratura una definizione univoca e universalmente accettata di isolamento sociale, comunque esso sia stato definito è risultato essere associato a molti aspetti dello stato di salute nonché all'utilizzo di risorse sanitarie.

L'isolamento sociale è un concetto multidimensionale, alla costruzione del quale concorrono sia aspetti di natura "strutturale" (quali ad esempio il vivere soli e la scarsità di relazioni) sia aspetti di natura "funzionale" (quali ad esempio il supporto materiale ed emozionale veicolato dai rapporti in essere). Nell'ultimo ventennio si sono accumulate sempre più evidenze a supporto di un'associazione tra integrazione/isolamento sociale e salute.

L'assenza di relazioni sociali o la relativa scarsità delle stesse costituisce uno dei maggiori fattori di rischio per la salute paragonabile, se non superiore, a quello di ben noti fattori di rischio quali ad esempio il fumo di sigarette, l'abuso alcolico e l'obesità (2-5). In particolare, nell'anziano, l'isolamento sociale è risultato essere in relazione anche con il declino delle capacità cognitive e più in generale con un peggiore stato di salute, sia psichico che fisico e un aumento della mortalità (6-11). Inoltre, la solitudine e l'isolamento sociale sono risultati essere associati ad un maggior ricorso e una maggiore durata delle ospedalizzazioni (12-13) nonché ad una miriade di altre conseguenze sulla salute, incluse la malnutrizione (14) e l'abuso alcolico (15) o il rischio di caduta (16).

Il nesso causale tra integrazione sociale e salute è ancora oggetto di studio. Le relazioni sociali possono influenzare lo stato di salute attraverso scambio di informazioni, supporto emozionale così come aiuto materiale che a loro volta favoriscono comportamenti adattivi in presenza di fonti di stress acute o croniche; ma la rete di relazione può anche agire, direttamente o indirettamente, nel promuovere l'adozione di comportamenti salutari. Infine, esistono anche evidenze a supporto di un'associazione diretta tra l'isolamento sociale e salute (17-23). Eventi del ciclo di vita che si verificano in età anziana, quali il pensionamento e l'uscita dei figli dalla famiglia di origine, possono avere importanti ripercussioni sulla rete di relazione (*social network*) che, in assenza di comportamenti adattivi, possono portare all'isolamento sociale; tuttavia, la partecipazione ad attività sociali extra lavorative e extra familiari può compensare i legami persi e crearne di nuovi (24).

L'indagine PASSI d'Argento rileva diversi aspetti connessi all'isolamento sociale, quali il tipo di convivenza, la partecipazione sociale, il dare e ricevere aiuti. In questa prima fase di analisi sono state considerate a rischio di isolamento sociale le persone che (in una settimana "tipo") non partecipano ad incontri collettivi e non hanno avuto contatti, anche solo telefonici, con altre persone (per "fare quattro chiacchiere").

Tra le persone intervistate circa 1 su 10 in una "settimana normale" non partecipa ad incontri collettivi neppure ha modo di incontrare, o anche solo sentire per telefono, altre persone per fare "quattro chiacchiere" e può quindi essere considerata a rischio di isolamento sociale.

Gli anziani maggiormente a rischio di isolamento sociale sono risultati essere quelli nella fascia d'età 75 e oltre, con un basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. Di contro, tra gli ultra64enni in buona salute e a basso rischio di malattia appena 1 su 100 è risultato essere a rischio di isolamento sociale (Tabella 21).

Per quanto concerne il supporto in caso di necessità, quasi due anziani su tre dichiarano di poter contare sull'aiuto gratuito di qualcuno per piccole commissioni (Tabella 22).

Tabella 21. PASSI d'Argento: persone a rischio di isolamento sociale

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 3837)		Anno 2010 (n. 5077)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>13,6</b>	<b>12,5-14,7</b>	<b>8,7</b>	<b>8,0-9,5</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	8,5	7,3-9,9	5,1	4,3-6,1
75 e oltre	18,3	16,7-20,1	12,2	10,9-13,5
<b>Genere</b>				
uomini	11,9	10,4-13,6	9,4	8,2-10,7
donne	14,8	13,3-16,4	8,3	7,3-9,3
<b>Istruzione</b>				
bassa	15,8	14,5-17,3	10,3	9,3-11,4
alta	8,9	7,4-10,7	5,3	4,3-6,6
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	21,5	18,3-25,1	12,0	9,9-14,4
qualche	14,6	12,9-16,5	8,6	7,5-9,9
nessuna	9,7	8,3-11,3	6,8	5,7-8,0
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	1,3	0,8-2,0	1,2	0,9-1,9
in buona salute ma a rischio	15,8	13,6-18,3	12,3	10,1-15,2
con segni di fragilità	17,9	15,3-20,7	9,9	8,2-11,8
con disabilità	40,8	36,5-45,2	31,1	27,7-34,6

Tabella 22. PASSI d'Argento: persone che non possono contare su aiuto gratuito per commissioni

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 2959)		Anno 2010 (n. 3792)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>23,4</b>	<b>21,9-25</b>	<b>29,4</b>	<b>28,1-30,7</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	24,1	22,0-26,2	35,6	33,7-37,6
75 e oltre	22,5	20,3-24,9	23,4	21,7-25,2
<b>Genere</b>				
uomini	25,1	22,7-27,6	34,9	32,8-37,0
donne	22	20,1-24,1	25,2	23,6-26,9
<b>Istruzione</b>				
bassa	21,5	19,7-23,5	25,0	23,5-25,6
alta	26,5	23,9-29,3	38,6	36,2-41,1
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	24,8	20,9-29,3	27,0	23,9-30,4
qualche	23,8	21,4-26,3	27,4	25,5-29,4
nessuna	22,3	20,1-24,6	32,6	30,5-34,8
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	22,3	20,1-24,6	34,1	32,2-36,1
in buona salute ma a rischio	28,8	25,7-32,0	40,2	36,6-44,2
con segni di fragilità	20,1	17,0-23,6	18,6	16,4-21,1
con disabilità	16,9	11,8-23,2	20,2	17,3-23,5

## In sintesi

L'isolamento sociale, pur non essendo uno stato patologico, ha bisogno di attenzione da parte degli operatori a causa dell'alta prevalenza (circa un ultra64enne su 2) e per le interrelazioni negative con altre situazioni quali la depressione e altre condizioni spesso associate alla solitudine (per esempio il consumo di alcol).

Tutte le Regioni e molte realtà territoriali locali hanno dato vita a progetti/programmi di promozione della salute (fra i più noti "Guadagnare salute"). All'interno di questi sarebbe opportuno inserire dei criteri che vadano a privilegiare gli ultra64enni con tendenza a l'isolamento sociale: l'ormai diffuso intervento dei gruppi di cammino, per esempio, dovrebbe promuovere la partecipazione, oltre che di persone disponibili a camminare in gruppo, anche di quelle che, al contrario, hanno la tendenza o condizioni che ne favoriscono l'isolamento.

## Bibliografia

1. Reblin M, Uchino BN. Social and emotional support and its implication for health. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21(2):201-5.
2. Nicholson NR Jr. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs* 2009;65(6):1342-52.
3. Wilkinson R, Marmot M. *Social determinant of health: the solid facts*. 2<sup>nd</sup> ed. Copenhagen: WHO Regional Office; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf), ultima consultazione 28/03/13.
4. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010;7(7):e1000316. Review.
5. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241(4865):540-5.
6. Glymour MM, Weuve J, Fay ME, Glass T, Berkman LF. Social ties and cognitive recovery after stroke: does social integration promote cognitive resilience? *Neuroepidemiology* 2008;31(1):10-20.
7. Barnes LL, Mendes de Leon CF, Wilson RS, Bienias JL, Evans DA. Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. *Neurology* 2004;63(12):2322-6.
8. Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population. *Am J Public Health* 2008;98(7):1215-20.
9. Brummett BH, Barefoot JC, Siegler IC, Clapp-Channing NE, Lytle BL, Bosworth HB, Williams RB Jr, Mark DB. Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosom Med* 2001;63(2):267-72.
10. Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med* 1999;131(3):165-73.
11. Cohen S. Keynote Presentation at the Eight International Congress of Behavioral Medicine: the Pittsburgh common cold studies: psychosocial predictors of susceptibility to respiratory infectious illness. *Int J Behav Med* 2005;12(3):123-31. Review.
12. Mistry R, Rosansky J, McGuire J, McDermott C, Jarvik L; UPBEAT Collaborative Group. Social isolation predicts re-hospitalization in a group of older American veterans enrolled in the UPBEAT Program. Unified Psychogeriatric Biopsychosocial Evaluation and Treatment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(10):950-9.



13. Löfvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Edner M. Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009;8(4):251-8.
14. Locher JL, Ritchie CS, Roth DL, Baker PS, Bodner EV, Allman RM. Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Soc Sci Med* 2005;60(4):747-61.
15. Hanson BS. Social network, social support and heavy drinking in elderly men--a population study of men born in 1914, Malmö, Sweden. *Addiction* 1994;89(6):725-32.
16. Faulkner KA, Cauley JA, Zmuda JM, Griffin JM, Nevitt MC. Is social integration associated with the risk of falling in older community-dwelling women? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58(10):M954-9.
17. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000;51(6):843-57.
18. Berkman LF. Which influences cognitive function: living alone or being alone? *Lancet* 2000;355(9212):1291-2.
19. Cohen S, Lemay EP. Why would social networks be linked to affect and health practices? *Health Psychol* 2007;26(4):410-7.
20. Hermes GL, Rosenthal L, Montag A, McClintock MK. Social isolation and the inflammatory response: sex differences in the enduring effects of a prior stressor. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2006;290(2):R273-82.
21. Heffner KL, Waring ME, Roberts MB, Eaton CB, Gramling R. Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Soc Sci Med* 2011;72(9):1482-8.
22. Cacioppo JT, Hawkey LC, Norman GJ, Berntson GG. Social isolation. *Ann N Y Acad Sci* 2011;1231:17-22.
23. Cohen S, Lemay EP. Why would social networks be linked to affect and health practices? *Health Psychol* 2007;26(4):410-7.
24. Cornwell B, Laumann EO, Schumm LP. The Social connectedness of older adults: a national profile. *Am Sociol Rev* 2008;73(2):185-203.

## USUFRUIRE DI CURE E TUTELE, E AVERE UN REDDITO ADEGUATO

Questa sezione rappresenta un pilastro importante dell'*active ageing* secondo quanto inteso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel documento "Active ageing: a policy framework WHO 2002". Un determinante fondamentale per la salute è il godimento di un reddito adeguato accanto ad altri determinanti legati alla cura della persona e alla tutela soprattutto nell'età dell'invecchiamento.

Uno dei maggiori problemi evidenziati da tutte le indagini epidemiologiche è la plurimorbilità dell'anziano legata alla cronicizzazione di patologie e a stili di vita e/o comportamenti a rischio. Il sistema socio-sanitario ha il dovere non solo di organizzare servizi efficaci e facilmente accessibili, ma anche di favorire la partecipazione delle persone a tali servizi. Inoltre l'intero sistema di welfare dovrebbe essere organizzato sull'aiuto all'anziano con disabilità e soprattutto alla famiglia che se ne fa carico attraverso un supporto economico e una rete di servizi alla persona efficace e tempestiva e alla messa a regime di strutture intermedie di alleggerimento del carico familiare che non siano per forza di cose centri di istituzionalizzazione.

Quindi, sviluppare servizi sociali e sanitari accessibili, di qualità e *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 ultra64enni 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 ultra64enni 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

Il 76% delle persone intervistate ha sentito parlare di centri, circoli o associazioni per anziani (Tabella 23). Solamente il 16% 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 difficoltà economiche;
- tra le persone con disabilità.

**Tabella 23. PASSI d'Argento 2009 (n. 3663): conoscenza e frequentazioni di centri anziani, circoli e associazioni**

Caratteristiche	Conoscenza		Frequentazione	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>75,8</b>	<b>74,4-77,2</b>	<b>15,7</b>	<b>14,4-17,1</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	79,6	78,2-81,0	17,2	15,8-18,6
75 e oltre	72,3	70,9-73,7	14,2	12,8-15,6
<b>Genere</b>				
uomini	78,0	76,6-79,4	19,4	18,0-20,8
donne	74,3	72,9-75,7	12,6	11,2-14,1
<b>Istruzione</b>				
bassa	72,3	70,9-73,7	16,4	15,0-17,8
alta	83,0	81,6-84,4	14,5	13,1-15,8
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	70,8	69,4-72,1	12,5	11,1-13,9
qualche	71,8	70,4-73,2	14,3	12,9-15,7
nessuna	81,3	79,9-82,7	17,8	16,4-19,2
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	81,6	80,2-83,0	19,3	17,9-20,7
in buona salute ma a rischio	76,9	75,5-78,3	14,9	13,5-16,3
con segni di fragilità	73,1	71,7-74,5	12,5	11,1-13,9
con disabilità	60,3	58,9-61,7	9,2	7,8-10,7

Le differenze sono tutte significative eccetto la frequentazione per Istruzione

## Misure di prevenzione delle ondate di calore

Il livello di conoscenza da parte degli intervistati è considerato un indicatore di empowerment e quindi di tutela della salute degli ultra64enni, così come l'effettuazione della vaccinazione anti-influenzale (Tabella 24). Anche in questo caso il sistema rileva indicatori e dati con caratteristiche comuni in entrambe le indagini.

**Tabella 24. PASSI d'Argento: persone che hanno ricevuto consigli per la prevenzione ondate di calore**

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 3657)		Anno 2010 (n. 4577)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>41,3</b>	<b>39,7-43,0</b>	<b>38,9</b>	<b>37,5-40,3</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	37,2	35,4-38,9	36,5	34,1-39,0
75 e oltre	45,1	43,1-47,2	41,3	39,8-44,0
<b>Genere</b>				
uomini	39,5	37,9-41,0	37,5	36,1-39,2
donne	42,7	41,1-44,2	40,0	38,2-41,8
<b>Istruzione</b>				
bassa	43,2	39,9-45,1	40,8	39,0-41,6
alta	37,4	36,0-38,7	35,0	

*segue*

continua

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 3657)		Anno 2010 (n. 4577)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	46,9	45,0-47,1	44,4	43,1-45,9
qualche	43,7	41,2-45,3	43,4	41,9-44,6
nessuna	37,1	35,6-39,2	32,0	30,8-33,4
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	36,4	34,9-38,2	31,9	30,2-33,2
in buona salute ma a rischio	40,2	38,0-42,1	38,1	37,0-39,3
con segni di fragilità	47,4	45,2-48,9	47,5	45,1-48,7
con disabilità	48,0	46,4-49,8	50,1	48,7-51,6

Le differenze sono tutte significative nell'ambito dello stesso anno, i dati delle 2 indagini non sono comparabili fra loro

La percentuale di anziani raggiunti dai consigli sulla protezione dalle ondate di calore è piuttosto bassa (inferiori alla metà della popolazione) in entrambe le indagini, indicando la limitata efficacia delle campagne di comunicazione.

## Vaccinazione antinfluenzale

Il 70% delle persone ultra64enni intervistate ha riferito da aver fatto la vaccinazione antinfluenzale nei 12 mesi precedenti all'intervista.

Questa percentuale è maggiore:

- negli ultra 74enni (78%);
- nella persone con basso livello di istruzione;
- aumenta con l'aumentare dei problemi nei vari sottogruppi.

Il 76% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto un consiglio di fare regolarmente la vaccinazione antinfluenzale.

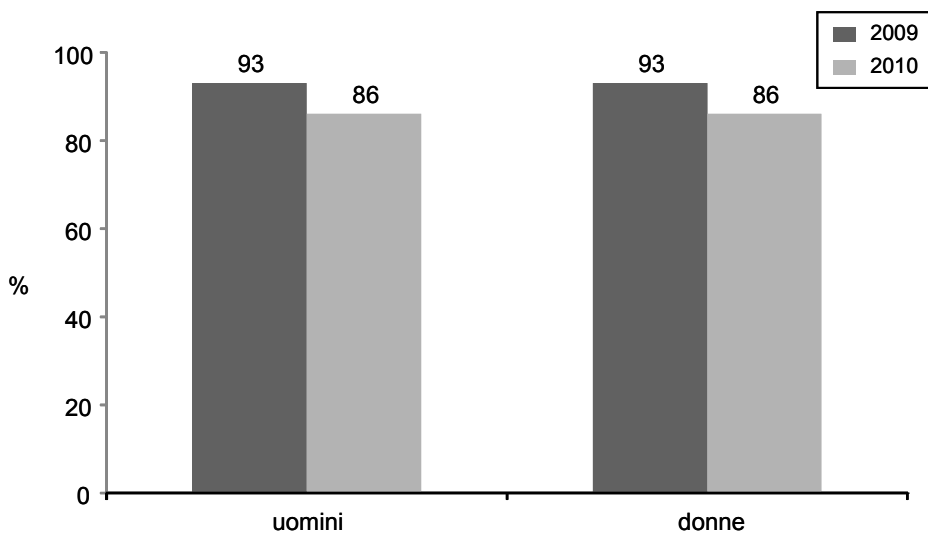
Il consiglio influisce fortemente sull'effettuazione della vaccinazione: infatti il 99% delle persone che hanno avuto il consiglio si è vaccinato (Tabella 25).

**Tabella 25. PASSI d'Argento 2009 (n. 3709): persone che hanno fatto la vaccinazione antinfluenzale**

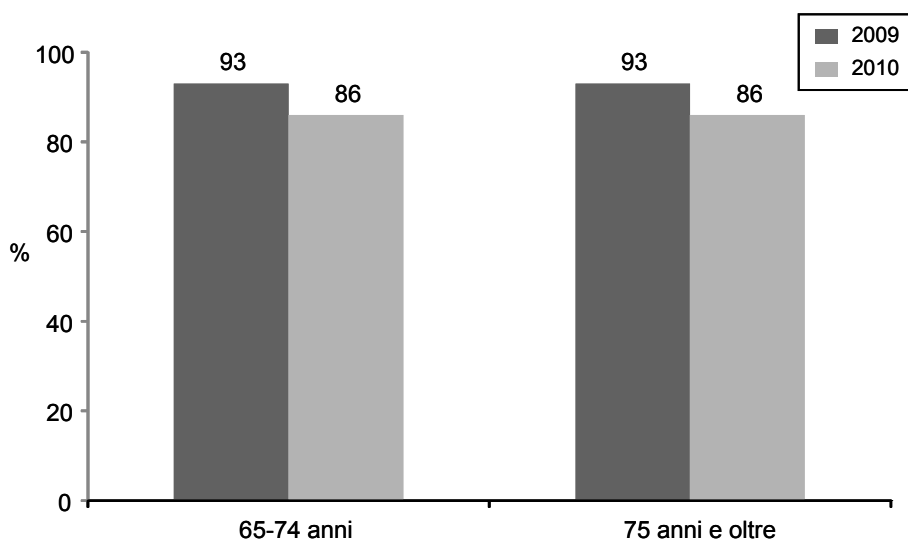
Caratteristiche	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>70,0</b>	<b>68,5-71,5</b>
<b>Classi di età</b>		
65-74	60,9	62,8-58,1
75 e oltre	78,4	76,8-80,0
<b>Genere</b>		
uomini	68,6	67,1-70,1
donne	70,9	68,7-71,3
<b>Istruzione</b>		
bassa	72,2	70,9-73,5
alta	65,3	63,2-66,9
<b>Sottogruppi</b>		
in buona salute a basso rischio	63,4	61,9-64,8
in buona salute ma a rischio	68,4	67,0-69,8
con segni di fragilità	75,6	74,1-76,7
con disabilità	83,7	82,0-85,2

## Visite e controlli dal medico di famiglia

Circa 9 anziani su 10 si sono recati dal proprio medico di medicina generale negli ultimi 12 mesi (93,1 nell'indagine 2009 e 85,6 nell'indagine 2010) senza differenze significative per genere e classi di età, il che indica un'alta accessibilità quanto una grande opportunità di incontro con gli ultra64enni da parte di operatori qualificati del sistema sanitario (Figura 42a e Figura 42b).



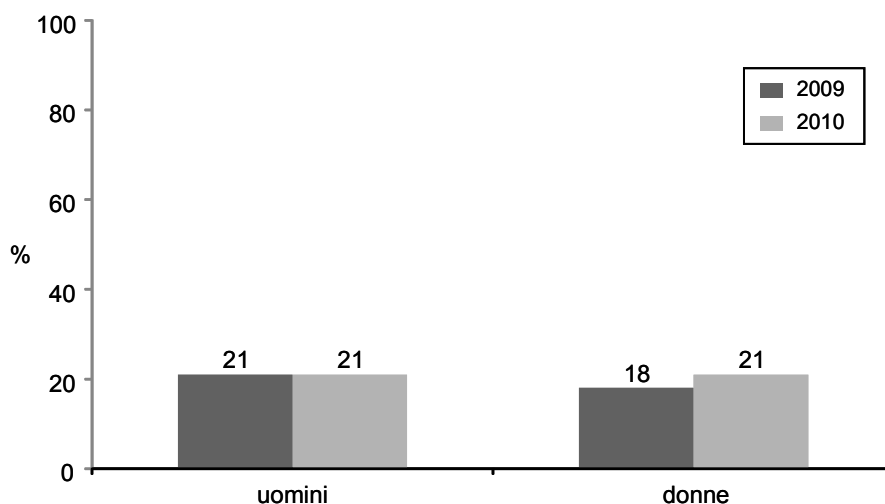
**Figura 42a. PASSI d'Argento 2009 (n. 3704) e 2010 (n. 4708): almeno una visita dal medico di medicina generale negli ultimi 12 mesi per genere**



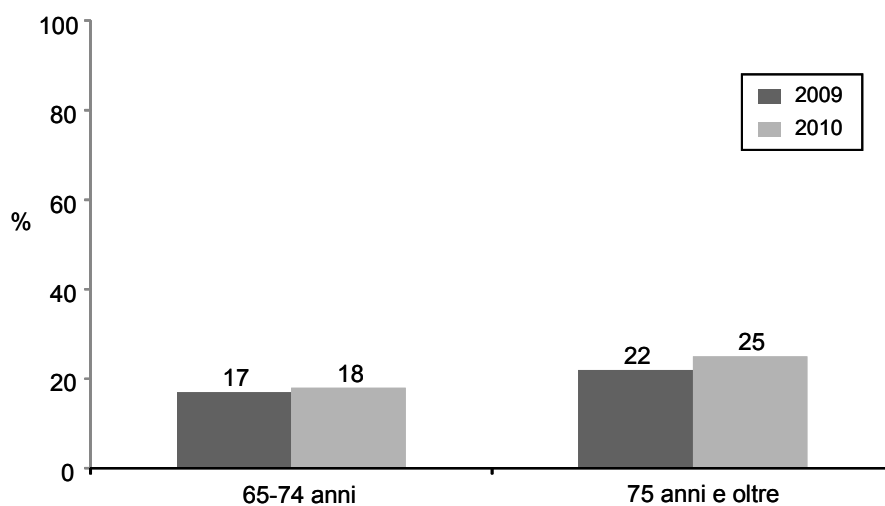
**Figura 42b. PASSI d'Argento 2009 (n. 3704) e 2010 (n. 4708): almeno una visita dal medico di medicina generale negli ultimi 12 mesi per classi di età**

## Ricoveri ospedalieri

In entrambe le indagini si conferma un tasso di ricovero che oscilla intorno al 20% (19,4% nel 2009 e 21,1 nel 2010). Il dato rilevato ha una buona stabilità. Il tasso di ricovero aumenta in modo significativo con l'aumentare dell'età mentre non si riscontrano differenze significative per genere (Figura 43a e Figura 43b).



**Figura 43a. PASSI d'Argento 2009 (n. 3694) e 2010 (n. 4728): ricovero ospedaliero ultimi 12 mesi per genere**



**Figura 43b. PASSI d'Argento 2009 (n. 3694) e 2010 (n. 4728): ricovero ospedaliero ultimi 12 mesi per classi di età**

## In sintesi

I risultati del PDA mostrano che nonostante vi siano numerose opportunità di incontro fra gli operatori del servizio sanitario (oltre 9 ultra64enni su 10 hanno visto di recente il proprio medico di famiglia) il livello di conoscenze e di pratica sulla vaccinazione anti-influenzale e delle misure di prevenzione delle ondate di calore sono alquanto limitate (meno di 4 persone su 10 complessivamente hanno nozione delle misure di prevenzione delle ondate di calore). Promuovere adeguatamente la protezione e la tutela della salute può significare anche ottimizzare le opportunità di incontro fra operatori del servizio sanitario e ultra64enni per un passaggio di informazioni che possono avere un peso determinante della qualità di vita dell'ultra64enne.

## Bibliografia di approfondimento

- Hickner J. Is there a doctor in your house? Home health care of the future. *Cleve Clin J Med* 2010;77(10):681-2.
- Strine TW, Kroenke K, Dhingra S, Balluz LS, Gonzalez O, Berry JT, *et al.* The associations between depression, health-related quality of life, social support, life satisfaction, and disability in community-dwelling US adults. *J Nerv Ment Dis* 2009;197(1):61-4.
- White AM, Philogene GS, Fine L, Sinha S. Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *Am J Public Health* 2009;99(10):1872-8.

## ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA

Il bisogno di aiuto e assistenza delle persone ultra64enni 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 e 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.

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.

### Limitazioni nelle IADL

I dati anche se non comparabili sono molto simili nelle due indagini. Gli ultra64enni con limitazioni in almeno una IADL sono circa uno su 10 mentre oltre la metà sono in grado di svolgere da soli tutte le otto attività misurate. Le persone con più di 74 anni hanno limitazioni in almeno una IADL in percentuale maggiore rispetto al gruppo 65-74 in entrambe le indagini in modo significativo. Prevalgono quindi le difficoltà nello spostarsi fuori casa, fare la spesa e prendere i farmaci (Figura 44).

### Limitazioni nelle ADL

Le persone con disabilità nelle 2 indagini sono in percentuale molto simili (13,5% nel 2009 e 14,6% nel 2010). Le principali ADL compromesse sono il vestirsi da soli, fare la doccia, spostarsi da una stanza all'altra (tutte oltre il 60%). Le persone con più di 74 anni hanno limitazioni in almeno una ADL in percentuale maggiore rispetto al gruppo 65-74 in entrambe le indagini in modo significativo.



