

Allegato 2. Protocollo di studio



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

PROTOCOLLO DELL'INDAGINE DEL SISTEMA DI

SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO

Gennaio 2012

Introduzione

Nel 2008 il Ministero della Salute ha incaricato la Regione Umbria di definire un modello di indagine periodica sulla qualità della vita nelle persone ultra 64enni, in un'ottica promossa dal Ministero della Salute, tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), e dalle Regioni italiane per la messa a regime di una serie di sistemi di sorveglianza su fasce di popolazione a rischio per motivi diversi, con la finalità di seguire nel tempo l'evoluzione dei problemi, dei loro determinanti e degli interventi messi in atto per prevenirli. La sperimentazione, di durata biennale, si è conclusa nel 2010. Nel 2011 si è attivato il processo di messa a regime del sistema di sorveglianza con la formazione del personale sanitario coinvolto a livello regionale in qualità di coordinatore e/o referente, mentre l'indagine campionaria sulla popolazione ultra 64enne sarà condotta dalle singole Regioni a partire dal mese di marzo 2012.

Analisi del contesto

Secondo i dati ONU sull'invecchiamento della popolazione, presentati in occasione della seconda Assemblea Mondiale, tenutasi a Madrid nel 2002 e confermate dalla conferenza di León nel novembre 2007 riguardante l'area europea, l'Italia continua ad essere al primo posto per vecchiaia della popolazione. Negli ultimi anni, infatti, in Italia, come nel complesso dei Paesi Occidentali, la proporzione di anziani è andata progressivamente aumentando: nel 1990 gli ultrasessantacinquenni erano il 15%, oggi rappresentano circa il 25% della popolazione e la proiezione al 2050 è che un italiano su tre sarà anziano. A un allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della mancata autosufficienza aggravata dalla presenza di diverse patologie e dalla sempre maggior prevalenza di malattie croniche non trasmissibili. Alla base dell'invecchiamento umano, tuttavia, non stanno solo fattori biologici. Questi si sviluppano all'interno di contesti psicologici, economici, politici, culturali e sociali. Si può parlare quindi di due tipi d'invecchiamento, uno biologico, l'altro sociale, che rappresenta una condizione soggettiva, legata alla percezione del cambiamento del proprio ruolo nella società e comunque ad un aumento della cosiddetta fragilità sociale che ha ripercussioni anche sull'accesso non problematico al sistema sanitario nazionale. L'invecchiamento della popolazione ha conseguenze anche economiche sull'assistenza sociale e sanitaria che spesso a livello locale confluiscono in un unico budget socio-sanitario. Dopo i 65 anni, progressivamente, all'aumentare dell'età aumenta il rischio di malattia, disabilità con perdita dell'autonomia e isolamento sociale. Nei confronti degli anziani, si impegnano nei paesi

industrializzati circa il 65% delle risorse del servizio sanitario nazionale, più della metà dei ricoveri ospedalieri e circa il 70% della spesa farmaceutica. Di non secondaria importanza, poi, il costo sociale, soprattutto degli anziani non autosufficienti, che ricade spesso sulla donna, alla quale spetta l'onere dell'assistenza nella maggior parte dei casi.

Giustificazione

Questa rapida crescita del fenomeno invecchiamento impone un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politiche sanitarie rivolte in modo specifico agli anziani fragili e a rischio di disabilità, persone cioè cui alcuni fattori di rischio ben identificabili possono minacciare la qualità della vita innescando allo stesso tempo una spirale di decadimento drammaticamente rapido che potrebbe essere ritardata e parzialmente evitata. Mettere in atto una serie di studi ripetuti che diano informazioni al sistema socio-sanitario sui segni di fragilità dell'anziano può permettere la messa in atto di misure che migliorino la qualità della vita delle persone e diminuiscano i costi dell'assistenza. Tali studi dovranno anche produrre indicatori che permettano il confronto di diverse aree territoriali fra di loro e di seguire nel tempo l'evoluzione della situazione all'interno della stessa area territoriale. La messa a punto di uno strumento di indagine che possa permettere questi confronti diventa essenziale per i livelli operativi laddove si programmano e si realizzano gli interventi a favore della popolazione della terza età, per esempio le ASL, i distretti o grandi Comuni.