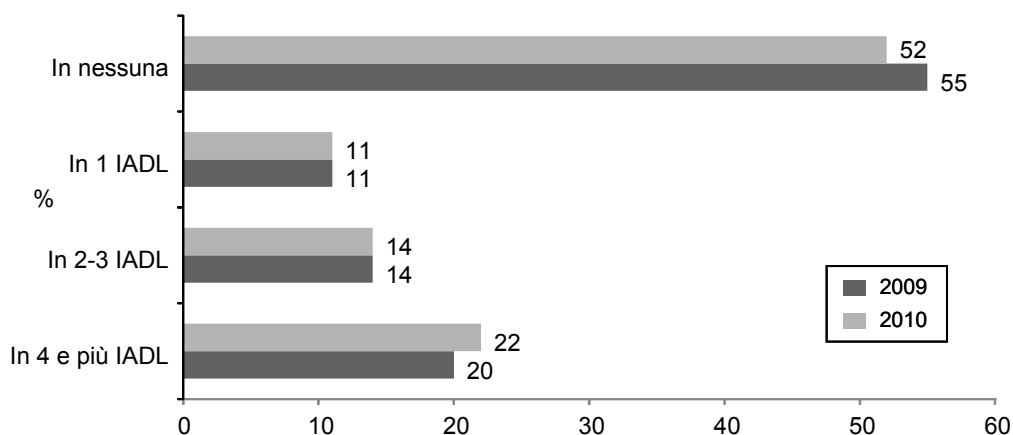


Figura 44. PASSI d'Argento 2009 (n. 3756) e 2010 (n. 4818): limitazioni nella IADL (I dati delle due indagini non sono comparabili fra loro)

## Assistenza ricevuta

Gli ultra64enni con disabilità ovvero che presentano limitazioni nello svolgimento di 1 o più ADL sono il 13,5% (IC 95% 12,4%-14,7%). Di cui con grave disabilità, cioè limitati in tutte e 6 le ADL l'1,9% (IC 95% 1,5%-2,4%). 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 (69%), lo spostarsi da una stanza all'altra (59%), incontinenza (43%) e fare il bagno o la doccia (35%). I familiari forniscono l'aiuto principale (69%) e soprattutto il coniuge (38%) e i figli (47%), il servizio pubblico solamente il 3%. Ricevono un contributo il 31% e di questo il sistema pubblico (ASL e Comuni) ne copre il 60%. Giudicano l'aiuto soddisfacente il 76,5% delle persone con disabilità di cui un 7% insufficiente o gravemente insufficiente (Tabella 23).

Tabella 23. PASSI d'Argento 2009 (n. 468): aiuto nelle ADL

Caratteristiche	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>96,9</b>	<b>94,8-98,2</b>
<b>Classi di età</b>		
65-74	91,4	88,0-93,6
75 e oltre	98,0	95,9-99,9
<b>Genere</b>		
uomini	97,7	95,1-99,2
donne	96,4	94,2-98,8
<b>Istruzione</b>		
bassa	96,7	94,2-99,1
alta	97,7	94,1-99,8
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	97,4	95,1-99,3
qualche	96,3	94,4-98,4
nessuna	97,2	95,4-98,1
<b>Grado di disabilità</b>		
con parziale disabilità	96,6	94,9-98,7
con grave disabilità	98,6	96,8-100

Il questionario che riguarda la parte relativa all'aiuto ricevuto è diverso nelle due indagini per cui si riportano esclusivamente alcuni dati raccolti in modo univoco oppure alcune indicazioni importanti relative alla seconda indagine in quanto ha previsto un miglioramento del questionario in questo settore.

In entrambe le indagini le persone con disabilità ricevono un aiuto per quasi la totalità dei casi (96,9% nel 2009 e 93,3% nel 2010). Gran parte dell'aiuto è supportato da familiari o personale a pagamento. Nell'indagine 2010 la ASL ha contribuito ad un supporto finanziario nel 44% dei casi in cui era presente un contributo esterno. Sempre nell'indagine 2010 si è rilevato che la ASL interviene in vari modi nel 19% dei casi (Tabella 24).

**Tabella 24. PASSI d'Argento: qualità di aiuto ricevuto nelle IADL e nelle ADL**

Modalità	Aiuto IADL%		Aiuto ADL%	
	Anno 2009 (n. 1558)	Anno 2010 (n. 2316)	Anno 2009 (n. 443)	Anno 2010 (n. 648)
Soddisfacente	87,4	81,3	76,5	64,3
Appena sufficiente	9,8	14,2	16,7	26,2
Non sufficiente	2,5	3,9	5,2	8,7
Gravemente insufficiente	0,3	0,6	1,6	0,8

I dati delle due indagini non sono comparabili fra loro.

## In sintesi

I risultati del PDA mostrano che nonostante vi siano numerose opportunità di incontro fra gli operatori del servizio sanitario (oltre 9 ultra64enni su 10 hanno visto di recente il proprio medico di famiglia) il livello di conoscenze e di pratica sulla vaccinazione anti-influenzale e delle misure di prevenzione delle ondate di calore sono alquanto limitate (meno di 4 persone su 10 complessivamente hanno nozione delle misure di prevenzione delle ondate di calore). Promuovere adeguatamente la protezione e la tutela della salute può significare anche ottimizzare le opportunità di incontro fra operatori del servizio sanitario e ultra64enni per un passaggio di informazioni che possono avere un peso determinante della qualità di vita dell'ultra64enne.

## Bibliografia di approfondimento

- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;10:20-30.
- Lawton MP, Brody EM, Elmne M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Chronic illness and Geriatric* 1970;9(3):179-86.
- Seekins T, Traci MA, Cummings S, Oreskovich J, Ravesloot C. Assessing environmental factors that affect disability: Establishing a baseline of visitability in a rural state. *Rehabilitation Psychology* 2008;53(1):80-84.
- Cherubini A, Mussi C, Salvioli G, Senin U. La fragilità dell'anziano e la psicogeriatría. *Psicogeriatría* 2007;1:9.

## 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.

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 (Tabella 25).

**Tabella 25. PASSI d'Argento : persone (%) con pensione e attività che producono reddito**

Modalità	Anno 2009 (n. 3793)		Anno 2010 (n. 4958)	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Pensione	98,7	87,6	95,3	89,4
Altro reddito	11,7	5,0	9,0	3,3

I dati delle 2 indagini non sono comparabili fra loro.

## 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. È 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.

Oltre la metà degli anziani intervistati percepisce il proprio reddito non sufficiente, questa percezione aumenta con l'aumentare dell'età, è maggiore nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e aumenta con il peggioramento delle condizioni di salute.

Nelle due indagini risultano proprietari della casa oltre il 75% degli anziani intervistati (77,5% nel 2009 e 76,4% nel 2010). Chi è proprietario della casa percepisce in modo minore il proprio reddito come insufficiente. Sono in affitto in entrambe le indagini circa un anziano su 10 (Tabella 26).

Tabella 26. PASSI d'Argento: percezione del reddito insufficiente

Caratteristiche	Anno 2009 (n. 3768)		Anno 2010 (n. 4918)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>56,9</b>	<b>55,3-58,5</b>	<b>60,2</b>	<b>58,8-61,6</b>
<b>Classi di età</b>				
65-74	56,2	54,9-57,5	57,9	56,5-59,2
75 e oltre	57,6	56,1-59,0	62,4	61,0-63,8
<b>Genere</b>				
uomini	52,2	50,8-5,39	57,4	56,0-58,9
donne	60,5	58,8-62,1	62,3	61,8-63,4
<b>Istruzione</b>				
bassa	65,1	62,9-66,8	57,9	56,2-59,1
alta	39,5	37,9-41,1	62,4	61,9-63,8
<b>Sottogruppi</b>				
in buona salute a basso rischio	44,9	43,5-46,3	50,2	48,8-51,6
in buona salute ma a rischio	61,8	60,2-63,1	63,3	61,9-64,8
con segni di fragilità	64,2	62,8-66,0	67,7	66,2-69,1
con disabilità	69,8	68,1-71,3	71,4	69,9-72,9

Le differenze sono tutte significative nell'ambito dello stesso anno, i dati delle 2 indagini non sono comparabili fra loro

Le difficoltà economiche aumentano con il peggioramento delle condizioni di salute.

Tuttavia il 45% delle persone in buona salute a basso rischio di malattia ha dichiarato il proprio reddito insufficiente ad arrivare a fine mese (Figura 45).

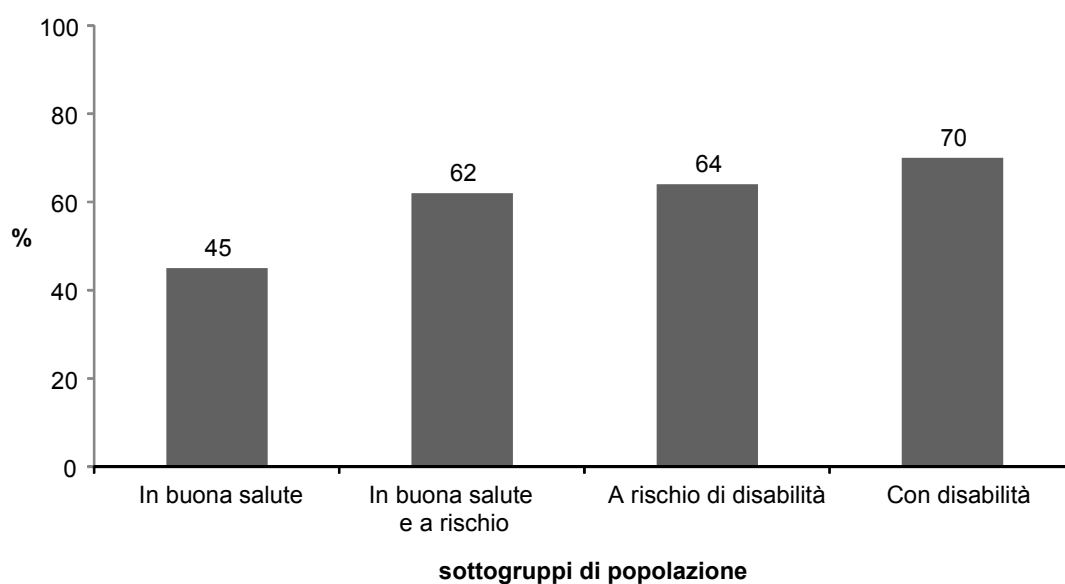


Figura 45. PASSI d'Argento 2009 (n. 3698): persone (%) che dichiarano di arrivare a fine mese con alcune o molte difficoltà per sottogruppi di popolazione

## In sintesi

Per quanto riguarda la parte relativa a: “Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato” le due indagini hanno confermato che attraverso il questionario (modificato nel 2010, rispetto al 2009 - vedi metodologia) strutturato si possono ottenere informazioni importanti sulla qualità della vita delle persone anziane, sulle loro conoscenze dei servizi e delle possibilità di tutela a cui possono accedere; sulle criticità che devono essere affrontate per favorire la diffusione delle informazioni e l'accoglienza; sul grado di “disabilità” sia nelle IADL che nelle ADL; sull'aiuto che le persone ricevono e la qualità di questo aiuto; sulla condizione socio economica delle stesse. Quindi tutta una serie di indicatori che si esprimono in *outcome* definitivi di salute e soprattutto in *outcome* di processo, di qualità dell'assistenza, di azioni di tutela e dell'efficacia di tutto questo. Gli indicatori di *outcome* intermedi sono importanti soprattutto se calati nelle realtà locali e correttamente utilizzati ai fini della programmazione e successivamente della misurazione dell'efficacia e della bontà degli interventi messi in atto.

La costruzione di piani di prevenzione regionali e di ASL non può prescindere dalla corretta raccolta, elaborazione e interpretazione dei dati che permettono di identificare punti di forza e punti deboli dell'attività di tutela socio-sanitaria degli anziani nonché dell'evoluzione dei processi messi in atto nell'ambito di sottogruppi di popolazione.

## Bibliografia di approfondimento

Burdorf A. Is early retirement good for your health? *BMJ* 2010; 341:c6089.

Oswald F. The importance of the home for healthy and disabled elderly person. *Z Gerontol* 1994;27(6):355-65.

## CONCLUSIONI

Sono diverse le conclusioni che si possono trarre al termine di questa sperimentazione biennale della sorveglianza della popolazione ultra64enne nel nostro Paese.

Di seguito una sintesi per punti delle conclusioni principali:

– *Gruppi di interesse*

La sorveglianza di popolazione e la sua sostenibilità sono essenzialmente legate all'utilizzazione dei dati prodotti, da una parte per stimare quantitativamente i fenomeni, patologie e determinanti di salute e malattia, dall'altra la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute e, in qualche caso, assistenziali. L'attenzione particolare per questo aspetto, sia a livello centrale che regionale/aziendale, ha prodotto risultati apprezzabili. Infatti, la partecipazione di quasi tutte le regioni e province autonome mostra un interesse per lo studio e per la messa a punto di un sistema che ha mostrato di poter fornire informazioni semplici, tempestive e immediatamente utilizzabili per migliorare l'attenzione ai bisogni e alla domanda di salute di questo gruppo di popolazione in continua crescita. La partecipazione si è espressa anche in termini di operatori; infatti circa un migliaio di professionisti, fra coordinatori regionali, del settore sanitario e di quello sociale, coordinatori locali e intervistatori di entrambi i settori dopo un'adeguata formazione sono stati impegnati nelle varie attività previste per la raccolta ed elaborazione di oltre 8.000 interviste in previsione di arrivare a circa 30.000 nella fase di messa a regime. L'approccio partecipativo, usato durante la costruzione del protocollo della sorveglianza, ha contribuito a produrre motivo e sostegno per la sorveglianza. I vari aspetti dell'organizzazione del sistema di sorveglianza, la definizione degli obiettivi specifici conoscitivi, la declinazione di questi nelle variabili principali, le procedure operative per il campionamento, l'informatizzazione e l'analisi dei dati, gli assi principali della formazione degli operatori sanitari sono stati oggetto di discussione durante 6 workshop organizzati dall'ISS con la partecipazione dei coordinatori e referenti regionali del progetto, sia del settore sanitario sia del settore sociale. Molte delle regioni coinvolte hanno inoltre organizzato a livello locale incontri con decisori di entrambi i settori, in alcuni dei quali hanno partecipato anche i ricercatori dell'ISS. Questi incontri hanno quasi sempre promosso, a livello locale, la sinergia e il coordinamento necessario per la riuscita del progetto.

Questo approccio partecipativo che ha avuto il merito di coinvolgere la maggior parte dei gruppi di interesse nella sorveglianza degli ultra64enni, deve tuttavia essere rinforzato in vista della messa a regime del sistema. L'intero sistema di sorveglianza infatti è stato progettato al fine di produrre evidenze che i decisori locali (regionali e delle aziende sanitarie) dovrebbero utilizzare per la programmazione o riprogrammazione di azioni efficaci per il gruppo di popolazione target. E' questo uno degli aspetti fondamentali della sfida che PASSI d'Argento dovrà affrontare nei prossimi anni.

– *Profilo della popolazione ultra64enne*

Le politiche di healthy ageing, centrali all'interno dei piani europei di sviluppo sanitario, necessitano, per la loro implementazione, di sorveglianza, monitoraggio e valutazione. Non esistono tuttavia in letteratura internazionale né una visione uniforme degli aspetti da studiare per gli ultra64enni né dei profili di salute unici e condivisi con indicatori capaci di modificarsi in tempi e modi tali da permettere ai decisori di migliorare le politiche di intervento. I determinanti dell'invecchiamento sano e attivo, secondo la recente strategia messa a punto per la regione Europa, sono di diversa natura, economici, sociali, attinenti

all'ambiente fisico, individuali, comportamentali e legati ai servizi sanitari e sociali. Solo per gli ultimi 3 gruppi di fattori, PASSI d'Argento ha dimostrato la fattibilità per la raccolta di indicatori validi e, in genere, già validati in letteratura. E' evidente che un quadro più completo si potrà ottenere solo integrando le informazioni del PASSI d'Argento con altre provenienti da diverse basi di dati o sistemi di informazione al di fuori del contesto della sorveglianza. In particolare la citata strategia prevede alcune azioni molto focalizzate e cioè, prevenire le cadute, promuovere l'attività fisica, promuovere l'assistenza domiciliare e i servizi di self-care, sostenere strategie di sviluppo partecipativo tra personale medico e assistenziale in campo geriatrico, inserire nei setting assistenziali programmi di vaccinazione anti-influenzale e di prevenzione delle malattie. Per le sue caratteristiche, PASSI d'Argento ha coperto molti di questi aspetti prioritari, mentre altri, soprattutto quelli di natura assistenziale sono nelle altre esperienze nazionali e internazionali, poco valorizzate dai sistemi di sorveglianza. In particolare, nel nostro Paese, molte di queste informazioni sono reperibili all'interno dei flussi di dati correnti, ancora più informative quando si può ricorrere a delle tecniche di record linkage. Anche per tali ragioni, la valorizzazione del PASSI d'Argento sarà condizionata dalla capacità di integrare le informazioni da esso prodotte con l'evidenza prodotta da altri sistemi informativi.

– *Approccio metodologico della sorveglianza*

La valutazione delle attività, essenziale per la sperimentazione e quindi necessariamente di processo, ha favorito una riflessione condivisa fra operatori e occasionato dei miglioramenti fra il primo e il secondo anno di attività. In particolare, sono state studiate e apportati dei miglioramenti nell'organizzazione complessiva della raccolta e informatizzazione dei dati, specialmente grazie alla messa a punto di una piattaforma dati accessibile, con un sistema di autorizzazioni, a tutte le figure di operatori coinvolte nella sorveglianza.

Nei due anni di progetto è stato costruito il sistema che accompagnerà la messa a regime della sorveglianza. In particolare si sono studiate le modalità per garantire la migliore qualità dei dati possibile attraverso la validazione dei dati strutturata in 3 livelli. Nel I livello l'intervistatore, che all'inizio intervista verifica numero ID diario e a fine intervista verifica che tutte le sezioni siano state riempite senza salti e per alcune domande a "rischio" incongruenze il rispetto dei salti previsti, mentre nel II livello l'operatore al computer verifica il codice ID e il riempimento del questionario, mentre tutti gli inserimenti sono fatti da due operatori con diversi controlli automatici e infine, nel III livello, il Coordinatore regionale effettua un controllo crociato con il diario degli intervistatori. Questo approccio, associato al monitoraggio della raccolta dei dati dove ogni intervistatore ha teoricamente la possibilità di verificare l'andamento delle sue interviste (raccolta e inserimento dati) in rapporto a un programma previsto, potrebbe promuovere una migliore qualità dei dati. Il controllo delle singole basi di dati regionali da parte dell'ISS e la correzione di eventuali errori, nonché la messa a punto di routine di analisi uguali per tutte le regioni e pre-testate, ha contribuito alla produzione di risultati di qualità. Nella fase di messa a regime del PASSI d'Argento sarà necessario valorizzare queste indicazioni per garantire la miglior qualità possibile delle informazioni prodotte dal sistema di sorveglianza.

– *Risultati della sorveglianza*

Il PASSI d'Argento ha prodotto e produrrà quantità di informazione considerevole e rilevante per la salute degli ultra64enni. In questi 2 anni, l'approccio di analisi e interpretazione dei dati ha mostrato la sua efficacia, ad esempio per quanto riguarda la

confrontabilità dei dati fra diverse realtà regionali o aziendali. Per quanto attiene ai singoli argomenti di studio, accanto ad informazioni tradizionali (esempio le cadute, con le caratteristiche riguardanti i luoghi e le conseguenze, paura e ospedalizzazione) che trovano ampi riscontri nella letteratura scientifica nazionale e internazionale, sono state elaborate informazioni su sottogruppi della popolazione ultra64enne, come per esempio la definizione delle “persone a rischio di disabilità” che, pur non essendo supportata da una univoca letteratura internazionale, si presta tuttavia per l’identificazione di un gruppo a rischio target di una specifico gruppo di operatori socio-sanitari che possono perciò avere dal PDA informazioni più dettagliate per quella parte della popolazione di ultra64enni di loro competenza. La confrontabilità fra unità territoriali diverse ma anche all’interno della stessa unità territoriale in tempi diversi e la fruibilità dei risultati da parte degli operatori target della sorveglianza costituiscono una sfida aperta per il futuro del PDA.

– *Disseminazione dei risultati*

La necessità di comunicare efficacemente i risultati del PASSI d’Argento ha condotto il GTO e il gruppo di coordinatori regionali ad elaborare, durante i due anni di sperimentazione, una strategia di comunicazione promettente. Partendo da un’adeguata definizione e analisi dei gruppi target dei risultati del PDA, si sono identificati quelli che, pur secondo l’ottica degli operatori, sono i contenuti “significativi” e quindi desiderabili per ciascun gruppo. I piani di analisi sono stati rivisti in base ai bisogni comunicativi e la lettura dei dati analizzati veniva, per quanto possibile, interpretata e contestualizzata. A tale scopo sono state sperimentate anche nuove modalità di analisi dei dati, quali l’interpretazione decentrata, realizzata con operatori interessati a argomenti specifici, o l’interpretazione delegata, dove veniva chiesto a degli specialisti di analizzare i dati ed eventualmente confrontandoli con altre *evidence* a loro disposizione. La ricerca di nuove ed efficaci modalità di disseminazione dei dati costituirà una sfida importante per la sopravvivenza del nuovo sistema di sorveglianza del PDA.





**APPENDICE**  
**Materiale utilizzato nelle due indagini**  
**di sperimentazione PASSI d'Argento**



## Allegato A1

---

# Sintesi del protocollo del progetto “La qualità della vita vista dalle persone con 65 anni e più (PASSI d’Argento)”

### Cos’è PASSI d’Argento

PASSI d’Argento è un progetto di durata biennale (2008-2010), finanziato dal Ministero della Salute, attraverso il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm). Il progetto è coordinato dalla Regione Umbria in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità (ISS). L’obiettivo principale è quello di sperimentare un sistema di sorveglianza sullo stato di salute e sulla qualità della vita della popolazione anziana, centrato sulle esigenze delle realtà regionali. Dopo la 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.

### Giustificazione del progetto

La sorveglianza di popolazione, per sua natura a costi limitati, mette a disposizione dati di qualità, legati al fatto che le informazioni sono raccolte sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi o su un gruppo di popolazione selezionata su uno specifico problema. La sorveglianza PASSI d’argento consiste nella realizzazione di indagini periodiche che producono indicatori sulla popolazione anziana. Si tratta di indicatori che, essendo sensibili al cambiamento nel tempo, consentono di monitorare l’evoluzione delle problematiche socio-sanitarie legate all’invecchiamento ma anche di valutare la penetrazione degli interventi che le famiglie e i servizi della rete sociale e sanitaria mettono in atto. Ciò permetterà di indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento a favore della popolazione anziana. È per questo motivo che la sorveglianza di popolazione è essenziale per i livelli operativi laddove si programmano e si realizzano gli interventi a favore della popolazione anziana, per esempio le ASL, i distretti o grandi Comuni.

### Sostenibilità della sorveglianza

La capacità di mettere in funzione un sistema di sorveglianza informativo, efficiente e facilmente sostenibile, tecnicamente ed economicamente, è la sfida principale che il progetto intende affrontare. A tal fine, uno dei fattori fondamentali per la realizzazione delle indagini è la collaborazione tra i servizi dell’area sociale e sanitaria. La sorveglianza è resa operativa e utilizza le risorse dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali in maniera tale che gli operatori che in esso agiscono beneficino della sorveglianza come un’opportunità per un percorso formativo e auto formativo che, in ultima analisi, consolida e valorizza l’intero sistema. Questa collaborazione ne favorirà l’integrazione a livello operativo e, auspicabilmente, darà impulso alla programmazione di interventi integrati socio-sanitari.

### Aspetti innovativi del progetto

In linea con le indicazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002) PASSI d’Argento valuta aspetti importanti riguardanti la Partecipazione, la Salute e la Sicurezza delle persone anziane, 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 fondamentale non solo 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 anziana in rapporto ai diversi bisogni di tipo sociale e sanitario. In questa ottica si è sperimentata, per la prima volta, una descrizione della popolazione anziana con una suddivisione in quattro sottogruppi di persone ultra64enni:

- in buona salute a basso rischio di malattia;

- in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità;
- con segni di fragilità;
- con disabilità.

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

L'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione anziana 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.

Ma non è tutto. Con PASSI d'Argento si vuole promuovere una diversa maniera di guardare al progredire dell'età. Nell'indagine si sperimentano, per la prima volta, alcune forme di misura di quanto le persone anziane costituiscano una "risorsa per la società". In particolare, è stato considerato l'essere risorsa per la famiglia e i conoscenti e l'essere risorsa per la collettività ad esempio, 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, permettono di valutare indirettamente alcune delle azioni messe in atto dalla società per valorizzare gli ultra64enni.

### **Alcuni aspetti tecnici del progetto**

#### *Obiettivo generale*

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

#### *Strumenti e metodi*

L'indagine è uno studio trasversale ripetibile nel tempo. Per ciascuna area coinvolta (es. distretto, ASL, area metropolitana, Regione) viene selezionato un campione rappresentativo di soggetti di età uguale o maggiore a 65 anni e non istituzionalizzati, estratti al caso dalle liste dell'anagrafe sanitaria.

Per la raccolta dei dati è utilizzato un questionario messo a punto dall'ISS sulla base di indagini nazionali e internazionali di già provata validità. Il questionario è somministrato da operatori socio-sanitari appositamente formati mediante intervista telefonica o faccia a faccia. Il tipo di intervista viene definito in base ad alcuni criteri che tengono conto dell'età dell'intervistando e di eventuali ostacoli all'intervista telefonica. Inoltre, si tiene conto della disponibilità e della preferenza dell'intervistando rispetto alla modalità di somministrazione del questionario: telefonica o faccia a faccia. Nei casi in cui l'individuo campionato non può rispondere direttamente all'intervista, questa è rivolta ad un familiare o altra persona di fiducia prossima all'anziano (il *proxy*). L'inserimento dei dati e la loro analisi è realizzata dagli stessi operatori utilizzando il software Epi-Info versione 3.5.1. Il progetto si articola in 2 indagini multi-regionali.