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

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

Obiettivo generale

Mettere a regime un sistema di sorveglianza sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, attraverso indagini ripetibili nel tempo e sostenibili con le risorse dei servizi sanitari e sociali, a uso delle Aziende sanitarie e delle Regioni mirante a migliorare la qualità della salute degli anziani

Obiettivi della sorveglianza

Le aree di indagine della sorveglianza sono incentrate sugli aspetti che negli ultimi anni si sono rivelati essenziali per creare le condizioni necessarie a un invecchiamento attivo. In particolare quelle che si riferiscono ai "3 pilastri" dell'invecchiamento attivo così come definito dall'OMS in "Active Ageing" (2005). Tale approccio richiede che si agisca e si sorvegliano problemi e azioni di ciascuno dei 3 pilastri:

la partecipazione

- Essere una risorsa per se stessi e per la società
- Partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione

la salute

- Percezione dello stato di salute
- Stili di vita: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo
- Problemi di vista, udito e masticazione
- Cadute

- Sintomi di depressione
- Isolamento sociale

la sicurezza, cure tutele e reddito adeguato

- Conoscenza e uso di programmi di intervento e servizi sociali
- Aiuto nelle attività della vita quotidiana e spostamenti
- Reddito percepito e proprietà della casa
- Pensione e attività che producono reddito
- Abitazione e sicurezza del quartiere

Più specificamente all'interno di queste tre macro-aree ci si prefigge:

1. Descrivere la popolazione ultra64enne per condizioni anagrafiche e socio-economiche
2. Descrivere lo stato di salute e la qualità di vita percepiti e oggettivi della popolazione di 65 o più anni
3. Stimare la proporzione di persone con sentimento di isolamento e sintomi di depressione
4. Identificare la proporzione di persone a rischio di fragilità (disturbi cognitivi, perdita di appetito e di peso, ipoacusia, problemi alla vista e ai denti, diminuito livello di attività fisica, patologie prevalenti)
5. Stimare la proporzione di persone che abbia subito delle cadute
6. Stimare la proporzione di persone fragilizzate e a rischio di disabilità
7. Descrivere il tipo e la qualità dell'assistenza dei non autosufficienti e il bisogno di assistenza da parte di tutti gli anziani
8. Descrivere la tipologia di assistenza conosciuta e utilizzata da parte degli anziani
9. Descrivere gli stili di vita (attività fisica e fumo, alimentazione, consumo di alcol) e le attività sociali
10. Stimare la proporzione e le caratteristiche della vaccinazione anti-influenzale dell'ultima stagione

Informazioni della letteratura scientifica sui temi di studio

Stato di salute, qualità della vita percepita

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

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

I modelli per valutare la qualità di vita percepita sono numerosi: uno dei metodi maggiormente utilizzati e validati, anche in studi nazionali quali lo studio "Argento" e locali (Vetus ad Orvieto)(1), è quello relativo alla stima dei "giorni vissuti in salute", che utilizza quattro domande inerenti la percezione dello stato di salute e i giorni passati in cattiva salute.

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

Isolamento sociale e depressione

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

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

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

Disturbi cognitivi

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

Sono stati messi a punto numerosi strumenti utili ad identificare una condizione dei disturbi cognitivi (4), ma la maggioranza di questi richiede molto tempo per l'esecuzione e non è molto adatta all'utilizzo in indagini multi-scopo. Recentemente è stato tuttavia messi a punto strumenti rapidi di screening della malattia, che forniscono risultati confrontabili con quelli ottenuti con strumenti più complessi (4, 5). Questi strumenti, già utilizzati con un discreto successo nello studio "In Chianti", Argento e Vetus, sono utilizzati anche in questa indagine, e sono basati sul metodo sopra esposto.

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

Cadute

Le cadute nell'età avanzata sono un evento generalmente da considerarsi grave, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico (come fratture, traumi cranici), sia per le ripercussioni di ordine psicologico. Queste ultime sono caratterizzate dall'insicurezza e quindi dalla tendenza ad un progressivo isolamento, alla riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali. L'esatta frequenza delle cadute è di difficile determinazione in quanto molti episodi non vengono riferiti dai soggetti o perché considerati normali per l'età, e quindi privi di importanza, od al contrario negati in quanto ritenuti segno di crescente debolezza. E' stato stimato che i decessi attribuibili a cadute in Italia sono circa 7500, di cui la maggioranza si verificano tra gli anziani; mentre, la gran parte dei circa 1.800.000 accessi al pronto soccorso e dei 200.000 ricoveri dovuti ad incidenti domestici, riguardano cadute degli anziani (6).

Riguardo alle cause delle cadute i dati di letteratura riportano due tipologie di fattori di rischio: i fattori intrinseci e quelli estrinseci (7, 8). I primi sono rappresentati dagli eventi patologici di diversa

natura (neurologica, cardiovascolare, metabolica ecc...) di cui una persona può soffrire, i secondi includono i rischi connessi all'ambiente familiare, come i pavimenti e gli scalini sdruciolevoli e la scarsa illuminazione. Nello studio delle cadute è importante considerare sempre entrambe le tipologie di fattori.