#### *Divisione della popolazione anziana in sottogruppi*

La divisione della popolazione in sottogruppi è stata effettuata sulla base delle indicazioni emerse dalla letteratura scientifica. Si è partiti da una definizione di Salute intesa come stato di benessere, nella quale la dimensione soggettiva è fondamentale. In base a questa definizione 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 ultra64enne 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 ultra64enni 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 ultra64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in 2 o più IADL;
- “disabili” gli ultra64enni 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 (es. l’abitudine al fumo, i problemi di vista udito e masticazione, ecc.), il sottogruppo di ultra64enni “in buona salute” è stato diviso in ultra64enni:

- in buona salute a basso rischio di malattia
- in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità.

#### *Aspetti etici e tutela della 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 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. Prima dell’intervista, sia faccia a faccia che telefonica, l’intervistatore indica 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 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.

Per avere ulteriori informazioni sulla metodologia utilizzata e richiedere copia della versione integrale del protocollo utilizzare i recapiti indicati nella sezione “contatti”.

#### **Stato di avanzamento del progetto**

Dopo uno studio pilota realizzato a Orvieto nel maggio 2008, nella primavera del 2009 è stata avviata, in 7 Regioni italiane, la raccolta dati della prima indagine multi-regionale PASSI d’Argento.

La seconda indagine multi-regionale vedrà il coinvolgimento di ulteriori Regioni italiane. La raccolta dati è prevista per il mese di febbraio-giugno 2010.

#### **Sitografia**

Questa sitografia, che non intende essere esaustiva, vuole fornire gli elementi fondamentali per tutti coloro che vogliono approfondire i temi trattati dal progetto PASSI d’Argento.

#### **Il progetto PASSI d’Argento**

All’interno dell’Istituto Superiore di Sanità, il CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute) offre un supporto tecnico scientifico per la realizzazione del progetto. Sul sito del CNESPS è possibile consultare le pagine dedicate al PASSI d’Argento e ad analoghi sistemi di sorveglianza già implementati a livello nazionale. Disponibile all’indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/default.asp>; ultima consultazione 28 gennaio 2013.

L’Umbria è la Regione capofila del progetto, responsabile del coordinamento e degli aspetti scientifici della sperimentazione.


#### **Politiche sull’anziano**


Sul sito dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è possibile consultare il documento sull’“*Active Ageing*”. Il documento in inglese, fornisce un breve ed efficace quadro degli orientamenti promossi dall’OMS sul tema.

**Allegato A2**

**Questionario Indagine 2009**

A CURA DEL COORDINATORE	
n° estrazione	<input type="checkbox"/> Titolare
	<input type="checkbox"/> Sostituto
	<input type="checkbox"/> Sostituto di sostituto

  
Regione Umbria





*Inserire logo*

**PASSI D'ARGENTO**  
**La qualità della vita vista dalle**  
**persone con 65 e più anni**  
**Questionario**



*Versione 09/03/2009*

<b>A CURA DEL COORDINATORE</b>		
<i>Barrare una sola voce e specificare il nome dell'area</i>		
Regione	<input type="checkbox"/>	_____
ASL	<input type="checkbox"/>	_____
Comune	<input type="checkbox"/>	_____
Altro	<input type="checkbox"/>	_____

### Istruzioni per l'intervistatore:

#### **LEGGI**

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



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

Solo 3 regole:

- 1) **una sola risposta va barrata**, a meno che non sia specificato "*Barrare tutte le voci che interessano*"
- 2) si leggono **le domande esattamente come sono formulate nel questionario**, senza leggere il numero della domanda ed enfatizzando le parole sottolineate
- 3) le domande nel riquadro richiedono una valutazione soggettiva da parte dell'intervistato. Queste domande non vanno compilate se a rispondere è una persona prossima all'anziano (il "proxi") ovvero il familiare o altra persona di fiducia che, nelle ultime due settimane, è stato a contatto con l'anziano qualche ora, per la maggior parte dei giorni (almeno 8 gg.)





Gentile intervistatore,

nel diario che ti abbiamo consegnato troverai tutte le informazioni sulla persona campionata che stai per contattare al fine di intervistarla.

Come primo passo scrivi nella casella qui accanto l'età della persona |\_|\_|\_|\_|

Questa informazione ti sarà utile in seguito.

La prima cosa che ti occorre per contattare la persona campionata è il numero telefonico che trovi nel diario. Talvolta il numero telefonico non è presente o non è corretto. In questi casi devi recuperarlo telefonando al Medico di famiglia il cui numero telefonico è solitamente riportato nel diario.

Se non riesci a recuperare in questo modo il numero corretto della persona da intervistare consulta le Pagine bianche. In seguito puoi tentare di recuperare il numero attraverso altre modalità concordate con il coordinatore.

Una volta che hai il numero di telefono della persona da intervistare, puoi contattarla seguendo le istruzioni riportate di seguito. Troverai indicate anche le frasi da dire a seconda delle situazioni. In questo modo tutti gli intervistatori possono usare lo stesso linguaggio e seguire le stesse procedure. In alcuni momenti dovrai comunque fare delle scelte in base alla circostanza. Per questo motivo ti suggeriamo di leggere le istruzioni prima della telefonata in modo da avere maggiore confidenza con i vari passaggi.

Quando ti senti pronto, componi il numero e... buona telefonata!



**LEGGI** Buon giorno, sono (nome e cognome intervistatore), un operatore di (specificare nome ente), e per conto di (specificare Asl/ Comune/etc.) stiamo conducendo uno studio sulle persone con 65 anni e più.

Posso parlare con il/la Signor/a (nome e cognome della persona campionata)?



Se la risposta è:

1. "SI" → CONTINUA
2. "NO" vai a pagina 4

## ***1. Risponde al telefono la persona campionata***



**LEGGI** Ha ricevuto per posta la lettera che la informava del nostro studio che si chiama PASSI d'Argento?

└─▶  SI  NO

PASSI d'Argento è uno studio sulle persone con 65 anni e più per conoscere i loro problemi di salute e le loro esigenze per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e sociale. Il suo medico di famiglia è al corrente dell'iniziativa.



A questo punto, segui le istruzioni in base all'età dell'anziano: 65-79 anni e 80+

## 65 – 79 anni

**LEGGI** è disponibile a rispondere ora, e per circa 20 minuti, alle domande che le farò per telefono?

SÌ  NO, "non in questo momento"

allora, quando sarebbe possibile richiamarla? (annotare giorno e ora)

Puoi cominciare l'intervista, vai  
a pag. 5 (informativa privacy)

Annotare giorno e ora

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ h \_\_\_/\_\_\_

NO, "non voglio fare l'intervista per telefono" oppure "non sento/parlo bene per telefono"

in alternativa, sarebbe disponibile ad incontrare un nostro operatore che può venire a casa sua per farle alcune domande sulle sue esigenze di salute?

SÌ  NO, "non voglio partecipare" → *concludi la telefonata e contatta il coordinatore locale per valutare come ottenere la collaborazione della persona*

allora, quando sarebbe possibile incontrarla?

Annotare giorno e ora

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ h \_\_\_/\_\_\_

## 80 e più anni

**LEGGI** è disponibile ad incontrare un nostro operatore che può venire a casa sua per farle alcune domande sulle sue esigenze di salute?

SÌ  NO, "non voglio fare l'intervista a domicilio"

Annotare giorno e ora

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ h \_\_\_/\_\_\_

in alternativa, sarebbe disponibile a rispondere ora, e per circa 20 minuti, alle domande che le farò per telefono?

SÌ  NO, "non sono disponibile in questo momento"

allora, quando sarebbe possibile richiamarla?

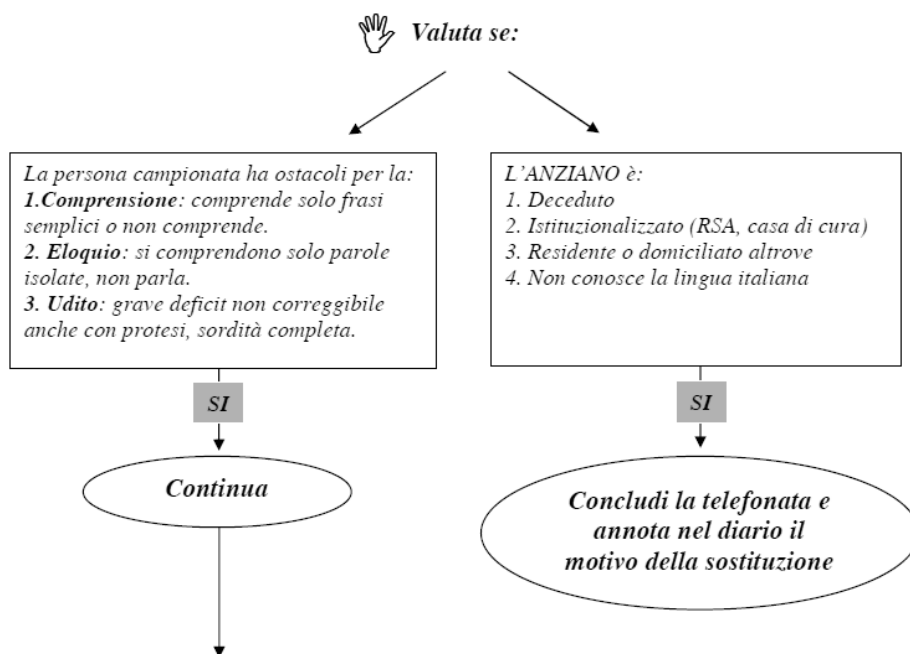
Puoi cominciare l'intervista, vai  
a pag. 5 (informativa privacy)

Annotare giorno e ora

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ h \_\_\_/\_\_\_

NO, "non voglio partecipare" → *concludi la telefonata e contatta il coordinatore locale per valutare come ottenere la collaborazione della persona*

## 2. La persona campionata non può rispondere al telefono



**LEGGI** A questo punto le chiedo se posso parlare con una persona prossima all'anziano che è disponibile a rispondere ad alcune domande telefoniche. Per persona prossima all'anziano intendiamo una persona di fiducia che, nelle ultime 2 settimane, è stata a contatto con l'anziano qualche ora, per almeno 8 giorni.

SÌ  NO "non sono disponibile in questo momento"

allora, quando sarebbe possibile richiamare?

Puoi cominciare l'intervista, vai a pag. 5  
(informativa privacy per il proxi)

Annotare giorno e ora  
\_\_/\_\_/\_\_ h \_\_/\_\_

NO, "non voglio partecipare" → concludi la telefonata e annota nel diario il motivo della sostituzione

## ***Informativa privacy per la persona campionata***



*Prima di procedere con l'intervista telefonica e faccia a faccia leggi questa informativa.  
Se chi risponde all'intervista è il proxy leggi la nota successiva*

**LEGGI**

- ↳ Buon giorno, sono *(nome e cognome)*, un operatore di *(specificare ente di appartenenza)*
- ↳ Stiamo conducendo uno studio denominato "Passi d'Argento" sulle persone con 65 anni e più per conoscere i loro problemi di salute e le loro esigenze per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e sociale.
- ↳ Per questo motivo le farò alcune domande molto semplici che la impegneranno per circa 20 minuti.
- ↳ Prima di cominciare le ricordo che il questionario è anonimo e che le informazioni che mi darà saranno assolutamente riservate, serviranno solo per questo studio e non saranno fornite a nessun altro. Se vuole può interrompere l'intervista in ogni momento.
- ↳ A questo punto possiamo cominciare. In generale per ogni domanda le dirò anche le risposte. Le chiedo di scegliere la risposta più giusta per lei. Alla fine dell'intervista prenderò nota dei commenti o suggerimenti aggiuntivi che vorrà indicarmi.
- ↳ La ringrazio fin da ora del suo tempo e della sua disponibilità.

## ***Informativa privacy per il proxy***



*Leggi solo se chi risponde all'intervista dall'inizio è il proxy ovvero il familiare o altra persona di fiducia che nelle ultime due settimane è stato a contatto con l'anziano per qualche ora, per la maggior parte del tempo (almeno 8 gg.)*

**LEGGI**

- ↳ Buon giorno, sono *(nome e cognome)*, un operatore di *(specificare ente di appartenenza)*
- ↳ Stiamo conducendo uno studio denominato "Passi d'Argento" sulle persone con 65 anni e più per conoscere i loro problemi di salute e le loro esigenze per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e sociale.
- ↳ Per questo motivo le farò alcune domande molto semplici sulla salute e sulle attività quotidiane del/la Signor/la *(nome e cognome dell'anziano)*, che la impegneranno per circa 10 minuti.
- ↳ Prima di cominciare le ricordo che il questionario è anonimo e che le informazioni che mi darà saranno assolutamente riservate, serviranno solo per questo studio e non saranno fornite a nessun altro. Se vuole può interrompere l'intervista in ogni momento.
- ↳ A questo punto possiamo cominciare. La ringrazio fin da ora del suo tempo e della sua disponibilità.

Nome e cognome dell'intervistatore \_\_\_\_\_

Risponde:  1 - L'anziano  
 2 - Il proxy

Tipo di intervista:  1 - Telefonica  
 2 - Faccia a faccia

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora di inizio dell'intervista (ora/min.) \_\_\_\_\_

### SEZIONE 1: Stato di salute e qualità della vita

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

1.1 Come va in generale la sua salute?



*Leggere le risposte*

- 1 - Molto bene
- 2 - Bene
- 3 - Discretamente
- 4 - Male
- 5 - Molto male



*NON leggere*

- 6 - Non so

1.2 Come si sente rispetto ad un anno fa?



*Leggere le risposte*

- 1 - Molto meglio
- 2 - Leggermente meglio
- 3 - Allo stesso modo
- 4 - Leggermente peggio
- 5 - Molto peggio



*NON leggere*

- 6 - Non so

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

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

Numero di giorni    
 Non so / non ricordo

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

Numero di giorni    
 Non so / non ricordo

**LEGGI** Pensi alle cose che fa tutti i giorni.

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

Numero di giorni

Non so / non ricordo



*Segue il test della memoria. Pronunciate le tre parole del test lentamente e scandendole bene. Nel caso in cui la persona non sia in grado di ricordarle tutte e tre al primo tentativo, ripetetele fino ad un massimo di tre volte. Se non è in grado di ripeterle dopo tre tentativi, passate alla domanda successiva.*

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

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

Le tre parole sono:

casa verde gatto

Per favore, può ripeterle?

**LEGGI** Grazie. Vorrei farle qualche domanda sulla vista, udito e su eventuali problemi ai denti.



*Se risponde il proxi ricordagli di fare riferimento alla persona campionata*

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



*Leggere le risposte*

- 1 - Sì, senza problemi  
 2 - Sì, se indosso gli occhiali  
 3 - Male, anche con gli occhiali  
 4 - No

1.7 Sente abbastanza bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno?



*Leggere le risposte*

- 1 - Sì, senza problemi  
 2 - Male  
 3 - No


1.8 Abitualmente usa una protesi acustica?



*NON Leggere le risposte*


- 1 - Sì  
 2 - No  
 3 - Non so / non ricordo

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


 *Leggere le risposte*


- 1 - Sì, senza problemi
- 2 - Male
- 3 - No


1.10 Porta una protesi dentaria?

 *NON Leggere le risposte*


- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

 *A questo punto se chi risponde all'intervista dall'inizio è il proxi vai alla sezione 2*

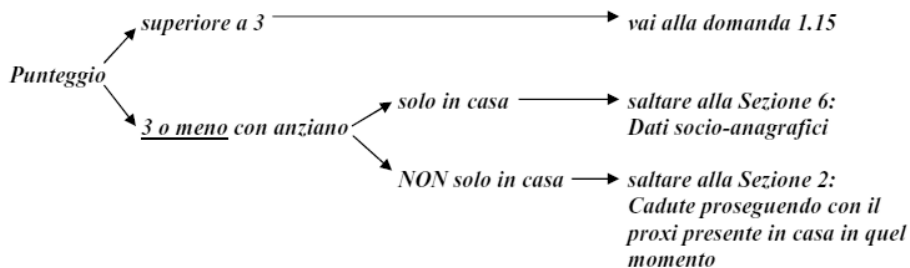
 **Continuo adesso il test sulla memoria con qualche domanda.**

 *Barrare le caselle senza dire all'intervistato se la risposta è corretta o errata.  
Ogni risposta corretta vale un punto.*

	Risposta corretta	Risposta errata
1.11 Per favore, mi può dire che anno è?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12 E che mese è?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.13 E quale giorno della settimana è?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.14 Grazie, ora può per favore dirmi di nuovo le tre parole che le ho detto prima?		
1. Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 *Fai la somma delle risposte corrette  
e trascrivi il punteggio nella casella accanto*

*A questo punto:*





La persona che risponde al seguito dell'intervista è:

- l'anziano campionato
- un familiare (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_
- altro (specificare il tipo di relazione, ad es. badante) \_\_\_\_\_

Se chi continua l'intervista **NON** è l'anziano leggi le istruzioni nel riquadro sottostante e poi vai alla sezione 2.



A questo punto, se lei è d'accordo, avremmo bisogno della collaborazione del suo familiare o della persona che le sta vicino, per rivolgergli alcune domande. Si tratta di domande molto semplici che si riferiscono alla salute e alle attività di tutti i giorni del/della Signor/Signora.



Ora vorrei farle qualche domanda su come lei si sente dal punto di vista psicologico e su come affronta la vita di ogni giorno. Queste domande si riferiscono alle ultime 2 settimane.

1.15 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni ha provato poco interesse o poco piacere nel fare le cose che di solito le piace fare?



Leggere le risposte

- 1 - Quasi tutti i giorni
- 2 - Per più della metà dei giorni
- 3 - Per alcuni giorni
- 4 - Mai

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



Leggere le risposte

- 1 - Quasi tutti i giorni
- 2 - Per più della metà dei giorni
- 3 - Per alcuni giorni
- 4 - Mai



Leggere la domanda che segue solo per quelli che rispondono "Alcuni giorni", "Più della metà dei giorni", o "Quasi tutti i giorni" a ENTRAMBE le domande 1.15 e 1.16.

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



Leggere le risposte

- 1 - Personale sanitario, ad esempio medico di famiglia, psicologo, infermiere
- 2 - Persone di fiducia, ad esempio i suoi familiari o amici
- 3 - No, a nessuno




NON leggere

- 4 - Non so / non ricordo



## SEZIONE 2: Cadute

 Le farò adesso alcune domande sulle cadute. Pensi agli ultimi 30 giorni e mi dica se

2.1 È mai caduto/a a terra negli ultimi 30 giorni?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 2.5*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 2.5*)

2.2 Dove è caduto/a?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Cucina
- 2 - Bagno
- 3 - Camera da letto
- 4 - Ingresso
- 5 - Scale
- 6 - Giardino
- 7 - Strada
- 8 - Mezzo di trasporto
- 9 - Non ricordo
- 10 - Altro, specificare \_\_\_\_\_

2.3 Si è fatto male in questa ultima caduta?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì, mi sono fatto/a male
- 2 - No, non mi sono fatto/a male (*salta alla domanda 2.5*)
- 3 - Non ricordo (*salta alla domanda 2.5*)

2.4 A causa di quest'ultima caduta, è stato/a ricoverato/a per più di un giorno?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

2.5 Attualmente ha paura di cadere?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo


2.6 Per la vasca da bagno o per la doccia, usa:




*Leggere tutte le voci e barrare le risposte*


	Sì	No
1 - tappetino antiscivolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - maniglioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - seggiolini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - altro, specificare ( <i>specificare</i> ) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SEZIONE 3: Autonomia funzionale e soddisfazione assistenza

 Adesso le chiederò alcune informazioni sulle sue attività quotidiane; vorrei sapere quello che lei riesce a fare da solo e quello per cui ha bisogno di aiuto.


 Per ogni area funzionale elencata di seguito, scegliere la descrizione che più si avvicina barrando la casella corrispondente (la parola "aiuto" significa supervisione, guida, o supporto da parte di altri).

3.1 È in grado di:


 Leggere le risposte

	Da solo/a anche se con problemi	Solamente se aiutato/a	No, non riesco a farlo
1. spostarsi da una stanza all'altra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. mangiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. vestirsi e spogliarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. fare il bagno o la doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. andare in bagno per fare i propri bisogni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


È in grado di:

 Leggere le risposte

	Sì, senza problemi	Mi capitano occasionalmente episodi di incontinenza	Ho problemi di incontinenza / uso il catetere
6. trattenere urine e feci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


 Se ha risposto "da solo" a queste ultime 6 domande salta alla domanda 3.8

3.2 Attualmente, nelle attività che non è in grado di fare da solo/a, riceve aiuto da parte di qualcuno?

 NON leggere le risposte


- 1 - Sì
- 2 - No (salta alla domanda 3.8)
- 3 - Non so / non ricordo (salta alla domanda 3.8)

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

 Leggere le risposte

- 1 - Familiari
- 2 - Persona a pagamento (salta alla domanda 3.5)
- 3 - Servizio pubblico (salta alla domanda 3.7)

3.4 Da quale familiare riceve principalmente questo aiuto?

 Leggere le risposte

- 1 - Coniuge (salta alla domanda 3.7)
- 2 - Figlio/i (salta alla domanda 3.7)
- 3 - Altri familiari (salta alla domanda 3.7)

**3.5** Per la retribuzione della persona a pagamento riceve un aiuto economico?



*Leggere le risposte*

- 1 - Sì, ricevo un contributo
- 2 - No, è completamente a mie spese (*salta alla domanda 3.7*)

**3.6** Da chi riceve principalmente questo contributo?



*Leggere le risposte*

- 1 - Dai miei familiari
- 2 - Dalla ASL
- 3 - Dal comune
- 4 - Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**3.7** Come giudica l'aiuto che riceve attualmente per i suoi bisogni?



*Leggere le risposte*

- 1 - Soddisfacente
- 2 - Appena sufficiente
- 3 - Non sufficiente
- 4 - Gravemente insufficiente



*NON leggere*

- 5 - Non so

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



*Per ogni attività elencata di seguito, scegliere la descrizione che più si avvicina barrando la casella corrispondente (la parola "aiuto" significa supervisione, guida, o supporto da parte di altri). Per le attività che non vengono svolte in assoluto (es. per gli uomini: fare il bucato) chiedere di indicare il grado di autonomia (da solo, etc.) nel caso in cui l'attività fosse svolta.*

**3.8** È in grado di:



*Leggere le risposte*

	Da solo/a anche se con problemi	Solamente se aiutato/a	No, non riesco a farlo
1. usare il telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. prendere le medicine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. fare la spesa o delle compere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. cucinare o riscaldare i pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. prendersi cura della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. pagare conti o bollette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Se ha risposto "da solo" a queste ultime 8 domande salta alla domanda 3.12*

3.9 Attualmente, nelle attività che non è in grado di fare da solo/a, riceve aiuto da parte di qualcuno ?



*Non leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 3.12*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 3.12*)

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



*Leggere le risposte*

- 1 - Familiari
- 2 - Persona a pagamento
- 3 - Servizio pubblico

3.11 Come giudica l'aiuto che riceve attualmente per queste ultime attività?



*Leggere le risposte*

- 1 - Soddisfacente
- 2 - Appena sufficiente
- 3 - Non sufficiente
- 4 - Gravemente insufficiente



*NON leggere*

- 5 - Non so


3.12 Ha qualcuno che può fare per lei delle piccole commissioni gratuitamente?



*Leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

#### SEZIONE 4: Stili di vita e attività sociali

 Ora vorrei farle alcune domande sull'appetito.

4.1 Come giudica il suo appetito?



*Leggere le risposte*

- 1 - Scarso
- 2 - Normale
- 3 - Abbondante



*NON leggere*

- 4 - Non so

4.2 Il suo appetito è sempre stato così?



*Leggere le risposte*

- 1 - Sì (*salta alla domanda 4.4*)
- 2 - No, aumentato (*salta alla domanda 4.4*)
- 3 - No, diminuito



*NON leggere*

- 4 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.4*)

4.3 Se è diminuito, da quanto tempo?



*Leggere le risposte*

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



*NON leggere*

- 4 - Non so / non ricordo

4.4 Ha perso peso negli ultimi 12 mesi?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 4.6*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.6*)

4.5 Quanto peso ha perso?

,  Kg

4.6 Qual è il suo peso attuale?

,  Kg

4.7 Qual è la sua altezza?

cm

**LEGGI** Le domande che le faccio ora riguardano le sue abitudini in una giornata normale degli ultimi 12 mesi. Non pensi quindi ai periodi di festa o a quelli in cui è stato malato o fuori casa.

Cominciamo con alcune domande sul suo consumo di frutta e verdura. Consideri che per “porzione di frutta o verdura” si intende un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta...

4.8 ... quindi, le chiedo: in una giornata normale, quante porzioni di frutta o verdura mangia?



*Leggere le risposte*

- 1 - Nessuna
- 2 - Una o due porzioni
- 3 - Tre o quattro porzioni
- 4 - Cinque o più porzioni

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

4.9 Sempre pensando ad una giornata normale, di solito beve birra, vino o un bicchierino tipo amaro, grappa?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 4.12*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.12*)

4.10 Quando beve birra, vino o un bicchierino, in quale momento della giornata beve:

*Leggere tutte le voci e barrare le risposte*

	Sì	No
1 - durante la mattina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - durante il pranzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - durante la cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - dopo la cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.11 Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha mai consigliato di bere meno bevande alcoliche?




*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo


**LEGGI** Ora qualche domanda sull'attività fisica. Consideri ora una settimana normale.  
Non pensi quindi ai periodi di festa o a quelli in cui è stato malato o fuori casa.

**4.12** In una settimana normale fa per almeno 10 minuti di seguito del movimento o un'attività fisica che la fa sudare o faticare un po'?

 *NON leggere le risposte*


- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 4.15*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.15*)

**4.13** Per quanti giorni fa questo tipo di attività fisica sui 7 della settimana?

 *Leggere le risposte*

- 1 - Quasi tutti i giorni
- 2 - Più della metà dei giorni
- 3 - Alcuni giorni
- 4 - Mai


**4.14** Che tipo di attività fisica fa?

 *Leggere tutte le voci e barrare le risposte*

	Sì	No
1 - lavori di casa pesanti, come lavare i vetri, spostare i mobili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - camminare a passo svelto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - andare in bicicletta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - giardinaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - lavorare nell'orto o nei campi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - attività sportiva o ricreativa per es. ginnastica, cyclette, ballo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - altra attività fisica ( <i>specificare</i> ) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


**LEGGI** Ora vorrei farle alcune domande sul fumo.

**4.15** In tutta la sua vita, ha fumato in tutto almeno 100 sigarette ovvero 5 pacchetti da 20 sigarette?

 *NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 4.18*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.18*)

**4.16** Attualmente fuma sigarette?

 *NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 4.18*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.18*)

4.17 Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha consigliato di smettere di fumare?



*Leggere le risposte*

- 1 - Sì  
 2 - No  
 3 - Non so / non ricordo

**4.18** Adesso pensi alle cose che fa in una settimana normale. Le chiedo se...

4.18 Lei di solito:



*Leggere tutte le voci e barrare le risposte*

	Sì	No
1 - incontra altre persone per fare quattro chiacchiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - legge giornali o riviste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - fa delle passeggiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - fa altre attività ( <i>specificare</i> ) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.19 In una settimana normale partecipa ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia, al teatro?



*Leggere le risposte*

- 1 - Quasi tutti i giorni  
 2 - Per più della metà dei giorni  
 3 - Alcuni giorni  
 4 - Mai

4.20 Ha nipoti con meno di 14 anni?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì  
 2 - No (*salta alla domanda 4.22*)  
 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.22*)

4.21 Se sì, in una settimana normale accudisce e aiuta questi suoi nipoti:



*Leggere le risposte*

- 1 - Quasi tutti i giorni  
 2 - Per più della metà dei giorni  
 3 - Alcuni giorni  
 4 - Mai



**4.22** In una settimana normale accudisce e aiuta altri suoi familiari come congiunto, figli, fratelli/sorelle:



*Leggere le risposte*

- 1 - Quasi tutti i giorni
- 2 - Per più della metà dei giorni
- 3 - Alcuni giorni
- 4 - Mai



**Ora consideri gli ultimi 12 mesi, cioè da \_\_\_\_\_ (Dire il mese) ad oggi. In questo periodo di tempo...**

**4.23** Ha fatto attività di volontariato, cioè fare cose gratuitamente a favore di altri, come bambini, disabili, ospedali, scuole?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

**4.24** Ha prestato la sua assistenza ad altri anziani, ad esempio al congiunto ad altri familiari o ad altre persone?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo


**4.25** Ha partecipato a qualche corso di formazione ad esempio corso di inglese, di cucina, di computer?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

### SEZIONE 5: Attenzione e assistenza agli anziani

 Le prossime domande riguardano l'ultima visita che lei ha fatto dal medico di famiglia e dal dentista ed eventuali ricoveri in ospedale.

5.1 Negli ultimi 12 mesi è stato/a ricoverato/a per almeno due giorni di seguito in ospedale?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

5.2 Negli ultimi 12 mesi è stato/a dal medico di famiglia almeno una volta?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

5.3 Negli ultimi 12 mesi è stato/a dal dentista almeno una volta?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì (*saltare alla domanda 5.5*)
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

5.4 Se no, perché?



*NON leggere le risposte, barrare il motivo principale*

- 1 - Non ne ho avuto bisogno
- 2 - Non mi è stato consigliato
- 3 - Liste d'attesa troppo lunghe
- 4 - Costa troppo
- 5 - Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

5.5 Qualcuno le ha mai consigliato di vaccinarsi contro l'influenza?



*Leggere le risposte*

- 1 - Sì, il mio medico di base
- 2 - Sì, altre persone
- 3 - No, nessuno mi ha consigliato



*NON leggere*

- 4 - Non so / non ricordo

5.6 Negli ultimi 12 mesi, ha fatto la vaccinazione contro l'influenza?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

**..... Adesso le chiedo qualche informazione sui servizi per gli anziani del suo paese o città**

**5.7** Ha mai sentito parlare del centro anziani o di circoli e associazioni per anziani?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 5.9*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 5.9*)

**5.8** Negli ultimi 12 mesi si è recato almeno una volta in uno di questi centri per anziani?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

**5.9** Durante l'ultima estate, il suo medico o un altro operatore dei servizi pubblici le hanno dato consigli per proteggersi durante i giorni in cui fa troppo caldo?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo



*Le domande 5.10- 5.13 si riferiscono a programmi o servizi attivi a livello locale.*

**5.10** Ha mai sentito parlare di \_\_\_\_\_?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 5.12*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 5.12*)

**5.11** Se sì, negli ultimi 12 mesi, ha mai partecipato a \_\_\_\_\_?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

**5.12** Ha mai sentito parlare di \_\_\_\_\_?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla sezione 6*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla sezione 6*)


**5.13** Se sì, negli ultimi 12 mesi, ha mai partecipato a \_\_\_\_\_?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

**SEZIONE 6: Dati socio-anagrafici**


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

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


**6.1** Mi può dire la sua età?

Anni


**6.2** Lei è:

-  *Leggere le risposte*
- 1 - Coniugato/a o convivente
  - 2 - Celibe / nubile
  - 3 - Vedovo/a
  - 4 - Separato/a – divorziato/a


**6.3** Attualmente, con chi vive?

-  *Leggere e barrare tutte le voci che interessano*
- 1 - Da solo/a
  - 2 - Con marito / moglie, fratelli / sorelle
  - 3 - Con i figli / nuora o genero / nipoti
  - 4 - Con una badante
  - 5 - Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_


**6.4** Qual è la sua cittadinanza?

-  *Leggere le risposte*
- Italiana
  - Straniera (*specificare*) \_\_\_\_\_


**6.5** Qual è stato il suo lavoro principale nella vita?

-  *NON leggere le risposte, barrare solo il lavoro principale*
- 1 - Casalinga
  - 2 - Artigiano
  - 3 - Commerciante
  - 4 - Impiegato
  - 5 - Operaio
  - 6 - Agricoltore
  - 7 - Imprenditore, libero professionista, dirigente
  - 8 - Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_


**6.6** Ha una pensione?

-  *NON leggere le risposte*
- 1 - Sì
  - 2 - No
  - 3 - Non so / non ricordo


6.7 Lei:

 <i>Leggere tutte le voci e barrare le risposte</i>	Sì	No
1 - ha un lavoro pagato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - ha una attività che produce reddito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - non ha nessun reddito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


6.8 Che titolo di studio ha?


-  *Leggere le risposte*
- 1 - Nessuno
  - 2 - Elementare
  - 3 - Media
  - 4 - Superiori
  - 5 - Laurea


6.9 La casa in cui vive è:

-  *Leggere le risposte*
- 1 - Propria o del coniuge
  - 2 - Di persone di fiducia (familiari o amici)
  - 3 - In usufrutto/comodato d'uso
  - 4 - In affitto

6.10 Con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?


-  *Leggere le risposte*
- Molto facilmente
  - Abbastanza facilmente
  - Con qualche difficoltà
  - Con molte difficoltà

-  *Non leggere*
- Non so

 **Le faccio l'ultima domanda:**

6.11 La sua ASL vuole rendere migliori i servizi offerti alle persone anziane. Vuole dare qualche consiglio per contribuire a questo miglioramento?

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

 *Prima di salutare l'intervistato ricorda di verificare se hai compilato tutte le domande*

**L'intervista è finita.  
 La ringrazio molto per la collaborazione!**

Ora di fine dell'intervista (ora/min.) \_\_\_\_\_

***Per l'intervistatore***

**1. L'intervista è stata completata:**  
(barrare una sola opzione)

- 1 – Sì  
 2 – No

Se No, specificare il motivo \_\_\_\_\_

**2. Hai richiesto fin dall'inizio il supporto del proxi?**  
(barrare una sola opzione)

- 1 – Sì  
 2 – No

**3. L'anziano campionato aveva ricevuto la nota informativa sullo studio (vedi pag. 2)?**  
(barrare una sola opzione)

- 1 – Sì  
 2 – No  
 3 – Non sa / non ricorda

**4. Commenti e suggerimenti sul questionario:**

-----  
-----  
-----  
-----

**L'intervista è finita.  
Ottimo lavoro!**

**Allegato A3**

**Questionario Indagine 2010**

A CURA DELL'INTERVISTATORE: Identificativo dell'intervistato (ID)				
Codice ISTAT Regione   _ _ _ _	ASL  _____	Altro (comune, consorzio,...)  _____	Numero progressivo   _ _ _	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Sostituto <input type="checkbox"/> Sostituto di sostituto

Inserire Logo



Regione Umbria



**La qualità della vita vista dalle  
persone con 65 e più anni**

***Questionario indagine 2010***



**Dati generali**

a) Nome e cognome dell'intervistatore \_\_\_\_\_

b) Codice intervistatore |\_|\_|\_|\_|

Note:

---



---



---

1

*Gentile intervistatore,**Abbiamo raggruppato in 3 sezioni alcune istruzioni che vogliamo che tu conosca prima di effettuare l'intervista:**La **sezione 1** contiene le istruzioni per utilizzare in maniera corretta il questionario**La **sezione 2** contiene le istruzioni per il contatto telefonico iniziale con la persona da intervistare. Sono indicate le frasi da utilizzare: in questo modo tutti gli intervistatori possono usare lo stesso linguaggio e seguire le stesse procedure al fine di ottenere gli stessi risultati.**La **sezione 3** contiene il testo da leggere all'intervistato (ultra 64enne o proxy) con le informazioni sulla privacy.**Grazie per la collaborazione**Il Gruppo Tecnico del PASSI d'Argento*



## Sezione 1: Istruzioni per l'uso del questionario

### Simboli e caratteri tipografici utilizzati nel questionario

**LEGGI** le parti scritte in **Arial grassetto** vanno lette all'intervistato; le parole sottolineate vanno lette con più enfasi



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

2

### Solo 3 regole:

- 1) **una sola risposta va barrata**, a meno che non sia specificato
- 2) si leggono **le domande esattamente come sono formulate nel questionario**, senza leggere il numero della domanda ed enfatizzando le parole sottolineate
- 3) se **risponde il Proxy** leggere le domande facendo riferimento all'anziano.  
Es. "Come va in generale la salute del Signor ...?"

### Ricorda che...

Il **Proxy** è un familiare o un'altra persona di fiducia che è regolarmente a contatto con l'anziano almeno 1 volta a settimana, e che può sostenerlo durante l'intervista anche rispondendo al suo posto. L'intervista al proxy però deve essere limitata ai casi in cui l'anziano campionato non può sostenere l'intervista da solo.

## Sezione 2: Istruzioni per il contatto telefonico iniziale

Nell'elenco dei campionati che ti ha fornito il coordinatore hai alcune informazioni sulla persona che stai per contattare per l'intervista (numero di telefono, età, ecc.). Se hai ottenuto il suo numero di telefono, puoi contattarla seguendo le istruzioni riportate di seguito. Troverai indicate anche le frasi da dire a seconda delle situazioni. In alcuni momenti dovrai comunque fare delle scelte. Per questo motivo ti suggeriamo di leggere le istruzioni prima della telefonata in modo da avere maggiore confidenza con i vari passaggi. Tieni a fianco al questionario anche il tuo **diario dell'intervistatore**.

**LEGGI** **Buon giorno, sono (nome e cognome intervistatore), un operatore di (specificare nome ente), e per conto di (specificare Asl/ Comune/etc.) stiamo conducendo uno studio sulle persone con 65 anni e più.**


**Posso parlare con il/la Signor/a (nome e cognome della persona campionata)?**

Se la risposta è:



1. **"SI, sono io"** → **CONTINUA** a "1. Risponde al telefono la persona campionata"
2. **"SI, ma non è in casa"** → **chiedi quando è possibile richiamare e annota data e ora nel diario**
3. **"NO"** vai a pagina 4 punto 2 a "2. Al telefono risponde una persona che non è quella campionata"

## 1. Risponde al telefono la persona campionata

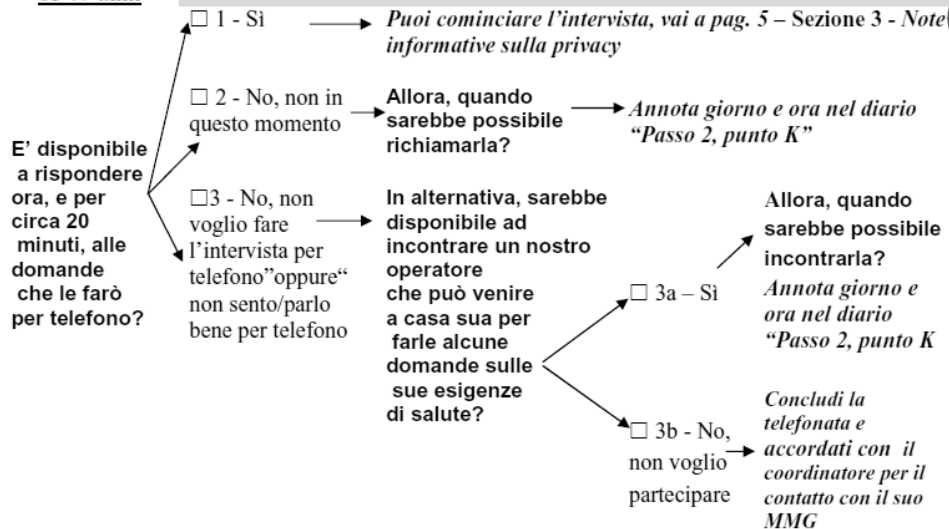
**LEGGI** Ha ricevuto per posta la lettera che la informava del nostro studio che si chiama **PASSI d'Argento**?  Annota questa informazione nel diario "Passo 2, punto i"

**PASSI d'Argento** è uno studio sulle persone con 65 anni e più per conoscere i loro problemi di salute e le loro esigenze per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e sociale. Abbiamo informato anche il suo medico di famiglia.

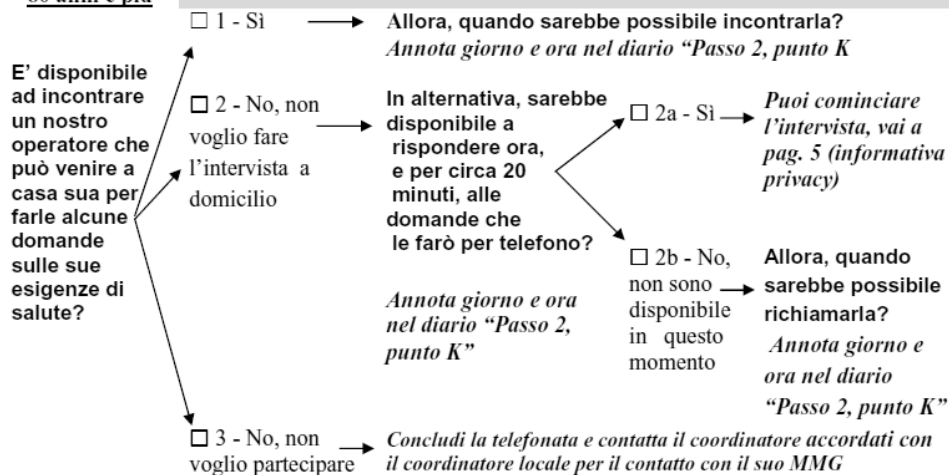


Segui le istruzioni in base all'età dell'anziano:

### 65-79 anni



### 80 anni e più



## 2. Al telefono risponde una persona che non è quella campionata

L'anziano è:

1. *deceduto*
2. *attualmente in RSA, reparto di lungodegenza, casa protetta*
3. *vive fuori dal comune di residenza*
4. *non conosce la lingua italiana*

Concludi la telefonata e annota nel diario il motivo

Chi risponde non è l'anziano

Ti riferisce difficoltà o resistenza dell'anziano a rispondere

Contatti il medico di famiglia

- 1 - No, non si riesce a contattarlo o non è disposto a collaborare
- 2 - Sì, il medico di famiglia conferma la presenza di ostacoli all'intervista
- 3 - Sì, il medico contatta la persona campionata e ti conferma che non può fare direttamente l'intervista
- 4 - Sì, il medico contatta la persona campionata e ti conferma che può e vuole fare direttamente l'intervista

Ringrazia e chiedi di poter richiamare, intanto contatta (o fai contattare dal tuo coordinatore) il Medico di famiglia per avere informazioni sull'anziano

chiedi un sostituto al tuo coordinatore

richiama la persona campionata e segui "Intervista al proxy"

richiama la persona e segui "Intervista al proxy"

richiama la persona e pianifica l'intervista al campionato

4

### INTERVISTA AL PROXY

**LEGGI**

Buon giorno, sono (*nome e cognome intervistatore*), un operatore di (*specificare nome ente*), e per conto di (*specificare Asl/Comune/etc.*) stiamo conducendo uno studio sulle persone con 65 anni e più.

Posso parlare con una persona prossima all/alla Signor/a (*nome e cognome della persona campionata*) che è disponibile a rispondere ad alcune domande telefoniche. Avrei bisogno di parlare con una persona che è regolarmente a contatto con l'anziano almeno 1 volta a settimana.

- 1 - SÌ *Puoi cominciare l'intervista, vai a pag. 5 (informativa privacy Proxy)*
- 2 - NO, "non in questo momento" **Allora, quando sarebbe possibile richiamarla?**  
*Annota giorno e ora nel diario "Passo 2, punto K"*
- 3 - NO, "non voglio partecipare" **Concludi la telefonata e contatta il coordinatore locale per valutare come evitare sostituzione**

### Sezione 3 – Note informative sulla privacy

#### Per ultra 64enne da intervistare



Prima di procedere con l'intervista telefonica e faccia a faccia leggi questa informativa.  
Se chi risponde all'intervista è il Proxy leggi la nota successiva

#### LEGGI

- ↳ Come le dicevo prima stiamo conducendo uno studio denominato “Passi d’Argento” sulle persone con 65 anni e più per conoscere i loro problemi di salute e le loro esigenze per quanto riguarda l’assistenza sanitaria e sociale.
- ↳ Per questo motivo le farò alcune domande molto semplici che la impegneranno per circa 20 minuti.
- ↳ Prima di cominciare le ricordo che il questionario è anonimo e che le informazioni che mi darà saranno assolutamente riservate, serviranno solo per questo studio e non saranno fornite a nessun altro. Se vuole può interrompere l’intervista in ogni momento.
- ↳ A questo punto possiamo cominciare. In generale per ogni domanda le dirò anche le risposte. Le chiedo di scegliere la risposta più giusta per lei. Alla fine dell’intervista prenderò nota dei commenti o suggerimenti aggiuntivi che vorrà indicarmi.
- ↳ La ringrazio fin da ora del suo tempo e della sua disponibilità.

5

#### Informativa privacy per il Proxy



Leggi solo se chi risponde all'intervista dall'inizio è il Proxy ovvero un familiare o altra persona di fiducia che è regolarmente a contatto con l'anziano almeno 1 volta a settimana e che può sostenerlo durante l'intervista anche rispondendo al suo posto

#### LEGGI

- ↳ Buon giorno, sono *(nome e cognome)*, un operatore di *(specificare ente di appartenenza)*
- ↳ Stiamo conducendo uno studio denominato “Passi d’Argento” sulle persone con 65 anni e più per conoscere i loro problemi di salute e le loro esigenze per quanto riguarda l’assistenza sanitaria e sociale.
- ↳ Per questo motivo le farò alcune domande molto semplici sulla salute e sulle attività quotidiane del/la Signor/la *(nome e cognome dell'anziano)*, che la impegneranno per circa 10 minuti.
- ↳ Prima di cominciare le ricordo che il questionario è anonimo e che le informazioni che mi darà saranno assolutamente riservate, serviranno solo per questo studio e non saranno fornite a nessun altro. Se vuole può interrompere l’intervista in ogni momento. A questo punto possiamo cominciare. La ringrazio fin da ora del suo tempo e della sua disponibilità.

- a) Data intervista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- b) Ora di inizio dell'intervista (ora/min.) \_\_\_\_\_
- c) Tipo d'intervista:  1 - Telefonica  
 2 - Faccia a faccia
- d) Risponde:  1 - L'anziano  
 2 - Il Proxy

### SEZIONE 1: Stato di salute e qualità della vita

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

1.1 Come va in generale la sua salute?



*Leggere le risposte*

- 1 - Molto bene
- 2 - Bene
- 3 - Discretamente
- 4 - Male
- 5 - Molto male



*NON leggere*

- 6 - Non so

1.2 Come si sente rispetto ad un anno fa?



*Leggere le risposte*

- 1 - Molto meglio
- 2 - Leggermente meglio
- 3 - Allo stesso modo
- 4 - Leggermente peggio
- 5 - Molto peggio



*NON leggere*

- 6 - Non so



Le domande che seguono si riferiscono agli ultimi 30 giorni.

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

Numero di giorni

*NON leggere*

Non so / non ricordo

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

Numero di giorni



*NON leggere*

Non so / non ricordo

7



Ora pensi alle cose che fa tutti i giorni.

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

Numero di giorni



*NON leggere*

Non so / non ricordo



*Se risponde il proxy dall'inizio dell'intervista non eseguire il test della memoria e saltare direttamente alla domanda 1.6.*

*Se risponde l'anziano: segue il test della memoria. Pronuncia le tre parole del test lentamente e scandendole bene. Nel caso in cui la persona non sia in grado di ricordarle tutte e tre al primo tentativo, ripetile fino ad un massimo di tre volte. Se non è in grado di ripeterle dopo tre tentativi, passa alla domanda successiva.*



Adesso le farò un breve test che riguarda la memoria.

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

Le tre parole sono:

casa            verde            gatto

Per favore, può ripeterle?



Ora continuiamo con l'intervista, vorrei farle ancora qualche domanda su come Lei si sente dal punto di vista psicologico e su come affronta la vita di ogni giorno. Queste domande si riferiscono alle ultime 2 settimane.


- 1.6 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni ha provato poco interesse nel fare le cose che di solito fa con piacere?




*Leggere le risposte*


- 1 - Quasi tutti i giorni  
 2 - Per più della metà dei giorni  
 3 - Per alcuni giorni  
 4 - Mai


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

-  *Leggere le risposte*
- 1 - Quasi tutti i giorni
  - 2 - Per più della metà dei giorni
  - 3 - Per alcuni giorni
  - 4 - Mai


 *Leggere la domanda che segue solo per quelli che rispondono “Quasi tutti i giorni”, “Per più della metà dei giorni”, “Per Alcuni giorni” a ENTRAMBE le domande 1.6 e 1.7.*

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


-  *Leggere le risposte e barrare tutte le voci che interessano*
- 1 - Personale sanitario, ad esempio medico di famiglia, psicologo, infermiere
  - 2 - Persone di fiducia, ad esempio i suoi familiari o amici
  - 3 - No, a nessuno


 *NON leggere*

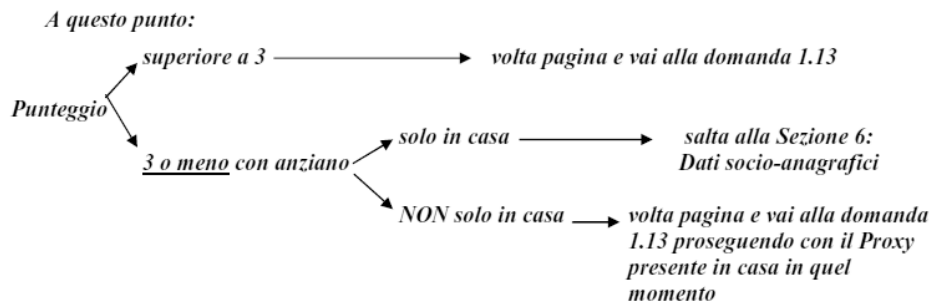
- 4 - Non so / non ricordo

 *Se risponde il proxy dall’inizio non eseguire il test della memoria e salta a pagina 11 alla domanda 1.13.*

**LEGGI** Riprendiamo adesso il test sulla memoria con qualche domanda.

 *Barrare le caselle senza dire all’intervistato se la risposta è corretta o errata. Ogni risposta corretta vale un punto.*

	Risposta corretta	Risposta errata
1.9 - Per favore, può dirmi in che anno siamo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 - E in che mese dell’anno siamo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11 - E quale giorno della settimana è oggi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12 - Grazie, ora può per favore dirmi di nuovo le tre parole che le ho detto prima?		
1. Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <i>Fai la somma delle risposte corrette e trascrivi il punteggio nella casella accanto</i>	<input type="text"/>	



9



Se l'anziano è solo in casa o il proxy non è disponibile, oltre a seguire le istruzioni sopra indicate, prova a fissare un appuntamento per effettuare l'intervista. Nel caso il tentativo andasse a buon fine ricordati di utilizzare nuovamente questo questionario.



La persona che risponde al seguito dell'intervista è:

- l'anziano campionato
- il Proxy

Se chi continua NON è l'anziano leggi prima le istruzioni seguenti, poi vai alla domanda 1.13.



A questo punto, se lei è d'accordo, avremmo bisogno della collaborazione del suo familiare o della persona che le sta vicino, per rivolgergli alcune domande. Si tratta di domande molto semplici che si riferiscono alla sua Salute e alle attività di tutti i giorni.


### ***Informativa privacy per il Proxy***




Leggi solo se chi continua l'intervista è il Proxy ovvero un familiare o altra persona di fiducia che è regolarmente a contatto con l'anziano almeno 1 volta a settimana e che può sostenerlo durante l'intervista anche rispondendo al suo posto


- ↳ Buon giorno, sono (nome e cognome), un operatore di (specificare ente di appartenenza)
- ↳ Stiamo conducendo uno studio denominato "Passi d'Argento" sulle persone con 65 anni e più per conoscere i loro problemi di salute e le loro esigenze per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e sociale.
- ↳ Per questo motivo le farò alcune domande molto semplici sulla salute e sulle attività quotidiane del/la Signor/a (nome e cognome dell'anziano), che la impegneranno per circa 10 minuti.
- ↳ Prima di cominciare le ricordo che il questionario è anonimo e che le informazioni che mi darà saranno assolutamente riservate, serviranno solo per questo studio e non saranno fornite a nessun altro. Se vuole può interrompere l'intervista in ogni momento.
- ↳ A questo punto possiamo cominciare. La ringrazio fin da ora del suo tempo e della sua disponibilità.



 *Se risponde il Proxy leggere le domande facendo riferimento all'anziano.  
Es. "Come va in generale la salute del Signor ...?"*


 Vorrei rivolgerle alcune domande molto semplici che si riferiscono alle attività di tutti i giorni.

1.13 Anche usando gli occhiali, vede bene per leggere il giornale, cucire, leggere l'ora sull'orologio o fare piccoli lavori?