Altro aspetto importante nella genesi delle cadute degli anziani è l'assunzione di alcune categorie di farmaci come gli antipertensivi, gli antidepressivi, gli ipnotici/sedativi (9); per quest'ultimi in particolare è documentato un rischio relativo di cadute per i consumatori ultrasessantenni 28 volte superiore rispetto ai non consumatori (7).

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

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

Autosufficienza e bisogni assistenziali

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

Per misurare l'autosufficienza è stato sviluppato un sistema basato sulla capacità dell'individuo di effettuare alcune attività della vita quotidiana (ADL). Sono state indagate molteplici ADL, dalle funzioni fisiologiche (come urinare), a quelle motorie, a quelle che consentono la cura di sé (come vestirsi, lavarsi), a quelle strumentali, pur legate alla sopravvivenza (come prepararsi da mangiare). Di conseguenza, sono state adottate diverse definizioni operative di mancanza di autosufficienza, con difficoltà ad effettuare confronti tra i diversi studi. E' stato però osservato (10) che c'è una notevole sovrapposizione tra le ADL (una persona incapace in una attività è frequentemente incapace di effettuare altre attività), per cui è possibile utilizzare un minimo set di ADL principali (camminare, lavarsi, utilizzare il bagno, vestirsi, mangiare, urinare) per ottenere misure adeguate del livello di dipendenza, classificandolo come grave (persone non in grado di effettuare tutte queste attività), lieve (persone incapaci di effettuare almeno una ADL), o come autosufficienza (persone capaci di effettuare tutte le ADL).

In Italia, i dati disponibili sull'autosufficienza sono attualmente limitati, soprattutto a livello locale (11, 12). Tra le persona al di sopra di 64 anni, la percentuale stimata di gravi non autosufficienti oscilla intorno al 20%, con una forte differenza tra le età (al di sopra degli ottanta anni può raggiungere il 50%).

Abitudini di vita

Gli studi ISTAT (11) hanno fornito informazioni su un ampio range di comportamenti correlati alla salute degli anziani, incluso il fumo e l'assunzione di alcol. Tuttavia, vi sono ancora alcuni fattori correlati alla qualità della vita che non sono stati indagati approfonditamente. In particolare, non vi sono molti dati riferiti all'anziano sull'attività fisica, le difficoltà di masticazione, la situazione e le abitudini nutrizionali.

Per quanto riguarda l'attività fisica, è stato evidenziato come questa modifichi i rischi di morbilità e mortalità (13, 14) e giochi un ruolo importante nella prevenzione delle cadute (15). Pur essendo stati messi a punto questionari per valutare il livello di attività fisica in diversi gruppi di età, non sono stati messi a fuoco i tipi e i livelli di attività fisica appropriati per la popolazione anziana.

Anche le difficoltà di masticazione dovute a perdita di denti sono una causa di dieta inadeguata soprattutto per mancato apporto di carne, frutta e verdura fresca (16). Inoltre è stato evidenziato come le patologie dentali e periodontali possano avere un impatto significativo sul benessere funzionale, sociale e psicologico dell'anziano (17). Per questa ragione, verrà valutata la frequenza della difficoltà di masticazione ed assunzione di alcuni tipi di cibi e il ricorso all'assistenza odontoiatrica, che non è, di norma, a carico del sistema sanitario nazionale. La perdita di appetito o di peso nei soggetti in età avanzata può essere indice di problemi di salute fisica o psicologica.

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

Vaccinazioni

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

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

Le variabili per ogni obiettivo specifico

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

sexso

livello istruzione

stato civile

convivenza

percezione della propria situazione economica

situazione lavorativa

condizioni abitative

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

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

Giorni in cattiva salute per motivi fisici e mentali

Livello di felicità

Ricoverato nell'ultimo anno

Giorni di limitazioni sulle attività

Problema di salute principale che limita le attività

Descrivere la proporzione di persone con sentimento di isolamento e sintomi di depressione
solitudine auto-percepita

non uscita da casa, non ha parlato con nessuno e non ha partecipato ad attività sociale nelle ultime 2 settimane

depressione: 2 item del PHQ-2

ricorso alle cure per la depressione

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

ricorso alle cure odontoiatriche e alle protesi uditive o visive da parte degli anziani.
caratteristiche ed evoluzione dell'appetito e del peso corporeo
disturbi cognitivi nella popolazione studiata (3 item di orientamento temporale, ricordo di 3 parole
attività fisica nell'ultima settimana