 *Leggere le risposte*


1 - Sì, abbastanza

2 - No, non vedo bene

 *NON leggere*

3 - Non so


1.14 Sente bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno?

 *Leggere le risposte*

1 - Sì, abbastanza


2 - Sì, solo se uso l'apparecchio acustico

3 - No, non sento bene

 *NON leggere*

4 - Non so


1.15 Di solito, può mangiare i cibi difficili da masticare, come la carne o le mele?

 *Leggere le risposte*

1 - Sì, abbastanza

2 - Sì, solo se uso la dentiera

3 - No, non riesco a mangiare cibi difficili

 *NON leggere*

4 - Non so

**SEZIONE 2: Cadute**

**LEGGI** Le farò adesso alcune domande sulle cadute. Pensi agli ultimi 30 giorni e mi dica se:

2.1 È caduto/a a terra negli ultimi 30 giorni?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 2.5*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 2.5*)

2.2 Se sì, dove è avvenuta l'ultima caduta?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Cucina
- 2 - Bagno
- 3 - Camera da letto
- 4 - Ingresso
- 5 - Scale
- 6 - Giardino
- 7 - Strada
- 8 - Mezzo di trasporto
- 9 - Non ricordo
- 10 - Altro, specificare \_\_\_\_\_

2.3 Si è fatto male in questa ultima caduta?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì, mi sono fatto/a male
- 2 - No, non mi sono fatto/a male (*salta alla domanda 2.5*)
- 3 - Non ricordo (*salta alla domanda 2.5*)

2.4 A causa di quest'ultima caduta, è stato/a ricoverato/a per più di un giorno?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo


2.5 Attualmente ha paura di cadere?




*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

2.6 Per la vasca da bagno o per la doccia, usa:


 Leggi tutte le voci e indica <i>Si</i> o <i>No</i> in ogni riga	Si	No
1 - tappetino antiscivolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - maniglioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - seggiolini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


2.7 Negli ultimi 12 mesi, un medico o un altro operatore sanitario le ha dato consigli su come evitare di cadere?

-  **NON** Leggere le risposte
- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo


12

### SEZIONE 3: Attività della vita quotidiana


 **LEGGI** Adesso le chiederò alcune informazioni sulle sue attività quotidiane; vorrei sapere quello che lei riesce a fare da solo e quello per cui ha bisogno di aiuto.


 Per ogni area funzionale elencata di seguito, scegliere la descrizione che più si avvicina barrando la casella corrispondente (la parola "aiuto" significa supervisione, guida, o supporto da parte di altri).

3.1 È in grado di:

 Leggi tutte le voci e barra una sola risposta in ogni riga	Da solo/a anche se con problemi	Solamente se aiutato/a	No, non riesco a farlo
1 - spostarsi da una stanza all'altra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - mangiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - vestirsi e spogliarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - fare il bagno o la doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - andare in bagno per fare i propri bisogni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

È in grado di:

 Leggere le risposte	Sì, senza problemi	Ho occasionali episodi di incontinenza	Ho problemi continui di incontinenza e/o uso il catetere
6 - trattenere urine e feci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Se ha risposto "da solo" o "Sì, senza problemi" a queste ultime 6 domande salta alla domanda 3.6

3.2 Attualmente, nelle attività che non è in grado di fare da solo/a, riceve aiuto da parte dei servizi pubblici ad esempio la ASL o il Comune?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì  
 2 - No (*salta alla domanda 3.4*)  
 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 3.4*)

3.3 Di che tipo di aiuto si tratta?



*Leggere e barrare tutte le voci che interessano*

- 1 - Assistenza a domicilio  
 2 - Contributi economici  
 3 - Assegno di cura  
 4 - Accompagnamento  
 5 - Centro diurno  
 6 - Altro, specificare \_\_\_\_\_

*NON leggere*

- 7 - Non so/non ricordo

13

3.4 Nelle attività che non è in grado di fare da solo/a, riceve aiuto da parte di:



*Leggi tutte le voci e indica Sì o No in ogni riga*

	Sì	No
1 - Familiari e/o amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Volontari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Persone a pagamento ad esempio badante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.5 Complessivamente come giudica l'aiuto che riceve per le attività che non riesce a fare da solo?



*Leggere le risposte*


- 1 - Soddisfacente  
 2 - Appena sufficiente  
 3 - Non sufficiente  
 4 - Gravemente insufficiente




*NON leggere*

- 5 - Non so


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

 Per ogni attività elencata di seguito, scegli la descrizione che più si avvicina barrando la casella corrispondente (la parola "aiuto" significa supervisione, guida, o supporto da parte di altri). Per le attività che di solito non vengono svolte (es. per gli uomini: fare il bucato) chiedi all'intervistato se è in grado di farle "Da solo, anche se con problemi; Solamente se aiutato, No, non riesco a farlo".


3.6 È in grado di:

 Leggi tutte le voci e barra una sola risposta in ogni riga	Da solo/a anche se con problemi	Solamente se aiutato/a	No, non riesco a farlo
1 - usare il telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - prendere le medicine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - fare la spesa o delle compere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - cucinare o riscaldare i pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - prendersi cura della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - pagare conti o bollette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


14

 Se ha risposto "da solo" a queste ultime 8 domande salta alla sezione 4

3.7 Attualmente, nelle attività che non è in grado di fare da solo/a, riceve aiuto da parte dei Servizi pubblici della ASL o del Comune?


-  **NON leggere le risposte**
- 1 - Sì
  - 2 - No
  - 3 - Non so / non ricordo


3.8 Nelle attività che non è in grado di fare da solo/a, riceve aiuto da parte di:

 Leggi tutte le voci e indica Sì o No in ogni riga

	Sì	No
1 - Familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Volontari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Persone a pagamento ad esempio badante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.9 Complessivamente come giudica l'aiuto che riceve per le attività che non riesce a fare da solo?

-  **Leggere le risposte**
- 1 - Soddisfacente
  - 2 - Appena sufficiente
  - 3 - Non sufficiente
  - 4 - Gravemente insufficiente

-  **NON leggere**
- 5 - Non so

**SEZIONE 4: Stili di vita e attività sociali****LEGGI** Ora vorrei farle alcune domande sull'appetito.

4.1 Come giudica il suo appetito?

*Leggere le risposte*

- 1 - Scarso  
 2 - Normale  
 3 - Abbondante

*NON leggere*

- 4 - Non so / non ricordo

15

4.2 Il suo appetito è sempre stato così?

*Leggere le risposte*

- 1 - Sì (*salta alla domanda 4.4*)  
 2 - No, è aumentato (*salta alla domanda 4.4*)  
 3 - No, è diminuito

*NON leggere*

- 4 - Non so / non ricordo

4.3 Se è diminuito, da quanto tempo?

*Leggere le risposte*

- 1 - Negli ultimi 3 mesi  
 2 - Ultimi 4-12 mesi  
 3 - Da più di 12 mesi

*NON leggere*

- 4 - Non so / non ricordo

4.4 Ha perso peso negli ultimi 12 mesi?

*NON Leggere le risposte*

- 1 - Sì  
 2 - No (*salta alla domanda 4.6*)  
 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.6*)

4.5 Quanto peso ha perso?

				Kg
--	--	--	--	----

4.6 Qual è il suo peso attuale?

					Kg
--	--	--	--	--	----

4.7 Qual è la sua altezza?

			cm
--	--	--	----

**LEGGI** Le domande che le faccio ora riguardano le sue abitudini in una giornata normale degli ultimi 12 mesi. Non pensi quindi ai periodi di festa o a quelli in cui è stato malato o fuori casa.

Cominciamo con alcune domande sul suo consumo di frutta e verdura. Consideri che per una porzione di frutta o di verdura s'intende un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta...

4.8 ... quindi, le chiedo: in una giornata normale, in totale quante porzioni o di frutta o di verdura mangia?



*Leggere le risposte*

- 1 - Nessuna
- 2 - Una o due porzioni
- 3 - Tre o quattro porzioni
- 4 - Cinque o più porzioni



*NON leggere*

- 5 - Non so / non ricordo

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

4.9 Attualmente lei beve vino, birra, amari, aperitivi alcolici o altri liquori?



*NON Leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 4.12*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.12*)

4.10 Quanti bicchieri beve di:



*Leggi tutte le voci e indica i bicchieri in una giornata "normale". Se meno di 1 bicchiere al dì, scrivi 0 e indica i bicchieri in una settimana.*

- 1 - Vino
- 2 - Birra
- 3 - Amari, aperitivi o altri liquori

...in una  
giornata  
normale  
\_	\_
\_	\_
\_	\_



*Se meno di  
1 bicchiere  
al dì*

→  
→  
→

E quanti bicchieri  
beve in una settimana  
normale?

\_	\_
\_	\_
\_	\_


4.11 Negli ultimi 12 mesi, un medico o un altro operatore sanitario le ha mai consigliato di bere meno bevande alcoliche?



*NON Leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

**LEGGI** Ora le rivolgo qualche domanda sull'attività fisica che svolge nei vari momenti: di svago, di attività domestica, di lavoro.

 Verifica se sussistono condizioni che impediscono lo svolgimento delle normali attività fisiche. Se Sì, specifica \_\_\_\_\_ e salta alla domanda 4.16

4.12 Negli ultimi 7 giorni quali di queste attività ha svolto?



 Leggi tutte le voci e indica Sì o No in ogni riga. Se Sì, indica frequenza e durata media:	Sì	No	 Se Sì, chiedi	Quanti giorni la settimana?	In media per quante ore al giorno?*			
1 - Leggere, guardare la Tv, fare lavoretti manuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
2 - Passeggiare, portare il cane a spasso, andare in bicicletta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
3 - Praticare <u>attività fisica leggera</u> come ginnastica dolce, pesca, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
4 - Praticare <u>attività fisica moderata</u> come ballo, caccia, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
5 - Praticare <u>attività fisica pesante</u> come nuoto, corsa, ciclismo, ginnastica aerobica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
6 - Praticare <u>ginnastica con attrezzi</u> , flessioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

17

\* Legenda valida per le domande 4.12 e 4.13 per le modalità di risposta a "In media per quante ore al giorno? ".


a meno di 1 ora     b da 1 ora a meno di 2     c da 2 a 4 ore     d più di 4 ore

4.13 Negli ultimi 7 giorni si è dedicato a:

 Leggi tutte le voci e indica Sì o No in ogni riga. Se Sì, indica frequenza e durata media:	Sì	No	 Se Sì, chiedi	Quanti giorni la settimana?	In media per quante ore al giorno? *			
1 - Praticare <u>attività domestiche leggere</u> come spolverare, lavare i piatti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
2 - Praticare <u>attività domestiche pesanti</u> come lavare pavimenti, spostare mobili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
3 - Eseguire <u>piccole riparazioni</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
4 - Eseguire lavori nell'orto o in giardino come zappare o vangare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
5 - Fare giardinaggio, curare i fiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
6 - Prendersi cura di una persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d



4.14 Nel corso degli ultimi 7 giorni ha svolto attività lavorative remunerate o di volontariato?

 *NON Leggere le risposte*


- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 4.16*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.16*)

4.15 Per quante ore?

ore


 **Ora vorrei farle alcune domande sul fumo.**

4.16 In tutta la sua vita, ha fumato in tutto almeno 100 sigarette ovvero 5 pacchetti da 20 sigarette?

 *NON leggere le risposte*


- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 4.19*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.19*)

4.17 Attualmente fuma sigarette?


 *NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 4.19*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.19*)


4.18 Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha consigliato di smettere di fumare?

 *NON Leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo


 **Adesso pensi alle cose che fa in una settimana normale. Le chiedo se...**

4.19 fa quattro chiacchiere con qualcuno per telefono o di persona?

 *NON Leggere le risposte*


- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

4.20 ha qualcuno che fa per lei delle piccole commissioni gratuitamente quando non può farle da solo/a?


 *NON Leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo


**4.21** partecipa ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia, al teatro?

-  *NON leggere le risposte*
- 1 - Sì
  - 2 - No
  - 3 - Non so / non ricordo


**4.22** Ha nipoti con meno di 14 anni?

-  *NON leggere le risposte*
- 1 - Sì
  - 2 - No (*salta alla domanda 4.24*)
  - 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 4.24*)

**4.23** Se sì, in una settimana normale accudisce e aiuta questi suoi nipoti:


-  *Leggere le risposte*
- 1 - Quasi tutti i giorni
  - 2 - Alcuni giorni
  - 3 - Mai

**4.24** In una settimana normale accudisce e aiuta altri suoi familiari come congiunto, figli, fratelli/sorelle:


-  *Leggere le risposte*
- 1 - Quasi tutti i giorni
  - 2 - Alcuni giorni
  - 3 - Mai

**LEGGI** Ora consideri gli ultimi 12 mesi, cioè da \_\_\_\_\_ (*Dire il mese*) scorso ad oggi. In questo periodo di tempo...

**4.25** Ha fatto attività di volontariato, cioè fare cose gratuitamente a favore di altri come bambini, disabili, ospedali, scuole?


-  *NON leggere le risposte*
- 1 - Sì
  - 2 - No
  - 3 - Non so / non ricordo

**4.26** Negli ultimi 12 mesi, ha prestato la sua assistenza ad altri anziani come:


 <i>Leggi tutte le voci e indica Sì o No in ogni riga</i>	Sì	No
1 - Anziani della famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Amici/ conoscenti anziani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**LEGGI** Sempre pensando agli ultimi 12 mesi, cioè da.....scorso ad oggi, le chiedo se...

**4.27** In questo periodo ha partecipato a corsi di istruzione o corsi di formazione per adulti come ad esempio corso di inglese, di cucina, di computer?

-  *NON leggere le risposte*
- 1 - Sì
  - 2 - No
  - 3 - Non so / non ricordo

## SEZIONE 5: Attenzione e assistenza agli anziani

 La ringrazio per la disponibilità fin ad ora dimostrata, stiamo quasi per concludere l'intervista, ancora pochi minuti e le domande saranno finite.

Le prossime domande riguardano l'ultima visita che lei ha fatto dal medico di famiglia e dal dentista ed eventuali ricoveri in ospedale.

5.1 Negli ultimi 12 mesi è stato/a ricoverato/a per almeno due giorni di seguito in ospedale?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

20

5.2 Negli ultimi 12 mesi è stato visitato almeno una volta dal Medico di famiglia?

*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

5.3 Quando è stato visitato l'ultima volta dal suo Medico di famiglia?



*Leggere le risposte*

- 1 - Negli ultimi 3 mesi
- 2 - Negli ultimi 4-12 mesi
- 3 - Da più di 12 mesi

*NON leggere*

- 4 - Non so / non ricordo

5.4 Negli ultimi 12 mesi è stato/a dal dentista almeno una volta?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì (*salta alla domanda 5.6*)
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

5.5 E per quale motivo non si è recato dal dentista?



*NON leggere le risposte, barrare solo il motivo principale*

- 1 - Non ne ho avuto bisogno
- 2 - Non mi è stato consigliato
- 3 - Liste d'attesa troppo lunghe
- 4 - Costa troppo
- 5 - Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**LEGGI** Ora vorrei farle alcune domande sulle medicine che ha preso negli ultimi 7 giorni.

5.6 Negli ultimi 7 giorni ha fatto uso di medicine?



*Leggere le risposte*

- 1 - Sì  
 2 - No (*salta alla domanda 5.11*)



*NON leggere*

- 3 - Non so/non ricordo (*salta alla domanda 5.11*)

5.7 Negli ultimi 7 giorni, quanti tipi differenti di medicine ha preso?



*Se "nessuna" segna 0 e vai alla domanda 5.9*

medicine

21

5.7bis Ha bisogno di aiuto per prendere le medicine?



*Leggere le risposte*

- 1 - Sì  
 2 - No



*NON leggere*

- 3 - Non so/non ricordo

5.8 Per prendere in maniera regolare le medicine di solito riceve aiuto da:



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

- 1 - Persone di fiducia, ad esempio i suoi familiari o amici  
 2 - Personale sanitario, ad esempio medico di famiglia, specialista, infermiere  
 3 - No, nessuno



*NON leggere*

- 4 - Non so/non ricordo

5.9 Durante le ultime visite, il suo Medico di famiglia si è fermato a vedere se prende le medicine giuste, negli orari giusti e nelle quantità giuste?



*Leggere le risposte*

- 1 - Sì  
 2 - No (*salta alla domanda 5.11*)



*NON leggere*

- 3 - Non so/non ricordo (*salta alla domanda 5.11*)

5.10 Quando è stata l'ultima volta che il suo Medico di famiglia ha controllato con lei le medicine che prende?



*Leggere le risposte*

- 1 - Negli ultimi 30 giorni  
 2 - Negli ultimi 3 mesi  
 3 - Negli ultimi 4-12 mesi  
 4 - Da più di 12 mesi

*NON leggere*

- 5 - Non so / non ricordo

5.11 Qualcuno le ha mai consigliato di vaccinarsi contro l'influenza?



*Leggere le risposte*

- 1 - Sì, il mio medico di famiglia
- 2 - Sì, altre persone
- 3 - No, nessuno mi ha consigliato



*NON leggere*

- 4 - Non so / non ricordo

5.12 Negli ultimi 12 mesi, ha fatto la vaccinazione contro l'influenza?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

**LEGGI** Adesso le chiedo qualche informazione sui servizi per gli anziani del suo paese o città

5.13 Ha mai sentito parlare del centro anziani o di circoli e associazioni per anziani?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 5.15*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 5.15*)

5.14 Negli ultimi 12 mesi si è recato almeno una volta in uno di questi centri per anziani?



*NON leggere le risposte*


- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

5.15 Durante l'ultima estate, il suo medico o un altro operatore le ha dato consigli per proteggersi durante i giorni in cui fa troppo caldo?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

 Le domande 5.16- 5.19 si riferiscono a programmi o servizi attivi a livello locale.

5.16 Ha mai sentito parlare di \_\_\_\_\_?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No (*salta alla domanda 5.18*)
- 3 - Non so / non ricordo (*salta alla domanda 5.18*)

5.17 Se sì, negli ultimi 12 mesi, ha mai partecipato a \_\_\_\_\_?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì  
 2 - No  
 3 - Non so / non ricordo

5.18 Ha mai sentito parlare di \_\_\_\_\_?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì  
 2 - No (*salta alla sezione 6*)  
 3 - Non so / non ricordo (*salta alla sezione 6*)

23

5.19 Se sì, negli ultimi 12 mesi, ha mai partecipato a \_\_\_\_\_?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì  
 2 - No  
 3 - Non so / non ricordo

### SE ZIONE 6: Dati socio-anagrafici



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

F  M

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

6.1 Mi può dire la sua età?

Anni

6.2 Lei è:



*Leggere le risposte*

- 1 - Coniugato/a  
 2 - Celibe / nubile  
 3 - Vedovo/a  
 4 - Separato/a o divorziato/a

6.3 Attualmente, con chi vive?



*Leggere e barrare tutte le voci che interessano*

- 1 - Da solo/a  
 2 - Con coniuge o compagno/a, fratelli / sorelle  
 3 - Con i figli / nuora o genero / nipoti  
 4 - Con una badante  
 5 - Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

6.4 Qual è la sua cittadinanza?



*Leggere le risposte*

- 1 - Italiana (*salta alla domanda 6.6*)
- 2 - Straniera

6.5 Da quanti anni vive in Italia?

anni

6.6 Durante gli ultimi 12 mesi cioè da \_\_\_\_ a \_\_\_\_ ha fatto un lavoro per cui è stato pagato?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

24

6.7 Lei ha una pensione di anzianità o reversibilità?



*NON leggere le risposte*

- 1 - Sì
- 2 - No
- 3 - Non so / non ricordo

6.8 Che titolo di studio ha?



*Leggere le risposte*

- 1 - Nessuno
- 2 - Elementare
- 3 - Media
- 4 - Superiori
- 5 - Laurea

6.9 La casa in cui vive è:



*Leggere le risposte*

- 1 - Propria o del coniuge
- 2 - Di persone di fiducia come familiari o amici
- 3 - In usufrutto/comodato d'uso
- 4 - In affitto

*Non leggere*

- 5 - Non so / non ricordo

6.10 Con le risorse finanziarie a sua disposizione, da reddito proprio o familiare, come arriva a fine mese?




*Leggere le risposte*

- 1 - Molto facilmente
- 2 - Abbastanza facilmente
- 3 - Con qualche difficoltà
- 4 - Con molte difficoltà




*Non leggere*

- 5 - Non so

 Le domande seguenti sono solo per il Proxy. Se risponde l'anziano vai alla 6.15

**LEGGI** Abbiamo quasi finito. Ora vorrei chiederLe...


6.11 Qual è il suo grado di parentela o relazione con il/la Signor/a (*Nome e cognome dell'anziano*)?

 **NON** Leggere le risposte


- 1 – coniuge/convivente
- 2 – sorella/fratello
- 3 – figlia/o, nipote
- 4 – amico, conoscente
- 5 – volontario
- 6 – badante
- 7 – altro, specificare \_\_\_\_\_

6.12 Mi può dire la sua età?

Anni


 Indicare il sesso del Proxy      F       M

6.13 Che titolo di studio ha?

 Leggere le risposte

- 1 - Nessuno
- 2 - Elementare
- 3 - Media
- 4 - Superiori
- 5 - Laurea

6.14 Nell'ultimo mese ogni quanti giorni ha frequentato il/la Signor/a (*Nome e cognome dell'anziano*)?

 Leggere le risposte

- 1 - Giornalmente
- 2 - Più di una volta a settimana
- 3 - Una volta a settimana
- 4 - Meno di una volta a settimana

*Non leggere*

- 5 - Non so/ non ricordo

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

6.15 L'ente per cui lavoro ovvero (*Specificare ente di appartenenza, es il Comune di.../la ASL di ...*) vuole rendere migliori i servizi offerti alle persone anziane. Vuole dare qualche consiglio per contribuire a questo miglioramento?

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



 *Prima di salutare l'intervistato verifica di aver risposto a tutte le domande e completa le "domande per l'intervistatore"*

**L'intervista è finita.  
La ringrazio molto per la collaborazione!**

Ora di fine dell'intervista (ora/min.) \_\_\_\_\_

26

### ***Domande per l'intervistatore***

1. *L'intervista è stata completata fino all'ultima domanda?*  
(barrare una sola opzione)  
 1 – Sì  
 2 – No, specificare il motivo \_\_\_\_\_
  
2. *Hai avuto bisogno del supporto del Proxy fin dalla prima domanda del questionario?*  
(barrare una sola opzione)  
 1 – Sì, vai alla domanda 5  
 2 – No
  
3. *Hai avuto bisogno del supporto del Proxy dopo il test di memoria e orientamento?*  
(barrare una sola opzione)  
 1 – Sì, vai alla domanda 5  
 2 – No
  
4. *L'anziano intervistato aveva qualche problema di comunicazione, per esempio difficoltà nel sentire, nel parlare o nel capire le domande?*  
(barrare una sola opzione)  
 1 – Sì  
 2 – No

5. *Commenti e suggerimenti sul questionario:*

---

---

---

---

**L'intervista è finita.  
Ottimo lavoro!**

## Allegato A4

## Diario dell'intervistatore

Diario dell'intervistatoreN° di Estrazione Anno  Mese  Nome intervistatore Provenienza dell'intervistatore:  Sociale sanitario  Sociale del Comune  Sanitario  AltroRuolo dell'intervistato:  Titolare  Sostituto  Sostituto del sostitutoTipo di intervista:  Telefonica  Diretta

Distanza per corsa in Km in caso di intervista faccia a faccia

**Dati Intervistato**Nome  Cognome Telefono  Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Sesso  M  FVia di residenza  N.° Civico Comune di residenza  Provincia  CAP **Dati Medico**Nome  Cognome Telefono  Via ambulatorio N.° Civico ambulatorio  Comune ambulatorio Provincia  CAP

**Eventuali contatti:**

- Numero telefonico già presente*     }    **Non presente**  
   }    **Presente ma errato**  
   }    **Presente e corretto**

- Medico interpellato per il numero telefonico*    }    **No**  
   }    **Si, è stato utile**  
   }    **Si, ma non è stato utile**

- Medico interpellato per risolvere difficoltà*    }    **No**  
   }    **Si, è stato utile**  
   }    **Si, ma non è stato utile**

- Anagrafe comunale interpellata per reperire n. Telefonico*    }    **No**  
   }    **Si, è stato utile**  
   }    **Si, ma non è stato utile**

- Pagine bianche consultate per reperire il numero telefonico*    }    **No**  
   }    **Si, è stato utile**  
   }    **Si, ma non è stato utile**

- Consultato il CUP per n. telefonico*            }    **No**  
   }    **Si, è stato utile**  
   }    **Si, ma non è stato utile**

- Chiesto il n. telefonico a parenti/vicini*     }    **No**  
   }    **Si, è stato utile**  
   }    **Si, ma non è stato utile**

---

**Tentativi di comunicazione ed eventuale sostituzione**
**Primo tentativo**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_:\_\_\_\_ (ore:minuti)

**Secondo tentativo**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_:\_\_\_\_ (ore:minuti)

**Terzo tentativo**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_:\_\_\_\_ (ore:minuti)

**Quarto tentativo**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_:\_\_\_\_ (ore:minuti)

**Quinto tentativo**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_:\_\_\_\_ (ore:minuti)

**Sesto tentativo**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_:\_\_\_\_ (ore:minuti)

**Motivo della sostituzione**

- Rifiuto
- Non reperibile
- Senza telefono
- Residente o domiciliato altrove
- Istituzionalizzato (casa di riposo, ospedale, convento carcere)
- Deceduto
- Non conosce la lingua italiana
- Non sente e non parla
- Grave disabilità psichica
- Grave disabilità fisica

---

*Note:*

---

---

---

---

---

---

---

---













---

---

---

## Allegato A5

## Confronto questionari Indagine 2009 e 2010

QUESTIONARIO 2009	QUESTIONARIO 2010
<b>VISTA</b>	
<b>Motivi del cambiamento: maggiore chiarezza nella domanda e nelle sue modalità di risposta</b>	
<p><b>1.6</b> <i>Vede abbastanza bene, per esempio da leggere il giornale, cucire, leggere l'ora sull'orologio o fare piccoli lavori?</i></p> <p> <b>Leggere le risposte</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì, senza problemi</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Sì, se indosso gli occhiali</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Male, anche con gli occhiali</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - No</p>	<p><b>1.13</b> <i>Anche usando gli occhiali, vede bene per leggere il giornale, cucire, leggere l'ora sull'orologio o fare piccoli lavori?</i></p> <p> <b>Leggere le risposte</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì, abbastanza</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - No, non vedo bene</p> <p> <b>NON leggere</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Non so</p>
<b>UDITO</b>	
<b>Motivi del cambiamento: maggiore chiarezza nella domanda e nelle sue modalità di risposta</b>	
<p><b>1.7</b> <i>Sente abbastanza bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno?</i></p> <p> <b>Leggere le risposte</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì, senza problemi</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Male</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - No</p> <p><b>1.8</b> <i>Abitualmente usa una protesi acustica?</i></p> <p> <b>NON Leggere le risposte</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - No</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Non so / non ricordo</p>	<p><b>1.14</b> <i>Sente bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno?</i></p> <p> <b>Leggere le risposte</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì, abbastanza</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Sì, solo se uso l'apparecchio acustico</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - No, non sento bene</p> <p> <b>NON leggere</b></p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Non so</p>
<b>MASTICAZIONE</b>	
<b>Motivi del cambiamento: maggiore chiarezza nella domanda e nelle sue modalità di risposta</b>	
<p><b>1.9</b> <i>Può mangiare i cibi difficili da masticare, come la carne o le mele?</i></p> <p> <b>Leggere le risposte</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì, senza problemi</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Male</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - No</p> <p><b>1.10</b> <i>Porta una protesi dentaria?</i></p> <p> <b>NON Leggere le risposte</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - No</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Non so / non ricordo</p> <p></p>	<p><b>1.15</b> <i>Di solito, può mangiare i cibi difficili da masticare, come la carne o le mele?</i></p> <p> <b>Leggere le risposte</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì, abbastanza</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Sì, solo se uso la dentiera</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - No, non riesco a mangiare cibi difficili</p> <p> <b>NON leggere</b></p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Non so</p>

### CONSUMO DI ALCOL

Nella prima indagine PDA 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 si indagava sul momento della giornata durante il quale se ne faceva consumo ritenendo a rischio le persone che consumavano fuori dai pasti. Gli studi in progress sul PDA ci hanno permesso di capire che l'informazione raccolta era errata o comunque insufficiente in quanto si definiscono a **rischio gli anziani che bevono più di un'unità alcolica al giorno** indipendentemente dal momento della giornata in cui ne fanno consumo. Nella seconda indagine, quindi, la domanda è stata quindi cambiata al fine di rilevare la giusta informazione.

<p><b>4.1</b> Sempre pensando ad una <u>giornata normale</u>, di solito beve birra, vino o un bicchierino tipo amaro, grappa? <i>NON leggere le risposte</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì <input type="checkbox"/> 2 - No (salta alla domanda 4.12) <input type="checkbox"/> 3 - Non so / non ricordo (salta alla domanda 4.12)</p> <p><b>4.2</b> Quando beve birra, vino o un bicchierino, in quale momento della giornata beve: <i>Leggere tutte le voci e barrare le risposte</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sì</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 - durante la mattina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 - durante il pranzo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - durante la cena</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 - dopo la cena</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sì	No	1 - durante la mattina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 - durante il pranzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 - durante la cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 - dopo la cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>4.3</b> Attualmente lei beve vino, birra, amari, aperitivi alcolici o altri liquori? <i>NON Leggere le risposte</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì <input type="checkbox"/> 2 - No (salta alla domanda 4.12) <input type="checkbox"/> 3 - Non so / non ricordo (salta alla domanda 4.12)</p> <p><b>4.4</b> Quanti bicchieri beve di: <i>Leggi tutte le voci e indica i bicchieri in una giornata "normale". Se meno di 1 bicchiere al dì, scrivi 0 e indica i bicchieri in una settimana.</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>in una giornata normale</th> <th>Se meno di 1 bicchiere al dì</th> <th>Se meno di 1 bicchiere al dì</th> <th>in una settimana normale?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 - Vino</td> <td><input type="text"/></td> <td>→</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2 - Birra</td> <td><input type="text"/></td> <td>→</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3 - Amari, aperitivi o altri liquori</td> <td><input type="text"/></td> <td>→</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		in una giornata normale	Se meno di 1 bicchiere al dì	Se meno di 1 bicchiere al dì	in una settimana normale?	1 - Vino	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 - Birra	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3 - Amari, aperitivi o altri liquori	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sì	No																																		
1 - durante la mattina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
2 - durante il pranzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
3 - durante la cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
4 - dopo la cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
	in una giornata normale	Se meno di 1 bicchiere al dì	Se meno di 1 bicchiere al dì	in una settimana normale?																																
1 - Vino	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
2 - Birra	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
3 - Amari, aperitivi o altri liquori	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																

### ATTIVITA' FISICA






Nel passaggio dalla prima alla seconda indagine le domande relative all'attività fisica sono cambiate migliorando l'efficienza dell'informazione raccolta. Nella seconda indagine è stato utilizzato un questionario validato e utilizzato a livello internazionale denominato **The Physical Activity Scale for the Elderly – PASE**. L'attività fisica presa in esame è riferita agli ultimi 7 giorni ed è distinta in 3 gruppi (attività di svago, attività domestiche e lavoro) con 4 livelli di risposta per il primo gruppo (0, 1,2,3), Yes/no per i restanti due gruppi. Il PASE score viene calcolato per ciascuna attività moltiplicando l'ammontare del tempo (h/d) o la partecipazione (yes/no) per un peso attività-specifico. Il PASE totale è ottenuto sommando i singoli PASE score.

<p><b>4.5</b> In una settimana normale fa <u>per almeno 10 minuti di seguito</u> del movimento o un'attività fisica che la fa sudare o faticare un po'? <i>NON leggere le risposte</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì <input type="checkbox"/> 2 - No (salta alla domanda 4.15) <input type="checkbox"/> 3 - Non so / non ricordo (salta alla domanda 4.15)</p> <p><b>4.6</b> Per quanti giorni fa questo tipo di attività fisica sui 7 della settimana? <i>Leggere le risposte</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Quasi tutti i giorni <input type="checkbox"/> 2 - Più della metà dei giorni <input type="checkbox"/> 3 - Alcuni giorni <input type="checkbox"/> 4 - Mai</p>	<p>Ora le rivolgo qualche domanda sull'attività fisica che svolge nei vari momenti: di svago, di attività domestica, di lavoro.</p> <p><i>Verifica se sussistono condizioni che impediscono lo svolgimento delle normali attività fisiche. Se Sì, specifica _____ e salta alla domanda 4.16</i></p> <p><b>4.7</b> Negli ultimi 7 giorni quali di queste attività ha svolto?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sì</th> <th>No</th> <th>Se Sì, chiedi</th> <th>Quanti giorni la settimana?</th> <th>In media per quante ore al giorno?*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 - Leggere, guardare la Tv, fare lavoretti manuali</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td>a b c d</td> </tr> <tr> <td>2 - Passeggiare, portare il cane a spasso, andare in bicicletta.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td>a b c d</td> </tr> <tr> <td>3 - Praticare <u>attività fisica leggera</u> come ginnastica dolce, pesca, ecc.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td>a b c d</td> </tr> <tr> <td>4 - Praticare <u>attività fisica moderata</u> come ballo, caccia, ecc.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td>a b c d</td> </tr> <tr> <td>5 - Praticare <u>attività fisica pesante</u> come nuoto, corsa, ciclismo, ginnastica aerobica.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td>a b c d</td> </tr> <tr> <td>6 - Praticare <u>ginnastica con attrezzi</u> flessioni.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td>a b c d</td> </tr> </tbody> </table>		Sì	No	Se Sì, chiedi	Quanti giorni la settimana?	In media per quante ore al giorno?*	1 - Leggere, guardare la Tv, fare lavoretti manuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d	2 - Passeggiare, portare il cane a spasso, andare in bicicletta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d	3 - Praticare <u>attività fisica leggera</u> come ginnastica dolce, pesca, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d	4 - Praticare <u>attività fisica moderata</u> come ballo, caccia, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d	5 - Praticare <u>attività fisica pesante</u> come nuoto, corsa, ciclismo, ginnastica aerobica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d	6 - Praticare <u>ginnastica con attrezzi</u> flessioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d
	Sì	No	Se Sì, chiedi	Quanti giorni la settimana?	In media per quante ore al giorno?*																																						
1 - Leggere, guardare la Tv, fare lavoretti manuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d																																						
2 - Passeggiare, portare il cane a spasso, andare in bicicletta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d																																						
3 - Praticare <u>attività fisica leggera</u> come ginnastica dolce, pesca, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d																																						
4 - Praticare <u>attività fisica moderata</u> come ballo, caccia, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d																																						
5 - Praticare <u>attività fisica pesante</u> come nuoto, corsa, ciclismo, ginnastica aerobica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d																																						
6 - Praticare <u>ginnastica con attrezzi</u> flessioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	a b c d																																						

<p>Che tipo di attività fisica fa? <i>Leggere tutte le voci e barrare le risposte</i></p> <p>1 - lavori di casa pesanti, come lavare i vetri, spostare i mobili</p> <p>2 - camminare a passo svelto</p> <p>3 - andare in bicicletta</p> <p>4 - giardinaggio</p> <p>5 - lavorare nell'orto o nei campi</p> <p>6 - attività sportiva o ricreativa per es. ginnastica, cyclette, ballo</p> <p>7 - altra attività fisica (<i>specificare</i>) _____</p>	<p>* <i>Legenda valida per le domande 4.12 e 4.13 per le modalità di risposta a "In media per quante ore al giorno?"</i>.</p> <p><input type="checkbox"/> a meno di 1 ora      <input type="checkbox"/> b da 1 ora a meno di 2      <input type="checkbox"/> c da 2 a 4 ore      <input type="checkbox"/> d più di 4 ore</p> <p><b>4.8</b> Negli ultimi 7 giorni si è dedicato a:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">                     Leggi tutte le voci e indica Sì o No in ogni riga. Se Sì, indica frequenza e durata media:                 </th> <th colspan="2"> <input type="checkbox"/> Sì    <input type="checkbox"/> No                 </th> <th rowspan="2">  Se Sì, chiedi                 </th> <th rowspan="2">                     Quanti giorni la settimana?                 </th> <th rowspan="2">                     In media per quante ore al giorno? *                 </th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 - Praticare <u>attività domestiche leggere</u> <i>come spolverare, lavare i piatti</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td><input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</td> </tr> <tr> <td>2 - Praticare <u>attività domestiche pesanti</u> <i>come lavare pavimenti, spostare mobili</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td><input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</td> </tr> <tr> <td>3 - Eseguire <u>piccole riparazioni</u></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td><input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</td> </tr> <tr> <td>4 - Eseguire lavori nell'orto o in giardino <i>come zappare o vangare</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td><input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</td> </tr> <tr> <td>5 - Fare giardinaggio, curare i fiori</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td><input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</td> </tr> <tr> <td>6 - Prendersi cura di una persona</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>I_I</td> <td><input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>4.9</b> Nel corso degli ultimi 7 giorni ha svolto attività lavorative remunerate o di volontariato?  <b>NON Leggere le risposte</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - No (<i>salta alla domanda 4.16</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Non so / non ricordo (<i>salta alla domanda 4.16</i>)</p>	Leggi tutte le voci e indica Sì o No in ogni riga. Se Sì, indica frequenza e durata media:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Se Sì, chiedi	Quanti giorni la settimana?	In media per quante ore al giorno? *					1 - Praticare <u>attività domestiche leggere</u> <i>come spolverare, lavare i piatti</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	2 - Praticare <u>attività domestiche pesanti</u> <i>come lavare pavimenti, spostare mobili</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	3 - Eseguire <u>piccole riparazioni</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	4 - Eseguire lavori nell'orto o in giardino <i>come zappare o vangare</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	5 - Fare giardinaggio, curare i fiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	6 - Prendersi cura di una persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
Leggi tutte le voci e indica Sì o No in ogni riga. Se Sì, indica frequenza e durata media:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Se Sì, chiedi	Quanti giorni la settimana?				In media per quante ore al giorno? *																																							
1 - Praticare <u>attività domestiche leggere</u> <i>come spolverare, lavare i piatti</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d																																										
2 - Praticare <u>attività domestiche pesanti</u> <i>come lavare pavimenti, spostare mobili</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d																																										
3 - Eseguire <u>piccole riparazioni</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d																																										
4 - Eseguire lavori nell'orto o in giardino <i>come zappare o vangare</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d																																										
5 - Fare giardinaggio, curare i fiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d																																										
6 - Prendersi cura di una persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	I_I	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d																																										

	<p style="text-align: center;"><b>FARMACI</b></p> <p>Spesso, con l'età, aumentano i problemi di salute e nuovi malanni si sommano ad altri. Al rialzo della pressione arteriosa si aggiunge l'artrosi; in un paziente diabetico possono subentrare problemi cardiaci o difficoltà respiratorie. Gli anziani, in genere, consumano più farmaci perché hanno più problemi contemporaneamente e in molti casi si tratta di malattie croniche che richiedono trattamenti continuativi. Aumentando il numero di farmaci assunti, aumenta anche il rischio che compaiano effetti negativi legati alla terapia. Con l'età inoltre può diventare più difficile seguire scrupolosamente le istruzioni ricevute e possono aumentare gli errori nell'assunzione dei medicinali. Quanti più farmaci si assumono, tanto più aumenta la probabilità di sbagliare. La perdita della memoria, l'indebolimento della vista e la scarsa destrezza manuale possono anch'essi giocare un ruolo importante.</p>
	<p><b>LEGGI</b> Ora vorrei farle alcune domande sulle medicine che ha preso negli ultimi 7 giorni.</p> <p><b>5.6</b> Negli ultimi 7 giorni ha fatto uso di medicine?  <i>Leggere le risposte</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - No (<i>salta alla domanda 5.11</i>)</p> <p> <i>NON leggere</i></p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Non so/non ricordo (<i>salta alla domanda 5.11</i>)</p> <p><b>5.7</b> Negli ultimi 7 giorni, quanti tipi differenti di medicine ha preso?  Se "nessuna" segna 0 e vai alla domanda 5.9</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> medicine</p> <p><b>5.7bis</b> Ha bisogno di aiuto per prendere le medicine?  <i>Leggere le risposte</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - No</p> <p> <i>NON leggere</i></p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Non so/non ricordo</p>



	<p><b>5.8</b> Per prendere in maniera regolare le medicine di solito riceve aiuto da: <b>Leggere le risposte e barrare tutte le voci che interessano</b></p> <p> <input type="checkbox"/> 1 - Persone di fiducia, ad esempio i suoi familiari o amici</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Personale sanitario, ad esempio medico di famiglia, specialista, infermiere</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - No, nessuno</p> <p> <b>NON leggere</b></p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Non so/non ricordo</p> <p><b>5.9</b> <i>Durante le ultime visite, il suo Medico di famiglia si è fermato a vedere se prende le medicine giuste, negli orari giusti e nelle quantità giuste?</i></p> <p> <b>Leggere le risposte</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sì</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - No (<i>salta alla domanda 5.11</i>)</p> <p> <b>NON leggere</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Non so/non ricordo (<i>salta alla domanda 5.11</i>)</p> <p><b>5.10</b> <i>Quando è stata l'ultima volta che il suo Medico di famiglia ha controllato con lei le medicine che prende?</i></p> <p> <b>Leggere le risposte</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Negli ultimi 30 giorni</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Negli ultimi 3 mesi</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Negli ultimi 4-12 mesi</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Da più di 12 mesi</p> <p><b>NON leggere</b></p> <p><input type="checkbox"/> 5 - Non so / non ricordo</p>
--	---

## Allegato A6

---

# Istruzione per la conduzione del Role Play

### Introduzione

Il *role play*, letteralmente gioco di ruolo, consiste solitamente nell'esame in gruppo di un caso scritto e nella successiva "recita" da parte di alcuni membri del gruppo.

Nel progetto PASSI d'Argento, gli "attori" del *role play* sono gli operatori dei servizi socio-sanitari e sociali che realizzeranno le interviste: i nostri intervistatori. Durante il *role play*, gli intervistatori sono chiamati ad indossare sia i panni dell'intervistatore che quelli dell'intervistato o del *proxy* e a simulare un'intervista faccia a faccia o telefonica, enfatizzando alcuni aspetti caratteriali dell'uno e dell'altro personaggio.

L'obiettivo di questo documento è quello di fornire ai formatori del Progetto PASSI d'Argento gli elementi fondamentali per la gestione e l'analisi dei *role play* che saranno condotti nel corso della formazione regionale.

Questo documento contiene:

1. Indicazioni e suggerimenti per la gestione dei *role play*
2. La *checklist* del conduttore
3. Una breve introduzione ai 3 casi, per ognuno dei quali sono stati messi a punto i seguenti canovacci dell'intervistato e dell'intervistatore:
  - Caso 1: L'Anziano con poca memoria
  - Caso 2: L'Anziano come risorsa
  - Caso 3: L'Anziano logorroico

Per la formazione regionale, i formatori distribuiranno i casi solamente agli "attori" del *role play*. I casi da distribuire sono disponibili sul sito della formazione PDA.

## 1. Indicazioni e suggerimenti per la gestione del Role Play

### 1.1 Definizione e obiettivi del *role play*

Il *role play*, indicato anche come simulazione su casi, è una tecnica didattica di tipo "esperienziale", in cui l'apprendimento avviene soprattutto tramite la verifica, in situazione sperimentale e protetta della validità o meno di certe scelte comportamentali, in termini sia di efficacia sia di emozioni proprie e altrui che ne derivano.

Nel *role play* sono messe in scena o simulate delle situazioni sociali e professionali tipiche descritte nei casi. La messa in scena dei casi prevede la presenza di un conduttore/formatore, di due o più attori e di altre persone che fungono da osservatori.

La prima fase di analisi del caso consente lo sviluppo delle capacità logiche e razionali, attraverso l'esame di situazioni complesse e la valutazione di alternative comportamentali ("parte tattica"). La fase della "recita" ha invece l'obiettivo di favorire l'apprendimento attivo e il perfezionamento di comportamenti professionali, con particolare attenzione alla componente affettivo-relazionale.

### 1.2 Fasi del *role play*

Per ciascun caso, il *role play* si articola in tre fasi:

- A. La preparazione
- B. La messa in scena
- C. Il *debriefing*

#### A. La preparazione (circa 10 minuti)

Il conduttore spiega gli obiettivi da raggiungere attraverso questa attività:

- promuovere la capacità di risolvere i problemi che possono presentarsi durante l'intervista;
- stimolare l'auto-efficacia intesa come la percezione di poter gestire al meglio l'intervista;
- stimolare l'effettiva capacità di conduzione dell'intervista.

Successivamente, il conduttore illustra il ruolo di attori e osservatori e le fasi del *role play*. A questo punto sono scelti gli attori. È opportuno che i partecipanti si offrano volontariamente per la realizzazione della simulazione: da evitare perciò sia le scelte del conduttore che le nomine da parte del gruppo. Gli osservatori devono fornire commenti sui diversi ruoli individuando:

- i passaggi più rilevanti della messa in scena;
- gli indicatori di comportamento dei personaggi.

L'attenzione è focalizzata sull'intervistatore e sulle strategie che mette in atto per risolvere le problematiche che gli si presentano. Occorre fare riferimento alle indicazioni/tecniche trattate precedentemente nel corso della formazione.

Il conduttore specifica che la scena rappresentata davanti al grande gruppo deve essere il più possibile simile a una situazione professionale "vissuta" nella realtà, ma che i caratteri dei vari "attori" devono essere enfatizzati (drammatizzazione).

A questo punto gli attori si posizionano, preferibilmente seduti, in un punto ben visibile a tutti. Per il *role play* sull'intervista telefonica gli attori sono seduti spalla a spalla, perché nella comunicazione telefonica manca il contatto visivo: in questo caso il conduttore suggerisce di fare attenzione alla comunicazione verbale e paraverbale. Per l'intervista faccia a faccia gli attori sono seduti ad un tavolo prestando attenzione anche alla comunicazione non verbale.

### **B. La messa in scena (circa 15 minuti)**

Con un canovaccio per il ruolo dell'intervistatore e uno per l'intervistato ed eventualmente il *proxy*, i partecipanti hanno 10-15 minuti per mettere in scena il caso proposto. Il conduttore incoraggia gli attori ad individuare una conclusione positiva alla simulazione, in modo da individuare le risoluzioni ai problemi evidenziati. Alla fine della rappresentazione gli "attori" dovranno tornare al proprio posto.

### **C. Il debriefing ovvero il "gioco ripensato" (circa 15 minuti)**

Dopo il *role play* il conduttore invita gli attori a commentare la loro performance chiedendo loro che cosa hanno provato dal punto di vista emotivo.

Successivamente, il conduttore coinvolge tutti gli osservatori nella discussione invitandoli a commentare la simulazione. Il conduttore specifica che durante il confronto in plenaria devono essere espresse considerazioni solo sul ruolo interpretato e non sulle persone/attori che lo hanno inscenato.

La discussione in plenaria deve consentire di:

- Analizzare ciò che è successo: il conduttore stimola riflessioni sulla simulazione con l'individuazione dei passaggi più rilevanti e degli indicatori di comportamento.
- Trarre conclusioni dall'esperienza, identificando cause ed effetti, generalizzando e formulando principi applicabili alle situazioni reali di intervista: il conduttore focalizza l'attenzione sui comportamenti adottati dall'Intervistatore della simulazione, facendo riferimento alle tecniche di comunicazione e relazionali discusse precedentemente in aula.

## **2. CHECK LIST DEL CONDUTTORE**

L'esperienza nella conduzione del *role play* è un elemento prezioso. Di seguito riportiamo alcune domande che è particolarmente utile porsi alla fine dell'attività.

- Ho spiegato gli obiettivi da raggiungere attraverso questa attività?
- Ho spiegato le fasi e il ruolo di attori e osservatori?
- Ho "scelto" dei volontari quali attori?
- Ho incoraggiato i "non attori" ad avere una funzione di osservatori durante l'attività?
- Ho incoraggiato gli attori ad individuare una conclusione positiva, in modo da individuare le risoluzioni ai problemi evidenziati?
- Ho coinvolto tutti i partecipanti in una discussione al termine dell'attività?
- Ho ribadito i concetti più importanti del *role playing* durante la discussione finale?
- Ho sensibilizzato i partecipanti sull'importanza della consapevolezza del proprio "stile" relazionale, della lettura dei *feedback* e dell'ascolto attivo?

- In conclusione, ho sottolineato l'importanza sia dei fattori razionali e contenutistici (la corretta somministrazione del questionario), sia delle componenti interpersonali (la relazione con l'anziano)?

### **3. BREVE INTRODUZIONE AI CASI DEL ROLE PLAY**

I casi proposti per la formazione degli intervistatori, descrivono in modo dettagliato il contesto e la situazione psicologica dei personaggi in modo da dare risalto alla componente affettivo-relazionale che riveste un ruolo fondamentale nell'intervista. Nel primo caso proposto, è richiesta anche la presenza del *proxy* ovvero di un familiare o altra persona di fiducia che è regolarmente a contatto con l'anziano almeno 1 volta a settimana, e che può sostenerlo durante l'intervista anche rispondendo al suo posto. Ipotizziamo che l'intervento del *proxy* avvenga dopo che l'anziano ha ricevuto al test di memoria un punteggio < a 3. In tutti i casi, viene presentato un problema relazionale e di comunicazione inserito nello specifico contesto dell'intervista per il quale si chiede di individuare e mettere in atto i comportamenti più adeguati a partire dalle indicazioni per la conduzione dell'intervista e le tecniche comunicative e di risoluzione dei problemi, discusse precedentemente in aula. Per stampare i casi e distribuirli nel corso della formazione utilizzare il file "Casi del *role play*" disponibile sul sito della formazione.

## **Allegato A7**

---

### **Guida operativa per il coordinatore regionale**

La buona riuscita dell'indagine PASSI d'Argento dipende in larga misura da una sua puntuale organizzazione a livello regionale. In questo modo sarà possibile raccogliere dati di buona qualità con procedure standardizzate.

Queste guida operativa offre un supporto allo svolgimento dei compiti dei Coordinatori regionali, che hanno partecipato alla giornata di formazione nazionale tenutasi ad Orvieto l'8 e 9 gennaio 2010.

Il coordinatore regionale è il responsabile ultimo a livello regionale dell'organizzazione dell'indagine. Egli garantisce il collegamento con il gruppo di progetto (coordinamento tecnico e scientifico e Regioni), partecipando agli incontri convocati a livello nazionale.

In alcune Regioni il coordinatore regionale potrà svolgere anche le attività previste per i coordinatori locali (vedi Guida operativa Coordinatore Locale). È possibile avere un coordinatore regionale per il settore sociale e un coordinatore regionale per il settore sanitario. I coordinatori regionali possono essere coadiuvati da uno o più vice-coordinatori.

Di seguito sono elencati i compiti del Coordinatore regionale, presentati in ordine cronologico, e raggruppati per attività.

#### **A. Organizzazione della raccolta dati**

##### **1. Realizzazione della formazione regionale di II livello**

Una volta definiti gli enti/servizi del settore sociale e sanitario che partecipano all'indagine, il coordinatore regionale individua gli operatori coinvolti come coordinatori locali e intervistatori, e si assicura che questi ricevano la "nomina ufficiale" da parte dei responsabili dei loro servizi/enti di appartenenza. Una nomina ufficiale facilita la partecipazione degli operatori alla formazione regionale e garantisce lo svolgimento regolare dell'indagine.

Dopo aver partecipato alla formazione nazionale di Orvieto (8-9 gennaio 2010), il coordinatore regionale mette in atto tutte le azioni necessarie per l'organizzazione della formazione a cascata dei coordinatori locali e degli intervistatori (fissare le giornate con ampio anticipo in base alle indicazioni del crono-programma).

Utilizza il materiale disponibile nell'area riservata del sito <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento> per realizzare (anche con l'ausilio degli altri formatori) la formazione residenziale di secondo livello nella propria Regione. Egli supervisiona la formazione sul campo, ed è responsabile della valutazione dell'apprendimento realizzata con gli strumenti messi a disposizione dal CNESPS. Il coordinatore regionale garantisce l'espletamento delle procedure amministrative necessarie per l'accreditamento ECM nella propria Regione.