Stimare la proporzione di persone che abbia subito delle cadute
caduto almeno una volta nell'ultimo anno
tra chi ha subito una caduta: quante volte, dove, e gli esiti

Stimare la proporzione di persone fragilizzate e non autosufficienti
autosufficiente, parzialmente dipendente, e gravemente dipendente (lavarsi, spostarsi, mangiare,
doccia, bagno, vestirsi)

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

Descrivere la tipologia di assistenza conosciuta e utilizzata da parte degli anziani
conoscenza e utilizzazione di singoli servizi (ad es centri sociali, altre localmente note)
assistenza per l'ondata di calore

Descrivere gli stili di vita (attività fisica e fumo, alimentazione, consumo di alcol) e le attività sociali
fumo
alcol
attività fisica
alimentazione
uso della televisione
volontariato
giornali

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

Definizioni utilizzate nello studio

Autosufficienza

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

Il livello di autosufficienza verrà calcolato con l'indice di Katz (18) al fine di classificare gli intervistati in :

persone in grado di effettuare da soli tutte le attività della vita quotidiana
parzialmente dipendenti, persone incapaci di effettuare almeno una delle attività della vita quotidiana, escludendo il fare il bagno e/o vestirsi
gravemente dipendenti, persone incapaci oltre a lavarsi o vestirsi, di andare al bagno da soli, spostarsi da una stanza all'altra, mangiare, trattenere le urine.

Qualità di vita in relazione allo stato di salute percepito

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

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

Bisogni assistenziali

Necessità di supporto o aiuto a persone non abili nelle IADL o ADL.

Isolamento sociale

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

persona che non esce di casa

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

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

Vaccinazioni

Vaccinazione antinfluenzale: vaccinato: anziano che ha ricevuto la vaccinazione nella stagione 2010-2011

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

Disturbi cognitivi

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

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

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

problemi cognitivi: punteggio ≥ 3

Depressione

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

La sindrome depressiva è indicata da un punteggio superiore a 3

Materiali e metodi

Popolazione in studio

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

Criteri di esclusione:

residenza in casa di riposo, residenze assistite, etc.

ricovero ospedaliero durante il periodo dell'indagine

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

Fonti delle informazioni

Le informazioni saranno ottenute tramite intervista telefonica o domiciliare. Nel caso l'individuo selezionato non fosse in grado di rispondere direttamente all'intervista, questa sarà sottoposta al

familiare o alla persona che si prende cura dell'anziano. In questo caso, verrà riportato sia chi ha effettivamente risposto all'intervista, sia il motivo per cui l'individuo selezionato non era in grado di rispondere.

Fattibilità dell'intervista e scelta oggettiva del proxy

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

Capacità di udire le parole dell'intervistatore

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

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

Selezione del campione

La messa a regime del sistema di sorveglianza ha previsto la definizione, da parte delle regioni, del livello di rappresentatività e del tipo di campionamento da effettuare. In relazione alla rappresentatività si sono previste 4 possibilità:

- rappresentatività regionale: le regioni intendono effettuare la sorveglianza con una raccolta dati che rappresenti la situazione degli anziani a livello regionale. Le stime delle prevalenze dei fenomeni di interesse avranno una precisione assoluta intorno al 3%.
- rappresentatività aziendale e regionale: le regioni decidono di raccogliere i dati in modo da avere delle informazioni valide e rappresentative della situazione sia a livello di Asl che di regione. La precisione delle stime aziendali di prevalenza sarà intorno al 5%.
- rappresentatività mista: la regione decide di fare un campionamento regionale e, al suo interno, una o più Asl si propongono per un campionamento di Asl.
- Rappresentatività Solo Aziendale: la regione partecipa con una o più ASL ma senza avere una rappresentatività regionale dei risultati.

In relazione al tipo di campionamento da effettuare, il disegno del campione prevede due opzioni: casuale semplice stratificato o cluster in due stadi (dove il I stadio individua i Comuni attraverso l'identificazione dei cluster, ossia il gruppo di persone che appartengono allo stesso Comune; nel II stadio l'estrazione delle singole persone da intervistare avviene attraverso un campionamento proporzionato stratificato all'interno di ogni singolo cluster). Rispetto al campionamento casuale semplice, solitamente quello a cluster porta ad una sostanziale perdita di precisione ma offre vantaggi compensativi nel costo delle operazioni. La giustificazione del metodo sta proprio negli aspetti pratici ed economici ad esso collegati. Per una prestabilita dimensione campionaria, il campionamento a grappoli comporta costi generalmente molto inferiori a quelli del campionamento casuale semplice, in massima parte per la minore dispersione delle unità del campione che facilita l'organizzazione e l'esecuzione della rilevazione.