##### **2. Campionamento**

Dopo aver definito le aree coinvolte e il livello di rappresentatività scelto (es. Regione, ASL, distretto, area metropolitana, ecc.), il coordinatore regionale compie le seguenti azioni:

- identifica le persone da coinvolgere per l'estrazione del campione;
- supervisiona le procedure di estrazione;
- a partire dalla lista di campionamento, genera l'elenco dei campionati per il coordinatore locale (strumento S9) da inviare ai coordinatori locali per la generazione degli elenchi dei campionati (strumento S5 - vedi Guida operativa coordinatore locale punto 2).

L'elenco dei campionati per il coordinatore contiene le seguenti informazioni:

Ultra64enne campionato: Identificativo univoco (Codice ISTAT Regione + Codice ASL o Codice Area + Numero progressivo: da riportare nel diario e nel questionario), Numero di estrazione, Cognome e nome del campionato, Sesso (F/M), Data di nascita, Età (va calcolata), Indirizzo, Città, Numero di telefono;

Medico di famiglia: Cognome e Nome del Medico, Indirizzo, Numero di telefono del medico.

Il coordinatore regionale è responsabile delle eventuali procedure messe in atto per la "pulizia" delle liste di campionamento e il recupero delle informazioni mancanti (ad esempio, i numeri telefonici dei campionati), mediante procedure di *record linkage* con altri archivi o registri disponibili a livello regionale e/o locale (es. RenCam, CUP, ecc.).

### **3. Sensibilizzazione e comunicazione iniziale**

Il coordinatore regionale si occupa della comunicazione iniziale attivando i canali di comunicazione disponibili a livello regionale o locale. In particolare, il coordinatore regionale si occupa del coinvolgimento di: Ordine dei Medici, Rappresentanti locali delle associazioni di categoria dei MMG (es. SIMG e/o FIMMG), Sindaci, operatori/responsabili dei servizi sociali e/o sanitari. Per far questo può utilizzare le lettere informative predisposte, disponibili nell'area riservata del sito della formazione ([www.epicentro.iss.it/passi-argento](http://www.epicentro.iss.it/passi-argento)). Le lettere vanno personalizzate con il logo degli enti coinvolti e inviate. Analogamente il coordinatore regionale scarica dal sito della formazione le lettere informative per anziani da intervistare e MMG. Si tratta di lettere che indicano chiaramente le finalità dell'indagine e le sue modalità; devono essere modificate aggiungendo il logo degli enti coinvolti (es. Regione, ASL, ecc.). Successivamente, le lettere vanno inviate ai coordinatori locali per essere completate con i recapiti telefonici a livello locale e con la firma dei rappresentanti istituzionali. Per questo motivo è necessario inviarle in anticipo, in modo che il coordinatore locale le possa completare e spedire almeno una settimana prima del contatto telefonico iniziale con i campionati.

### **4. Completamento del questionario**

Il coordinatore regionale, d'accordo con gli altri operatori coinvolti, individua gli interventi o i servizi che devono essere valutati inserendoli alle domande aperte della sezione 5. Successivamente converte il file word del questionario in un file pdf in modo che non possa più essere modificato e lo invia al coordinatore locale perché lo stampi.

## **B. Raccolta dati**

### **5. Inserimento dati, monitoraggio e valutazione dell'indagine**

Egli è responsabile del coordinamento delle indagini e del monitoraggio dello stato di avanzamento del progetto a livello regionale. A tal fine, garantisce un'organizzazione adeguata mediante:

- il collegamento costante con i coordinatori locali anche attraverso incontri periodici;
- la pianificazione delle attività con la creazione di un crono-programma e dei piani operativi condivisi con i coordinatori locali;
- il costante supporto decisionale per lo svolgimento regolare delle interviste (a tal fine è importante comunicare ai coordinatori locali un recapito telefonico - meglio cellulare - utilissimo per risolvere rapidamente possibili dubbi o difficoltà).

Il coordinatore regionale supervisiona l'attività d'inserimento dati, assicurandosi che questa abbia inizio parallelamente alla realizzazione delle interviste e nei tempi concordati. È responsabile della validazione dei dati ricevuti dai coordinatori locali, della creazione della base

di dati regionale e dell'invio dei dati al CNESPS per la creazione della base dati nazionale (vedi le "Istruzioni per l'inserimento e la validazione dei dati – S17"). Il coordinatore regionale partecipa alla valutazione dell'indagine secondo la metodologia predisposta dal CNESPS e concordata con i coordinatori regionali.

#### **6. Analisi dei dati e redazione dei report**

Il coordinatore regionale partecipa all'analisi e all'interpretazione dei dati della Regione, occupandosi di:

- definizione delle modalità e dei tempi per l'analisi e l'interpretazione dei risultati regionali e delle singole aree con il supporto del coordinamento scientifico del CNESPS;
- redazione del rapporto regionale e/o di area.

Per l'analisi dei dati, i coordinatori regionali riceveranno le sintassi predefinite per l'analisi con il programma Epi-info che può essere scaricato gratuitamente. Per la redazione dei report, il coordinatore potrà avvalersi del prototipo di rapporto che verrà messo a disposizione dal coordinamento centrale, facilmente completabile con l'inserimento dei risultati regionali/locali. Il rapporto contiene anche informazioni sul processo di raccolta e inserimento dei dati (indici di performance) a livello di Regione/area locale.

Il coordinatore regionale è responsabile delle stime fornite con dettaglio locale e per questo deve assicurarsi che queste siano uniche e omogenee con le stime regionali. Nella fase di analisi è quindi fondamentale il contatto tra le aree locali e il loro coordinatore regionale e tra i coordinatori regionali e il CNESPS, al fine di assicurare la massima omogeneità.

Il coordinatore regionale favorisce anche l'integrazione dei risultati con le fonti informative esistenti mediante il coinvolgimento degli opportuni referenti istituzionali.

#### **7. Comunicazione e diffusione dei risultati**

Nel progetto PASSI d'Argento, il ritorno di informazione agli operatori della rete dei servizi socio-sanitari, agli anziani, ai medici di famiglia e agli altri portatori di interesse è fondamentale: dimostra che la loro attiva partecipazione al progetto ha permesso di raccogliere importanti essenziali sulla situazione di salute degli anziani dell'area locale e della Regione. Dopo circa sei mesi dal completamento della raccolta dei dati saranno disponibili una relazione tecnica e una divulgativa, da poter utilizzare per la diffusione dei risultati dell'indagine. Il coordinatore regionale gioca un ruolo importante nella pianificazione dell'intero processo comunicativo, che comprende lo scambio comunicativo bidirezionale e la diffusione dei prodotti di comunicazione. Il coordinatore regionale partecipa fin dall'inizio allo sviluppo del piano di comunicazione elaborato per il progetto in collaborazione con il CNESPS contribuendo a individuare i target della comunicazione; mettere in atto le strategie di comunicazione concordate a livello nazionale; organizzare momenti di riflessione sul significato dei risultati. Egli ha un ruolo chiave nella diffusione del materiale sviluppato per la comunicazione dei risultati e nell'organizzazione di attività informative ed educative con i vari attori coinvolti. Promuove inoltre l'uso dei risultati suggerendo modalità per la loro utilizzazione appropriata a livello regionale e locale.

## Allegato A8

---

### Guida operativa per il coordinatore locale

La buona riuscita dell'indagine PASSI d'Argento dipende in larga misura da una sua puntuale organizzazione a livello regionale. In questo modo sarà possibile raccogliere dati di buona qualità con procedure standardizzate. Il coordinatore locale è la figura chiave che garantisce localmente un'organizzazione adeguata per lo svolgimento regolare dell'indagine. Egli agisce in stretto collegamento con i Coordinatori regionali ed è la figura di riferimento per gli intervistatori. Per ciascuna area locale di indagine è possibile avere un coordinatore locale per il settore sanitario e uno per il settore sociale. I coordinatori locali possono essere coadiuvati da uno o più vice-coordinatori.

Questa guida operativa è stata sviluppata per fornire un supporto metodologico ai coordinatori locali nello svolgimento delle loro attività. Per ciascuna attività sono indicati i compiti principali, presentati in ordine cronologico.

#### A. Organizzazione della raccolta dati

##### 1. Partecipazione alla formazione regionale

Il coordinatore locale partecipa alla formazione regionale di II livello. Nel corso della giornata iniziale di formazione residenziale (modulo 1) apprende come mettere in atto le procedure di indagine e come utilizzare gli strumenti di riferimento messi a disposizione nell'area riservata del sito internet della formazione ([www.epicentro.iss.it/passi-argento](http://www.epicentro.iss.it/passi-argento)).

##### 2. Creazione dell' "Elenco dei campionati per l'intervistatore" e gestione dei sostituti

Il coordinatore locale riceve dal coordinatore regionale l'"Elenco dei campionati per il coordinatore locale" (il modello è disponibile sul sito della formazione: strumento S9): si tratta di un file excel in cui sono riportati i nominativi degli anziani campionati per l'indagine (titolari e sostituti) e i nominativi e recapiti postali e telefonici dei rispettivi medici. I nominativi sono divisi in quattro fogli excel in base al sesso e all'età dell'anziano (Maschi 65-74 anni; Maschi 75 e più anni; Femmine 65-74 anni; Femmine 75 e più anni).

A partire da questo strumento (S9) il coordinatore locale crea, per ciascun intervistatore, l'"Elenco dei campionati per l'intervistatore" (strumento S5). Si tratta per l'appunto di un elenco, predisposto per ciascun intervistatore, e indicante solamente i nominativi dei titolari. La scelta dei nominativi assegnati a ciascun intervistatore segue alcuni criteri come quello territoriale: ad esempio si sceglie di assegnare all'intervistatore Mario Rossi 10 nominativi di persone residenti tutte nello stesso quartiere oppure si decide di assegnare all'intervistatore Antonio Verdi solo persone che, preferibilmente, saranno intervistate per telefono (con meno di 80 anni).

Nel caso in cui, seguite le procedure per il contatto telefonico, non si riesca a realizzare l'intervista con il campionato "titolare", il coordinatore locale fornisce all'intervistatore il nominativo del "sostituto": si tratta del primo nominativo "di riserva" che nell'"elenco dei campionati per il coordinatore locale" è dello stesso sesso e si trova nella stessa fascia di età (<75 anni o ≥75 anni), curando che abbia al massimo ± 5 anni rispetto al titolare.

Un esempio: La signora Rossi di 78 anni ha rifiutato l'intervista nonostante l'intervento del medico di famiglia. Si procede quindi con la "sostituzione". A questo punto andremo a selezionare la signora Bianchi che verrà indicata nell'elenco dei campionati come sostituta (Statuto = "S") e che, avendo 82 anni rientra nella stessa classe di età della signora Rossi (75 e più anni) e che ha una differenza di età compresa nel *range* di 5 anni!

Il coordinatore locale ha un ruolo fondamentale nel limitare il numero di sostituzioni che possono incidere negativamente sulla qualità dei dati raccolti. Occorre ridurre al minimo le sostituzioni suggerendo agli intervistatori alcune strategie da adottare come contattare il medico di famiglia per facilitare l'adesione all'indagine da parte dell'anziano. Se la sostituzione è inevitabile il coordinatore



locale fornirà all'intervistatore i dati del sostituto. Anche nel caso di persone non eleggibili per l'intervista o non intervistabili è necessario fornire il nominativo di un sostituto che in questo caso va a rimpiazzare una persona che non doveva essere inclusa nella lista di campionamento (in questo caso non si va a ridurre la qualità dei dati). È fondamentale seguire attentamente l'operato dell'intervistatore in questa procedura.

### 3. Sensibilizzazione e comunicazione iniziale

Per poter avviare le attività di comunicazione iniziale, il coordinatore locale deve avere:

- l'elenco dei campionati per il coordinatore locale con l'indicazione dell'indirizzo dei campionati titolari;
- il testo delle lettere informative per le persone campionate e per i rispettivi medici di famiglia.

Le lettere informative indicano la finalità dell'indagine e le sue modalità e sono fondamentali per ottenere la fiducia e la collaborazione degli anziani che andremo a contattare. Nella lettera informativa per l'anziano si specifica anche che il medico di famiglia è stato avvertito dell'iniziativa.

La lettera informativa per il medico di famiglia contiene invece i nominativi degli assistiti campionati per l'indagine. Il coordinatore locale completa le lettere informative per gli anziani e per i medici di famiglia indicando il nominativo e il recapito telefonico dell'operatore individuato per fornire informazioni sul progetto. Si raccomanda di segnalare chiaramente nella lettera agli anziani anche i giorni e l'orario in cui è possibile telefonare per ricevere informazioni.

Le lettere informative devono essere inviate ai soli campionati titolari e ai rispettivi medici di famiglia almeno una settimana prima dell'avvio dei contatti telefonici iniziali con gli anziani. L'esperienza di altri sistemi di sorveglianza come il sistema PASSI, ha evidenziato l'importanza della lettera informativa ai fini dell'adesione all'indagine. È per questo motivo che si raccomanda di inviare nel corso dell'indagine, le lettere informative ai sostituti che si prevede di contattare. Il coordinatore locale è responsabile della spedizione delle lettere ai campionati e ai medici di famiglia. Nel caso di lettere informative non recapitate, il coordinatore locale verificherà l'esattezza dell'indirizzo indicato e, se opportuno, invierà nuovamente la lettera informativa al destinatario.

### 5. Incontro preparatorio con gli intervistatori

L'incontro con gli intervistatori, che hanno già partecipato alla formazione regionale, è essenziale per la buona riuscita dell'indagine. Il coordinatore locale si occupa dell'organizzazione dell'incontro preparatorio con gli intervistatori concordando e comunicando le date agli intervistatori e individuando le sedi adatte per l'incontro. A seconda dell'estensione dell'area locale e del numero di servizi e di intervistatori coinvolti può essere necessario organizzare più incontri in luoghi diversi.

Nel corso dell'incontro preparatorio con gli intervistatori, il coordinatore locale distribuisce a ciascun intervistatore:

- l'elenco dei soli titolari campionati da contattare;
- questionari stampati (devono essere stampati tanti questionari quante sono le persone da intervistare. Si suggerisce una doppia pinzatura di lato per rendere il questionario più maneggevole);
- i diari per gli intervistatori (un diario contiene 14 schede: ogni scheda corrisponde ad un nominativo dell'elenco dei campionati per l'intervistatore; anche se la persona non viene intervistata è necessario compilare la scheda).

Ogni intervistatore deve aver ben compreso i propri compiti. Un punto centrale riguarda l'uso e dell'elenco dei campionati per l'intervistatore dei diari e. Nell'incontro preparatorio, il coordinatore locale illustra le procedure per la tutela della *privacy* legate alla corretta gestione degli elenchi dei campionati per l'intervistatore. È cura degli intervistatori conservare in luogo accessibile solo a loro gli elenchi fino al completamento delle interviste. A questo punto gli elenchi vanno consegnati al coordinatore locale che, dopo la validazione del questionario cartaceo distrugge gli elenchi con i dati personali. I dati del diario sono fondamentali per valutare come è andata l'indagine e saranno inseriti nella base dati insieme ai dati dei questionari compilati.

Alla fine dell'incontro, è utile comunicare agli intervistatori un recapito telefonico del coordinatore locale o di un operatore di riferimento (meglio il cellulare), utilissimo per risolvere rapidamente possibili dubbi o difficoltà.

## **B. Raccolta dati**

### **4. Supervisione dell'attività di raccolta e inserimento dati - monitoraggio e valutazione dell'indagine**

Possono sorgere molti piccoli problemi logistici nella realizzazione delle interviste, spesso basta una telefonata per risolverli prima che giungano a creare ritardi o incomprensioni. Il ruolo del coordinatore locale è fondamentale nel garantire che si riduca il numero di sostituzioni e si realizzino le interviste e l'inserimento dei dati nei tempi stabiliti. Se vi sono problemi di cui non si conosce la soluzione, bisogna evitare di inventare soluzioni veloci ma che possono compromettere la qualità dei dati raccolti, vanificando gli sforzi sostenuti. È meglio invece ricorrere al consiglio del Coordinatore Regionale.

Il coordinatore locale organizza e realizza anche le attività di inserimento dei dati. Saranno inseriti i dati del diario degli intervistatori e i dati dei questionari compilati. Nessun dato direttamente nominativo sarà inserito su supporto informatico per la costituzione della base di dati.

I dati direttamente nominativi sono contenuti nell' "Elenco dei campionati per l'intervistatore", su supporto cartaceo e non saranno informatizzati. Per l'inserimento dei dati chiedi al coordinatore regionale le "Istruzioni per l'inserimento e la validazione dei dati" disponibili anche on-line sul sito della formazione PASSI d'Argento.

### **5. Comunicazione dei risultati delle indagini**

Il ritorno di informazione agli operatori della rete dei servizi sociali e sanitari coinvolti, agli anziani, ai medici di famiglia e agli altri portatori di interesse è estremamente importante: dimostra che la loro attiva partecipazione al progetto ha permesso di raccogliere importanti informazioni sulla situazione di salute degli anziani dell'area locale e della Regione. Dopo circa sei mesi dal completamento della raccolta dei dati saranno disponibili una relazione tecnica e una divulgativa, da poter utilizzare per la diffusione dei risultati dell'indagine. Il coordinatore locale avrà un ruolo chiave nel farsi veicolo di tale materiale e nell'organizzare attività informative ed educative con i vari attori coinvolti.

## Allegato A9

---

### Guida operativa per l'intervistatore

La buona riuscita dell'indagine PASSI d'Argento dipende in larga misura da una sua puntuale organizzazione a livello locale. Gli intervistatori rivestono un ruolo centrale nel progetto. Da essi dipendono in buona misura la qualità e la confrontabilità dei dati, che sono raccolti secondo le procedure standardizzate discusse nel dettaglio durante la formazione regionale.

Questa guida operativa è stata sviluppata per fornire un supporto metodologico agli intervistatori nello svolgimento delle loro attività. Per ciascuna attività sono indicati i compiti principali, presentati in ordine cronologico.

I riquadri in grigio (BOX) propongono alcuni approfondimenti su definizioni e procedure.

#### **Preparazione degli strumenti (dopo la formazione regionale)**

Nel corso della formazione regionale sono stati presentati "i ferri del mestiere dell'intervistatore" ovvero gli strumenti indispensabili per la realizzazione delle interviste. Gli strumenti distribuiti durante la formazione sono:

- L'algoritmo decisionale (riportato anche alla fine di questa guida).
- La guida operativa per l'intervistatore (questo stesso documento!).
- Le istruzioni per l'inserimento dati.

Dopo la formazione, l'intervistatore deve ricevere dal coordinatore locale/regionale questi strumenti:

- L'elenco dei campionati per l'intervistatore.
- Diari dell'intervistatore.
- Questionari da compilare (vedi le sezioni 1, 2 e 3 nelle pagine iniziali del questionario).

#### **Elenco dei campionati**

Contiene i dati personali delle persone campionate (estratte) per essere intervistate (es. data di nascita, numero telefonico, ecc.) e le informazioni sul loro medico di famiglia (nominativo, indirizzo, recapito telefonico). Sono dati considerati "sensibili": è responsabilità dell'intervistatore conservare l'elenco dei campionati in un luogo sicuro e non accessibile ad estranei. L'intervistatore deve indicare, per ciascun nominativo in elenco, se la persona è stata intervistata o meno. L'elenco dei campionati, come gli altri strumenti, devono essere riconsegnati al coordinatore locale prima della fine dell'indagine.

#### **Diario**

È personale per ciascun intervistatore e raccoglie importanti informazioni sulle attività svolte. Inoltre, guida l'intervistatore verso la realizzazione dell'intervista raccogliendo informazione sui cosiddetti "3 momenti":

- Recupera il numero di telefono (se non è già disponibile).
- Contatta la persona telefonicamente.
- Effettua l'intervista.

Si compone di una copertina, una introduzione e 14 schede. Per ogni persona contattata (anche se non intervistata) occorre compilare una scheda, indicando per ciascun dei 3 momenti le informazioni richieste. All'inizio della scheda occorre indicare l'identificativo univoco dell'intervistato che si trova nell'elenco dei campionati. Si tratta di un codice composto da: codice ISTAT delle Regione + nome ASL + Nome altra unità territoriale (es. distretto, comune, ecc.) + un numero progressivo univoco per ogni persona in elenco. Se non è stato possibile effettuare l'intervista la persona campionata va sostituita: in questo caso alla fine della scheda occorre specificare il motivo della sostituzione o del rifiuto. È importante limitare al massimo le sostituzioni o i rifiuti che incidono negativamente sulla qualità delle informazioni raccolte.

### Questionari da compilare

Sulla prima pagina del questionario occorre indicare l'identificativo univoco dell'intervistato indicato nell'elenco dei campionati e trascritto anche nel diario. Nelle pagine seguenti ci sono le istruzioni per l'intervistatore sulla compilazione del questionario e l'algoritmo decisionale da rispettare durante il contatto telefonico: si tratta di indicazioni da seguire e frasi da dire al momento del primo contatto telefonico. In questo modo tutti gli intervistatori potranno usare lo stesso linguaggio e seguire le stesse procedure. In alcuni momenti, tuttavia, l'intervistatore dovrà fare delle scelte a seconda della circostanza. Le varie possibilità sono schematizzate nell'algoritmo decisionale che è stato fornito durante la formazione e che è riportato anche alla fine di questa guida. In alcuni casi, l'intervistatore potrebbe non riuscire ad effettuare l'intervista per difficoltà riferite da parte di altre persone che rispondono al numero di telefono del campionato. In questi casi è necessario contattare il medico di medicina generale per verificare l'esistenza di queste difficoltà. Se queste difficoltà sono reali è necessario chiedere per l'intervista l'aiuto di una persona prossima all'anziano che indichiamo per brevità come *proxy*. In caso di problemi è importante chiedere al coordinatore locale che fornirà delle indicazioni per la realizzazione dell'intervista. Nella sezione 3 sono riportate le note informative sulla *privacy*, da leggere prima di iniziare l'intervista sia faccia a faccia che telefonica. In questa nota sono indicati obiettivi e modalità dello studio e si assicura all'intervistato che i dati saranno anonimi. Nella pagina successiva si trova un riquadro da compilare indicando negli appositi spazi: Il nome e cognome dell'intervistatore, la data e l'ora, la modalità dell'intervista (faccia a faccia o telefonica) e chi risponde all'intervista (anziano o *proxy*). La definizione di *proxy* è quella riportata è quella riportata di seguito.

Il *proxy* è un familiare o altra persona di fiducia che è regolarmente a contatto con l'anziano almeno 1 volta a settimana, e che può sostenerlo durante l'intervista anche rispondendo al suo posto.

Il ricorso al *proxy* deve essere limitato ai casi in cui l'anziano non può rispondere da solo a causa di problemi di udito e/o eloquio o di gravi patologie.

Se, al momento dell'intervista non è disponibile un *proxy*, si chiede quando sarà presente e si annota sul diario quando è possibile telefonare per proporgli una breve intervista telefonica.

Anche nei casi in cui il punteggio al test di memoria (sezione 1 del questionario) è uguale o inferiore a 3 è necessario avere il supporto del *proxy*. Se al momento del test il *proxy* non è in casa si salta alla sezione 6 (come indicato nel questionario) e si raccolgono solo i dati socio anagrafici. Attenzione perché il test della memoria e orientamento ci fornisce solo una indicazione! Ci dice che l'anziano potrebbe aver bisogno di aiuto per ricordare alcuni eventi. Ciò non vuol dire che durante la prosecuzione dell'intervista con il *proxy* dobbiamo ignorare le sue indicazioni dell'anziano. Il *proxy* deve essere di supporto e non sostituire l'anziano!

Alla fine del questionario è importante segnare nell'apposito spazio l'ora di fine intervista e rispondere alle domande per l'intervistatore che si trovano nell'ultima pagina.

### Recupero dei numero telefonici mancanti o errati

In alcuni casi, nel diario possono mancare alcuni numeri telefonici delle persone da contattare. Ciò è dovuto a problemi nell'anagrafe sanitaria da cui sono estratti i dati. In altre occasioni, i numero telefonici riportati possono essere errati o non aggiornati. Escludere le persone senza numero di telefono o con un numero errato potrebbe comportare un elevato numero di sostituzioni e ciò rischia di compromettere fortemente tutta l'indagine. È necessario perciò recuperare i numeri di telefono consultando le seguenti fonti/persone:

- Medico di famiglia della persona: è a conoscenza dell'indagine ed è in grado quasi sempre di fornire il numero di telefono (il numero di telefono del medico è solitamente indicato nello stesso diario).
- Pagine Bianche: specie quando la persona ha un cognome o un nome poco diffuso o facilmente identificabile.
- Il Centro Unico di Prenotazioni attivo a livello di Regione, di ASL o altre fonti che vi saranno indicate dai coordinatori.
- Parenti o vicini: eventualmente rintracciati consultando le Pagine Bianche.

### **La lettera informativa**

Almeno una settimana prima dell'avvio delle interviste, gli anziani campionati hanno ricevuto una nota informativa sul progetto che spiega le finalità dell'indagine e le sue modalità. Nella lettera informativa si specifica anche che il medico di famiglia è stato avvertito dell'iniziativa.

Come indicato nelle pagine iniziali del questionario, l'intervistatore si accerterà dell'avvenuto ricevimento della nota e lo annoterà nel diario. Attenzione perché se la persona non ha ricevuto la nota è importante spiegare con cura cos'è il PASSI d'Argento, conquistandone la fiducia e la collaborazione!

### **Contatto telefonico con le persone campionate**

Una volta che si ha a disposizione il numero telefonico corretto, è possibile procedere al primo contatto telefonico delle persone campionate (i titolari) indicati nell'elenco dei campionati.

Al momento del primo contatto telefonico, l'intervistatore deve seguire le indicazioni riportate nelle prime pagine del questionario: sezione 2 pagine guida per il contatto telefonico.

Utilizzando l'algoritmo decisionale l'intervistatore verifica la possibilità di effettuare l'intervista e sceglie la modalità di intervista: faccia a faccia o telefonica.

### **Gestione del diario dell'intervistatore**

Il diario deve essere completato con alcune informazioni che avremo a disposizione mano a mano che contattiamo e intervistiamo gli anziani. Per ogni nominativo nell'Elenco dei Campionati deve essere compilata una scheda nel diario. La scheda va compilata anche nel caso in cui non si riesca a contattare la persona telefonicamente o nei casi in cui non si riesce ad effettuare l'intervista e quindi occorre "sostituire" il campionato.

Gli intervistatori compilano man mano le voci riportate nel diario fino al completamento delle proprie interviste. A questo punto i diari vanno consegnati al coordinatore locale che ne verifica la completezza e dopo la validazione del questionario cartaceo distrugge l'elenco dei campionati e inserisce su supporto magnetico i dati contenuti nel diario.