Le dimensioni campionarie, che dipendono dal disegno campionario, dalla precisione della stima che si desidera e dalla prevalenza del fattore oggetto di studio, prevedono 1.100 persone per rappresentatività regionale (o 390 persone per rappresentatività di ASL), in caso di campionamento casuale semplice stratificato; 1.225 persone per rappresentatività regionale (o 440 persone per rappresentatività di ASL) in caso di campionamento a cluster in due stadi.

Il campione è estratto dalla lista completa dell'anagrafe sanitaria dei residenti nelle ASL. Ogni

strato genere/età specifico conterrà una lista di titolari e di sostituti, nel caso in cui il titolare non risponda ai criteri di esclusione (residente o domiciliato stabilmente altrove; ricoverato in ospedale o in lunga degenza; ospite in RSA, casa protetta; carcere; deceduto; non conosce la lingua italiana; ha meno di 65 anni) oppure non sia possibile effettuare l'intervista (anziano non reperibile, dopo aver effettuato almeno 6 tentativi di chiamata in orari e giorni diversi, di cui possibilmente almeno due di sera o nei weekend; numero di telefono non rintracciabile o anziano senza telefono; rifiuto da parte dell'anziano o del proxy ad effettuare l'intervista). Un titolare sarà sostituito con una persona dello stesso sesso e stessa fascia di età (con uno scarto di più o meno 5 anni). Il rapporto tra titolari e sostituti è di 1:5 (5 sostituti per ogni titolare). Il motivo della sostituzione verrà registrato.

Analisi delle informazioni

I dati raccolti dagli intervistatori saranno inseriti dagli stessi nella maschera di inserimento dati in formato elettronico e saranno inviati on line alla società (MPA) che si occuperà di assemblare i dati e gestire il monitoraggio degli indicatori di processo necessari per la garanzia di qualità del sistema di sorveglianza. L'analisi dei dati raccolti sarà effettuata, mantenendo i dati aggregati, mediante software statistici quali Epi-info e Stata.

Prima di procedere all'analisi dei dati, si verificherà il tasso di sostituzione ed in particolare quello di rifiuto dei soggetti campionati, al fine di valutare eventuali possibili distorsioni dello studio. Eventuali associazioni tra le variabili in studio verranno studiate attraverso il calcolo dell'OR e dei suoi limiti di confidenza o mediante l'effettuazione di appropriati test statistici (chi quadrato).

Ricaduta pratica

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

Aspetti etici

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

Riferimenti bibliografici

1. Colitti S, Cristofori M, Casaccia V, Bella A, Perra A, Binkin N per il Gruppo Epidemiologia in Azione. VETUS a Orvieto: un'indagine sulla qualità della vita delle persone con più di 64 anni nel comune di Orvieto. Bollettino Epidemiologico Nazionale (BEN). Not Ist Super Sanità 2006;19(11):iii-iv.
2. Centro Nazionale di Ricerca: Relazione Conclusiva Progetto Finalizzato Invecchiamento (vol. 1: L'attività i risultati) Roma 25 Novembre 1998.
3. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. Int J Geriatr Psychiatry. 2001 ;16:216-22.
4. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. Int J Geriatr Psychiatry. 2001 ;16:216-22.
5. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15:1021-7.
6. ISTAT (2000), *Cause di morte: anno 1997*. Roma (Annuari n. 13).

7. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. *N Engl J Med.* 1989;320:1055-9.
8. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *J Am Geriatr Soc.* 1995; 43:1214-21.
9. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47:30-9.
10. Verbrugge LM, Merrill S, Liu X. Disability Parsimony. In: Health survey research methods conference proceedings (Breckenridge, CO 1995) Richard Warnecke, ed. DHHS publication no. (PHS) 96-1013, April 1996, pp 3-9.
11. ISTAT. Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000. Roma: Ministero della Salute.
12. Rubino T, Lunghi L, Ricci EM. Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. In: Quaderni ISVAP *Ars Nova* 2001 pp35-52.
13. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.* 1998;30:992-1008.
14. Gregg EW, Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *J Am Geriatr Soc* 2000; 43:883-93.
15. Carter ND, Kannus P, Khan KM. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. *Sports Med* 2001;31:427-38.
16. Posner BM, Jette A, Smigelski C, Miller D, Mitchell P. Nutritional risk in New England elders. *J Gerontol.* 1994;49:M123-32
17. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res* 2000;79:970-5.
18. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Geronotologist* 1970; 10:20-30.