### **Sostituzione dei titolari**

In alcuni casi il titolare non è rintracciabile telefonicamente dopo vari tentativi. L'intervistatore deve effettuare almeno 6 tentativi (da riportare nel diario). Se dopo questi tentativi non riesce a parlare con qualcuno che può dire quando trovare a casa l'anziano (o il *proxy*), allora si procede alla sostituzione.

I titolari vanno quindi sostituiti se la persona titolare:

- non ha numero di telefono e non può essere contattata neanche attraverso il medico di famiglia o altri parenti;
- non è stato rintracciato, dopo avere tentato di contattarlo per telefono, almeno 6 volte, durante la settimana e in fasce orarie diverse, durante l'orario di servizio dell'intervistatore;
- qualora fosse inevitabile sostituire il titolare si chiede al coordinatore locale il nominativo di un'altra persona: il sostituto. Se anche il sostituto risultasse "non rintracciabile" si chiede un altro sostituto (il sostituto del sostituto). Il motivo della sostituzione, insieme ad altre informazioni raccolte durante il contatto telefonico, viene registrato nel diario dell'intervistatore.

In caso di ricoveri temporanei in ospedale occorre valutare l'opportunità di ricontattare in seguito la persona. Infine tra i motivi di sostituzione abbiamo anche il rifiuto dell'intervista da parte dell'anziano o del *proxy* (nel caso in cui sia stato necessario ricorrere a questi fin dall'inizio dell'intervista).

Come indicato nell'algoritmo prima di effettuare una sostituzione occorre mettere in atto alcune strategie per cercare di intervistare il campionato. In questa indagine PASSI d'Argento un ruolo fondamentale è quello dei medi di famiglia che saranno interpellati per recuperare il numero di telefono, per contattare una persona non rintracciabile ma anche per facilitare la partecipazione del campionato o del *proxy*.

### **Realizzazione dell'intervista**

In alcuni casi, è possibile che l'intervista faccia a faccia sia realizzata in alcuni locali messi a disposizione dall'ASL/comune. In tal caso, il coordinatore locale dovrà indicare alla persona da intervistare l'indirizzo esatto e gli orari in cui i locali sono disponibili.

Dopo aver realizzato l'intervista, l'intervistatore conserva in luogo chiuso a chiave e inaccessibile il questionario compilato, il diario e l'elenco dei campionati. È cura dell'intervistatore evitare l'accesso alle informazioni raccolte da parte di persone estranee fino al momento dell'inserimento dei dati.

### **Per l'intervista ricordiamo di...**

#### *Creare un rapporto*

- Durante la prima fase dell'intervista l'intervistatore deve creare un rapporto e instaurare un clima di collaborazione con l'intervistato che ha fornito la disponibilità a collaborare.
- Adottare uno stile semplice e non mettere fretta aiuta l'interlocutore a sentirsi a proprio agio e in una situazione di sicurezza.

#### *Ridurre la tensione*

- La tensione nasce spesso dal non conoscere l'obiettivo dell'intervista.
- Anche per questo è utile chiarire fin dall'inizio modalità e durata dell'intervista.
- Man mano che le domande si susseguono, il livello di confidenza cresce e la tensione si riduce.
- Nella nota iniziale viene detto all'intervistato che alla fine di tutte le domande potrà chiedere spiegazione o fornire suggerimenti o commenti.

#### *Creare interesse*

- L'entusiasmo è contagioso e può aiutare ad ottenere la collaborazione dell'interlocutore.
- Nulla stimola l'interesse di una persona più del sentirsi oggetto dell'interesse di un altro.
- È utile ricordarsi che chi ci sta di fronte è il nostro specchio...se si è nervosi, si raccoglierà nervosismo...se si è di buon umore, gli altri ci seguiranno!

#### *Ascoltare e ascoltarsi*

- L'ascolto è il primo passo nella relazione.
- È importante che l'intervistatore sia consapevole anche delle sue motivazioni, dei pregiudizi, delle reazioni, delle emozioni, del proprio stato d'animo durante l'intervista.

#### *Alcuni suggerimenti*

- Seguire sempre le indicazioni del questionario.
- Leggere le domande come sono scritte e nell'ordine predisposto.
- Ripetere la domanda solo se richiesto, senza spiegarla o interpretarla.
- Non influenzare la risposta, fornire incoraggiamenti minimi.
- Per le interviste telefoniche fare attenzione alla comunicazione verbale e paraverbale.
- Per le interviste faccia a faccia occorre prestare attenzione anche alla comunicazione non verbale.

#### *Comunicazione verbale*

- Attenzione ai commenti: "bella risposta", "davvero?!", "va bene"
- Ricordiamoci che sospiri, toni, pause, silenzi, mugugni, vocalizzazioni... parlano!

#### *Comunicazione para-verbale*

- Tono della voce deve essere chiaro, pacato, accogliente, ma non confidenziale.
- Timbro sicuro, ma non direttivo, che rassicuri l'interlocutore esprimendo calma e accoglienza.
- Volume né troppo alto né troppo basso.
- Ritmo non troppo veloce, per permettere alla persona di ascoltare, capire e rispondere.

#### *Comunicazione non verbale*

- Il messaggio non verbale precede, rafforza o contrasta il messaggio verbale.
- Assentire con il capo rinforza quanto stiamo dicendo o ascoltando.

### **In conclusione**

Una volta che vi hanno concesso la loro fiducia, le persone anziane sono generalmente molto disponibili e contente di farsi intervistare. Una fase molto delicata è quella del primo contatto telefonico. Se in questa fase o in seguito emergono problemi di cui non si conosce la soluzione, è meglio evitare di inventare soluzioni veloci ma che possono compromettere la qualità dei dati raccolti e vanificare gli sforzi sostenuti. È meglio invece ricorrere al consiglio del proprio coordinatore locale.

## Allegato A10

### Lettera informativa per Sindaci e Assessori

LOGO DELL'ENTE PROMOTORE		
	Ministero della salute	
Regione Umbria		
Luogo e data		
Protocollo		
		Ai Sig.ri Sindaci dei Comuni interessati dal progetto PASSI d'Argento
		e, p.c. all'Assessore alla Sanità e, p.c. all'Assessore delle Politiche Sociali
Preg.mo Signor Sindaco,		
La informiamo che nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, nell'ambito dei Sistemi di Sorveglianza di Popolazione, è stata prevista la messa a regime del progetto "PASSI d'Argento - La qualità della vita vista dalle persone con 65 e più anni".		
La fase sperimentale del progetto, della durata di due anni, è stata promossa nel 2008 dal Ministero della salute e dalle Regioni italiane, tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), con il coordinamento della Regione Umbria e la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità. La prima indagine, che ha coinvolto 7 regioni, si è conclusa nel 2009. A febbraio 2010 è stata avviata la seconda indagine con l'adesione di altre 12 regioni.		
L'obiettivo della sorveglianza della popolazione anziana è quello di raccogliere informazioni sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, a uso delle Aziende sanitarie, dei Servizi sociali e delle Regioni, mirante a migliorare la qualità della salute delle persone con 65 anni e più.		
In particolare, "PASSI d'Argento" fornirà informazioni su dimensioni poco conosciute ma estremamente importanti per il miglioramento e il mantenimento di una buona qualità della vita nelle persone con 65 e più anni. I principali argomenti oggetto delle indagini sono: stili di vita e attività sociali, isolamento sociale, cadute, autonomia funzionale, percezione dello stato di salute e conoscenza dell'offerta di servizi e programmi dedicati agli anziani. Saranno inoltre raccolte informazioni su aspetti poco conosciuti quali il coinvolgimento degli anziani in attività socialmente utili e di volontariato e il sostegno che gli anziani offrono a familiari e conoscenti.		

Anche nel nostro territorio sarà possibile raccogliere importanti informazioni sullo stato di salute e sui bisogni di assistenza sanitaria e sociale di questa fascia della popolazione. Ciò favorirà la programmazione di interventi miranti alla Promozione del benessere e della Salute degli anziani e al miglioramento dell'offerta di servizi socio-sanitari.

Per raccogliere le informazioni è stato elaborato un questionario standardizzato, messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità, che verrà proposto ad un campione rappresentativo di persone con 65 anni e più, contattate mediante intervista telefonica o faccia a faccia. Le interviste, condotte da personale formato allo scopo, verranno svolte in modo continuativo e per circa tre mesi a partir dal mese di \_\_\_\_\_ (vedi nota<sup>1</sup>).

Le persone da intervistare saranno scelte in modo casuale dalle liste dell'anagrafe Sanitaria. Potrebbe essere necessario, in alcuni casi, avere dettagli sullo stato di famiglia per rintracciare il recapito telefonico, qualora questo non fosse disponibile nell'anagrafe sanitaria o non rintracciabile in altro modo. Per questo, Le saremmo grati, se volesse informare i suoi collaboratori di tale evenienza.

Analogamente a quanto avviene per altri interventi di sanità pubblica in cui è indispensabile rintracciare i recapiti delle persone da contattare, verranno ovviamente osservate tutte le misure previste per garantire l'assoluta riservatezza delle informazioni raccolte, secondo quanto stabilito dalla legge sulla privacy.

A beneficio di ogni possibile integrazione fra le politiche sanitarie e sociali del comune territorio di competenza, desideriamo informarLa che, periodicamente, verranno diffusi i risultati dell'analisi del monitoraggio svolto.

Per chiarimenti e/o per richiedere copia del protocollo dello studio La invitiamo vivamente a contattare il Dottor \_\_\_\_\_ presso (indicare servizio) \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Vi ringraziamo per il contributo che potrete offrire per la buona riuscita dell'indagine ed una proficua utilizzazione dei risultati. Rimango a disposizione per ulteriori informazioni e chiarimenti. Cordiali saluti.

*Firma*

*Note da eliminare:*

1. La firma può essere quella del direttore della ASL o del Referente regionale o del Coordinatore Regionale e/o Locale o altro responsabile dei servizi/enti coinvolti .

---

<sup>1</sup> Indicare mese di avvio delle interviste. Eliminare questa nota dal testo definitivo.



## Allegato A11

### Lettera informativa per Servizi e ASL

carta intestata dell'ente con il  
dettaglio del mittente  
(indirizzo e recapiti)



Protocollo  
Luogo e data

- Ai Direttori dei Distretti Sanitari
- Ai Responsabili dei rapporti con i MMG
- Al Responsabile dei servizi sociali di.....
- Al Responsabile dei (servizi dedicati agli anziani)
- Altro...

**Oggetto: avvio del progetto PASSI d'Argento**

Egregi Colleghi,

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e le Regioni italiane, tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), stanno promuovendo il progetto "PASSI d'Argento - La qualità della vita vista dalle persone con 65 e più anni".

Si tratta di un progetto di durata biennale (2008-2010), coordinato dalla Regione Umbria in collaborazione con L'Istituto Superiore di Sanità. L'obiettivo principale del progetto è quello di elaborare e sperimentare un modello di indagine per realizzare un sistema di sorveglianza sulla popolazione anziana.

L'obiettivo della sorveglianza della popolazione anziana è quello di raccogliere informazioni sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, a uso delle Aziende sanitarie, dei Servizi sociali e delle Regioni, mirante a migliorare la qualità della salute delle persone con 65 anni e più.

\_\_\_\_\_ (vedi nota<sup>1</sup>) ha aderito alla sperimentazione. In questo modo sarà possibile raccogliere anche nel nostro territorio importanti informazioni sullo stato di salute e sui bisogni di assistenza sanitaria e sociale della popolazione anziana. Per raccogliere le informazioni è stato elaborato un questionario standardizzato che verrà proposto ad un campione rappresentativo di persone con 65 anni e più, contattate mediante intervista telefonica o faccia a faccia. Le interviste, condotte da personale formato allo scopo, verranno svolte in modo continuativo e per circa tre mesi a partir dal mese di \_\_\_\_\_ (vedi nota<sup>2</sup>).

Le tematiche indagate sono oggetto d'intervento di diversi operatori e servizi che si occupano di assistenza socio-sanitaria agli anziani. Per questo motivo riteniamo che PASSI

<sup>1</sup> Specificare l'ente promotore dell'indagine indicando il nome (es. Regione Piemonte, ASL di Viterbo, servizi sociali del comune di Cosenza, etc) ed eliminare questa nota dal testo definitivo.

<sup>2</sup> Indicare mese di avvio delle interviste. Eliminare questa nota dal testo definitivo.

d'Argento rappresenti una risorsa comune per la programmazione e la messa in atto di interventi integrati miranti alla prevenzione di alcune patologie e al miglioramento dell'offerta di servizi socio-sanitari per le persone con 65 anni e più.

Per ulteriori informazioni relativamente al progetto PASSI d'Argento si rimanda all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>.

Vi ringraziamo per il contributo che potrete offrire per la buona riuscita dell'indagine e una proficua utilizzazione dei risultati. Rimango a disposizione per ulteriori informazioni e chiarimenti.

Cordiali saluti

*firma*

*Note da eliminare:*

1. *La firma può essere quella del direttore della ASL o del Referente regionale o del Coordinatore Regionale e/o Locale o altro responsabile di servizi/enti coinvolti.*

## Allegato A12

### Lettera informativa per FIMMG e SIMG

carta intestata dell'ente con il  
dettaglio del mittente  
(indirizzo e recapiti)



Luogo e data  
Protocollo

Al Presidente della  
Sezione Regionale FIMMG del .....

Al Presidente della  
Sezione Regionale SIMG del .....

e, p.c. al Responsabile delle attività  
distrettuali dell'Assessorato alla Sanità  
regionale o altro Referente Istituzionale

#### Oggetto: avvio del progetto PASSI d'Argento

Egregi Colleghi,

Vi informiamo che nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, nell'ambito dei Sistemi di Sorveglianza di Popolazione, è stata prevista la messa a regime del progetto "PASSI d'Argento - La qualità della vita vista dalle persone con 65 e più anni".

La fase sperimentale del progetto, della durata di due anni, è stata promossa nel 2008 dal Ministero della salute e dalle Regioni italiane, tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), con il coordinamento della Regione Umbria e la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità. La prima indagine, che ha coinvolto 7 regioni, si è conclusa nel 2009; a breve Vi invieremo un rapporto con i risultati. A febbraio 2010 è stata avviata la seconda indagine con l'adesione di altre 12 regioni.

L'obiettivo della sorveglianza della popolazione anziana è quello di raccogliere informazioni sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, a uso delle Aziende sanitarie, dei Servizi sociali e delle Regioni, mirante a migliorare la qualità della salute delle persone con 65 anni e più.

Per raccogliere le informazioni è stato elaborato un questionario standardizzato che verrà proposto ad un campione rappresentativo di persone con 65 anni e più, contattate mediante intervista telefonica o faccia a faccia. Nella nostra \_\_\_\_\_ (vedi nota<sup>1</sup>) le interviste,

<sup>1</sup> Specificare l'ente promotore dell'indagine indicando il nome (es. Regione Piemonte, ASL di Viterbo, servizi sociali del comune di Cosenza, etc) ed eliminare questa nota dal testo definitivo.

condotte da personale formato allo scopo, verranno svolte in modo continuativo e per circa tre mesi a partire dal mese di \_\_\_\_\_(vedi nota<sup>2</sup>).

Riteniamo che, per gli esiti di tale attività, sia di grande importanza il contributo dei medici di Medicina Generale. Per questo motivo si comunica alle SS.LL. che verrà inviata ai medici di Medicina Generale, una nota di informazione su PASSI d'Argento con la richiesta di sostenere questa iniziativa, che non comporta alcun aggravio al loro già oneroso impegno lavorativo.

Vi ringraziamo per il contributo che potrete offrire per la buona riuscita dell'indagine ed una proficua utilizzazione dei risultati. Rimango a disposizione per ulteriori informazioni e chiarimenti. Cordiali saluti.

*Firma*

*Note da eliminare:*





1. *La firma può essere quella del direttore della ASL o del Referente regionale o del Coordinatore Regionale e/o Locale o altro responsabile dei servizi/enti coinvolti .*

---

2 *Indicare mese di avvio delle interviste. Eliminare questa nota dal testo definitivo.*

## Allegato A13

### Lettera informativa per MMG

LOGO DELL'ENTE PROMOTORE		 <i>Ministero della salute</i>		 Regione Umbria
-----------------------------	---	--	---	---

Luogo e data

Al Dott. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_

Gentile Collega,

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, nell'ambito dei Sistemi di Sorveglianza di Popolazione, ha previsto la messa a regime del progetto "PASSI d'Argento - La qualità della vita vista dalle persone con 65 e più anni".

La fase sperimentale del progetto, della durata di due anni, è stata avviata nel 2008 dal Ministero della Salute e dalle Regioni italiane, tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), con il coordinamento della Regione Umbria e la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità. La prima indagine, che ha coinvolto 7 regioni, si è conclusa nel 2009. A febbraio 2010 è stata avviata la seconda indagine con l'adesione di altre 12 regioni.

L'obiettivo della sorveglianza della popolazione anziana è quello di raccogliere informazioni sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, a uso delle Aziende sanitarie, dei Servizi sociali e delle Regioni, mirante a migliorare la qualità della salute delle persone con 65 anni e più.

Siamo tutti consapevoli del fatto che il progressivo aumento della quota di popolazione anziana in Italia, come negli altri paesi occidentali, comporta un aumento della proporzione di anziani disabili e non autosufficienti e che la perdita di autosufficienza è associata alla presenza di malattie croniche, quindi si accompagna ad un aumento del carico assistenziale, sia sociale che sanitario.

Le informazioni che Passi D'Argento consente di raccogliere permettono, tra l'altro, di stimare la proporzione di **anziani fragili**, per i quali esiste un reale rischio di disabilità in tempi relativamente brevi; ciò potrà dare impulso alla programmazione di interventi integrati socio-sanitari in grado di ritardare e parzialmente evitare la condizione di fragilità dell'anziano.

Anche nella nostra Regione/ASL è stata avviata la sorveglianza della popolazione con 65 e più anni. Per ottenere le informazioni necessarie verranno rivolte alcune domande ad un campione rappresentativo di persone, estratto in modo casuale dalle liste dell'anagrafe della nostra Regione/Azienda Sanitaria. Tra le persone estratte è/sono presente/i un Tuo/Tuoi assistito/i:

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_

Un operatore del nostro Servizio procederà a intervistarlo/i telefonicamente o mediante intervista faccia a faccia. L'intervista si baserà interamente su un questionario messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità. La durata di somministrazione del questionario è stimata intorno ai 20 minuti.

Analogamente a quanto fatto per altri sistemi di sorveglianza già implementati a livello nazionale, chiediamo la Tua collaborazione nel momento in cui verrai contattato dall'operatore della ASL per:

- facilitare la ricerca del numero telefonico dell'assistito campionato, qualora non sia stato possibile rintracciare tale numero attraverso altre fonti;
- segnalare eventuali condizioni che dovessero essere di ostacolo alla realizzazione dell'intervista;

ed in un secondo momento per sostenere l'adesione all'intervista nei confronti degli assistiti che eventualmente si rivolgessero a Te per chiarimenti.

A tutela della privacy, ti informiamo che analogamente a quanto avviene per altri interventi di sanità pubblica, sono state adottate tutte le misure previste per garantire l'assoluta riservatezza delle informazioni raccolte. In particolare i dati tratti dalle interviste saranno trasferiti su supporto informatico privi degli identificativi delle persone intervistate (cognome, nome, ecc) e aggregati con quelli relativi ad altri assistiti; contestualmente, sarà distrutto il supporto cartaceo contenente i dati anagrafici dell'intervistato.

Materiale informativo sul progetto è reperibile anche al sito web:

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

Per chiarimenti e/o per richiedere copia del protocollo dello studio ti invitiamo vivamente a contattare il Dottor \_\_\_\_\_ presso (indicare servizio) \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Ringraziando sin d'ora, Ti porgiamo i nostri più cordiali saluti.




*Firma*

*Note da eliminare:*

1. *La firma può essere quella del direttore della ASL o del Referente regionale o del Coordinatore Regionale e/o Locale o altro responsabile degli enti/servizi coinvolti.*
2. *Specificare nella lettera se si è avuto l'appoggio dell'ordine dei Medici o delle associazioni di categoria di MMG.*

## Allegato A14

### Lettera informativa per anziani

LOGO DELL'ENTE PROMOTORE	 <i>Ministero della salute</i>	
		Luogo e data
Gentile Signore/a,		
Il Ministero della Salute insieme a _____ ( <i>vedi nota<sup>1</sup></i> ) è impegnato nel miglioramento dei servizi di assistenza sanitaria e sociale per la popolazione anziana.		
A questo scopo è stato avviato anche nella nostra Regione, uno studio denominato “ <b>Passi d’Argento</b> ”, sulle persone con più di 64 anni per conoscere i loro problemi di salute e le loro esigenze per quanto riguarda l’assistenza sanitaria e sociale.		
<b>Per questo motivo le chiediamo di dedicarci un po’ del Suo tempo.</b> Fra qualche giorno un nostro operatore la contatterà telefonicamente per chiederle di farle alcune domande molto semplici che la impegneranno per circa 20 minuti.		
<b>Il suo medico di famiglia è stato informato dell’iniziativa.</b> L’operatore potrà intervistarla telefonicamente o si recherà direttamente presso il Suo domicilio [ <i>o presso la sede di (vedi nota<sup>2</sup>)</i> ].		
<hr/> <small>1 Specificare l’ente promotore dell’indagine indicando il nome (es. Regione Piemonte, ASL di Viterbo, servizi sociali del comune di Cosenza, etc) ed eliminare questa nota dal testo definitivo. 2 Il testo in parentesi quadra va utilizzato solamente se sono disponibili dei locali alternativi per le interviste. In tal caso specificare l’ente che mette a disposizione i locali (es. ASL di Viterbo) e indicarne l’indirizzo. Se non sono disponibili tali locali eliminare il testo in parentesi quadra. Eliminare questa nota dal testo definitivo.</small>		
1		

Le informazioni che potrà fornirci saranno raccolte in un questionario completamente anonimo e utilizzate solamente per azioni di miglioramento della situazione degli anziani in generale.

**Le ricordiamo che rispondere alle domande è facoltativo, se vuole può interrompere l'intervista in ogni momento.**

La ringraziamo fin da ora per il tempo e la preziosa collaborazione che ci offrirà e le ricordiamo che per qualsiasi chiarimento sull'iniziativa può contattarci nei seguenti orari \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (*indicare giorni della settimana*) al seguente numero: \_\_\_\_\_, e chiedere del Dott. \_\_\_\_\_

Se trascorsi **10 giorni** dal ricevimento della presente lettera, nessun operatore si sarà messo in contatto con Lei, le chiediamo gentilmente di contattarci ai numeri telefonici sopra riportati.

Il motivo potrebbe essere che il suo recapito telefonico è stato registrato male nel nostro archivio dati, il che renderebbe per noi impossibile ogni contatto telefonico con Lei.

Provvederemo poi noi con il suo numero esatto a richiamarla per l'intervista.

Cordiali saluti,

*firma*

*Note da eliminare:*

*La firma può essere quella del Coordinatore regionale e/o locale .*



## Allegato A15

### Lettera informativa per l'Ordine dei medici

carta intestata dell'ente con il  
dettaglio del mittente  
(indirizzo e recapiti)



Luogo e data  
Protocollo

Al Presidente dell'Ordine dei Medici  
Regionale/Provinciale  
Dottor \_\_\_\_\_

**Oggetto: avvio del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento**

Egregio Presidente,

La informiamo che nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, nell'ambito dei Sistemi di Sorveglianza di Popolazione, è stata prevista la messa a regime della sorveglianza "PASSI d'Argento" sulla popolazione di persone con 65 anni e più.

La fase sperimentale del progetto, della durata di due anni, è stata promossa nel 2008 dal Ministero della salute e dalle Regioni italiane, tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), con il coordinamento della Regione Umbria e la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità. La prima indagine, che ha coinvolto 7 regioni, si è conclusa nel 2009. A febbraio 2010 è stata avviata la seconda indagine con l'adesione di altre 12 regioni.

L'obiettivo della sorveglianza della popolazione anziana è quello di raccogliere informazioni sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, a uso delle Aziende sanitarie, dei Servizi sociali e delle Regioni, mirante a migliorare la qualità della salute delle persone con 65 anni e più.

Quest'anno, anche nella nostra Regione sarà possibile raccogliere importanti informazioni sullo stato di salute e sui bisogni di assistenza sanitaria e sociale di questa fascia della popolazione. Ciò favorirà la programmazione di interventi miranti alla prevenzione di alcune patologie e al miglioramento dell'offerta di servizi socio-sanitari per le persone con 65 anni e più.

Per raccogliere le informazioni è stato elaborato un questionario standardizzato che verrà proposto ad un campione rappresentativo di persone con 65 anni e più, contattate mediante intervista telefonica o faccia a faccia. Nella \_\_\_\_\_ (vedi nota<sup>1</sup>) le

<sup>1</sup> Specificare l'ente promotore dell'indagine indicando il nome (es. Regione Piemonte, ASL di Viterbo, servizi sociali del comune di Cosenza, etc) ed eliminare questa nota dal testo definitivo.

interviste, condotte da personale formato allo scopo, verranno svolte in modo continuativo e per circa tre mesi a partir dal mese di \_\_\_\_\_(vedi nota<sup>2</sup>).

Per favorire la massima conoscenza dell'avvio del progetto PASSI d'Argento tra i colleghi, Le chiediamo di darne notizia sul Bollettino dell'Ordine dei Medici. Per far questo la contatteremo fornendo tutte le informazioni necessarie.

Ringraziando in anticipo per il contributo che potrete offrire per la buona riuscita dell'indagine ed una proficua utilizzazione dei risultati. Rimaniamo a disposizione per ulteriori informazioni e chiarimenti.

Cordiali saluti.

*Firma*

*Note da eliminare:*

1. La firma può essere quella del direttore della ASL o del Referente regionale o del Coordinatore Regionale e/o Locale o altro responsabile degli enti/servizi coinvolti.

---

<sup>2</sup> Indicare mese di avvio delle interviste. Eliminare questa nota dal testo definitivo.

*Stampato da Ugo Quintily SpA  
Viale Enrico Ortolani 149/151, 00125 Roma*

*Roma, luglio-settembre 2013 (n. 3)*